



Abordaje del consumo de drogas: una propuesta de actuación desde la atención primaria

Manel Anoro Preminger

Médico de familia. EAP Raval Sud. Barcelona.

Fernando Caudevilla Gallego

Médico de familia. Centro de Menores «El Madroño». Madrid.

Nel-lo Monfort Lázaro

Médico de familia. EAP Cariñena. Vila-real.

Miembros del Grupo de Intervención en Drogas de la semFYC.

Palabras clave:

- > Droga
- > Atención primaria
- > Prevención

INTRODUCCIÓN

—¿Consumes drogas?

—«Alguna pasti en verano, con los amigos».

Frente a esta respuesta es habitual que al médico de familia se le presenten algunas dudas: ¿Las pastis son los trips? ¿Se referirá a eso del éxtasis que se toma en las discos, no? ¿Son tan peligrosas como se dice? ¿Producen adicción? ¿Por dónde empiezo? No exageramos si afirmamos que existe un gran desconocimiento sobre cómo abordar el consumo de drogas desde la atención primaria. No sólo desconocemos cómo tratar su abuso, sino que muchas veces ni hemos oído hablar de las sustancias y no es extraño que buena parte de lo que conocemos provenga de fuentes no habituales para nosotros: un periódico, el telediario o un comentario del vecino, y pocas veces de la bibliografía o de evidencias científicas.

El término *droga* presenta distintos usos según el ámbito desde donde se defina. En medicina se trataría de cualquier sustancia con capacidad para prevenir o curar enfermedades o mejorar el bienestar físico o mental. Pero en el uso común, este término se refiere a aquellas sustancias que presentan efectos psicoactivos e, incluso más específicamente, a las drogas ilegales.

Existen varias categorías para clasificar las drogas; una de las más utilizadas es la que las divide en: depresoras del sistema nervioso central (SNC) (alcohol, opiáceos, hipnóticos o ácido gamma-hidroxibutírico [GHB]), estimulantes del SNC (cocaína o anfetaminas), cannabinoides (hachís y marihuana), entactágenos (éxtasis [MDMA]), alucinógenos (LSD, mescalina o setas), inhalantes (colas y disolventes) y otros (ketamina o fenciclidina [PCP])¹ (tabla 1).







Las vías de administración de una droga pueden ser múltiples, las características de la persona que las consume muy diferentes y los contextos de uso de la sustancia, muy distintos². De este modo, los problemas y riesgos relacionados con su consumo tienen una gran variabilidad. Algunos son comunes: accidentes de tráfico, dependencia, problemas familiares, laborales o de pareja³, y otros pueden ser diferentes y estar asociados al desconocimiento, a la falta de información sobre los efectos, dosis y composición o al hecho de que se trate de sustancias ilegales.




EPIDEMIOLOGÍA

Resulta interesante prestar atención a algunos datos sobre el consumo de drogas y los problemas derivados de éste para entender mejor la situación actual y evitar juicios precipitados. Las prevalencias en el uso, la morbimortalidad relacionada con el consumo o el número de inicios de tratamiento que generan las distintas sustancias son muy diferentes según la droga a la que nos estemos refiriendo. Así, el alcohol, continúa siendo la sustancia que más se consume, la que más problemas de salud genera (se calcula que aproximadamente el 10% de la población española presenta algún trastorno relacionado con su consumo y que entre el 10 y el 15% de las urgencias, el 4% de los ingresos hospitalarios, el 30 y el 50% de los accidentes mortales de tráfico, así como unas 20.000 muertes al año son causadas por el consumo de alcohol), la que mayor gasto sanitario produce (el coste social y sanitario de los trastornos relacionados con el alcohol se estimaron, en 1998, en unos 3.800 millones de euros) y la que conlleva un mayor número de consultas en atención primaria relacionadas con su abuso (15-20%)⁴⁻⁶. Por otro lado, el consumo de heroína ha disminuido mucho en los últimos años, junto al número de consumidores jóvenes que se inician en esta droga y el de muertes por reacción aguda a esta sustancia. El consumo de cocaína y los problemas asociados a su abuso han aumentado de forma importante. El cannabis es la droga ilegal más extendida y que se consume a una edad media más temprana. El consumo de éxtasis (MDMA) parece haberse estabilizado después de unos años de incremento en su uso, y existe un ligero descenso en el consumo de alucinógenos (tabla 2 y figuras 1 a 3).

PREVENCIÓN DE LOS PROBLEMAS ASOCIADOS AL CONSUMO DE DROGAS

La herramienta fundamental para detectar problemas en el consumo de drogas debe ser una correcta anamnesis, y es muy útil emplear elementos de la *entrevista motivacional* como estrategia de abordaje, tanto en la detección del consumo como a la hora de dar consejo sanitario⁷. El modelo teórico de

Clasificación de las sustancias adictivas											
Sustancia	Nombre en la calle	Forma de presentación	Vías de administración más frecuentes	Comienzo de efecto	Efectos deseados/ buscados	Efectos no deseados	Efectos adversos graves	Efectos por consumo a largo plazo	Tolerancia	Dependencia física (F) y psíquica (P)	Detección en orina
Depresores del SNC											
Alcohol		Priva	Oral	15-30 min	Relajación, euforia, desinhibición	Alteración de la coordinación, torpeza psicomotriz, náuseas, vómitos	Coma, depresión respiratoria, hipotermia	Hepatopatía, polineuropatía, demencia, hipovitaminosis B, neoplasias	+	F ++ P ++	SI (7-12 h)
Heroína		Caballo jaco	Intranasal Inhalada (heroína marrón: chino o plata) intravenosa (frecuente la asociación con cocaína: speed-ball)	Inmediato	Relajación, eliminación del dolor y la ansiedad	Disminución del nivel de conciencia. Gran tolerancia y dependencia. Uso intravenoso: flebitis, abscesos	Coma y depresión respiratoria (sobredosis). Uso intravenoso: endocarditis	Uso intravenoso: infecciones por VHC o VIH	+++ ++	F +++ P +++	SI (36-72 h)
Hipnóticos		Rulas	Oral	30-45 min	Disminución de la ansiedad, hipnótico, relajante	Somnolencia, relajación muscular intensa. Tolerancia y dependencia	Coma y depresión respiratoria	Embotamiento emocional. Convulsiones si hay privación brusca		F ++ P ++	SI (72 h)
GHB		Éxtasis líquido	Oral	10-20 min	Relajación, desinhibición, euforia		Coma, depresión respiratoria e hipotermia	No conocidos	+/-	F +	No
Estimulantes del SNC											
Cocaína		Perico, coca, nieve	Intranasal, inhalada-fumada (base o basuco) intravenosa	1-5 min	Estimula, excita, disminuye la fatiga, el sueño y el apetito. Aumenta la seguridad subjetiva, vivencias de bienestar	Irritabilidad, insomnio, agitación, agresividad, dificultad de concentración. Tolerancia importante y elevada dependencia psicológica	Cardiovasculares: hipertensión, angina de pecho- IAM, accidente cerebrovascular, taquiarritmias, convulsiones. Psiquiátricos: delirio, psicosis	Ulceración nasal, psicosis paranoica	+++	F +/- P +++	SI (72 h)
Anfetaminas		Speed	Intranasal	1-5 min	Activación, reducción de la sensación de fatiga y la necesidad de dormir. Euforia, locuacidad y sensación de autocontrol	Pérdida de apetito, insomnio, bruxismo, sequedad de boca, temblor, irritabilidad, dificultad para orinar, fatiga	Episodios cardiovasculares, taquiarritmias. Convulsiones, psicosis paranoides	Anorexia, psicosis	++	F +/- P ++	SI (48-72 h)

Clasificación de las sustancias adictivas (cont.)											
Sustancia	Nombre en la calle	Forma de presentación	Vías de administración más frecuentes	Comienzo de efecto	Efectos buscados	Efectos no deseados	Efectos adversos graves	Efectos por consumo a largo plazo	Tolerancia	Dependencia física (F) y psíquica (P)	Detección en orina
Cannabis	María, chocolate, hachís, grifa	 Picadillo hojas (marihuana), resina (hachís), aceite	Fumada, oral	5-60 min	Relaja y desinhibe. Facilitador de las relaciones sociales. Elevación del humor	Náuseas, tos, disminución de las funciones cerebrales ejecutivas y de la memoria a corto plazo, agitación, ansiedad, hipotensión, cefalea	Psicosis paranoide, crisis de ansiedad (el riesgo se incrementa en el uso oral)	Síndrome amotivacional	+/-	F - P +	Si (14 a 20 días)
Entactágenos											
MDMA	 Pastis, éxtasis, X, pirulas, mimosines	Comprimidos, cristal	Oral	60 min	Efectos emocionales y sensoriales: intimidad y cercanía con otras personas, confianza y seguridad en uno mismo, incremento de la capacidad para comunicarse, desinhibición. Incremento de la capacidad de percepción de sonidos (consumo asociado a la música y al baile)	Pérdida de apetito, sequedad de boca, bruxismo, insomnio, sudoración, disminución de la concentración. Alteración del estado de ánimo	Hipertermia (golpe de calor), hepatotoxicidad, hiponatremia	Neurotoxicidad no establecida. Déficit de memoria, concentración y aprendizaje	+	F - P +	Si (72 h)
Ketamina	K, special K	Polvo	Intranasal	5-15 min	Euforia, locuacidad, pérdida de coordinación, alucinaciones visuales y auditivas, amnesia	Dolores musculares, descoordinación, ansiedad	Coma acompañado de estado disociativo profundo	Déficit de memoria, concentración y aprendizaje	++	F +/- P ++	No
Alucinógenos											
LSD	 Ácidos, trips, micropuntos	Cartoncitos secantes	Sublingual	20-60 min	Alucinaciones visuales y auditivas	Insomnio, confusión, ansiedad (mal viaje), taquicardia	Psicosis aguda		+	F - P -	No

IAM, infarto agudo de miocardio; GHB, ácido gammahidroxibutírico; MDMA, metilenedioximetanfetamina; SNC, sistema nervioso central; VHC, virus de la hepatitis C; VIH, virus de la inmunodeficiencia humana.

Tabla 2

Prevalencias de consumo de sustancias psicoactivas entre la población española de 15-64 años frente a estudiantes de 15-18 años en 2003

	Edad media de inicio		Consumo alguna vez		Consumo el último mes	
	15-64 años	15-18 años	15-64 años	15-18 años	15-64 años	15-18 años
Alcohol	16,7	13,7	88,6	82	64,1	65
Cannabis	18,5	14,5	29	42,7	7,6	25
Hipnóticos/sedantes	30	14,8	-	7	-	2,4
Cocaína	20,9	15,8	5,9	9	1,1	-
MDMA-éxtasis	20,3	15,6	4,6	5	0,4	1,5
Anfetaminas	19,6	15,7	3,2	4,8	0,2	1,5
Alucinógenos	19,9	15,8	3	4,7	0,2	1,5
Heroína	22	-	0,9	-	0	-

Fuentes: Observatorio Español Sobre Drogas (OED). Encuesta Domiciliaria sobre Abuso de Drogas en España. Observatorio Español Sobre Drogas (OED). Encuesta Escolar 2004.

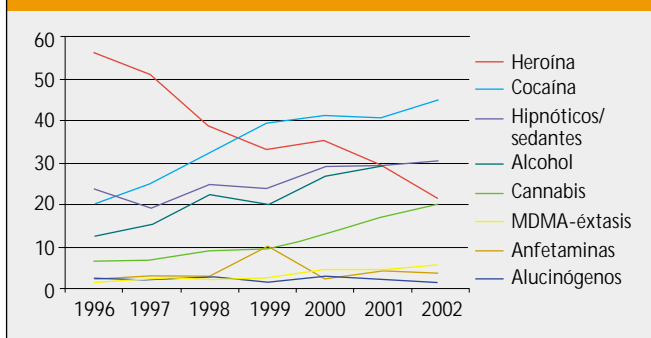
la entrevista motivacional define una serie de estadios (pre-contemplativo, contemplativo, acción, mantenimiento y recaída). En cada uno de estos estadios el paciente presenta características y necesidades distintas; el papel básico del profesional consiste en reconocer en qué estadio se encuentra el paciente para poder aplicar las estrategias más adecuadas en cada momento, además de ayudar a pasar al estadio siguiente. El estadio de recaída no se considera como fracaso, sino como parte del proceso natural. La entrevista motivacional tiene su aplicación fundamental dentro del tratamiento integral de la patología adictiva, pero muchos de sus elementos pueden ser empleados en relación con el consumo de drogas sin necesidad de que exista una adicción como tal.

El consejo de salud

El consejo de salud sobre consumo de drogas debería tener en cuenta una serie de actitudes y conductas por parte del profesional: crear un clima de confianza y confidencialidad, evitar las actitudes de juicio moral, transmitir una información realista y objetiva y valorar, siempre, las características personales, las del consumo (si existe) y también las del contexto del individuo en aquel momento. Es decir, se debe intentar realizar una prevención basada en un consejo individualizado, que evite prejuicios y actitudes censoras. Todo ello enmarcado en el respeto al derecho de autonomía de la persona y favoreciendo su implicación en el proceso de toma de decisiones. Por los

Figura 1

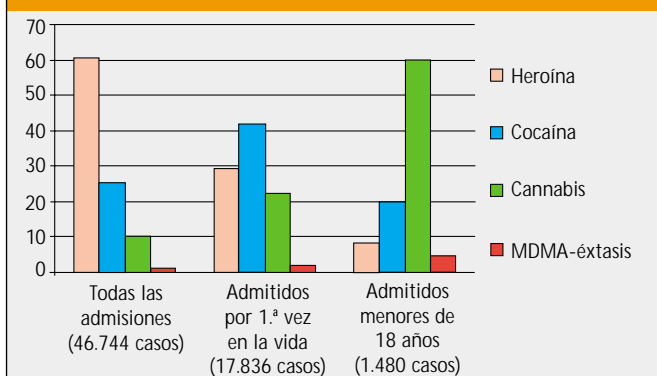
Sustancias psicoactivas relacionadas con las urgencias por consumo de drogas (%). España, 1996-2002



Fuentes: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DJPNSD). Observatorio Español sobre Drogas (OED).

Figura 2

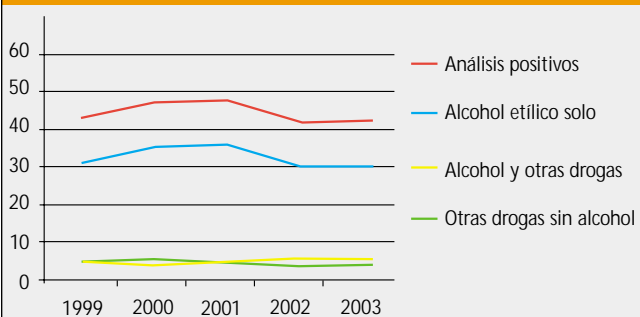
Proporción de tratados por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas (%). España, 2002



Fuentes: DJPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Indicador tratamiento.

Figura 3

Detección de sustancias psicoactivas en conductores fallecidos en accidente de tráfico. España, 1999-2003



Fuente: Instituto Nacional de Toxicología.

mismos factores que envuelven el consumo de drogas (ilegalidad, estigmatización, miedos, culpas, prejuicios, etc.), todos estos elementos pueden necesitar cierto tiempo para conjuntarse y, por lo tanto, no debemos tener prisa^{8,9}.

Deberíamos intentar potenciar el vínculo establecido previamente con la persona y ofrecer la posibilidad de mostrarnos como referente («...gracias por la confianza», «...es un tema suficientemente serio y está bien que hablemos», «...para cualquier otra duda ya sabes, aquí estamos»). Tanto para los que consumen como para los que no, podemos transmitir el mensaje de que *la mejor manera de evitar problemas con las drogas es no consumirlas*.

No podemos pasar por alto las circunstancias que condicionan al profesional en el momento de la intervención (tiempo, espacio, recursos, etc.). Así, puede ser útil, según la situación, combinar intervenciones breves, como el consejo mínimo, cuya utilidad está demostrada en el caso del alcohol (**grado de recomendación B**)¹⁰, y con una evidencia débil en el resto de drogas¹¹, o la entrega de material informativo¹², con la implementación de charlas, talleres o programas de reducción de daños.

Pueden introducirse preguntas cortas sobre consumo de sustancias en la anamnesis general, de la misma forma que se pregunta por el consumo de medicamentos. No todos los tipos de consumo de cualquier droga van a requerir el mismo tipo de intervención. Es importante priorizar la detección de los patrones de consumo desadaptativos y los problemas asociados a éste. Muchos consumos de drogas son experimentales u ocasionales y no requieren de mayor intervención que el consejo sanitario. No se trata de juzgar el estilo de vida ni desenmascarar el comportamiento del paciente, sino de poder evaluar, desde una actitud empática y de respeto, las consecuencias para la salud que pueda tener una determinada pauta de con-

sumo, ofreciendo información objetiva y consejo personalizado y razonado.

Finalmente, las demandas surgidas desde la familia, muchas veces parten de una falta de conocimiento real sobre el consumo de drogas y de un miedo a lo desconocido, sobredimensionado por campañas mediáticas poco rigurosas y muy alarmistas.

Se buscan y se piden soluciones rápidas y drásticas. Debemos intentar analizar la situación con calma, resolviendo dudas y prejuicios, transmitiendo información clara, objetiva sobre la sustancia y su consumo: no todo consumo equivale a toxicomanía o adicción, ni todo aquel que fuma hachís acabará en la heroína o es posible que la persona aún no necesite tratamiento especializado¹³.

Mensajes dirigidos a las personas que no consumen drogas (prevención primaria)

Los motivos por los cuales una persona decide no consumir pueden ser distintos: miedo, falta de interés, experiencias previas negativas, creencias religiosas o problemas de salud, y puede ser interesante que, si se habla del tema, nos los pueda plantear. El refuerzo positivo para mantener esta abstinencia será nuestro objetivo. Pero no podemos olvidar que esta decisión puede cambiar y habrá que estar atentos. Como ejemplos:

- Recordar siempre la peligrosidad de *viajar en un vehículo cuando quien conduce ha consumido drogas*.
- Ofrecer, en todo momento, la posibilidad de entregar información sobre drogas. No está demostrado que informar estimule el consumo.

Mensajes dirigidos a personas que consumen drogas

Aquí aparecen los conceptos de *reducción de riesgos*, entendido como aquellas actividades que intentan evitar la aparición de problemas relacionados con el consumo de drogas, y de *reducción de daños*, actividades dirigidas a disminuir los daños ocasionados por un consumo de drogas claramente problemático.

Como ya hemos señalado, los problemas relacionados con el consumo de drogas no se limitan a la adicción a la sustancia. Pueden ser múltiples y será fundamental detectarlos para empezar a trabajar. Las razones para abandonar o reducir un consumo pueden partir de problemas muy alejados de la adicción. Así, en el caso de una pareja que no acepta el consumo, una experiencia negativa de un amigo, la vergüenza a reconocer el consumo delante de la familia o una simple orden judicial para evitar una multa pueden ser los

motivos que lleven al paciente a consultar. A partir de aquí, e individualizando el caso, evaluaremos conjuntamente las repercusiones, los problemas asociados, la posible adicción a la sustancia y, finalmente, determinaremos el abordaje terapéutico. Sin la colaboración estrecha, constante, razonada y consensuada del paciente las posibilidades de éxito son mínimas.

Preguntaremos sobre los problemas aparecidos con el consumo (físicos, de pareja, familiares, económicos, con amistades, psicológicos, laborales, de dependencia, etc.) y sobre los motivos por los cuales la persona consume (diversión, dependencia a la sustancia, calmar la ansiedad, aguantar toda la noche, relacionarse mejor, presión del grupo, etc.). No olvidemos que no todas las sustancias tienen las mismas características, que sus consumos no presentan los mismos problemas y que los patrones de consumo o los motivos para hacerlo no son iguales. Esto nos permitirá valorar si nos encontramos delante de un uso esporádico o de una situación de abuso problemática.

Uso esporádico (reducción de riesgos)

La línea que separa un consumo esporádico de uno más habitual no está clara, del mismo modo que la frontera entre uso y abuso o entre consumo problemático o no problemático es difusa y difícil de determinar. En este sentido, podemos afirmar que el consumo de cualquier droga comporta un riesgo, y será en el ámbito de los riesgos, y no sólo en el de los problemas, donde nos tendremos que manejar. A modo de ejemplo, podemos decir que el consumo de unas cervezas tiene poco riesgo, a corto plazo, de producir dependencia, pero más riesgo de tener problemas si se conduce una moto. O que entre los problemas asociados al consumo de una droga ilegal está el hecho de desconocer absolutamente lo que uno compra y se toma por la sencilla razón de que se trata de sustancias ilegales.

Podemos mostrar a la persona que su decisión de consumir también puede cambiar y debemos incidir en los *aspectos positivos* de este cambio: mejor rendimiento físico o intelectual, alternativas de ocio más valoradas, sensación de autocontrol, gestión de la propia economía, etc. y analizar los *negativos*: presión por parte del grupo o la pareja, sentirse diferente o no aceptado, aguantar el ritmo de toda una noche de fiesta, etc., siempre fomentando la adquisición de hábitos saludables.

Recordar que las posibles consecuencias negativas de las drogas van más allá de los efectos físicos o psíquicos: conducción de vehículos, problemas legales, familiares o de pareja, relaciones sexuales menos seguras, interferencias en el trabajo, estudios u otras obligaciones.

Desaconsejar siempre el uso de drogas en personas con problemas físicos (enfermedades cardiovasculares, diabetes) o psiquiátricos y en situaciones como el embarazo o la lactancia. Fomentar el diálogo e implicar a la persona en la valoración de su consumo: «Tú te conoces mejor que nadie, ¿qué piensas?», «¿crees que este consumo es problemático?», «¿decides tú cuándo debes consumir?», «¿descansas alguna temporada?», estimulando la propia responsabilidad y reforzando las habilidades personales.

Si la persona ha decidido continuar consumiendo, se puede aconsejar sobre un consumo más seguro: evitar la mezcla de ciertas sustancias, hidratarse bien si se toma éxtasis para evitar un golpe de calor, qué hacer si aparece una crisis de ansiedad o una emergencia, etc.

ABORDAJE DEL CONSUMO PROBLEMÁTICO DE DROGAS

No es extraño que el abordaje terapéutico de los problemas de drogas genere cierta angustia al médico de familia: poco tiempo, demandas urgentes, desconocimiento de sustancias y pautas, recetas que se pierden, listas de espera interminables en los centros de atención a drogodependencias (CAD), visitas espontáneas, angustias familiares, historias para no dormir. Ante esta situación, de sobras conocida, ¿podemos hacer algo? La respuesta es sí.

El primer paso y fundamental es establecer con el paciente una adecuada *evaluación clínica* (como en cualquier patología), que incluya historia detallada de las características del consumo (droga, vía de uso, inicio, frecuencia, policonsumo, tratamientos previos, reacciones adversas, etc.), una exploración física y un diagnóstico correcto de la patología orgánica secundaria al consumo y de la situación de abuso o dependencia.

El siguiente paso es establecer los objetivos, siempre con el paciente. Si el diagnóstico es de *dependencia* (tabla 3) puede resultar aconsejable plantear como objetivo la abstinencia completa, aunque éste no sea necesariamente el objetivo inmediato y haya que plantearse una serie de objetivos operativos intermedios (paso a paso). En los casos de abuso, por lo general se pueden plantear medidas de control del consumo que en caso de fracasar aconsejan reorientar el objetivo a la abstinencia.

En este momento del abordaje clínico es preciso evaluar la posibilidad de aparición de síntomas de *abstinencia* e iniciar su tratamiento. Toda colaboración (familia, pareja, personal de enfermería) aumenta la probabilidad de realizar la desintoxicación —superación del proceso de abstinencia— con éxito.

Tabla 3

Criterios del DSM-IV para dependencia de sustancias

- 1) Tolerancia definida como:
 - a) Necesidad de incrementar la cantidad de sustancia para alcanzar intoxicación o efecto deseado
 - b) Disminución del efecto con el uso continuado de la misma cantidad de la sustancia
- 2) Abstinencia manifestada como:
 - a) Síndrome de abstinencia característico de la sustancia
 - b) Toma de la misma sustancia (o parecida) para evitar síntomas de abstinencia
- 3) La sustancia se toma con más frecuencia o en cantidades mayores de lo deseado
- 4) Existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos para evitar o controlar el uso de la sustancia
- 5) Reducción importante del tiempo dedicado a actividades sociales, ocupacionales o recreacionales debido al uso de la sustancia
- 6) El uso de la sustancia es continuado a pesar del conocimiento de tener problemas físicos o psicológicos persistentes o recurrentes que probablemente han sido causados o exacerbados por la sustancia

Para el diagnóstico de dependencia es necesario cumplir 3 o más criterios durante un período de un año.

Delante de un consumo abusivo de cualquier droga siempre deberemos plantearnos la necesidad de derivar al paciente a un CAD. El mantener la abstinencia o el control sobre el uso de la sustancia va a exigir, en muchos casos, la derivación a estos recursos específicos de drogas con los que es preciso mantener un contacto fluido. En España aparece la dificultad añadida de que la gran mayoría de recursos formales pertenecen a redes de tratamiento ajenas al Sistema Nacional de Salud (de dependencia municipal, concertadas con ONG, etc.). La experiencia demuestra que las dificultades se solucionan más fácilmente con el contacto directo de los profesionales de los diversos centros que con el establecimiento de protocolos formales por parte de las instituciones.

A pesar de que, como veremos, es posible tratar desde la atención primaria un síndrome de abstinencia mediante una desintoxicación o realizar el tratamiento a largo plazo de la deshabitación, la mayoría de los casos de abusos de sustancias se beneficiarán de un abordaje especializado y multidisciplinario. Los CAD no sólo ofrecen medicación especial (metadona), sino que disponen de psiquiatras, psicólogos o educadores para el imprescindible abordaje psicológico de la dependencia. Además, por leve que pueda parecer el problema, no sabemos cómo evolucionará el consumo y un vínculo temprano con el CAD puede evitar problemas futuros (listas de espera, dificultades de tratamiento). Esta derivación puede ser difícil: no se reconoce el problema, falta de motivación o soporte familiar, problemas sociales o económicos, listas de espera, etc., y nuestro trabajo se centrará en intentar completar el proceso de inicio de tratamiento lo antes posible.

Alcohol

La *evaluación clínica* del abuso de alcohol se iniciará con el cálculo del consumo (tabla 4), una buena anamnesis (inicio,

Tabla 4

Equivalencias entre el volumen de bebida alcohólica y unidades de bebida estándar (UBE)

Bebida	Volumen	UBE
Vino	1 vaso (100 ml)	1
	1 l	10
Cerveza	1 caña (200 ml)	1
	1 l	5
Destilados	1 copa (50 ml)	2
	1 carajillo (25 ml)	1
	1 combinado (50 ml)	2
	1 l	40
Cava, licores de fruta, vermut, etc.	1 copa (50 ml)	1
	1 vermut (50 ml)	1
	1 l	20

patrón de consumo, drogas asociadas, síntomas físicos, problemas sociofamiliares asociados), la exploración física (signos de afectación digestiva, cardiovascular, neurológicos, etc.), marcadores biológicos (GGT, cociente AST/ALT > 1 o la elevación del VCM)⁶. Existen varios tests para el *cribado* de la dependencia alcohólica: AUDIT y CBA; entre ellos destaca, por su brevedad y fácil utilización en la consulta, el CAGE. Para la confirmación de la dependencia nos podemos ayudar del MALT o de los criterios diagnósticos de dependencia de alcohol según la cuarta edición del *Manual Diagnóstico de Enfermedades Mentales* de la American Psychiatric Association (DSM-IV) o la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) de la Organización

Mundial de la Salud (todos los tests y criterios diagnósticos están disponibles en: http://www.elmedicointeractivo.com/formacion_acre2005/pdf/974.pdf).

Desintoxicación

Sólo si existe dependencia física o síndrome de abstinencia. La finalidad del tratamiento de desintoxicación es conseguir la abstinencia de una manera controlada, evitando en lo posible los síntomas de privación y anticipándonos a la aparición de graves complicaciones orgánicas potencialmente mortales, como el *delirium tremens*. Las probabilidades de éxito de este tipo de desintoxicación ambulatoria dependerán de factores como la cantidad de alcohol, el compromiso del paciente, un soporte familiar estrecho o de un seguimiento más o menos intensivo. Consumos de alcohol muy elevados, con clínica de abstinencia muy marcada necesitarán, a pesar de un buen soporte familiar, de un ingreso hospitalario. Para la realización de la desintoxicación domiciliaria puede ser necesario mantener al paciente de baja durante aproximadamente 10 días con reposo domiciliario y supervisión continuada.

El tratamiento se basa en tres aspectos:

- Hidratación: consumo de abundantes líquidos, zumos, frutas y verduras.
- Vitaminoterapia: del grupo B por vía oral durante 3-4 semanas (sin grado de evidencia establecido).
- Sedación: clometiazol (mayor experiencia de uso) o benzodiazepinas (grado de recomendación A) (tabla 5).

Tabla 5

Pautas de desintoxicación alcohólica			
Pauta de desintoxicación con clometiazol		Pauta de desintoxicación con diazepam 5 mg	
Mín.	Máx.	Mín.	Máx.
1-1-2	4-3-4	1-1-2	4-4-4
1-1-1	3-3-4	1-1-1	4-3-4
1-0-1	3-3-3	1-0-1	3-3-4
0-0-1	3-2-3	0-0-1	3-3-3
Suspender	2-2-3	Suspender	3-2-3
	2-1-3		2-2-3
	2-1-2		2-1-3
	1-1-2		2-1-2
	1-1-1		1-1-2
	1-0-1		1-1-1
	0-0-1		1-0-1
	Suspender		0-0-1
			Suspender

Deshabitación

Abordaje psicosocial. Tratamientos individuales conductivo-conductuales o sistémico-familiares y grupales con programas de autoayuda, motivacionales o de prevención de recaídas (desde los CAD, ONG o algunos grupos de alcohólicos rehabilitados).

Abordaje farmacológico. Los fármacos que han demostrado su eficacia en el tratamiento de la deshabitación alcohólica¹⁴⁻¹⁶ se detallan a continuación.

- Interdictores: disulfiram 250-500 mg/24 h (1-0-0), cianamida cálcica 60 mg/12 h (10-15 gotas/12 h).
- Fármacos *anticraving* (disminuir el deseo de beber): acamprosato, que se ha demostrado efectivo a largo plazo para mantener la abstinencia. Administrar 2 g/día (3-0-3) y mantener, al menos, un año; naltrexona, 50 mg/día (1-0-0), efectiva en la abstinencia a corto plazo (grado de recomendación B).

Se recomienda, si es posible, la combinación de un interdictor y un (o los dos) *anticraving*, siempre unido a un estrecho seguimiento clínico y psicológico (grado de recomendación B).

Heroína

Es frecuente que cuando un paciente pide ayuda para abandonar el consumo de heroína ya acuda con una propuesta de tratamiento. Por imposible que nos pueda parecer, intentarla puede ser una buena estrategia para iniciar un vínculo de tratamiento: «Pienso que es mejor iniciar la metadona, pero si crees que podrás quitarte sólo con pastillas... pues lo probamos mientras esperas la cita del CAD». Dejando claro que el seguimiento debe realizarse en el CAD, podemos intentar siempre una desintoxicación, sobre todo en pacientes con consumos reducidos, recaídas de corta duración o vías como la fumada o esnifada.

Desintoxicación

Utilizaremos una benzodiazepina de vida media larga y un agonista opiáceo durante 7-12 días, añadiendo un hipnótico potente por la noche (tabla 6). La pauta dependerá, básicamente, de la cantidad de heroína consumida (resultará de utilidad guiarse por lo que nos refiere el paciente), pero consumos superiores a 500 o 750 mg de heroína requerirán dosis de desintoxicación plenas.

Tabla 6

Pautas de desintoxicación de heroína				
Agonista opiáceo: dextropropoxifeno 150 mg		Benzodiazepina (mantener durante toda la desintoxicación)		Hipnótico
100-200 mg heroína	750-1.000 mg heroína	Clorazepato dipotásico 50 mg	Clonazepam 2 mg	Lormetazepam 2 mg
Mín. 2-1-1/2-1-1/1-1-1-1-1/ 1-0-1/1-0-1/1-0-0/1-0-0	Máx. 3-3-3/3-3-3/ 3-2-3/3-2-2/2-2-2/ 2-1-2/2-1-1/1-1-1-1/ 1-0-1/1-0-0	Mín. 1/2-0-1/2 Máx. 1-1-1	Mín. 1/2-0-1/2 Máx. 1-1-1	0-0-1

Deshabitación

En pacientes en que la desintoxicación ha sido efectiva se debe continuar el seguimiento desde el CAD. Los programas de mantenimiento con metadona, el apoyo psicosocial y las comunidades terapéuticas son las únicas estrategias terapéuticas que han demostrado su efectividad en el mantenimiento de la abstinencia^{18,19} (**grado de recomendación B**). El mantenimiento sólo con naltrexona 50 mg/24 h (agonista opiáceo), una vez ha remitido el síndrome de abstinencia, no ha demostrado ser eficaz¹⁷.

Cocaína

El abordaje de la dependencia a la cocaína es complejo. Su alta dependencia psicológica, su consumo compulsivo y la escasez de tratamientos efectivos hacen difícil su abandono. Una vez más, la evaluación clínica nos ayudará a valorar el paciente (frecuencia de uso, escalada en el consumo: esnifada, fumada en base e intravenosa, consumo concomitante con alcohol, uso recreativo o diario, etc.).

Desintoxicación

La dependencia física a la cocaína es leve y, por lo tanto, utilizaremos dosis bajas de benzodiazepinas para tratar la ansiedad que puede aparecer en los primeros días.

Deshabitación

Sólo el abordaje psicoterapéutico desde el CAD junto al abandono del consumo de alcohol han demostrado efectividad en el mantenimiento de la abstinencia a cocaína²⁰. No se dispone de suficientes pruebas científicas de que fármacos como la olanzapina²¹, la carbamazepina²², los agonistas dopaminérgicos²³ o los antidepresivos²⁴ sean útiles para la deshabitación

de la cocaína. Algunos estudios preliminares con modafinil²⁵ apuntan su posible utilidad, así como el de la inmunoterapia con una vacuna (sólo ensayada en modelos animales) específica para la adicción a la cocaína²⁶. El uso del disulfiram ha demostrado ser efectivo independientemente de su efecto sobre el consumo de alcohol²⁷.

Benzodiazepinas

La dependencia de este tipo de sustancias requiere una buena valoración de la situación (motivo por el cual se indicaron, tiempo de consumo, aparición de síndrome de abstinencia, vida media de la sustancia consumida, personalidad del paciente, etc.). Además, a veces se puede confundir la abstinencia de las benzodiazepinas con la ansiedad por la cual fueron indicadas, obligándonos a una retirada muy gradual y a una valoración especializada desde el CAD. A pesar de ello, y mientras esperamos la visita del CAD, podemos intentar una desintoxicación teniendo en cuenta algunos detalles:

- Pactar y consensuar la pauta con el paciente, dejándole libertad para detener la reducción o aumentar dosis en ciertas situaciones.
- Cambiar las benzodiazepinas de vida media corta por una de vida media larga como el diazepam en tres tomas diarias. Así, 10 mg de diazepam equivalen a 1 mg de alprazolam, 20 mg de clordiazepóxido, 1 mg de lorazepam o a 2 mg de flunitrazepam.
- Establecer controles frecuentes, informar sobre el proceso, revisión constante de la pauta de desintoxicación y facilitar el acceso del paciente a nuestra consulta.

Otras drogas

En los casos de dependencia del resto de sustancias (cannabis, LSD, MDMA, etc.), disponemos de muy pocas alternativas para su tratamiento. Una vez más realizaremos una buena eva-

luación clínica y podemos utilizar ansiolíticos en el abordaje inicial si aparece síndrome de abstinencia.

Reducción de daños

Finalmente, no hay que olvidar que durante el proceso que va desde la detección de un consumo problemático, la decisión de iniciar un tratamiento, su inicio, y hasta después de iniciado, el consumo de drogas puede persistir. Es en este punto donde cobran importancia las actividades de reducción de daños. Así, a los usuarios de droga por vía parenteral, se beneficiarán del acceso a material limpio para venopunción²⁸, y de consejos sobre técnicas de inyección o de uso de drogas más seguros²⁹. Se procurará informar sobre cómo evitar la transmisión de enfermedades infecciosas, y fomentar la vinculación y la retención en atención primaria y en los CAD. Habrá que estar alerta para detectar, tratar y derivar problemas de salud relacionados con algunas prácticas de riesgo: infección por los virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y de las hepatitis B (VHC) y C (VHC), tuberculosis, enfermedades oportunistas en inmunodeprimidos, patología dual (coexistencia en un mismo individuo de un trastorno inducido por el consumo de una sustancia psicoactiva y de un trastorno psiquiátrico), riesgo de sobredosis y otros problemas más sociales.

Puede ocurrir que la abstinencia no sea un objetivo asumible. En estos casos, una reducción en el consumo, el tratamiento de problemas de salud concomitantes (curas, infecciones oportunistas, etc.) o el mismo acompañamiento o asesoramiento (*counselling*) mientras se esperan cambios de actitud, pueden ser objetivos plenamente legítimos.

RESUMEN

Los cambios aparecidos en los últimos años en relación con el consumo de drogas (nuevas sustancias, cultura del ocio, inicios tempranos, etc.) obligan al médico de familia a ampliar sus conocimientos y a mejorar sus estrategias de prevención y tratamiento. Una buena formación en cuanto a sustancias, un diagnóstico clínico acertado, un acercamiento objetivo y sin prejuicios al consumidor o la transmisión de información veraz, contrastada y realista, nos permitirán individualizar mucho mejor la situación y escoger el mejor abordaje. Unas buenas habilidades en el manejo de fármacos para la desintoxicación o la deshabitación facilitarán el inicio del tratamiento en caso de consumo problemático. El seguimiento, el cuidado y el consejo al paciente que ya sigue tratamiento en el CAD, junto con medidas de reducción de daños a aquellos consumidores que no han abandonado el consumo, serán estrategias útiles desde la atención primaria.



LECTURAS RECOMENDADAS

- Drogas al desnudo. Bilbao: Askagintza; 2004. Disponible en: <http://www.askagintza.com>
- Una guía que informa, de forma amena, ágil, rigurosa, clara y objetiva, sobre las distintas drogas: sus características, los problemas asociados a su uso y cómo reducir los riesgos y daños relacionados con su consumo.*
- Energycontrol.org [homepage en internet]. Energy Control. Barcelona. Disponible en: <http://www.energycontrol.org/>
- Desde su web se pretende dar información a consumidores para responsabilizar y prevenir consumos problemáticos. El enlace dispone de abundante material sobre las distintas drogas dirigido a consumidores.*
- Walton S. Colocados. Una historia cultural de la intoxicación. Barcelona: Alba; 2003.
- En él su autor desarrolla la tesis de que a lo largo de la historia el hombre siempre ha tendido individualmente a buscar estados de euforia, frente al poder coercitivo de las instituciones que han intentado canalizar esa fuerza hacia sentimientos colectivos de identidad o religiosos.*

BIBLIOGRAFÍA

- Schuckit MA. Drug and alcohol abuse. A clinical guide to diagnosis and treatment. Nueva York: Plenum Medical Book Company; 2000.
- Delegación de Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Observatorio Español sobre Drogas Informe n.º 6. Madrid: DGPND Ministerio del Interior; 2003. Disponible en: <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/oed-6.pdf>
- Cami J, Farré M. Drug addiction; mechanisms of disease. N Engl J Med. 2003;349:975-86.
- De Llama B, Jubete M, Piñera M, Cañazares P. Adicción al alcohol: diagnóstico y tratamiento en Atención Primaria. Médicos de Familia. 2003; 3:35-45.
- Llambrich A, et al. Alcohol. Publicaciones de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. Barcelona; 2000.
- Martín Zurro A, Cano Pérez JF. Atención Primaria. 5.ª ed. Madrid: Elsevier; 2003.
- Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Memoria 2002. Madrid: DGPND, 2003. Disponible en: <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/memo2002.pdf>
- Funes J. Los adolescentes y las drogas. Barcelona: Aguilar; 1996.
- Sedó C. Apunts sobre la conducció de situacions relacionades amb usos de drogues. Quadern del Mòdul 4 del Màster d'Intervenció socioeducativa amb infants, adolescents i joves en risc o conflictes socials. Barcelona: Universitat Ramon Llull; 2000.
- Fernández MI, Bermejo CJ, Alonso M, Herreros B, et al. Efectividad del consejo médico breve para reducir el consumo de alcohol en bebedores. Aten Primaria. 1997;19:127-32.
- ctfphc.org [homepage en internet]. Canadian Task Force on Preventive Health Care. Disponible en: <http://www.ctfphc.org/>
- Energycontrol.org [homepage en internet]. Energy Control. Barcelona. Disponible en: <http://www.energycontrol.org/>
- Òrgan Tècnic de Drogodependències. L'atenció primària davant les drogues de síntesi. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social; 1999. Disponible en: <http://www.gencat.net/salut/depsan/units/sanitat/pdf/drogsint.pdf>
- Garbutt JC, et al. Pharmacological treatment of alcohol dependence: a review of the evidence. JAMA. 1999;281:1318-25.
- Verheul R, et al. Predictors of acamprosate efficacy: results from a pooled analysis of seven European trials including 1485 alcohol-dependent patients. Psychopharmacology. 2005;178:167-73.

16. Srisurapanont M, Jarusuraisin N. Opioid antagonists for alcohol dependence. *Cochrane Database Syst Rev*. 2005;(1):CD001867.
17. Minozzi S, Amato L, Vecchi S, Davoli M, Kirchmayer U, Verster A. Oral naltrexone maintenance treatment for opioid dependence. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 1. Art. No.: CD001333. DOI: 10.1002/14651858.CD001333.pub2.
18. Amato L, Minozzi S, Davoli M, Vecchi S, Ferri M, Mayet S. Psychosocial combined with agonist maintenance treatments versus agonist maintenance treatments alone for treatment of opioid dependence. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2004, Issue 4. Art. No.: CD004147. DOI: 10.1002/14651858.CD004147.pub2.
19. Mattick RP, Breen C, Kimber J, Davoli M. Methadone maintenance therapy versus no opioid replacement therapy for opioid dependence. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2003, Issue 2. Art. No.: CD002209. DOI: 10.1002/14651858.CD002209.
20. Lima MS, de Oliveira Soares BG, Reisser AA, Farrell M. Pharmacological treatment of cocaine dependence: a systematic review. *Addiction*. 2002;97:931-49.
21. Baño MJ. Uso de olanzapina en el tratamiento del abuso de drogas estimulantes. Una revisión. *Trastornos adictivos*. 2001;3(Monográfico 2):33-40.
22. Carbamazepina para la dependencia de la cocaína. En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, número 4, 2005 [consultado el 23-03-2006]. Oxford: Update Software.
23. Soares BGO, Lima MS, Reisser AAP, Farrell M. Agonistas dopaminérgicos para la dependencia de cocaína. En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, número 1, 2006 [consultado el 23-03-2006]. Oxford: Update Software.
24. Lima MS, Reisser AAP, Soares BGO, Farrell M. Antidepresivos para la dependencia de la cocaína. En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, número 1, 2006 [consultado el 23-03-2006] Oxford: Update Software Ltd.
25. Dackis CA, et al. *Neuropsychopharmacology*. 2005;30:205-11.
26. Sofuoglu M, Kosten TR. Emerging pharmacological strategies in the fight against cocaine addiction. *Expert Opin Emerg Drugs*. 2006;11:91-8.
27. Carroll KM, et al. Efficacy of disulfiram and cognitive behavior therapy in cocaine-dependent outpatients. A randomized placebo-controlled trial. *Arch Gen Psychiatry*. 2004;61:264-72.
28. Plan Nacional sobre el sida. Guía para la puesta en marcha de programas de intercambio de jeringuillas. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Disponible en: <http://www.msc.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/docs/tbc.pdf>
Direcció General de Drogodependències i sida. Manual d'injecció higiènica per a professionals. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social; 2002. Disponible en: <http://www.gencat.net/salut/depsan/units/sanitat/pdf/manu.pdf>

Cuaderno del médico de familia. Abordaje del consumo de drogas

- Es imprescindible un buen *conocimiento* sobre las distintas sustancias.
- Transmisión de información *individualizada, veraz, objetiva, contrastada, realista y sin prejuicios al consumidor y a la familia*.
- El *consejo de salud* es una buena herramienta en el abordaje inicial del consumo de drogas.
- *No debemos tener prisa*.
- Podemos utilizar canales *poco medicalizados*: folletos, páginas web u ONG en consumos iniciales o no problemáticos.
- Cuando detectamos un *consumo problemático*, iniciar, siempre que sea posible, la *derivación y vinculación* a un centro de atención a drogodependencias (CAD).
- Si existe *síndrome de abstinencia*, valorar inicio de *desintoxicación* desde nuestra consulta.
 - Alcohol: *a)* clometiazol 192 mg, cápsulas: 4-3-4 (máximo) en pauta descendente o diazepam 5 mg: 4-4-4 (máximo) en pauta descendente; *b)* complejo vitamínico B, comprimidos: 1-0-0 durante proceso de desintoxicación; *c)* deshabitación (abstinencia de más de una semana): disulfiram o cianamida cálcica mínimo 6 meses, naltrexona y/o acamprosato durante 3-6 meses.
 - Heroína: *a)* dextropropoxifeno 150 mg, cápsulas: 3-3-3 (máximo) en pauta descendente; *b)* clorazepato dipotásico 50 mg: 1-1-1 (máximo) o clonazepam 2 mg: 1-1-1 (máximo) durante proceso de desintoxicación; *c)* lormetazepam 2 mg: 0-0-1 durante proceso de desintoxicación.
 - Benzodiazepinas: cambiar a diazepam 10 mg según equivalencias y realizar pauta descendente lenta.
- Estar siempre atentos a *recaídas*.
- Si persiste el consumo, aplicar estrategias de *reducción de daños*.
- Atentos a la *sobredosis* por opiáceos en pacientes *largamente abstinentes* que recaen en el consumo de heroína.