

Alcohol y otras drogas

Dr. Juan Carlos González Sánchez

Centro Integral a Drogodependientes (CAID). Patronato de Salud.

Ayuntamiento de Alcobendas

Resumen

En el siguiente artículo hacemos un breve recorrido por la polidependencia que actualmente genera más demanda en la red asistencial específica, hablamos del abuso/dependencia al binomio Alcohol-Cocaína. Realizamos un análisis del mecanismo de acción de su principal metabolito el Cocaetileno y su tratamiento actual. También hacemos un análisis del nivel relacional de estas drogas, y reseñamos la asignación terapéutica como orientación al abordaje bio-psico-social.ción de la adicción al juego.

Palabras Clave

Polidependencia, alcohol/cocaína, cocaetileno, tratamiento.

Summary

In the following article we make a brief route by the polidependencia that at the moment generates more demand in the specific welfare network, we spoke of the abuso/dependencia to theAlcohol-Cocai'na binomial.We made an analysis of the mechanism of action of its main metabolito the Cocaetileno and its present treatment.Also we make an analysis of the relational level of these drugs, and reviewed the therapeutic allocation like direction to the boarding bio-psico-social.ción of the addiction to the game.

Key Words

Polidependencia, alcohol/cocaína, cocaetileno, treatment.

Correspondencia a: _____

C/ Libertad 6. 28100 Alcobendas Madrid.

Tlf: 91 6637001. Ext 4048

e-mail: sanidro.pseis@aytoalcobendas.org



Résumé

Dans l'article suivant nous faisons un bref parcours par la polidependencia qui produit actuellement davantage de demande dans le réseau d'aide spécifique, nous parlons de l'abus/dépendance à alcool- la Cocaïne binômiale. Nous effectuons une analyse du mécanisme d'action de leur principal métabolite le Cocaetileno et son traitement actuel. Nous faisons aussi une analyse du niveau relationnel de ces drogues, et faisons le compte rendu de l'assignation thérapeutique comme orientation à l'abordage bio-psico-social.

Most Clé

Polidependencia, alcohol/cocaïne, cocaetileno, traitement.

El panorama asistencial, hoy en día, en los Centros específicos de atención a drogodependientes; está vinculado a la atención del politoxicodependiente: aquel consumidor de dos o más sustancias de abuso.

En los últimos años estamos asistiendo a un fenómeno emergente: usuarios de cocaína como droga principal y que además abusan de alcohol. Pero también el fenómeno puede discurrir en sentido contrario y nos encontramos entonces con pacientes dependientes de alcohol que son consumidores de cocaína. (Observatorio Europeo de las drogas y toxicomanías, informe anual 2001).

Las politoxicodependencias tienen como complicaciones típicas, alteraciones en la esfera social, orgánica y psiquiátrica. Las alteraciones sociales se sitúan en primer lugar; englobando al 90 % de los pacientes y dentro de estas alteraciones sociales, el área familiar es el más comúnmente afectado, circunstancia determinante en el inicio del tratamiento por efecto de la "presión familiar".

La presencia de alteraciones psíquicas es más común que las orgánicas; (quizás por el poco tiempo, en años de estas politoxicodependencias). De entre las complicaciones psiquiátricas más frecuentes, encontramos

trastornos del estado de ánimo en un 68.5%; trastorno de ansiedad en un 34.9 % y trastornos psicóticos en un 15.4% de los casos. (Plan Nacional Sobre Drogas. Informe sobre la situación de la Cocaína en España 2001)

En este artículo hablaremos fundamentalmente del policonsumo de cocaína y alcohol por lo expresado anteriormente.

Al principio y en pequeñas dosis, la combinación coca-alcohol producen efectos euforizantes/ relajantes que, parecen libres de consecuencias negativas para el sujeto. Disminuyen la ansiedad y la inhibición social e intensifican la energía, la autoestima, la sexualidad, pero sin apenas distorsiones perceptivas y alucinatorias. De alguna manera actúan como un "lubricante social". (Landabaso et al. 2002).

Las consecuencias del consumo de cocaína y alcohol son mayores que las de ambas drogas por separado, encontrando:

- Mayor pérdida de control de consumo e intoxicaciones más graves.
- Aumento de las cantidades consumidas por episodio.
- Débil o nula percepción de los problemas con el alcohol.
- El alcohol actúa como detonante del "craving" (deseo compulsivo del consumo de droga) de cocaína.
- Mayor presencia de

conductas violentas y de riesgo. (Observatorio Europeo 2001)

Sin olvidar que el consumo repetido de estimulantes se asocia a fenómenos de tolerancia y dependencia, pero también a sensibilización (tolerancia inversa) y neurotoxicidad.

COCAETILENO

Es un éster etílico de benzoilecgonina que se detecta en sangre y en la orina de los consumidores de cocaína y alcohol, pero no en el caso de consumir sólo cocaína o solo alcohol. (Pascual et al 2001).

En presencia de alcohol, el hígado metaboliza la cocaína a su etílico homólogo, el cocaetileno, éste tras exposición se encuentra rápidamente además de en el hígado en pulmón y riñón, minutos más tarde lo encontramos en cerebro, corazón y bazo. Parece que las concentraciones más significativas de cocaetileno ocurren cuando administramos previamente alcohol. Como dijimos anteriormente, para la cocaína; el cocaetileno juega un papel importante en el reforzamiento y en la toxicidad derivada de su consumo. Es menos potente que dosis equivalentes de cocaína pero tiene que ésta por lo que su eliminación es más lenta, pudiendo existir un fenómeno acumulativo en el transcurso de un episodio de consumo elevado de cocaína y alcohol con consecuencias tóxicas.

El cocaetileno es más letal que la cocaína siendo la dosis letal media, significativamente menor que en ésta. La toxicidad aguda viene dada por la hiperactividad noradrenergica y dopaminergica fundamentalmente, y en la intoxicación por alcohol y cocaína nos encontramos los efectos sumatorios y mantenidos de ambas sustancias más el efecto toxico del cocaetileno. (Pastor et al 2003)

A nivel neuronal el cocaetileno actúa como:

- potente inhibidor de la dopamina en el transportador dopaminergico. Parece ser; que en realidad al unirse al transportador de dopamina; produce un cambio en la conformación de éste, que disminuye su afinidad por la dopamina, con lo de decrece su recaptación.
- También tiene efectos, aunque en menor grado sobre los transportadores noradrenergicos y serotoninergicos. (Joyce. H 2004).

CONSECUENCIAS DEL CONSUMO DE COCAÍNA ALCOHOL

Existen pocas investigaciones respecto a las consecuencias de su consumo, por ello nos apoyamos fundamentalmente en la observación clínica entre los adictos. Los consumidores crónicos nos manifiestan:

Un aumento considerable de la euforia y duración de la misma, con disminución de la disforia por abstinencia a cocaína, aumento de la actividad motora. Se sabe, que existe un incremento potencial de muerte repentina de 18 a 25 veces más que con la cocaína sola, aumento del ritmo cardiaco de 3 a 5 veces más que con otras drogas, déficit cognitivos: memoria ,atención-concentración, orientación, asimetrías sensoriales. (Elionore et al 1998).

Las complicaciones orgánicas más frecuentes observadas son: Crisis epilépticas, accidentes cerebro-vasculares, hemorragia intracerebral y subaracnoidea, Infarto agudo de miocardio, arritmias cardiacas, angor, crisis hipertensivas, hepatotoxicidad con necrosis centrolobulillar y alteraciones en el sistema inmunitario que secundariamente pudieran originar neoplasias de diversas localizaciones.

En el informe del Plan Nacional sobre Drogas de 1999 se detecto ya, un incremento



preocupante en el número de episodios de urgencias hospitalarias directamente relacionadas con el consumo y el aumento del número de muertes por reacciones agudas al consumo de cocaína, existiendo en dichos eventos otras sustancias entre las que destaca el alcohol.

Visto lo anterior, es interesante reseñar las relaciones secuenciales que pueden tener otra forma de politoxicomania, no poco habitual en nuestros días y no es otra que la asociación de consumos de alcohol, cocaína y benzodiacepinas.

En estos casos sería prioritario establecer e identificar adecuadamente la "funcionalidad" de cada sustancia, la severidad de la problemática asociada al consumo y la priorización de intervenciones que, como consecuencia de la evaluación, se estime más adecuada. (González, JC et al 2006)

Es altamente improbable que las Benzodiacepinas reconfiguren dentro de un patrón complejo. No obstante, no lo es tanto que, aún siendo una droga secundaria o instrumental, requiera una atención inmediata debido a la cantidad autoadministrada o al nivel de dependencia generado. Puede darse el caso, lo más común, de que el consumo de cocaína y alcohol sea secuencial (por ejemplo los fines de semana) pero los periodos interconsumos coincidan con un consumo de elevadas cantidades de Benzodiacepinas administrados en dosis diarias, lo que podría suponer un abuso de alcohol y cocaína y una dependencia más o menos severa a tranquilizantes.

Para explicarlo mejor expondremos, las dos posibles relaciones funcionales entre cocaína, alcohol y benzodiazepinas.

En un primer caso la cocaína sería la droga principal, el sujeto buscaría la excitación, desinhibición, lucidez, energía, sociabilidad y sensibilidad, que proporciona dicha droga. Pero

utilizaría de forma secundaria el alcohol como soporte sedativo, reduciendo los efectos indeseados de la cocaína, así como el alargamiento de los periodos intertomos. Pudiendo utilizar de forma instrumental otra droga, los tranquilizantes con el objetivo de reducir la resaca, combatir el insomnio residual y la ansiedad o disforia de los periodos interconsumos.

En un segundo caso la droga principal es el alcohol que aporta sociabilidad, locuacidad, activación, en un primer periodo, autoconfianza, desinhibición y aceptación. Utilizando, en este caso, como droga secundaria la cocaína que le aportaría mayor capacidad de bebida sin alcanzar la ebriedad. También en estos casos se podría utilizar los tranquilizantes como droga instrumental con los mismos objetivos que en el primer caso. (González JC et al 2006).

Lo anterior resulta de una verdadera automedicación de los usuarios a drogas; en las que logran más o menos eficientemente un "equilibrio" entre productos excitatorios y depresores del Sistema Nervioso Central, logrando estados sensoriales y físicos adecuados a sus necesidades.

Los productos o drogas excitatorias, además de la cocaína pueden ser anfetaminas o derivados como el MDMA (metilen-dioxianfetamina), éxtasis. Y entre los depresores, además del alcohol pueden ser el cannabis o marihuana. Las combinaciones son múltiples, pero se busca básicamente, ese "equilibrio" entre estados de "alerta" y estados de "tranquilidad".

Llegados a este punto podemos comprender lo complejo del manejo de estos pacientes; que podemos resumir en los siguientes ítems:

Complejidad de red social en drogodependientes cronificados, otras alteraciones psiquiátricas del eje I, frecuentísima comorbilidad

con trastornos de la personalidad y frecuente patología orgánica.

SINTOMATOLOGÍA DEL SÍNDROME DE ABSTINENCIA

La sintomatología del síndrome de abstinencia a dichas sustancias, es la superposición de los síndromes de abstinencia de las diversas drogas que el usuario consume, dependiendo del grado de consumo, la antigüedad del proceso y el estado físico del paciente. No es objeto de este artículo el comentar detalladamente dicha sintomatología, bien conocida en el caso del alcohol; en el caso de la cocaína, si sería bueno recordar que en la abstinencia aguda (primeras 24 horas) se produce un cuadro caracterizado por el agotamiento, anorexia, hipersomnolia, fatiga, irritabilidad, sintomatología depresiva, y en caso de que la hubiera; disminución de la autoreferencialidad. En el periodo de abstinencia (de 24 h a 2-4 semanas) predomina el insomnio o sueño intermitente, irritabilidad, ansiedad, "craving", siendo su punto álgido entre los 3 y los 10 días. (Stefen et al 2002).

En el periodo de extinción podemos encontrar un deseo esporádico de drogas y leve sintomatología depresiva.

TRATAMIENTO DE LA ADICCIÓN A COCAÍNA

En la actualidad El tratamiento de la adicción cocaína/anfetamina ofrece dificultades por diferentes razones:

- a) No hay principios activos específicos de probada eficacia.
- b) Alta frecuencia de asociación con otras sustancias de abuso (alcohol, BNZ....)
- c) Patrones de consumo muy dispares.

d) Frecuente comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos.

Hay una gran diferencia en el tratamiento de un paciente que refiere consumos de 1/4-1/2 gramo los fines de semana exclusivamente, sin otras alteración en Eje I o II; y el de un inyector de cocaína de varios gramos al día con múltiple comorbilidad psiquiátrica y orgánica.

Entre ambos extremos hay múltiples posibilidades. Se ha comprobado que algunos tratamientos que figuran en los textos clásicos con Bromocriptina y Amantidina son ineficaces y con múltiples efectos iatrogénicos.

Desde nuestro punto de vista el tratamiento más aceptado hoy en día del Síndrome de Abstinencia a Cocaína (SAC) es un tratamiento sintomático de sus principales manifestaciones, que en múltiples ocasiones se acompañan de otras adicciones y/o situaciones. Citaremos las más frecuentes: (González, et al. 2006)

- Otras adicciones, principalmente el alcohol y/u otros depresores del sistema nervioso central.
- Alteraciones del estado de animo,
- Cuadros autoreferenciales y/o autenticas psicosis toxicas
- Situación personal inmersa en redes sociales desestructuradas en mayor o menor grado y que dificulta el abordaje del problema y el éxito del tratamiento.

Como premisa, hay que considerar siempre que en múltiples ocasiones no hay un claro predominio de un solo síntoma. Por tanto debemos utilizar combinaciones de fármacos "a la medida del paciente"; pero evitando las "ensaladas" farmacológicas empíricas. En el futuro es posible que se disponga de una "cocaína inversa" con fines terapéuticos, que actuaría de manera análoga a la acción de la tianepina un ISRS. Este agente experimental para el abuso de cocaína, en realidad bombea la dopamina

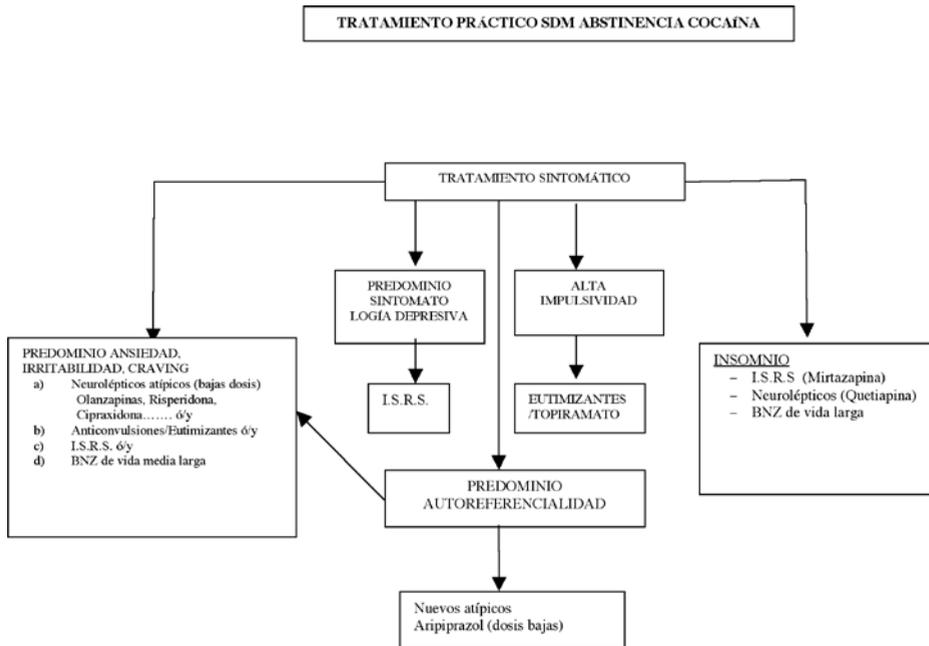


de nuevo hacia la neurona presináptica y es, por tanto, un potenciador de la recaptación de dopamina (Stefen 2002).

Otra posibilidad terapéutica para los adictos a cocaína en un futuro sería los anticuerpos anti-cocaína.

Respecto a las anfetaminas y metanfetaminas, el reciente descubrimiento de los denominados pépticos transcritos (CART) nos abre otra puerta. Se trata de un nuevo neurotransmisor péptico, que se incrementa tras la administración de drogas estimulantes

TABLA 1.



y que probablemente desempeña un papel importante en el control del estrés, y el comportamiento alimentario.(Mac Galater 2002)

Respecto al tratamiento del síndrome de abstinencia a alcohol debe basarse en tres pilares:

- 1.- Fármacos sedantes del Sistema Nervioso Central para combatir la hiperexcitabilidad del Síndrome de abstinencia agudo.
- 2.- Vitamino-terapia y
- 3.- Restablecimiento del equilibrio electrolítico.

Cuando se termina la desintoxicación se pueden introducir fármacos para la prevención de recaídas como interdictores o aversivos (disulfiran, cianamida), fármacos que disminuyen el deseo de beber (Acamprosato, naltrexona) o antimpulsivos como el topiramato.(González 2006).

Debemos mencionar la importancia que tiene el tratamiento psicoterápico en la deshabitación en pacientes toxicodependientes, pero que escapan a los contenidos del presente artículo.

CRITERIOS DE INGRESO PARA LA DESINTOXICACION EN POLIDEPENDIENTES

- a) Fracaso en desintoxicación ambulatoria, altas dosis de alcohol y/o cocaína.
- b) Alteraciones graves en red social de apoyo.
- c) Presencia de patología orgánica no controlable.
- d) Presencia de comorbilidad psiquiátrica reagudizada o no controlable ambulatoriamente.
- e) Embarazo.

CONCLUSIONES

A modo de resumen podemos concluir que actualmente, la polidependencia más habitual es la generada por el alcohol y cocaína, que en dicha dependencia debemos buscar cual es la droga principal y/o secundaria y la posible existencia de otras drogas instrumentales.

Que los tratamientos farmacológicos están en constante evolución no teniendo, en el caso de la cocaína tratamientos específicos, debiendo buscar tanto en la desintoxicación como en la deshabituación, el tratamiento sintomático y la adecuada prevención de recaídas. Debemos tener en cuenta la psicopatología de base, muy frecuente en estos pacientes y la dificultad de apoyos en núcleos sociales básicos de ayuda. Siendo fundamental una buena asignación terapéutica donde estén en equilibrio los pilares del tratamiento; que no deben ser otro que la integración los ejes bio-psico-social.

BIBLIOGRAFÍA

Observatorio Europeo de las Drogas y Toxicomanías. Informe anual sobre el problema de las drogas en EU (2001).

Plan Nacional sobre Drogas. Informe sobre la situación de la cocaína en España. Abril 2001. PND/Internet.2001.

Landabaso, M.; Larrazabal, A.; Actualizaciones farmacológicas en los programas de deshabituación. Libro de ponencias del VIII Congreso de la SET 2001: 201-209; 213-215.

Pascual, F.; Cortell, C.; Hidalgo, A.; Sancho, A.; Aranda, E. Analisis del Perfil de los adictos a alcohol y cocaína versus cocaína alcohol. Aproximación a las diversas estrategias terapéuticas. Salud y Drogas. Vol. I N° 2001. Pag. 183-204.

Pastor, R.; Llopis, J.J.; Baquero, A.; Interacciones y Consecuencias del consumo combinado de Alcohol y Cocaína. Una actualización sobre el cocaetileno. Adicciones, 2003. Vol 115. N° 2. Pag 159-164.

Joyce H. Lowinson, Ruiz Pedro, B. Millan; G. Langrod In Substances Abuse a Comprehensive textbook. 4th Ed. Lipicoot Willians and Wilkins 2004.

Elionore, F. Mc Cance. Thomas, R. Kosten; Peter Jatlow. Concurrent Use of cocaine and alcohol is more potent and potenciality More toxic than use of either alone-amultiple-dose study. Society of Biological Psychiatry 1988; 44: 250-259.

Gonzalez, J.C. Poyo, F. Manual de tratamiento de Adicciones. En Prensa. 2006.

Stephen M. Psicofarmacología esencial. In Psicofarmacología de la recompensa y sustancias de abuso. Ariel neurociencias 2° Ed actualizada Sep 02, p 561-573.

Mac Galanter, Herbert D. Kleber. En Textbook of substances abuse treatment p 33-35; 192-195. The American Psychiatric Publishing 2004.