



Viernes 20 de octubre de 2006

**Seminario:
“Abordaje del consumo
de drogas desde
Atención Primaria”**

Moderadora:

Pilar Pereira

Pediatra, CS Milladoiro, Santiago de Compostela, A Coruña.

Abordaje del consumo de drogas desde Atención Primaria

Fernando Caudevilla Gáligo

Consejería de Justicia e Interior, Comunidad de Madrid, Grupo de Trabajo de Intervención en Drogas de la Sociedad Madrileña de Medicina Familiar y Comunitaria.

Paloma González Tardón

Médico de Familia, CS Pacífico, Área 1, Madrid, Grupo de Trabajo de Intervención en Drogas de la Sociedad Madrileña de Medicina Familiar y Comunitaria.

Textos disponibles en
www.aepap.org

¿Cómo citar este artículo?

Caudevilla Gáligo F, González Tardón P. Abordaje del consumo de drogas desde Atención Primaria. En: AEPap ed. Curso de Actualización: Pediatría 2006. Madrid: Exlibris Ediciones; 2006. p. 275-81.



Abordaje del consumo de drogas desde Atención Primaria

Fernando Caudevilla Gáligo

*Consejería de Justicia e Interior, Comunidad de Madrid, Grupo de Trabajo de Intervención en Drogas de la Sociedad Madrileña de Medicina Familiar y Comunitaria.
caudevilla@gmail.com*

Paloma González Tardón

Médico de Familia, CS Pacífico, Área 1, Madrid, Grupo de Trabajo de Intervención en Drogas de la Sociedad Madrileña de Medicina Familiar y Comunitaria.

RESUMEN

El consumo de drogas es un fenómeno abordado de forma insuficiente por parte de la mayoría de los profesionales de Atención Primaria (AP). Aunque la imagen del consumidor de drogas sigue asociada en gran medida al adicto a drogas por vía parenteral, a lo largo de las dos últimas décadas se ha consolidado el uso recreativo de drogas como patrón de consumo diferenciado. Este fenómeno se ha vinculado a las culturas de ocio juveniles, lo que hace que el pediatra de AP pueda desempeñar un importante papel en aspectos preventivos (tanto de prevención primaria como de reducción de riesgos) y de abordaje del consumo. Pero es imprescindible una formación específica en conocimientos teóricos, habilidades y actitudes sobre este tema que capacite a los profesionales de AP para poder intervenir de forma adecuada.

INTRODUCCIÓN

La mayoría de los profesionales de Atención Primaria (AP) ha permanecido al margen del diagnóstico, tratamiento, prevención y seguimiento de los problemas derivados del consumo de cualquier droga. En algunos casos por prejuicio y en otros por falta de formación, el “drogadicto” ha sido tradicionalmente considerado como un paciente incómodo y de difícil abordaje.

Los nuevos patrones de consumo constituyen un fenómeno diferenciado cuyo abordaje puede hacerse de forma eficaz desde AP. Aunque muchos consumos van a comenzar superada la edad de atención pediátrica, las prevalencias de consumo ocasional de taba-

co, alcohol y cannabis en jóvenes de 14 años (tabla I)¹ son llamativas y deben hacer reflexionar sobre el importante papel que el pediatra de AP puede desempeñar. Los profesionales de AP se encuentran en una situación óptima desde la cual afrontar este fenómeno: el abordaje integral basado en una visión biopsicosocial, la accesibilidad del sistema, el contacto con la unidad familiar, la posibilidad de trabajo interdisciplinar y de una atención continuada son características del sistema que facilitan su eficiencia en este sentido.

Es evidente que el abuso de cualquier droga puede tener consecuencias negativas sobre el desarrollo y la salud de los adolescentes. Pero también es cierto que los medios de comunicación ofrecen en demasiadas ocasiones una imagen deformada del fenómeno, presentando como habituales y cotidianos los casos más extremos. Así, las cuestiones relacionadas con las drogas van a ser causa de una profunda preocupación para muchos padres. Por todos estos motivos es imprescindible que el pediatra de AP disponga de conocimientos, herramientas y habilidades suficientes para abordar multitud de situaciones que pueden presentarse en la consulta: patología derivada del consumo de drogas en jóvenes y adolescentes, dudas y cuestiones planteadas tanto por los jóvenes como por sus padres, demanda de analíticas por parte de éstos para saber si sus hijos "se drogan", aspectos preventivos...

El taller se centra, a través de un abordaje práctico, en las principales drogas consumidas por adolescentes y jóvenes, cuyas características se detallan a continuación.

Tabla I. Prevalencias de consumo ocasional de alcohol, cannabis y tabaco en población de 14 años¹

Alcohol	59,2%
Tabaco	42,1%
Cannabis	20,3%

TABACO

Es la droga cuyo inicio en el consumo es más precoz. En el año 2004, las edades medias de inicio en el consumo ocasional y diario fueron de 13,1 y 14,4 años respectivamente¹. El 17,8% de los adolescentes de 14 años ha probado el tabaco y el 14% ha fumado a lo largo del último mes. En contraposición con el resto de las drogas, las prevalencias de consumo son superiores en mujeres que en varones, lo que traduce un cambio epidemiológico importante.

El tabaco es una sustancia con un elevado potencial de adicción. Entre otros, su uso habitual está claramente relacionado con el desarrollo de patología respiratoria (bronquitis crónica y enfisema pulmonar), enfermedades cardiovasculares y neoplasias (pulmón, boca, laringe y vejiga entre otros). En España, la mortalidad atribuida directamente al tabaco es de 55.000 personas al año. Aunque suele considerarse el cannabis como la "puerta de entrada" al consumo de otras sustancias, la realidad es que es el tabaco la droga que cumple esta función. Por un lado, es la droga de inicio más precoz y, por otro, es evidente que para poder consumir cannabis es necesario saber fumar.

ALCOHOL

El alcohol es la droga de mayor prevalencia en población escolar. El 59,6% de los adolescentes de 14 años lo ha probado alguna vez en su vida y el 38,8% lo ha consumido en el último mes. La edad media de inicio en el consumo semanal está en los 15,1 años. El 46,1% de los jóvenes entre 14 y 18 años ha sufrido algún episodio de embriaguez alcohólica alguna vez en su vida, con una media de episodios de 2,7 al mes¹. En los últimos años el consumo de bebidas de alta graduación entre los jóvenes ha sustituido al patrón tradicional mediterráneo. Fenómenos sociales como el del "botellón" dan cuenta de la importancia del consumo de alcohol entre los jóvenes, si bien la imagen que se transmite a través de los medios de comunicación es en muchas ocasiones sobredimensionada y alarmista. Aunque la expresión "alcoholismo juvenil" es exagerada, para algunos jóvenes el consumo de alcohol

constituye su forma de diversión fundamental, en la que la búsqueda de la embriaguez es intencionada.

El alcohol tiene también un elevado potencial de adicción. En población adulta (15-64 años) un 5,3% cumple criterios de "bebedor de riesgo" (hombres con un consumo de 50 cc de alcohol puro/día o más y a las mujeres con 30 cc/día o más en los 30 días previos)². La elevada tolerancia social hacia el consumo de alcohol dificulta en ocasiones la valoración y el diagnóstico del abuso de alcohol entre los más jóvenes.

El consumo excesivo de alcohol está relacionado con patología hepática, digestiva, osteomuscular, endocrina y psiquiátrica entre otras. Es extraordinario que alguna de estas alteraciones se manifieste en la edad pediátrica. Pero el consumo precoz de alcohol se correlaciona con una mayor probabilidad de presentar problemas con esta u otras drogas en la edad adulta. Por otra parte, el alcohol es la droga que con mayor frecuencia provoca intoxicaciones agudas que requieran de atención médica³ y está implicada en la mayoría de los accidentes de tráfico en población joven.

CANNABIS

Con el nombre de cannabis se define a un conjunto de productos psicoactivos que se extraen de la planta del cannabis o cáñamo (*Cannabis sativa* o *Cannabis indica*). La mezcla triturada de flores, hojas y tallos de pequeño tamaño de la planta se conoce como "marihuana" (maría, hierba...). La extracción de la resina de la planta da lugar a una masa de color oscura llamada "hachís" (polen, costo, chocolate). El "aceite de hachís" es resina concentrada en forma líquida con una alta concentración de principios psicoactivos. La forma más frecuente de consumo de los derivados del cannabis es fumada (sola o mezclada con tabaco) aunque también es posible el consumo a través de vía oral (tartas, bollos o bombones con cannabis). El cannabis es la droga ilegal más consumida, tanto en España como en el resto de los países de la Unión Europea. El consumo de cannabis ha experimentado un incremento importante en la última década, fundamentalmente en el grupo de los varones adultos jóve-

nes. La población escolar presenta prevalencias de consumo superiores a la población general: el 20,3% de los adolescentes ha probado el cannabis alguna vez en su vida y el 10,7% lo ha consumido durante el último mes. Con respecto a la edad de inicio en el consumo, se observa un leve descenso durante la última década (14,7 años en 2004 frente a 15,1 en 1994)¹.

Los efectos más frecuentes del cannabis se incluyen en la tabla II⁴. Los efectos nocivos del cannabis sobre los sistemas inmunológico, reproductor y endocrino en cultivos celulares y animales de experimentación no han encontrado correlación con efectos nocivos en humanos. El humo del cannabis contiene carcinógenos similares a los encontrados en el humo del tabaco; pese al efecto broncodilatador del tetrahidrocannabinol (THC), el uso habitual puede predisponer al desarrollo de enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Algunos estudios indican que las neoplasias del sistema respiratorio son más frecuentes en fumadores habituales de cannabis, aunque la concurrencia de hábito tabáquico limita su interpretación⁵.

Las personas que consumen cannabis de forma diaria desarrollan tolerancia a los efectos físicos y psicológicos con rapidez. Se han descrito síntomas de abstinencia, en general de carácter leve y autolimitado (ansiedad, irritabilidad, insomnio) y de menor intensidad que los provocados por opiáceos o alcohol. Los derivados del cannabis no provocan dependencia física propiamente dicha. La dependencia psíquica no aparece en usuarios ocasionales o experimentales pero puede presentarse en usuarios habituales dependiendo de características personales y sociales. En cualquier caso, conviene evaluar de forma individualizada el potencial de dependencia del cannabis en cada consumidor concreto en función de factores de la sustancia y de la propia personalidad. En el caso del cannabis es particularmente complicado diferenciar si el consumo de drogas es causa o consecuencia de posibles problemas de salud. Muchas personas con propensión a desarrollar "dependencia" al cannabis tienen además tendencia a presentar problemas con otras drogas (alcohol, tabaco...) así como comportamientos compulsivos (compras, sexo,

Tabla II. Efectos del cannabis

Efectos positivos	Efectos neutros	Efectos negativos
Elevación del humor	Cambio general en el estado de consciencia	Náusea, especialmente en combinación con alcohol u otros psicoactivos
Relajación, disminución del estrés	Incremento del apetito	Tos, asma, problemas respiratorios en vías superiores
Pensamiento creativo, filosófico o profundo: mayor fluidez de ideas	Lentitud de movimientos y del habla	Dificultades con la memoria a corto plazo durante los efectos agudos y en períodos de uso frecuente
Incremento en la capacidad para apreciar la música: mayor consciencia y conexión con la música	Cansancio	Taquicardia, agitación, nerviosismo
Incremento en la conciencia de los sentidos (vista, gusto, olfato...)	Enrojecimiento conjuntival (más frecuentes con ciertas variedades de cannabis y usuarios inexpertos)	Ansiedad (entre moderada y grave)
Cambios en la sensación de fatiga muscular: Sensación corporal agradable. Incremento en la conexión mente/cuerpo	Sequedad de boca	Crisis de ansiedad en usuarios sensibles o con dosis muy elevadas (el uso oral incrementa el riesgo de consumir demasiado).
Alivio del dolor	Interrupción de la memoria lineal. Dificultad para seguir el hilo del pensamiento	Cefalea
Disminución de la náusea, incremento de apetito	Tensión mandibular y facial	Mareo, confusión
	Aceleración del curso del pensamiento (especialmente en dosis altas)	Pensamientos paranoides o ansiosos
		Posible dependencia psicológica
		Torpeza, falta de coordinación con dosis altas
		Puede precipitar o exacerbar trastornos mentales latentes o existentes

internet, videojuegos...). La personalidad previa es tanto o más importante que la sustancia en sí.

La intoxicación aguda por cannabis es un cuadro más frecuente en personas inexpertas, que han consumido grandes dosis o utilizado la vía oral, o bien que presentan predisposición a este tipo de efectos. Los síntomas son fundamentalmente de tipo psíquico (ansiedad intensa, sensación de muerte, paranoia, fuga de ideas, despersonalización, desrealización...). Como signos clínicos pueden encontrarse taquicardia e hiperemia conjuntival. Habitualmente el cuadro es autolimitado y se resuelve en horas, si bien en algunos casos el cuadro puede pro-

longarse más de 48 horas. El tratamiento es fundamentalmente sintomático al no existir antídoto específico.

La relación entre el uso de cannabis y el desarrollo de esquizofrenia u otras formas de psicosis ha sido muy discutida. Actualmente no existen estudios que demuestren una relación causal entre el uso de cannabis y el desarrollo de esquizofrenia u otras psicosis en la población general. Tampoco existe evidencia de que el notable incremento en la frecuencia de consumo experimentado en las últimas décadas haya influido en la prevalencia o incidencia de la esquizofrenia u otras psicosis. Pero la mayoría de los autores coinciden en que el uso de cannabis en

pacientes esquizofrénicos empeora el pronóstico de la enfermedad, y se asocia con un mayor número de hospitalizaciones y con peor funcionamiento psicosocial. De la misma forma, el cannabis puede precipitar una psicosis latente en personas predispuestas.

Los estudios sobre el sistema cannabinoide endógeno en el humano sugieren que este sistema está implicado en los procesos de memoria, aprendizaje y atención. La memoria reciente (capacidad para aprender y recordar nueva información) así como en las funciones cerebrales ejecutivas (las que requieren manipulaciones complejas de material aprendido) son las más claramente alteradas por el consumo de cannabis. La intensidad de este efecto se relaciona tanto con el tiempo como con la intensidad de exposición a la droga⁶⁷. Aunque los efectos del cannabis sobre la memoria parecen ser reversibles (las alteraciones se normalizan con la abstinencia), deben ser especialmente valorados en el caso de los consumidores más intensivos y en adolescentes o jóvenes en formación escolar o universitaria.

COCAÍNA

El consumo de cocaína ha experimentado un incremento importante a lo largo de la última década en la población escolar. En la franja inferior (14 años) este incremento es discreto (consumo ocasional: 1,3% en 2004 frente a 0,5% en 1994). Pero un 23,3% de los jóvenes de 18 años manifiesta haber probado la cocaína en 2004 frente a un 7,3% diez años antes¹. En general, la cocaína se presenta como un polvo blanco (clorhidrato) listo para esnifar aunque hay otras vías de administración posibles (fumada, intravenosa).

Los efectos de la cocaína pueden variar según la tolerancia del individuo, la edad y el sexo. Generalmente a nivel psicológico aparecen disminución del cansancio, sensación de energía, lucidez mental, incremento de la capacidad de concentración, euforia, dificultad para conciliar el sueño e inquietud. Por vía intranasal la mayoría de los efectos desaparecen entre media y una hora después de la administración. La cocaína incrementa la tensión arterial y la frecuencia cardíaca, pro-

duce midriasis, disminuye el apetito y el umbral para las convulsiones. Los efectos suelen ser bien tolerables en personas jóvenes y sanas, y en las dosis habituales, pero pueden tener consecuencias negativas en personas de edad avanzada o con patología previa o sobredosificación.

El uso de cocaína puede dar lugar a distintas complicaciones orgánicas (tabla III). Sin embargo, en el ámbito recreativo este tipo de complicaciones son en general infrecuentes, ya que es necesario considerar factores como frecuencia de consumo, dosis, vía de administración... La administración ocasional de pequeñas cantidades de clorhidrato por vía intranasal presenta distintos riesgos que la administración intravenosa o fumada de cantidades mayores de basuco o crack de forma cotidiana. La intoxicación aguda por cocaína suele cursar con síntomas cardiovasculares (hipertensión, taquicardia...) y psicológicos (ansiedad, agitación, fuga de ideas...). Si es necesario administrar un fármaco antihipertensivo, los β -bloqueantes no están recomendados (excepto el labetalol, que tiene además acción sobre los receptores β).

La intoxicación aguda también puede cursar con predominio de síntomas psiquiátricos. Pueden presentarse cuadros maníacos con agresividad y desinhibición y llegar hasta la psicosis tóxica, que suele tener características paranoides.

La cocaína es un reforzador potente en animales de experimentación que produce cambios en las vías dopaminérgicas mesolímbicas y mesocorticales. Aunque no produce dependencia física como tal ni un cuadro de abstinencia con signos y síntomas cuantificables, su potencial de dependencia a nivel psicológico es elevado. Es frecuente la aparición de síntomas depresivos (que pueden llegar a ser graves) en sujetos que presentan consumos muy prolongados en el tiempo o en dosis. En el tratamiento de la dependencia a la cocaína se han ensayado múltiples fármacos (agonistas dopaminérgicos, antidepresivos, anticonvulsivos...) si bien los resultados obtenidos son en general poco satisfactorios.

Tabla III. Complicaciones orgánicas asociadas a la cocaína

Sistema	Frecuentes en usuarios recreativos (clorhidrato, dosis pequeñas, consumo ocasional, vía intranasal)	Frecuentes en usuarios intensivos (basuco o crack, dosis altas, consumo habitual, fumada o inyectada)
Sistema nervioso central	Temblores; cefalea. Convulsiones (menos frecuente)	Hemorragia intracraneal, hemorragia subaracnoidea, infarto cerebral
Cardiovasculares	Taquicardia Hipertensión	Arritmias IAM Miocardiopatía Miocarditis
Pulmonares		Hemorragia alveolar Neumotórax Neumomediastino Trombosis pulmonar
Renales		Insuficiencia renal por rhabdomiólisis
ORL	Ulceraciones en tabique nasal Rinitis Sinusitis	
Infecciosas	Posible transmisión de VHB-VHC a través de instrumental de esnifado	VIH VHB/VHC Endocarditis

MDMA (3,4-METILENDIOXIANFETAMINA) O ÉXTASIS Y OTRAS DROGAS DE SÍNTESIS

Aunque las prevalencias de consumo en edad pediátrica de éxtasis son muy pequeñas (únicamente el 0,5% de los adolescentes de 14 años lo ha probado), su consumo experimental es más prevalente con la edad (13,6% de los chicos y chicas de 18 años) y entre determinados grupos culturales (por ejemplo, los vinculados con el ambiente de la música electrónica)¹. La forma más frecuente de presentación del éxtasis es la de comprimidos con distintos colores y troquelados (pastis, pirulas) aunque cada vez con mayor frecuencia puede encontrarse en forma de polvo (cristal).

La MDMA actúa sobre los sistemas serotoninérgico, dopaminérgico y noradrenérgico. El éxtasis induce un estado alterado de consciencia fácilmente controlable con

connotaciones emocionales y sensuales en el que se mantiene el control sobre los pensamientos y las acciones. Debido a sus características singulares se ha propuesto que la MDMA y sus análogos constituyen una propia familia de sustancias con efectos selectivos sobre las emociones a la que se ha dado en llamar "entactágenos".

Los efectos adversos (anorexia, trismos, cansancio, distimia...) son, en general, leves, autolimitados y dependientes de la dosis. Frente a dosis excesivamente altas, es llamativo el predominio del "componente anfetamínico" (excitación, sequedad de boca, contractura mandibular...). La falta de sueño, el hecho de bailar durante horas y la mezcla con otras sustancias incrementa de forma importante la frecuencia e intensidad de los efectos adversos.

De forma excepcional se han descrito muertes asociadas al consumo de MDMA, en forma de hipertermia,

hiponatremia por exceso de ingesta hídrica o hepatotoxicidad. Existen suficientes evidencias de que la administración de dosis muy elevadas y/o muy frecuentes de MDMA en animales de experimentación produce cambios en el sistema nervioso central sugerentes de neurotoxicidad. La extrapolación de estos datos a humanos y su repercusión sobre las funciones cognitivas es controvertida aunque es posible que los patrones de consumo más intensivo puedan encontrarse en riesgo⁸.

¿QUÉ PODEMOS HACER?

De acuerdo con el modelo clásico tomado de las enfermedades infecciosas, se considera "prevención primaria" el conjunto de medidas destinadas a evitar que las personas entren en contacto con las drogas. Si tomamos como indicador las prevalencias de consumo de drogas (tanto en población escolar como en población general), la eficacia y eficiencia de las estrategias de prevención primaria utilizadas hasta el momento en grandes poblaciones parece escasa. Sería deseable una reflexión en profundidad sobre los objetivos y estrategias de prevención, y un enfoque más centrado en criterios de tipo sanitario y no de índole moral. Los ámbitos más idóneos para las intervenciones de prevención primaria son la familia y la escuela, aunque el pediatra de AP puede realizar una labor importante de apoyo. Los programas de preven-

ción sobre drogas deben ser realistas, objetivos y ajustados a la evidencia científica disponible, huyendo siempre de enfoques alarmistas y exagerados. Tan contraproducente puede resultar ignorar los riesgos del consumo de drogas como aquellos enfoques tremendistas, que llevan al desprestigio del emisor de los mensajes en beneficio de otros canales alternativos y no controlados.

Pero además de los mensajes destinados a evitar el consumo, es necesario que aquellas personas en mayor riesgo (los propios consumidores) conozcan estrategias encaminadas a minimizar las consecuencias negativas para la salud. La reducción de riesgos y daños debe entenderse como una prevención específica sobre colectivos concretos complementaria a la prevención primaria, no como opuesta a ella.

Tanto la prevención como el tratamiento de muchos de los problemas derivados del consumo de este tipo de sustancias pueden ser abordados desde AP de una forma eficaz. No se trata de sustituir el papel de dispositivos como los centros de atención a drogodependientes o salud mental, sino de complementarlo a través del enfoque de AP. Pero para ello es necesario una mayor formación e implicación tanto del pediatra como del médico de familia y enfermería en este interesante campo de trabajo.

Bibliografía

1. Observatorio Español sobre Drogas. Encuesta estatal sobre uso de drogas en enseñanzas secundarias 2004. DGPNSD. Ministerio de Sanidad y Consumo. [Fecha de consulta: 6 de febrero de 2006]. Disponible en www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/escolar2004.pdf.
2. Observatorio Español sobre Drogas. Informe 2004. DGPNSD. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2005.
3. Riquelme Rodríguez A, Burillo-Putze G, Jiménez Sosa A, Harisson de la Torre A. Epidemiología global de la intoxicación aguda en un área de salud. Aten Primaria. 2001;28:506.
4. The Vaults of Erowid: Cannabis Vault. Cannabis effects. [Fecha de consulta: 31 de mayo de 2006]. Disponible en www.erowid.org/plants/cannabis/cannabis_effects.shtml.
5. Cannabis. Colectivo Interzona, editor. Madrid: Amargord; 2005.
6. Hall W, Solowij N. Adverse effects of cannabis. Lancet. 1998; 352:1611-6.
7. Block RI, Ghoneim MM. Effects of chronic marijuana use on human cognition. Psychopharmacology (Berl). 1993;110:219-28.
8. Caudevilla F. El éxtasis: una revisión de la literatura científica sobre la MDMA. Med Clin (Barc). 2003;120:505-15. [Fecha de consulta: 31 de mayo de 2006]. Disponible en <http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.fulltext?pident=13045808>.