

# DIAGNOSTICOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES DEPENDIENTES DE COCAÍNA

Salvador Vadillo, Estrella; Rodríguez Martín Cristóbal F  
Correspondencia: estrellasalvador@gmail.com

En la década de los 90 los problemas generados por el consumo de cocaína afectaban casi en exclusiva a los pacientes dependientes de heroína con una gran vulnerabilidad para desarrollar trastornos adictivos graves y un elevado grado de marginación social.

En la actualidad el perfil de paciente ha cambiado radicalmente. Un número creciente de personas bien integradas socialmente empezó a consumir cocaína y ahora tenemos que dar respuesta asistencial a un número amplio y variado de pacientes con adicción a cocaína. La cocaína es la sustancia psicoactiva más consumida tras alcohol, tabaco y cánnabis.



Como datos estadísticos significativos destacamos como ejemplo que el número de cocainómanos tratados por primera vez en 1992 fue **932** frente a **15.258** en 2005.

Las urgencias hospitalarias por consumo de cocaína pasaron del **26%** en 1996 al **63%** en 2005.

A comienzos del 2005 la base de datos médica Medline recogía más de 22.000 referencias bibliográficas sobre cocaína.



Pero tenemos que tener en cuenta que no todos los pacientes tienen las mismas características ni el mismo patrón de consumo. Por esta razón debemos diferenciar varios tipos de pacientes para realizar desde enfermería una correcta valoración y tratamiento.

- Pacientes que hacen un uso asociado a actividades lúdicas en un principio los fines de semana, en combinación con alcohol y con menos frecuencia otros psicoestimulantes, que aumenta progresivamente y alcanza cada vez a sectores más jóvenes de población. En este caso el hidrocloreuro de cocaína en polvo es habitualmente aspirado por vía nasal (esnifado).
- Otra forma de consumo es la que realizan mayoritariamente adictos a opiáceos, en policonsumo (cocaína, alcohol y/o benzodiacepinas) con un patrón diario y por vía intravenosa o fumada. La cocaína-base fumada, el crack inhalado o la cocaína intravenosa proporcionan de forma rápida elevados niveles plasmáticos que potencian los efectos de la cocaína.
- También hay que destacar el consumo de cocaína en pacientes en PMM (Programa de mantenimiento con metadona). En una serie española de Díaz Flores y cols (2001) el 45,7% de los pacientes en PMM consumían cocaína u otros estimulantes, principalmente en formas fumadas (90,4%).

- Por último pacientes con Patología dual, hasta el 75% de los pacientes que acuden a tratamiento por cocaínomanía tienen historia de presentar otro trastorno psiquiátrico <sup>(1)</sup>. La noción de comorbilidad se refiere a la presencia de al menos dos trastornos concurrentes en un individuo <sup>(2)</sup>. El término diagnóstico dual se utiliza para referir la coexistencia de un trastorno por uso de sustancias junto con otro trastorno psiquiátrico <sup>(3)</sup>.

También creemos importante que los profesionales de enfermería conozcan las diferentes presentaciones y formas de consumo, porque esto puede influir en la gravedad de la adicción.

Del tratamiento de las hojas de coca se obtiene la denominada “pasta de coca” de la cual se refinan y preparan las distintas presentaciones (Lizasoain y cols., 2001).

La forma ácida a clorhidrato de cocaína se obtiene por tratamiento de la pasta de coca con ácido clorhídrico. El clorhidrato de cocaína que resulta es un polvo blanco cristalino de sabor amargo que puede inhalarse por vía intranasal, fumarse mezclado con tabaco, disolverse en agua para inyección, ingerirse por vía oral o aplicarse directamente en mucosas.

El calentamiento del clorhidrato de cocaína con amoníaco o bicarbonato sódico disueltos en agua elimina el ácido clorhídrico y produce formas básicas de aspecto gelatinoso que a su vez pueden fumarse por calentamiento. El denominado “crack” es una forma básica sólida que se vende ya preparada para el consumo<sup>(4)</sup>.

La cocaína ya sea por aspiración nasal, inhalatoria o parenteral, tiene alto potencial de abuso. Aunque muchos parecen usarla de forma inocua o recreativa, los cambios neuroquímicos que producen conducen a su uso compulsivo y a la aparición de todos los fenómenos de abstinencia y tolerancia que configuran una dependencia. En animales de laboratorio la cocaína es la droga que produce más refuerzo positivo y mayor capacidad de generar dependencia.

El consumo de cocaína provoca sensación de euforia, vigor y confianza en sí mismo. Sociabilidad, hipervigilancia y ansiedad que puede transformarse en irritabilidad y deterioro de la capacidad de juicio. También destaca la inhibición del sueño y la anorexia.

En caso de intoxicación aguda aparecen signos clásicos de estimulación psicomotriz, con percepción de aumento de energía, inhibición del sueño, anorexia, hiperactividad motora y verbal.

Lenguaje confuso e ideas de referencia transitorias.

Puede aparecer ira intensa con amenazas y comportamientos agresivos.

Alucinaciones auditivas, visuales o táctiles pero el juicio de la realidad está intacto, se sabe que las alteraciones perceptivas son causadas por la cocaína y por lo tanto son criticadas.

2/3 de los consumidores compulsivos de cocaína pueden presentar sintomatología paranoide durante la intoxicación que cede habitualmente tras 24-48 horas de abstinencia.

El tratamiento de la intoxicación aguda varia según la gravedad en caso de inquietud psicomotora leve, suele ser suficiente con mostrar una actitud tranquilizadora, mantener al paciente en un ambiente tranquilo y la administración de una benzodiazepina vía oral (preferentemente de vida media larga).

Si la inquietud es moderada o existe agitación se pueden administrar benzodiazepinas por vía intramuscular e incluso antipsicóticos si la agitación es intensa o se acompaña de alteraciones del pensamiento o de la percepción y sujeción mecánica si precisa. El personal de enfermería debe preocuparse de la autoprotección del paciente, debe informar al paciente de que la violencia no se tolerará y de que se utilizará la contención si es necesario. Si esta se produce debe ser realizada por personal entrenado, debe registrarse por escrito de forma detallada la razón de la contención, el tratamiento, el curso, el resultado y la hora de cada observación <sup>(5)</sup>

Si esta sintomatología psicótica perdura más allá de 24-48 horas, se deben administrar a largo plazo antipsicóticos atípicos por su mejor perfil de efectos secundarios.

Los estudios realizados durante la fase aguda del síndrome de abstinencia indican la presencia de un cierto deterioro cognitivo caracterizado por trastornos de memoria, coordinación psicomotora, capacidad de abstracción y resolución de problemas <sup>(6)</sup>. Esto debe tenerse en cuenta por el enfermero a la hora de planificar las actividades con el paciente.

## TRATAMIENTO DE LA DEPENDENCIA

La valoración de los posibles daños neuropsicológicos que provoca el consumo continuado de cocaína se presenta como una variable esencial tanto para comprender el funcionamiento neurofisiológico cerebral, como la evolución clínica y terapéutica de los pacientes. En investigaciones previas se apunta a que el consumo de cocaína de manera crónica provoca diferentes alteraciones de las funciones cognitivas. Dichos déficit deberían ser tenidos en cuenta a la hora de trabajar con estos pacientes.

El síndrome de abstinencia consiste en letargia, depresión, hipersonmnia, cefalea, bulimia, falta de concentración, irritabilidad, intenso deseo de consumir (craving) y mejoría de los síntomas paranoides.

■ Dado que el consumo puede ser interrumpido sin que exista un riesgo médico significativo (excluyendo pacientes con policonsumo y patología dual) la mayoría pueden ser tratados desde el principio y de manera eficaz en programas ambulatorios con tratamientos psicológicos y farmacológicos.

Los contratos terapéuticos, controles urinarios y sesiones educativas han demostrado su utilidad. Hay que minimizar la exposición del paciente a situaciones y personas que puedan facilitar el consumo y es muy importante

involucrar en los planes de tratamiento a familiares y allegados. Los familiares pueden reconvertirse en eficaces agentes preventivos si tienen buena información sobre la correlación del abuso de drogas con algunos hábitos y actitudes que desarrollan dentro del seno familiar<sup>(7)</sup>.

### La abstinencia aguda no tiene un tratamiento específico

La administración de benzodiazepinas y la permanencia del paciente en un ambiente protegido suelen ser suficientes. Si aparece sintomatología depresiva severa, puede añadirse un antidepresivo. Es fundamental el momento de la evaluación, por lo que es necesario que hayan transcurrido unas semanas sin consumo para realizar un diagnóstico estable, dado que la mayoría de los cuadros depresivos que aparecen durante la abstinencia mejoran tras unas semanas<sup>(8,9)</sup> aunque algunos presentan síntomas depresivos persistentes y requieren tratamiento específico.

La teoría que justifica la utilización de antidepresivos se basa en el supuesto de que la cocaína ocasiona un déficit de dopamina, noradrenalina y serotonina acompañada de fenómenos de hipersensibilidad de los receptores postsinápticos<sup>(10)</sup>.

Los antipsicóticos atípicos a dosis bajas parecen mejorar las ideas delirantes autorreferenciales, la auto-heteroagresividad, el descontrol de impulsos, la ansiedad y las alteraciones del sueño. Distintos eutimizantes son utilizados para el control de impulsos y disminuir las fluctuaciones de ánimo que aparecen en la abstinencia tardía. Entre ellos parece que la oxcarbamacepina y el topiramato presentan resultados más prometedores.

Es muy frecuente la dependencia de alcohol entre los adictos a cocaína, encontrando algunos estudios que el 61% han sido dependientes de alcohol previamente a la dependencia de cocaína y el 29% presentan esta dependencia en el momento de la evaluación<sup>(11)</sup>.

En la práctica clínica estamos asistiendo a un fenómeno que va en aumento: usuarios de cocaína como droga principal y que además abusan del alcohol. Se perfila un panorama complejo donde el uso de la cocaína y el alcohol se complementan y se instalan como elementos catalizadores del consumo<sup>(12)</sup>.

Hay mayor riesgo de intoxicación cuando se consume de forma conjunta con alcohol. Su administración conjunta da lugar a la formación de cocaetileno, que incrementa el efecto euforizante de la cocaína y los efectos tóxicos en el sistema cardiovascular. Además, el etanol al vasodilatar las mucosas, permite una mayor absorción de cocaína, incrementando sus niveles plasmáticos.

El cocaetileno juega un papel importante en el reforzamiento y en la toxicidad. Tiene una vida media más larga, 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.

Diversas revisiones parecen indicar que el disulfiram favorece la abstinencia de cocaína por aumentar la concentración de dopamina y por evitar la pérdida de control sobre el consumo de cocaína que se produce tras iniciarse el consumo de alcohol.

Actualmente los enfermeros tenemos que dar respuesta asistencial a un número amplio y variado de pacientes con adicción a cocaína. Y para ello es imprescindible trabajar con el método científico. El PAE (Proceso de Atención de Enfermería) es la herramienta de trabajo que permite la aplicación del método científico, está compuesto por cinco pasos: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación.

Se han utilizado varios métodos para realizar el proceso de enfermería hasta que se adoptó de forma general y a nivel mundial la taxonomía NANDA-NOC-NIC. De esta forma enfermería utiliza un lenguaje común y unifica criterios de trabajo que nos permiten realizar investigaciones posteriores para evaluar su efectividad, manejando los diagnósticos de enfermería NANDA interrelacionados con los NOC (resultado esperado) y los NIC (intervenciones de enfermería).

A partir de la aplicación de los diagnósticos, los resultados y las intervenciones de enfermería se pueden realizar investigaciones porque, precisamente, la intervención (NIC) refleja todo lo que los profesionales de enfermería hacen para ayudar al enfermo a obtener un resultado esperado (NOC). Los resultados del paciente sirven como criterio para juzgar el éxito de una intervención de enfermería. Describen el estado, la conducta, las respuestas y los sentimientos de un paciente derivados de los cuidados proporcionados.

La ejecución se hace a través de las diferentes intervenciones de enfermería, conocidas como NIC. Una intervención se define como “todo tratamiento basado en el conocimiento y juicio clínico que realiza un profesional de enfermería para favorecer los resultados esperados del paciente” <sup>(13)</sup>

Los diagnósticos NANDA<sup>(14)</sup> que podemos encontrar en nuestros pacientes son:

1. Dolor agudo (c 00132) r/c agentes lesivos químicos.
2. riesgo de confusión aguda (c 00173)
3. Confusión aguda (c 00128) r/c abuso de drogas ilegales
4. insomnio (c 00095).
5. riesgo de violencia dirigida a otros (c 00138).
6. riesgo de traumatismo (c 00038).
7. Manejo inefectivo del régimen terapéutico (c 00078) r/c déficit de conocimientos.
8. riesgo de estreñimiento (c 00015)
9. Desequilibrio nutricional por defecto / exceso (c 00002/00001)
10. Trastorno de los procesos de pensamiento (c 00130).

## BIBLIOGRAFÍA

1. Francisco Pascual, Meritxell Torres, Amador Calafat. Monografía cocaína. Adicciones. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Vol.13, suplemento 2. 2001.
2. Van Praag HM. Comorbidity (psycho) analysed. Br J Psychiatry 1996; 168: 129-34.

3. Stowell RJ. Dual diagnosis issues. *Psychiatr Ann* 1991; 21: 98-104.
4. Luis Caballero Martínez. Adicción a cocaína: neurobiología clínica, diagnóstico y tratamiento. Madrid. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. 2005.
5. Luis San Molina .Consenso de la SEP sobre Patología Dual. Barcelona. Psiquiatría Editores, S.L. 2004.
6. Gabriel Rubio, Francisco López-Muños, Cecilio Álamo, Joaquín Santo-Domingo. Trastornos psiquiátricos y abuso de sustancias. Madrid. Ed. Panamericana. 2001.
7. José Cabrera Forneiro. Patología dual. Comunidad de Madrid. Conserjería de Sanidad. Agencia antidroga. Edición 04/01. 2001.
8. Weddington WW, Brown BS, Haertzen CA. Changes in mood, craving, and sleep during short-term abstinence reported by male cocaine addicts. A controlled, residential study. *Arch Gen Psychiatry* 1990; 47: 861-8.
9. Brown RA, Monti PM, Myers MG, Martin RA, Rivinus T, Dubreuil ME, Rohsenow DJ. Depression among cocaine abusers in treatment: relation to cocaine and alcohol use and treatment outcome. *Am J Psychiatry* 1998; 155(2): 220-5.
10. Tomás Palomo, Richard J. Beninger, Miguel A. Jiménez-Arriero, Trevor Archer. Trastornos adictivos. Madrid. Fundación Cerebro y Mente. 2001.
11. Rounsaville BJ, Foley S, Carroll K, Budde D, Prusoff BA, Gawin F. Psychiatric diagnoses of treatment-seeking cocaine abusers. *Arch Gen Psychiatry* 1991; 48: 43-51.
12. Dra. Olga Arbeo Ruiz." Poli toxicomanías" Manual práctico sobre manejo de Adicciones y Patología Asociada, 81-88 .2006.
13. M<sup>a</sup> Jesús Tejedor García, M<sup>a</sup> Pilar Etxabe Marcell. Guía práctica de informes de enfermería en salud mental. Barcelona. Editorial Glosa. 2008.
14. NANDA-I ; Definiciones y Clasificación; 2007-2008. Elsevier.