



Especialidad para el Tratamiento de las Adicciones

4ª Generación

2008 – 2009

Reporte de Investigación Final

Para concluir el Programa Académico de la
Especialidad para el Tratamiento de las Adicciones

Tema:

Reporte de un caso: Daño Orgánico y Complicaciones Asociadas en un paciente consumidor de cocaína.

Alumno:

Médico Cirujano: Juan Gámez López.

México, D.F. Marzo de 2009.



Especialidad para el Tratamiento de las Adicciones

4ª Generación

2008 – 2009

Reporte de Investigación Final

Para concluir el Programa Académico de la
Especialidad para el Tratamiento de las Adicciones

Tema:

Reporte de un caso: Daño Orgánico y Complicaciones Asociadas en un paciente consumidor de cocaína.

ASESOR:

Dr. Raúl J. G. Fernández Joffre

Alumno:

Médico Cirujano: Juan Gámez López.

México, D.F. Marzo de 2009.

ÍNDICE.

- I. IDENTIFICACIÓN DEL RESPONSABLE DEL TRABAJO.
- II. TITULO DEL PROYECTO.
- III. OBJETIVO GENERAL.
- IV. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.
- V. JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO.
- VI. MARCO TEÓRICO.
- VII. HIPÓTESIS.
- VIII. PROCEDIMIENTO.
- IX. TIPO DE ESTUDIO.
- X. REGISTRO DE DATOS.
- XI. ANÁLISIS DE DATOS.
- XII. CONCLUSIONES.
- XIII. BIBLIOGRAFÍA.

I. NOMBRE DEL RESPONSABLE

Médico Cirujano: Juan Gámez López.

II. TITULO DEL PROYECTO

Reporte de un caso: Daño Orgánico y Complicaciones Asociadas presentes en un paciente consumidor de cocaína.

III. OBJETIVO GENERAL

Determinar el Daño Orgánico y la Detección de Complicaciones presentes en un paciente consumidor de Cocaína.

IV. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Identificar la presencia de Daño Orgánico por el consumo de cocaína a nivel pulmonar.
- Determinar las complicaciones asociadas al consumo de cocaína a nivel cardiovascular por el consumo de cocaína.

V. JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO.

La gran importancia hoy en día es conocer los daños a diferentes órganos y sistemas en pacientes consumidores de algún tipo de droga ya que es un problema de salud pública a nivel mundial, así mismo abarca el sistema de salud en México por todos los daños y repercusiones que ocasiona desde un nivel individual, familiar, social, económico, de seguridad y todos los gastos que se generan para el tratamiento de las adicciones. Se carece de estudios clínicos suficientes que den a conocer los daños y complicaciones asociados al consumo de cocaína así como al uso, abuso y dependencia de alcohol, tabaco y otras drogas tanto depresoras, estimulantes, alucinógenas y mixtas; así como el daño dependiendo según la modalidad de consumo a nivel orgánico.

Sabemos que el consumo de cocaína en sus diferentes modalidades de administración tiene un mayor daño a nivel de órgano blanco y tiene repercusiones específicas, así tenemos por ejemplo la variedad de crack de la cocaína tiene ciertas repercusiones a nivel pulmonar y cardiovascular, además de ser altamente adictiva, por lo que en el presente trabajo se pretende analizar los daños que se ocasionan y cuáles son las repercusiones a esos niveles en un consumidor primordial de cocaína como complicación del uso, abuso y dependencia de la droga.

Se ha venido experimentando un aumento del consumo tanto experimental como más regular de la misma. Dicho incremento es especialmente llamativo en los jóvenes, y afecta a todos los grupos de edad de ambos sexos. No obstante, el consumo de cocaína sigue situándose muy por debajo de los niveles obtenidos por otras sustancias tradicionalmente más consumidas como alcohol, tabaco y cánnabis. Paralelo a este aumento de consumo se ha detectado un incremento paulatino del número de usuarios de cocaína que solicitan tratamiento en la red asistencial, del número de episodios de urgencias hospitalarias directamente relacionadas con su consumo y del número de muertes por reacción aguda al consumo de cocaína. Otro dato preocupante es el elevado nivel de asociación de cocaína a poli consumo de otras sustancias, básicamente alcohol, tabaco, cánnabis y otros psico/estimulantes. Por último, cabe reseñar que aunque en la población general ha crecido significativamente el nivel de riesgo percibido ante el consumo habitual de cocaína, en la población más joven el nivel de riesgo percibido ha disminuido ligeramente en los últimos años.

El conocimiento por parte de los profesionales de la salud que laboran en diferentes instancias relacionadas con la salud se presenta rechazo y se carece de información acerca de la importancia de identificar a un paciente consumidor ya que se pueden prevenir complicaciones que ponen en riesgo la vida del paciente y evitar la generación de daño orgánico.

Los usuarios de algún tipo de drogas llamada lícita o ilícita son considerados pacientes con un padecimiento crónico que va degenerando su función tanto física como psicológica por lo que es de suma importancia hacerles notar al personal que labora en todo el sistema de salud de todas las complicaciones y estar conscientes de que se pueden prevenir y así mismo cambiar esa actitud de rechazo, que se proporcione la

atención adecuada a este tipo de pacientes para limitar el daño orgánico manifiesto al paciente consumidor de cocaína, para prevenir discapacidad permanente con pérdida de un estado de vida sustentable física y psicológicamente para que el padecimiento no evolucione hacia la muerte.

La atención a este tipo de pacientes se encuentra bajo Norma Oficial Mexicana lo que nos obliga como prestadores de servicio de salud proporcionar atención al uso y abuso, así como para la prevención, tratamiento y control de las adicciones. NOM-028 SSA2-1999. Así como la atención de complicaciones como son hipertensión arterial entre algunas que también se encuentran normadas en el Diario Oficial de la Federación.

Los resultados que se pretenden obtener con el apoyo de bibliografía que presenten la aparición de complicaciones y daño orgánico compatible con el consumo de cocaína nos de la pauta para en casos futuros poder dar un tratamiento y un adecuado manejo al usuario que así lo demande para que de esta forma poder evitar una discapacidad permanente o incluso la muerte.

VI. MARCO TEORICO.

HISTORIA DE LA COCAÍNA.

La utilización de las hojas de coca por parte de las culturas incaicas enmarcada en sus costumbres cotidianas como estimulante, ahorrador de energías y protector del hambre junto con algunos elementos chamánicos reservados a las castas religiosa o más altas, fue aprovechada por los descubridores españoles de las “Américas” para explotar laboralmente a las tribus indígenas. Su consumo, casi necesario, mascando las hojas de coca estuvo íntimamente ligado con las culturas precolombinas. La oposición de ciertos sectores eclesiásticos no tuvo respaldo entre los comerciantes y explotadores de campos y minas. Pero la verdadera eclosión se produce con el descubrimiento en el siglo XIX de su alcaloide: la cocaína. Ensalzada desde el punto de vista médico y social, hasta principios del siglo XX, prohibida posteriormente por la aparición de consecuencias sobre todo de orden psicológico y la constatación de su capacidad adictiva, no ha sido suficiente para que se haya convertido en nuestros días en una de las drogas más consumidas, como droga recreativa, originando pingües beneficios en el mercado negro y apareciendo nuevas formas adictivas más peligrosas y adictógenas que la propia cocaína.

LA COCA.

La cocaína se obtiene de las hojas del arbusto del Coca (*Erythroxylon coca*), planta originaria de los Andes y que se cultiva en América del Sur, en Indonesia y en algún estado africano. La coca es un arbusto de la familia de las eritroxiláceas, con hojas alternas, aovadas y enteras, flores blanquecinas y fruto en baya pequeña y roja, crece hasta una altura media de un metro y contiene hasta 14 – 17 alcaloides distintos de los que el más conocido y estudiado es la cocaína.. Existen entre setenta y cinco y doscientas cincuenta especies de eritroxiláceas, aunque las más extendidas son la *Erythroxylon coca lam* y la *erythroxylon novogratense*, destinadas en la región andina al cultivo para consumo tradicional y su transformación en cocaína. Por lo tanto tendremos que partir del conocimiento y el uso de dicha planta en la antigüedad para conocer mejor sus usos y sus efectos, tanto de sus hojas como de su principal alcaloide.

Por ser originaria del valle de Couca es conocida en gran parte de América meridional, dándose su cultivo desde la región caribeña y centroamericana hasta la cuenca del Amazonas, para su cultivo son necesarios una altitud de entre los 500 a los 1.200 metros y un clima tropical.

No se conoce ninguna planta en el Viejo Mundo que contenga cocaína. El uso de la coca se data en el año 5000 a.de. C. y se ha observado en restos funerarios del 2500 a de C. Se utilizaba para asistir al finado en la otra vida. Se ha encontrado en la boca de las momias, así como en sacos llenos de hojas y dispuestos junto a los difuntos en sus tumbas, para ayudarles a cruzar el equivalente Inca de Estigia. Alrededor del año 1500 a. de C. se utilizaba un compuesto líquido elaborado a partir de las hojas de coca como anestésico en cirugía cerebral. En las sociedades precolombinas, la coca servía de planta medicinal, de droga estimulante, de objeto ritual y de rito de imposición.

Para los indios yungas, fue un arbusto que permitió vencer a un dios maligno. La coca se mascaba con lima para liarla, en objetos precolombinos de 1000 a de C. y en estatuillas encontradas en las costas de Ecuador y Perú datadas en el s. III a. de C., se observan seres humanos con los carrillos abultados, llenos de coca (bocado o cocada).

La palabra coca deriva de la lengua aymara y significa simplemente “planta” o “árbol”, también se dice que proviene del término Inca “ Kuka”, y tuvo un importante uso durante su imperio (originario de la región del Cuzco) en los siglos XIII al XVI de nuestra era.

Para la tradición incaica fue Manco Copac quien otorgó la bendición de Mama Coca a una humanidad abrumada, para hacerla capaz de soportar el hambre y las fatigas. Mama Coca era una deidad equivalente a la diosa Ceres de otros cultos, y se incluía la coca en los sacrificios, en la creencia de que lo más valioso debía ofrecerse a los dioses.

Los indios de América masticaban las hojas tanto de tabaco como de coca como sustituto del refrigerio, para elevarse psicológicamente, como si alcanzaran un éxtasis muy leve. Las hojas de coca se empleaban como talismanes y amuletos para prosperar en lides amorosas y otros negocios, sobre todo en ceremonias religiosas, creyendo que les convertía en animales poderosos, visionarios, tales como pájaros, sobre todo águilas y otras rapaces, lo que les daba una visión global del mundo. Servía para adivinar el futuro a través de sus efectos estimulantes. Aunque al parecer no servía para entrar en “trance”, para lo cual solían utilizar la datura que era más fuerte. La religión Inca conservaba el elemento del chamanismo, y la coca era una de las drogas tomadas por los sacerdotes – adivinos, el adivino quemaba las hojas de coca con el fin de poder “ver” los acontecimientos venideros en el espiral de humo. Uno de los usos más extendidos fue entre los braceros al norte de los Andes para no notar el cansancio mientras extraían estaño o plata de las minas o para labrar los campos. Servía además para atenuar el cansancio y el mal de altura en las subidas, cargados de provisiones desde las llanuras hasta los altos (Matxu Pichu) al ser un atenuante de la hipoxia.

En las grandes caminatas, mascaban hojas de coca, para calmar el hambre y la sed cuando no podían socorrerse con viandas y el agua necesaria y para gozar de cierta euforia, si cargados con 3 ó 4 arrobas de mercancías las marchas se hacían interminables. Las distancias se contaban por “cocadas”, es decir, por descansos durante los cuales se volvía a mascar las consabidas hojas de coca cuyo efecto no solía rebasar los tres cuartos de hora. Puesto que la distancia que podían atravesar dependía del terreno, la cocada era tanto una unidad de tiempo como de espacio. El efecto anorexígeno de las hojas de coca viene determinado por su importante aporte calórico en base a proteínas e hidratos de carbono fundamentalmente, además del aporte de minerales (Ca – P – Fe) y vitaminas, sobre todo vitamina A y B. Se calcula que 100 gr. de coca aportan unas 305 calorías.

Las hojas se masticaban siempre mezclándolas con un polvo alcalino (cenizas vegetales, conchas trituradas o cal): el añadido de carbonato cálcico aumenta por diez la concentración de cocaína en el plasma sanguíneo.

La mezcla alcalina se ponía cuidadosamente en la bola para no quemar el interior de la boca. Actualmente la bola de cal ha sido sustituida por bicarbonato industrial. La hoja mascada con sustancias calcáreas permite una absorción lenta y progresiva que transforma la cocaína en ecgonina, incrementándose los efectos benéficos del alcaloide, la bola alcalina que acompaña al “acullico”(cocada) se denomina llujt' a.

Ciertos instrumentos usados por los incas, por ejemplo, tubos de oro para la absorción nasal, sugieren que quizá conocían algún tipo de refinado para la planta, a medio camino entre la hoja y el alcaloide. En estos países andinos, las hojas eran consumidas bajo la forma de “tabaco de mascar”, se masticaba durante varias horas, anestesiando el aparato digestivo lo que permitía no sentir hambre. Entre los Incas la coca era un manjar, se utilizaba como ofrenda y en múltiples usos medicinales, era tan estimada que durante la época incaica se utilizaba como moneda, siendo parte importante de los tributos de Inca.

La clase social acomodada lo utilizaba por gusto pero los pobres lo hacían por necesidad, por lo que la oligarquía concedió el favor de su consumo a soldados, campesinos y mensajeros, el obrero esperaba a parte de su salario una ración de coca.

En 1530, Pizarro se encontró con el imperio Inca, su corte usaba la coca de forma liberal, como un privilegio, hacerlo sin autorización era un desafío y un crimen de lesa humanidad. Se producían panes de coca que consumía la nobleza en grandes cantidades. Durante la conquista de América la Iglesia intentó suprimir su consumo al considerar que iba unido a rituales religiosos profanos, condenándola en la primera asamblea eclesiástica de 1551 y volvió a condenarse en 1567 por estar unida a la idolatría y a la hechicería “Se creía que no poseía ninguna virtud, antes bien causaba la muerte de innumerables indios y arruinaba la salud de los sobrevivientes”, pero la medida no surgió efecto debido a las grandes sumas de dinero que estaba dejando entre los colonos españoles, que la hacían servir para explotar a los indígenas.

Como los evangelizadores la consideraban como un producto demoníaco, fue motivo de varios concilios en Lima (1551 – 1772), el consejo de Indias dictaminó que el hábito había de ser tolerado por la dependencia que los indígenas mostraban de él y porque estaba considerada como la “planta sagrada de los Incas”.

La explotación se producía tanto en las minas como en las mismas plantaciones de coca situadas al borde de las selvas húmedas, a mucha distancia del hábitat natural de los indios andinos, por lo que se produjo la paradoja de incrementarse el consumo entre los aborígenes e incluso entre los españoles que de esta forma aumentaba su productividad. La conquista de América llevó el consumo a todas las clases sociales, otorgando al clero un diezmo del comercio de la coca. Lo que llevó a que se legalizase oficialmente en el año 1573, aunque en 1613 se llegó a afirmar que excepto para el trabajo la masticación de coca era “una actividad social no autorizada.

Las autoridades de aquella época calculaban que entre un tercio y la mitad del cupo anual de los obreros de la coca fallecían como resultado del servicio obligatorio de cinco meses que debían de cumplir, a causa de un insecto díptero y del mal de los Andes o

“uta” (cáncer de nariz, garganta y labios). Se promulgaron decretos desde Lima, e incluso por parte del rey Felipe desde Madrid, intentando regular las horas y condiciones de trabajo.

En la feria anual de Potosí se llegaron a importar 100.000 cestas de coca, alrededor de 1.300 toneladas. El consumidor medio mascaba 60 - 100 gr. de hojas de coca al día, repartidos en 3 – 5 veces, procurando las hojas más dulces y menos estropeadas, rechazando las amargas y negras por su alto contenido en cocaína, pero el contenido de alcaloide (cocaína) solo es del 0'5 – 0'7% y solo se absorbe una porción en la digestión, por lo que el consumo medio de cocaína podía ser de a lo sumo 300 – 700 mgr. Cada 24 horas. El efecto de una masticación es comparable a la estimulación producida por dos cafés.

En el siglo XVII, sus virtudes estimulantes hacen que parezca muy útil a varios médicos y boticarios españoles al disminuir las fatigas entre los obreros y los soldados. La práctica de mascar coca todavía persiste en algunas zonas de América del sur con la atribución de propiedades tales como la de mitigar el hambre, superar el mal de altura, anular los efectos de las bajas temperaturas e incluso aliviar el dolor de estómago. En la masticación no aparece euforia y el uso desaparece cuando disminuyen los grandes esfuerzos.

Aún hoy los aborígenes mascan sus hojas de coca durante hasta 3 horas, junto con una pequeña piedra caliza o polvo de cal que aumenta la salivación, o se emplea en infusión, tolerada y legal, para soportar los inconvenientes de las grandes altitudes andinas, el hambre y las fatigas del trabajo.

En Bolivia y Perú, donde la coca es legal, se utiliza en pasta de dientes, chicles, vino y en de forma más amplia en su versión de té (mate de coca). Las hojas de coca, remedio omnipresente entre los Kallawayes, sirven para paliar las alteraciones gastrointestinales, las contusiones, los resfriados y otras enfermedades de la altitud. En gran parte de América del Sur es apreciada también por sus propiedades estimulantes. Al calentar o hacer hervir las hojas de coca se liberan ciertos alcaloides que alteran al “espíritu”.

Excepto en la cultura de los colonizadores españoles, la coca ha estado desconocida prácticamente para el resto del mundo hasta el siglo XIX. En nuestra época, el mal uso de ciertas drogas extraídas de vegetales como es la cocaína se ha convertido en un verdadero azote social.

LA COCA DURANTE EL SIGLO XIX.

El naturalista suizo J.J. von Tschudi, escribió un libro denominado *Travels in Perú*, siguiendo y verificando los descubrimientos hechos por Pizarro y tuvo la ocasión de verificar las virtudes de la coca al observar como los porteadores con los que llegó al Perú en 1830 podían pasar cinco días sin tomar alimento alguno y durmiendo muy poco gracias al consumo de coca.

En el año 1850 Paolo Mantegazza escribió en Milán un tratado sobre la Coca, afirmando que la propiedad principal de la coca no se encontraba en ningún otro remedio, destacando su efecto exaltante que desafiaba la fuerza del organismo sin dejar ningún signo de debilidad y lo recomendó para las enfermedades nerviosas.

Veinte años más tarde Sir Robert Christion la exalta por la capacidad de eliminar la fatiga mental y física. Los ciclistas franceses empezaron a tomarla y también los soldados del ejercito alemán ambos grupos para incrementar su resistencia.

A principios del siglo XIX se empezó a observar los efectos del consumo excesivo a largo plazo, el paso se volvía poco seguro, la piel amarillenta, los ojos hundidos nublados y rodeados de un anillo morado, los labios temblaban y aparecía una apatía general. No obstante se aseguraba que el consumo moderado no era simplemente inocuo sino conveniente para la salud. La revista Lancet en un artículo de Dowdeswell publicado en 1876, describe los primeros efectos negativos tales como cambios en el pulso y en la temperatura.

En el siglo XIX se llegó a afirmar que: “la coca puede usarse con exceso, como todo lo demás, y ser entonces perjudicial para la salud, pero no deja de ser la droga menos dañina, la más calmante y tónica de las conocidas”. Se subrayó su efecto exaltador que invocaba la potencia del organismo sin dejar signo alguno de debilidad consecuente.

A finales del siglo XIX alrededor de diez millones de indios de América del sur seguían con su costumbre atávica de mascar coca, aunque nadie creía en aquel momento que ese consumo fuese mucho más peligroso que el hecho de beber café, té o mate. Las estadísticas de las naciones Unidas de 1970 indicaban que cerca del 50% de la población adulta de Perú y Bolivia seguían mascando hojas de coca.

DESCUBRIMIENTO DE LA COCAÍNA: SU AUGE Y UTILIDADES.

Fue durante el año 1859, el científico alemán de la Universidad de Gotinga, Albert Niemann, aisló el alcaloide principal de la coca: la cocaína. En el proceso utilizó básicamente alcohol, ácido sulfúrico bicarbonato sódico y éter. Comercializándose rápidamente como alimento para los nervios y como forma inofensiva de curar la tristeza, tensor de las cuerdas vocales se empleaba por los artistas del Bel canto e incluso una década más tarde se atribuía a su uso por parte de las mujeres el otorgarles “*sempiterna vitalidad y hermosura*”.

Entre 1863 y 1865, un químico austriaco, Wilhem Lossen, descubrió la fórmula bruta de la cocaína. Los cuatro elementos del alcaloide son el carbono, el nitrógeno, el oxígeno y el hidrógeno: C₁₇ H₂₁ O₄ N.

Muy pronto y sobre la base de los conocimientos previos que se tenían sobre las hojas de coca, la cocaína llega a alcanzar un prestigio tanto científico como social, que llevará a utilizarla como remedio en algunas enfermedades. Uno de los primeros usos fue la anestesia local. El efecto de la cocaína produce acción antifatigante, aumento de la glucosa circulante en la sangre, redistribución sanguínea por los diferentes lechos

sanguíneos por vasoconstricción, aumento de la tensión arterial, incremento de la efectividad de la contracción cardiaca y mejor ventilación pulmonar, tanto por su efecto directo sobre el centro respiratorio como por su efecto sobre la musculatura bronquial.

El caso más famoso es el Sigmund Freud que a partir de los informes que al respecto había elaborado el Dr. Italiano Paolo Mantegazza sobre los poderes “milagrosos de la cocaína”, empezó a ensayar durante el año 1880 su uso para el tratamiento de la neurastenia o fatiga nerviosa. Como resultado de estos ensayos el mismo Freud publicó en 1884 una monografía denominada “Über Coca”, en el que valoraba de forma positiva el uso de la cocaína para el tratamiento de enfermedades como la depresión, el nerviosismo, la adicción a la morfina, el alcoholismo, los trastornos digestivos, e incluso el asma.

En enero de 1885 publicó un segundo artículo bajo el nombre de Contribución al conocimiento de los efectos de la Cocaína, donde examinó los efectos subjetivos de su uso.

Otros artículos publicados por Freud sobre el mismo tema son una Addenda a partir de su Über Coca, un artículo sobre el efecto general de la cocaína y un último escrito sobre el Ansia y temor a la cocaína. Este último lo hace como defensa de las acusaciones que ya había recibido por apología del consumo de una droga peligrosa., cuyo uso ya estaba haciendo estragos mediante inyección en los adictos a opiáceos. Freud empieza a reconocer su error, sin aceptar que la cocaína es nociva por si misma, pues solo admite efectos negativos entre los adictos a la morfina, rechazando la capacidad adictiva de la cocaína.

Solo un año después de la publicación de Über Coca un neuropsiquiatra vienés, Erlenmeyer, negaba la utilidad terapéutica de la cocaína y advertía sobre sus consecuencias negativas. Aunque algunos científicos empezaban a temer por los efectos secundarios e incluso por la posible adicción cocaínica, Freud llegó a asegurar en el mismo artículo que su consumo no producía deseo compulsivo sino cierta aversión al aumentar la dosis. Pero incluso Freud, pocos años más tarde, pudo experimentar con un colega suyo los efectos secundarios de la cocaína. El tratamiento consistió en inyecciones subcutáneas para tratar el dolor por una amputación y la adicción provocada por la morfina que su paciente y amigo había consumido para mitigar el dolor. Las dosis de cocaína tuvieron que ir en aumento y al cabo de cierto tiempo terminaron por provocar paranoia, delirios y pérdida de autocontrol. La cocaína no era tan inofensiva como parecía en un principio.

Durante la década de los 80 (1880) algunos contemporáneos de Freud siguieron sus pasos, y al utilizar la cocaína corroboraron en un principio que no era mucho más adictiva que el café o el té. El uso básicamente era subcutáneo, pero al tener que aumentar las dosis empezaba a aparecer cefaleas, pérdida de control mental y graves complicaciones cardíacas y respiratorias.

Entre sus utilidades cabe destacar su utilización para fortificar el corazón, estimular la circulación, excitar el espíritu y mejorar las funciones digestivas. Se prescribía además

para la debilidad, el agotamiento, la neurastenia, el estrés, el alcoholismo, la fatiga sexual y la gripe. Toda una panacea, de la que se llegó a afirmar que con su uso se podría incluso prescindir de los asilos para alcohólicos, y conseguir su cura radical en 10 días.

Angelo Mariani, químico de Córcega, embotelló y vendió el “Vin Mariani”, a base de cocaína con la indicación de prevención de la malaria, la gripe y “otras enfermedades devastadoras”, incluso los cantantes de ópera lo utilizaban para alivio de sus gargantas.. Thomas Edison y el Papa León XIII fueron fervientes defensores de esta bebida, incluso el Papa prestó su efigie para la etiqueta y concedió la medalla de oro a su inventor.

El vino de coca se prefería frente a los extractos, las infusiones o la masticación. El vino era un “bordeaux” rojo aromatizado con extractos de la planta. Un vaso de vino Mariani podía contener entre 35 – 70 mgr. de cocaína, lo mismo que una raya actual.

El 2 de septiembre de 1885 el New Cork Times se hizo eco de las utilidades terapéuticas de la cocaína, otorgándole entre otras propiedades curativas para la fiebre del heno, el catarro, el dolor de muelas e incluso para los peores resfriados y mareos. En aquel momento y ante la ausencia de estudios serios no se podía afirmar que fuese una droga peligrosa. La compañía farmacéutica Parke Davis empezó a producir productos que contenían cocaína, por ejemplo cigarrillos de coca para las infecciones de garganta. Creían que el “fármaco” podía servir para curar desde los mareos hasta las hemorroides.

ParKe Davis se sirvió de la popularidad de Freud y de sus investigaciones, pagándole en especie por declarar que su cocaína era preferible a la de Merck (el otro laboratorio que la comercializaba), aunque Freud también aparecía en el prospecto de la cocaína de este último laboratorio alabando el producto.

La firma Merck hacía llegar entre otros Cocaine (clorhidrato de cocaína), que algunos años más tarde se conocería entre los usuarios con el sobrenombre de “la insuperable”. Su popularidad llevó a que la población la utilizase como un tónico, e incluso a que su utilización pasase a la ficción como en el caso de su utilización por Sherlock Holmes que se inyectaba cocaína cuando su mente se quedaba atascada en la resolución de algún caso. Incluso se dice que Robert Louis Stevenson escribió su obra *“El Dr. Jekyll y Mr. Hyde bajo la influencia de la cocaína (un libro escrito interrumpidamente durante seis días y que cuenta con 60.000 palabras). El tercer día rompió el manuscrito y empezó de nuevo”*. La única voz discordante que apareció en el siglo XIX provino de un naturalista alemán, a cuyo juicio la cocaína era un narcótico comparable al opio, con perniciosos efectos secundarios.

Luego hasta la segunda mitad del siglo XX, con las primeras ideas prohibicionistas nadie clasificaría la coca entre las sustancias narcóticas. En 1884 un oculista llamado Keller, la utilizaba en sus pacientes como un buen anestésico local. En el ámbito terapéutico este alcaloide se utilizaba para evitar el dolor en las intervenciones quirúrgicas muy localizadas, sabiendo que era incapaz de actuar sobre la piel intacta,

pero con una absorción y acción muy rápida sobre las membranas mucosas, sobre todo en boca, nariz y ojos. El mismo efecto anestésico hacía que su absorción a nivel estomacal suprimiese la sensación de hambre, y cuando se inyecta entre las vértebras lumbares LIII y LIV, en la raquianestesia, se pueden operar sin dolor los miembros inferiores y la parte baja del abdomen hasta el nivel del ombligo.

La cocaína es uno de los estimulantes naturales del Sistema Nervioso Central, más potentes que se conocen. Actualmente su único uso aceptado en medicina es como anestésico local y vasoconstrictor, aunque no se utiliza habitualmente en terapéutica, sustituyéndose por fármacos mucho menos tóxicos y peligrosos.

LA COCA COLA.

En el último tercio del siglo XIX aparecen bebidas con cocaína algunas con contenido alcohólico, en 1909 existían 69 bebidas distintas de esta clase. Entre las primeras que se fabricaron se encuentra la Coca Cola. El origen de esta bebida se debe a J.S. Pemberton, un boticario de Georgia, que vendía esta bebida para tratar los dolores de cabeza, la histeria, la melancolía y con fines tónicos. En su elaboración se empleaban hojas de coca, nueces africanas de cola y una pequeña cantidad de cocaína, mezcla conocida popularmente como “dope” (dosis de droga), en forma de jarabe carbónico azucarado.

En 1885 se registró el producto con la denominación *French Wine of Coca, Ideal Tonic*, aprovechando el éxito del vino Mariani, intentándola convertir a partir de sus modificaciones en la composición, en la bebida de intelectuales y abstemios. Al principio la bebida contenía alcohol que se suprimió ante el establecimiento de la ley seca, añadiendo nuez de cola y esencias de agrios, también se sustituyó el agua por agua gasificada. Con estos cambios se consolidaba la Coca Cola, en 1891 el inventor vendió la patente a A. Grigs Candler, (fundador de la Coca – Cola Company) obteniendo así su fórmula secreta El jarabe se vendió en barriles de gaseosa como tónico reconstituyente. En 1903, la extendida opinión pública contraria a las drogas, los perjuicios y los testimonios negativos junto a la reacción adversa de la prensa, aconsejaron eliminar la Cocaína por lo que en 1909, la Coca Cola terminó por sustituir la Cocaína por Cafeína, permaneciendo todos los demás alcaloides de la hoja de coca. En 1920 la Coca Cola se convirtió en la bebida nacional de EE.UU., sobre todo a partir de la aplicación de la ley seca, llegando a servir de cruzada para los metodistas contra el alcohol.

En 1978 Coca Cola intentó sacar a la venta un chicle con extractos de coca, como goma de mascar medicinal. La política de Reagan y la competencia de la Pepsi, les hicieron desistir del intento, retirando el extracto de coca que aún conservaba la Coca – Cola, el fracaso comercial junto con la respuesta popular obligó a los productores a reponer la bebida tradicional con la denominación de *Coca- Cola Classic*. En un conjunto de 54 productos industriales derivados de la Coca, solamente Coca – Cola tiene circulación mundial.

LA DECADENCIA DE LA COCAÍNA.

Para un joven español el consumo de cocaína representaba una rebelión contra su clase. Con la revolución industrial, se planteó la posibilidad del uso de la cocaína entre los obreros. Pero a partir de 1880, se empezó a cuestionar su utilidad y sobre todo se evidenció su capacidad adictógena, la conducta psicótica, las convulsiones e incluso algunos casos de fallecimiento.

Pero en 1885 en el Medical Record se escribieron las primeras advertencias sobre el consumo de cocaína y aunque se afirmaba que aliviaba la sensación de agotamiento, disipaba la depresión mental y producía una sensación deliciosa de alegría y bienestar, con su uso los efectos secundarios aparecían en principio de una forma suave, casi imperceptibles, pero si su consumo continuaba y se incrementaba creaba un deseo que debía satisfacerse, el individuo a partir de ese momento se volvía nervioso, febril, insomne, inapetente, quedando al final la sensación de "neurastenia lastimosa". Durante ese mismo año un paciente de Freud recibió una sobredosis de cocaína, lo que llevó al propio Freud a escribir un artículo titulado "*Craving For and Fear of Cocaine*", teniendo que admitir que la cocaína producía paranoia, alucinaciones y deterioro físico y mental.

En 1887 el Dr. J.B. Mattison (Brooklin) asegura que la cocaína produce adicción. Y aunque se intentó demostrar que coca y cocaína no eran sinónimos a la hora de producir dependencia el hecho es que ante los hallazgos negativos de la cocaína, la coca cayó en desprestigio y desuso, conservándose únicamente las escasas utilidades clínicas. Incluso experimentos sofisticados fracasaron a la hora de demostrar el incremento de la energía para el trabajo en ausencia de fatiga.

A principios del siglo XX unos creen que la cocaína es mortífera, otros que es una panacea y otros hablan de su utilidad o inutilidad según personas. Hacia 1900 todas las drogas conocidas se encontraban disponibles en farmacias y droguerías, pudiéndose incluso comprar por correo. La legislación española permitía que a principios del siglo XX, se pudiesen dispensar drogas y entre ellas pastillas y jarabes de cocaína y todo ello de libre acceso para los usuarios.

En 1906 el gobierno Federal aprobó la Pure Food and Drug Act, exigiendo un cuidadoso etiquetado de todos los remedios patentados, pero no se previó la venta de cocaína y opiáceos por lo que los problemas de adicción y violencia no hicieron más que incrementarse.

En 1907, el Estado de Nueva York, colocó la disponibilidad de la cocaína solo bajo control médico, pero el mercado negro se incrementó, vendiéndose la cocaína en la calle más barata que la prescrita por el médico. En 1910 el presidente William Haward Talf aseguró que el consumo de cocaína era el peor problema de drogas jamás sufrido en Estados Unidos. Las restricciones se incrementaron fuertemente. La cocaína se hizo ilegal en U.S.A. en el año 1914. en aplicación del Acta Harrison, esta primera ley restringía su uso a usos médicos, prohibiendo todos los demás y exigiendo un registro de personas y laboratorios que la usasen.

Las demás naciones se unieron a la medida, tres días antes de estallar la primera guerra Mundial, se firmaba la Convención de la Haya (1914) con la propuesta dirigida a todas las Naciones de “controlar la preparación y distribución de opio, morfina y cocaína”. Luego fue incorporado al tratado de Versalles (1919) donde se hablaba del uso ilegítimo de ciertas drogas, entre ellas la cocaína.

En 1925 se convocó una conferencia en Ginebra que pretendía fijar los límites para la producción del opio crudo y coca en cada zona del mundo. La propuesta planteada por EE.UU. no fue apoyada por las demás naciones. En los años 30, los usos terapéuticos de la cocaína habían disminuido tanto que solo se utilizaba como anestésico tópico. Incluso sus derivados anestésicos como la procaína tienen la ventaja de que no entran rápidamente en el cerebro. La popularidad de la cocaína disminuyó durante los años 30 y fue sustituida por el uso de las anfetaminas.

En 1931 la Conferencia de Ginebra abogó por un control y regulación de narcóticos con sistemas de cuotas y evaluación de necesidades por países. Entre la I Guerra Mundial y la Guerra Civil Española, la cocaína fue la droga con mayor demanda, y se utilizaba para dar energías al ejército. Su consumo se puso de moda y se extendió con cierta facilidad como una costumbre más de la época, sus usuarios pertenecían a todos los estratos sociales pero sobre todo tuvo cierto prestigio entre aristócratas, burgueses y bohemios. Todos ellos influidos por el afán de modernidad con el objetivo de llevar una vida frívola y mundana, su consumo les permitía aguantar varias noches de juerga sin necesidad de descansar ni dormir. Si bien el consumo inicial se enmarcaba prioritariamente entre los miembros de la alta sociedad, progresivamente con el paso de los frívolos años veinte el hábito se extendió a homosexuales, prostitutas y gente del espectáculo y cabaret, la edad de consumo iba descendiendo y la media de los consumidores aumentando. En pocos años la cocaína llegó a ser conocida en Europa como la droga de las prostitutas.

Durante los años cuarenta la cocaína seguía siendo una droga legal, de venta en farmacias que podía adquirirse con receta médica al precio de 12'5 Ptas. el gramo. En el Código Penal de 1944 ya se consideraba ilegal el consumo de esta sustancia, especificándose los delitos sobre su venta ilícita, el tráfico, y el consumo. El uso ilegal estaba restringido a la clase alta, los otros consumidores se tuvieron que pasar al consumo de anfetaminas aunque tampoco tardarían mucho en descubrir sus devastadores efectos. Un estudio sobre la coca desarrollado en EEUU en 1950, equiparaba los efectos de la coca a los de la cocaína, atribuyendo a la masticación de la coca la pobre situación de los indígenas de Bolivia y Perú, olvidando que la causa principal era el subdesarrollo. Por un planteamiento estrictamente político se quiso confundir a la opinión pública satanizando de igual modo las hojas de coca como su alcaloide, la cocaína.

En 1951 la ley Boggs o Ley de Sentencias Mínimas Obligatorias y en 1956 la Narcotic Control Act promulgaban penas máximas a los infractores de las leyes antinarcóticas, incluyendo hasta la pena de muerte. En 1957 el Comité de Expertos en Drogas Adictivas, declaró que las drogas prohibidas producían adicción y las no prohibidas solo hábito. Estas leyes se trasladaron a nivel internacional por medio de la Convención

Única sobre Estupefacientes de 1961, y de su anexo de 1971, el Convenio de Sustancias Psicotrópicas. En la Convención Única sobre estupefacientes celebrada en 1961 se declara que: “la toxicomanía constituye un mal grave para el individuo y entraña un peligro social y económico para la humanidad”.

En la España del franquismo el uso de la cocaína también estuvo presente, sobre todo entre personas sin privaciones económicas y con gran afición a la diversión, fue la droga de la “jet”. En Madrid había un grupo de personas de doble moral formado por aristócratas, tonadilleras, artistas y gigolós, además de algún torero y famoso del mundo del cine, teatro, etc... Que vivían esa doble vida intercalando su trabajo con veladas de desenfreno y grandes consumos de alcohol y cocaína.

También es cierto que la inmensa mayoría de los españoles vivían completamente ajenos a este tipo de “historias” y que las referencias que se tenían sobre el uso de la cocaína siempre estaban relacionadas con algún trágico suceso. En la prensa científica solo se publicaron un par de artículos sobre la cocaína y cualquier suceso era acallado por el tipo de personas que la consumían. Pero esto nos hace ver que antes de producirse el aumento del consumo en los años ochenta en España se había producido en ciertos ambientes un consumo ininterrumpido de esta droga.

LA PSIQUIATRÍA MÉDICO LEGAL DE HENRY CLAUDE.

En el año 1933 y como resultado de diversos estudio e investigaciones el Dr. Parisino Henry Claude, dedica un capítulo a la Intoxicación cocaínica dentro de su obra “*La Psiquiatría médico legal*”.

En una obra de 1933, lo que nos permite entender que el conocimiento de la gravedad de las complicaciones del consumo abusivo y repetitivo de cocaína no ha sido algo desconocido por los médicos durante el siglo XIX, aunque no se le ha otorgado la importancia que el cuadro se merece hasta bien entrada la década de los 80.

El autor afirma que la intoxicación cocaínica es en la inmensa mayoría de los casos de carácter voluntario, desapareciendo el origen medicamentoso descrito por Freud. Es fácil observar la intoxicación cocaínica en los medios en los que es habitual buscar ciertas satisfacciones o impresiones nuevas, entre ellas destaca el ambiente artístico propicio al uso para evitar la fatiga y generar cierta excitación ficticia.

La intoxicación puede presentarse de forma aguda o crónica no estando exenta ninguna de las dos de graves alteraciones para la salud del consumidor. La intoxicación aguda puede acarrear trastornos cardiorrespiratorios que pueden llevar a la muerte súbita. Los síntomas principales consisten en enfriamientos, síncope, taquicardia, angustias precordiales, disnea, polipnea, avidez por el aire y ansiedad, náuseas y vómitos; trastornos nerviosos y mentales, lo que puede llevar al sujeto a estados de resolución muscular, colapso, presentando fenómenos de excitación psicomotriz con sacudidas musculares.

La excitación puede traducirse por locuacidad, risas o lágrimas inmotivadas, tendencia a la cólera, agresividad y violencias de todas clases. Describe el autor la aparición de cuadros confusionales con alucinaciones o ilusiones, midriasis, elevación de la temperatura corporal y epilepsia. En el transcurso del cuadro delirante puede entregarse el paciente a toda clase de actos graves (golpes, tentativas de homicidio y suicidio, incendios, fugas, escándalos públicos, rebeliones, rotura de escaparates, etc.

COCAINISMO CRÓNICO – COCAINOMANÍA:

Definida como la absorción habitual de cocaína, la describe como consecuencia de un desequilibrio, de una perversión del gusto o como la tendencia en ciertos individuos ávidos de goces morbosos. Es la expresión de la depravación voluntaria, relacionada con condiciones de vida que denuncian una profunda inmoralidad.

La cocaína es introducida en las fosas nasales en forma de polvo, teniendo aproximadamente cada toma 20 – 30 centigramos de droga. Algunos adictos se conformaban con dos o tres tomas al día lo que representaba menos de un gramo, en cambio otros llegaban a tomar entre 2 y 5 gramos o aún más. Explica que como en *otros venenos de esta naturaleza*, el uso habitual puede determinar después de algunas semanas el estado de necesidad apareciendo el consabido fenómeno de tolerancia, ya que si no existía un aumento de dosis aparecía un sentimiento de malestar sobre todo expresado en reacciones psíquicas y nerviosas. Pero al mismo tiempo analiza a algunos sujetos que pueden mantener el consumo de dosis de entretenimiento que les produce un efecto estimulante, sin llegar a consumir dosis verdaderamente tóxicas. La absorción de la cocaína podía ocasionar según el consumidor manifestaciones de carácter banal o en cambio resultados francamente patológicos.

La fase de iniciación en el consumo suele ir siempre acompañada de satisfacción, aunque con una serie de molestias acompañantes como puede ser una impresión penosa de frío en las fosas nasales, una anestesia de la mucosa y una tendencia a desfallecimientos y palpitations del corazón, lo que desanima a ciertos principiantes. Estas molestias suelen desaparecer y no preocupan al sujeto que experimenta cierta euforia, sentimiento de fuerza alegría y exacerbación de las facultades intelectuales, de la palabra y de la memoria. De ello resulta un contento, un olvido de las penas, que, en ciertas personas, más sensibles que otras, temerosas de los esfuerzos, despierta el deseo de renovar aquellas sensaciones. Ya en esa época se conocían a artistas y oradores que recurrían al consumo de cocaína para sacar mayor partido de sí mismos ante la necesidad de verificar un esfuerzo particular, sin seguir luego con un consumo constante.

En cambio otras personas, más ávidas de satisfacciones iban aumentando las dosis progresivamente hasta llegar a una especie de embriaguez bastante similar a la embriaguez de las bebidas alcohólicas. Una embriaguez intensa y alegre, con excitación psíquica estimulante de la imaginación, de las ideas y de la fantasía, con exaltación de las facultades intelectuales, este presumible estado de bienestar conducía a aumentar las dosis apareciendo al cabo de un tiempo la verdadera excitación motriz con desorden de los actos, irritabilidad y dependencia. Con la repetición de este tipo de

intoxicaciones iban apareciendo los primeros trastornos psíquicos y del comportamiento, cada vez de mayor potencia y duración para llevar al individuo a la intoxicación crónica o cocainismo. El resultado de la intoxicación crónica era la aparición de trastornos físicos, como el prurito, la fatiga en el intervalo de la toma, la laxitud, la tristeza y la astenia que conducía al sujeto a esnifar una nueva dosis.

En el terreno psicológico se observaron trastornos del carácter, irritabilidad, celos, dolores precordiales, síncope, temblores, midriasis y trastornos visuales y auditivos, todo ello acompañado de pérdida de peso, anorexia, temblores y aparición tics con nerviosismo general. Realizando el examen médico del paciente se podía observar congestión de las mucosas nasales, costras en el tabique nasal consecuentes a repetidas epistaxis, estado saburral de las vías digestivas, congestión del hígado, constipación, exageración de los reflejos ten-dinosos y finalmente lesiones cutáneas de rascamiento. Tampoco era raro en las intoxicaciones crónicas encontrar estados de caquexia generalizada así como la constatación de cuadros alucinatorios de orden visual precedidas de ilusiones. Realmente todo esto desembocaba en delirios acompañados de estado confusional, insomnio con agitación, ansiedad y tendencias violentas y agresivas.

La gravedad del cuadro, o la impregnación cocaínica a la que estaba sometido el sujeto podía traer consecuencias incluso después de la desintoxicación del individuo dejando un estado depresivo, acompañado de indiferencia, inactividad y apatía. Incluso a veces bradipsiquia temblor y fatiga, reversible en ocasiones con el paso del tiempo si el sujeto no volvía a consumir. Para el tratamiento de desintoxicación se decía que debido a la naturaleza de su adicción se podía suprimir inmediatamente la cocaína sin que fuese necesario tomar ciertas precauciones médicas y sin tener que recurrir a ningún tratamiento farmacológico o su ingreso en una clínica de desintoxicación.

Como en otras muchas ocasiones el análisis de estudios anteriores a nuestra época nos hace pensar en el poco provecho que hacemos de la historia de la medicina, la reflexión sobre la cocaína y su adicción de Henry Claude es un claro ejemplo de cómo algunos aspectos que todavía hoy seguimos debatiendo estaban ya más que corroborados hace aproximadamente 70 años.

UN NUEVO AUGE EN EL CONSUMO.

Los carteles sud-americanos, intentaron propagar la cocaína desde 1930 hasta la actualidad. El cultivo de la Coca es prácticamente monopolio de tres países: Perú, Bolivia y Colombia, seguido de lejos de Ecuador y Brasil. Tradicionalmente el proceso de la hoja se hacía en Colombia pero en la actualidad se ha extendido a Chile, Argentina, Brasil y Panamá, en estos países últimamente se produce también la elaboración de la cocaína.

El consumo de cocaína durante los años 1920 – 1970 se redujo al mundillo de artistas. La cocaína estuvo casi medio siglo relegada a pequeños grupos de consumidores pero a partir de los años 70 resurge con fuerza su consumo, bajo la idea de que era la droga del bienestar frente al malestar teóricamente producido por la heroína, es pues su uso sinónimo de placer, glamour, sofisticación, clase y lujo. A finales de los 60 y principios

de los 70, la cocaína reapareció, el esnifarla había estado de moda en los años 20, las anfetaminas la sustituyeron por ser más baratas, pero eran insatisfactorias para los usuarios y la cocaína volvió a ser preferida en las ciudades estadounidenses. Se aumentó el contrabando y así en 1969, 10 libras de cocaína podían dar una ganancia de 10.000 dólares que se convirtieron en 160.000 dólares en 1.973, y los campesinos sudamericanos prefieren las ganancias del cultivo de la coca a la precariedad de la producción de otra agricultura alternativa. Y es que la propuesta de destrucción de campos de coca no va acompañada en muchas ocasiones de medidas alternativas que ayuden a la supervivencia de los campesinos.

Entre 1960 y 1970, se convierte en el “champañ” de las drogas ya que se creía inocua y no adictiva, era la droga de los ricos, popular en los medios de comunicación y en los círculos de música moderna. La cultura revolucionaria contra la guerra del Vietnam terminó con un consumo muy alto de drogas y con una vuelta al mercado negro de la cocaína entre otras drogas, sobre todo la marihuana. La cocaína se convirtió en la década de los 70, en EE.UU. en la droga preferida sobre todo entre las estrellas del rock, corredores de bolsa, artistas, prostitutas, hombres de negocio, actores y actrices.

La expansión del consumo en España, debe entenderse como consecuencia directa de la expansión del mercado multinacional y del negocio más lucrativo del mundo. El consumo de cocaína se incrementó durante la década de los 70 contraponiendo su efecto estimulante frente al efecto depresor de la marihuana. Empezó sobre todo el consumo intranasal, esnifándose con una cucharilla especial a través de un canuto, una raya proporcionaba unos 25 mgr. de cocaína. La cocaína comenzó a llegar a América del Norte a partir de 1976, su consumo no estaba mal visto por la creencia de su incapacidad para producir dependencia física y por su compatibilidad con el alcohol. La literatura médica olvidó la experiencia del siglo anterior y volvieron a exaltar sus virtudes y sobre todo a no considerarla adictógena, por lo que creció la demanda, el consumo y los precios decrecieron incrementándose la dosis por consumo.

En los años 80 era la droga de la élite que otorgaba cierto status social, considerada como una droga de lujo por su elevado coste. En EE.UU. constituía el sueño ideal que procuraba el éxito rápido sobre todo entre los “Yuppies”.

En un estudio realizado por el Observatorio Europeo de drogas y toxicomanías entre escolares de 15 / 16 años y publicado en 1999 en el *Extended Annual Report on the States of the Drug problem in the European Union* (EMCDDA, 1999), daba las siguientes cifras de consumo de cocaína entre la muestra mencionada:

Francia 1997: 1'5%

Dinamarca 1995: 0'5%,

Italia 1995: 3%

Países Bajos 1996: 4'3%

España 1996: 2'5%

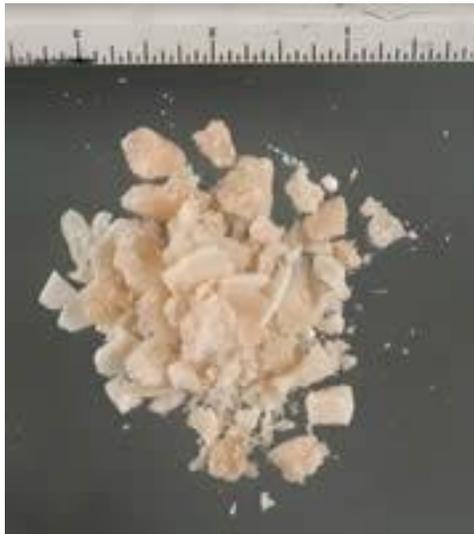
Reino Unido 1997: 1'5%

Considerando además que la tendencia estadística es hacia un aumento en el consumo entre la población más joven.

EL CRACK Y LA COCAÍNA.

La cocaína es una droga estimulante y altamente adictiva. La sal de clorhidrato, la forma en polvo de la cocaína, se puede inhalar o disolver en agua para inyectarse. El crack es la cocaína que no ha sido neutralizada por un ácido para convertirse en sal de clorhidrato. Este tipo de cocaína viene en forma de cristales de roca que se pueden calentar y cuyos vapores se pueden fumar. El término "crack" se refiere al crujido que se oye cuando se calientan los cristales.

No importa la forma ni la frecuencia de consumo, el usuario de cocaína se expone a tener una emergencia cardiovascular o cerebrovascular aguda, como un ataque al corazón o al cerebro (éste último también conocido como apoplejía, embolia, derrame cerebral o trombosis en español y como "stroke" en inglés), que pueden resultar en la muerte súbita. Las muertes relacionadas con la cocaína a menudo son el resultado de un paro cardíaco o una convulsión seguida de un paro respiratorio.



COCAÍNA.

La cocaína es un estimulante sumamente adictivo que afecta directamente al cerebro. La cocaína ha sido llamada la droga de los años ochenta y noventa por su gran popularidad y uso extendido en esas décadas. Sin embargo, no es una droga nueva. En realidad, la cocaína es una de las drogas conocidas de más antigüedad. La sustancia química pura, el clorhidrato de cocaína, se ha abusado por más de 100 años, y las hojas de la coca, de donde se obtiene la cocaína, se han ingerido por miles de años.

A mediados del siglo XIX, la cocaína pura se extrajo por primera vez de la hoja del arbusto "*Erythroxylum coca*", que crece principalmente en Perú y Bolivia. A principios del siglo XX, la cocaína se convirtió en el estimulante principal de la mayoría de los tónicos y elixires que se crearon para tratar una gran variedad de enfermedades.

En la actualidad la cocaína es una droga clasificada bajo la Lista II ("Schedule II") de la Ley sobre Sustancias Fiscalizadas, lo que significa que se considera que tiene un gran potencial para ser abusada, pero que puede ser administrada por un doctor para usos médicos legítimos, como para anestesia local para ciertos tipos de cirugías de los ojos, oídos y garganta. Básicamente hay dos formas químicas de la cocaína: la sal de clorhidrato y los cristales de cocaína ("freebase"). La sal de clorhidrato, o la forma en polvo de la cocaína, se disuelve en el agua, y cuando se abusa, puede ser usada en forma intravenosa (inyectándose en la vena) o intranasal (inhalando por la nariz).



El polvo blanco se disuelve en agua destilada y se añade una sustancia alcalina, por ejemplo bicarbonato sódico; se produce así la precipitación de los cristales de clorhidrato de cocaína. El nombre de Crack fue dado por el ruido que realizan los cristales al calentarlos para fumarlos a través de una "pipa de agua".

LA COCAÍNA: FARMACODINÁMICA.

La cocaína es un compuesto cristalino, C₁₇ H₂₁ N O₄, de color blanco y sabor amargo; es soluble en agua y reacciona con los ácidos formando sales. Penetra directamente en el sistema nervioso central (S.N.C.) a través del torrente sanguíneo produciendo una sensación agradable, anestésica y estimulante.

La anestesia se produce al bloquear la transmisión nerviosa y el estímulo al producir interferencia intersináptica, teniendo capacidad de reforzar las norepinefrinas, moléculas o aminoácidos del S.N.C. Los efectos anorexizantes e inhibidores del sueño se producen al actuar directamente sobre el hipotálamo, el sistema reticular ascendente y en el cerebelo.

La acción de la droga se hace notar entre dos y cinco minutos después de aspirar dos dosis o rayas, prolongándose el efecto estimulante durante media hora. Un uso crónico moderado pasa por la administración nasal de unos 250 mgr. a lo largo de todo el día, distribuido en cinco o siete tomas, lo que provocará insomnio, irritabilidad, falta de apetito, debilitándose el sentido de autocritica y lucidez, pero su interrupción no produce Síndrome de Abstinencia. El uso concomitante de alcohol permitirá usar más cocaína, lo que exige a la larga más sedación, teniendo en cuenta que este uso tiene un fin básicamente recreativo. Si la administración es intra venosa el efecto es inmediato.

FARMACOCINÉTICA.

La cocaína atraviesa las membranas celulares de forma rápida. Esnifada o administrada por vía intravenosa se encuentran niveles de cocaína en el cerebro en 30 segundos, mientras que fumada sólo tarda 5 segundos en tener efectos centrales.

1. ABSORCIÓN.

La cantidad relativa de cocaína que se absorbe a nivel sistémico depende fundamentalmente de la vía de administración.

La absorción por la mucosa nasal después de esnifar y la absorción a través del tracto digestivo después de su administración oral es similar y mucho más lenta que después de fumar o después de la administración intravenosa.

La biodisponibilidad nasal u oral es de un 30-40%, aunque la variabilidad es mayor para la vía oral. La biodisponibilidad de la cocaína fumada varía entre un 10 y un 20%, siendo el porcentaje menor el más común.

Las concentraciones máximas venosas y arteriales después de las diferentes administraciones varían enormemente. No sólo dependen de las dosis y de las vías de administración sino también de la frecuencia de las inyecciones.

La cocaína puede absorberse tras administrarla por diferentes vías: aspiración ("esnifado"), inhalación (fumando la cocaína base), inyección intravenosa o ingestión.

- *Cocaína aspirada.* Una "raya" de clorhidrato de cocaína contiene entre 10 y 35 mg de la droga, según su pureza. La cocaína aspirada se absorbe muy rápidamente y lleva a máximos plasmáticos a los 15-60 minutos. Después de aspirar una dosis de 1,5 mg/kg de cocaína se alcanza una concentración plasmática máxima en un abanico entre los 120 y los 474 ng/mL. Una dosis algo mayor, de 2 mg/kg, llevó a un pico plasmático

promedio de cocaína en el abanico anterior, de 161 ng/mL una hora después. La cocaína también puede administrarse sobre las mucosas oral o genital. La administración oral de 2 mg/kg de cocaína lleva a picos plasmáticos a los 50-90 minutos de la administración y de magnitud similar a los conseguidos por la vía intranasal.

- *Cocaína inhalada*. Se inhalan los productos de la combustión del hidrocloreto de cocaína o de la cocaína base (crack). La cocaína inhalada pasa inmediatamente a la sangre, como mínimo tan rápido como tras la inyección, porque la mayoría de ella llega a los pulmones en las primeras cuatro aspiraciones del cigarrillo.

- *Cocaína intravenosa*. La concentración máxima de cocaína en la sangre se alcanza 4-6 minutos después de inyectarla, aunque según los autores puede tardar hasta 8 minutos.

- *Cocaína oral*. La concentración máxima de cocaína en la sangre se alcanza unos 60 minutos después de ingerirla.

2. DISTRIBUCIÓN.

La cocaína después de ser administrada, se distribuye ampliamente por todo el organismo.

3. METABOLISMO.

La cocaína es rápidamente metabolizada, generalmente por hidrólisis enzimática para producir benzoilecgonina (BE), ecgonina metil ester y posteriormente ecgonina. En un 1-5% se excreta por la orina sin cambios.

La combinación de alcohol y cocaína supone un riesgo y un aumento de la morbi-mortalidad asociada a la cocaína. En estudios in vitro se ha visto que el etanol inhibe la actividad de la metilesterasa, disminuyendo la hidrólisis a benzoilecgonina. En presencia de etanol, la cocaína es transesterificada por esterases hepáticas a etilcocaína o cocaetileno y se incrementa la N-demetilación a Norcocaína. Este metabolito –cocaetileno- posee actividad farmacológica y tóxica (fundamentalmente a nivel cardiaco e incluso hepático).

4. ELIMINACIÓN.

El aclaramiento de la cocaína es muy rápido, variando entre 20 a 30 ml/min/Kg.

MECANISMO DE ACCIÓN.

La cocaína es un inhibidor de los procesos de recaptación tipo I (recaptación de noradrenalina y dopamina desde la hendidura sináptica a la terminal presináptica lo que facilita la acumulación de noradrenalina o dopamina en la hendidura sináptica).

El aumento de la biodisponibilidad de dopamina por la inhibición de la recaptación tipo I media la euforia que produce la cocaína y parece que está implicada en el mecanismo de adicción.

El exceso de noradrenalina que se produce por acción de la cocaína, es el responsable de la mayoría de los efectos farmacológicos y de las complicaciones agudas de la cocaína.

La cocaína también bloquea la recaptación de serotonina y el consumo crónico de esta sustancia produce cambios en estos neurotransmisores con una disminución de la biodisponibilidad.

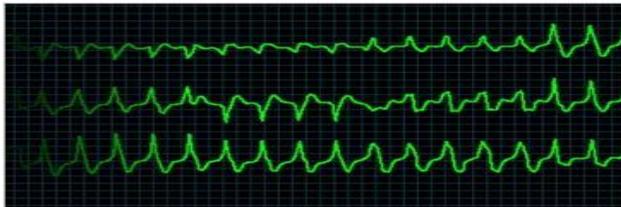
Los efectos sobre la neurotransmisión catecolaminérgica y serotoninérgica constituyen, asimismo, la base de su mecanismo de acción como droga dependiente.

ACCIONES FARMACOLÓGICAS.

1. SISTEMA NERVIOSO SIMPÁTICO Y APARATO CARDIOVASCULAR:

La cocaína produce: vasoconstricción por su efecto simpaticomimético periférico y aumento de la presión arterial por su efecto inotrópico y cronotrópico positivo unido al efecto vasoconstrictor. Bradicardia a dosis bajas por depresión del nodo sinusal y más frecuentemente taquicardia por estímulo sinusal, como consecuencia directa del estímulo simpático. Aumento de la fuerza de contracción y de la frecuencia cardiaca por un estímulo de los receptores α_1 fundamentalmente. También produce midriasis, temblor y sudoración por estímulo simpático.

Taquicardia ventricular



2. TEMPERATURA CORPORAL.

Además del aumento de la producción de calor por aumento de la actividad muscular y de la disminución de su pérdida por la vasoconstricción, la cocaína aumenta la temperatura corporal por pérdida del control dopaminérgico de receptores hipotalámicos reguladores de la temperatura, por agotamiento de los depósitos de dopamina, con hipertermia de rebote. Esta hipertermia puede estar acompañada de convulsiones.

3. SISTEMA NERVIOSO CENTRAL.

La cocaína es un potente estimulante del SNC, aunque sus efectos como tal dependen de factores tales como tipo de consumidor, ambiente, dosis y vía de administración.

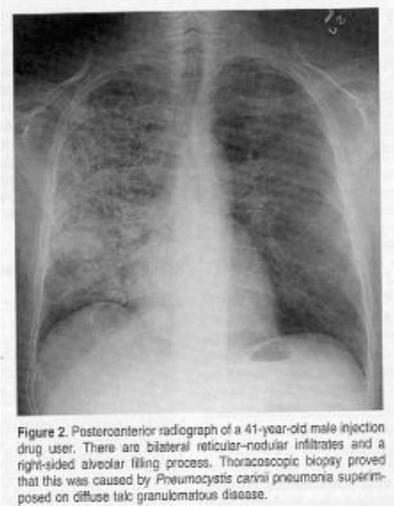
Dosis moderadas ocasionan: elevación del estado de ánimo, sensación de mayor energía y lucidez, disminución del apetito, insomnio, mayor rendimiento en la realización de tareas, disminución de la sensación de fatiga, hiperactividad motora, verbal e ideativa. Pasado el efecto agudo aparece un periodo de cansancio, fatiga y disforia, más pronunciada cuanto más rápido e intenso son los efectos producidos por la cocaína.

Se han descrito en los consumidores de cocaína alteraciones de la percepción, alteraciones de la capacidad crítica y discriminativa (decisiones erróneas), pseudoalucinaciones táctiles, auditivas y visuales, conducta estereotipada, bruxismo y movimientos compulsivos.

TOXICIDAD AGUDA.

Las manifestaciones clínicas son:

- **Aparato cardiovascular:** palpitaciones, bradicardia o taquicardia, arritmias (fibrilación auricular la más frecuente; taquicardia ventricular y fibrilación ventricular que es la causa más frecuente de muerte súbita por cocaína), hipertensión e infarto de miocardio. El consumo simultáneo de cocaína y alcohol produce el cocaetileno que es un metabolito activo y de mayor toxicidad cardiaca que la cocaína. Su potencial arritmogénico y de producción de muerte súbita es superior al de la cocaína.



- **Aparato respiratorio:** taquipnea y respiración irregular. El crack fumado es el responsable de la mayoría de las complicaciones agudas que produce la cocaína; tales como el edema agudo de pulmón; el “pulmón de crack” de posible origen isquémico (dolor torácico inespecífico, tos productiva de esputo hemoptoico y a veces hemoptisis franca); exacerbación de cuadros asmáticos; cuadros de neumotórax, neumomediastino y neumopericardio por la realización de maniobras de Valsalva para incrementar los efectos de la cocaína y la parada respiratoria que es excepcional y generalmente tras administración intravenosa.

- Pulmón de crack

Consiste en fiebre, disnea, tos persistente, hemoptisis, infiltrados pulmonares y broncospasmo.

Es una situación aguda y con una relación temporal muy estrecha con el consumo de cocaína, consistente en dolor torácico inespecífico, tos productiva de esputo hemoptoico, y a veces hemoptisis franca con infiltrados alveolares difuso. Aunque la hemoptisis es rara, la hemorragia intrapulmonar es frecuente, como ponen de manifiesto los estudios autópsicos y el que en muchos de estos sujetos el líquido de lavado broncoalveolar contenga macrófagos cargados de hemosiderina, prueba evidente de que se ha producido extravasación sanguínea. El origen de este síndrome es probablemente el daño isquémico por la intensa vasoconstricción.



- **Aparato digestivo:** anorexia, náuseas, vómitos, diarreas y las más graves aunque raras las de origen isquémico (úlceras gastroduodenales con hemorragia y perforación; colitis isquémicas).
 - **Higado:** la cocaína es una toxina hepática específica. Las lesiones hepáticas agudas tóxicas por cocaína son de tipo citolítico.
 - **Metabolismo:** hipertermia maligna debida a un desajuste del control dopaminérgico de la temperatura. Aparece hipertermia, rigidez y agitación. Rabdomiolisis generalmente por administración intravenosa o por crack
 - **Ojo:** midriasis, vasoconstricción conjuntival y nistagmus vertical.
 - **Manifestaciones neurológicas:** cefalea, ictus cerebral, hemorragia cerebral y convulsiones.
 - **SNC:** ansiedad a medida que desaparecen los efectos euforizantes, confusión, irritabilidad, euforia, alucinaciones visuales y táctiles, alteraciones de la percepción, reacciones paranoides y convulsiones tónico-clónicas.
 - **Embarazo, feto y recién nacido:** el consumo de cocaína durante el embarazo se asocia a un riesgo elevado de aborto, de muerte fetal intraútero, de abrupcio placentae y de prematuridad, con inmadurez fetal. Los niños tienden a nacer con menor peso y con menor perímetro cefálico. Además el síndrome de muerte súbita neonatal es muy elevado (15%). La cocaína atraviesa la placenta y produce efectos nocivos en el feto, especialmente lesiones cerebrales isquémicas, que pueden ser causa de muerte intrauterina o de daño cerebral definitivo en la vida extrauterina. Las malformaciones congénitas son más frecuentes.
- La cocaína pasa a la leche materna, aunque sus efectos sobre el lactante no se conocen.
- La dosis mortal de cocaína en inyección endovenosa única es de 1g aproximadamente. No existe tratamiento farmacológico específico para la intoxicación aguda por cocaína

ya que los síntomas y signos conductuales (tales como agitación psicomotora) pueden ser totalmente diferentes a los síntomas o signos fisiológicos (disminución o elevación de la presión arterial etc.).

Debido a que las complicaciones y a que las muertes inducidas por cocaína generalmente ocurren en las primeras horas posteriores al consumo de cocaína, es muy importante ingresar y monitorizar al paciente en los servicios de urgencias.

Los criterios diagnósticos de la intoxicación aguda por cocaína especificados en DSM-IV son los siguientes:

A. Uso reciente de cocaína.

B. Cambios psicológicos o mal adaptación conductual clínicamente significativas (ej. euforia, alteraciones afectivas; cambios en la sociabilidad; hiper /vigilancia; sensibilidad interpersonal; ansiedad, tensión o miedo; movimientos estereotipados; juicio alterado; empeoramiento social u ocupacional) que aparezcan durante o después de un periodo corto del uso de la cocaína.

C. Dos o más de los siguientes síntomas que aparezcan durante o después de un periodo corto del uso de la cocaína.

- 1. Taquicardia o bradicardia
- 2. Dilatación pupilar
- 3. Elevación o disminución de la presión arterial
- 4. Sudoración o escalofríos
- 5. Náuseas o vómitos
- 6. Evidencia de pérdida de peso
- 7. Agitación o disminución psicomotora
- 8. Debilidad muscular, depresión respiratoria, dolor torácico o arritmias cardíacas
- 9. Confusión, convulsiones, disquinesias o coma.

D. Síntomas no causados por alteraciones médicas generales y que no aparezcan por otra alteración mental.

En el caso de la cocaína debemos tener en cuenta una serie de circunstancias que modifican las características e intensidad del cuadro tóxico:

- El tipo de preparado de cocaína que se consume.
- Los contaminantes que incluye el preparado consumido.
- La vía de consumo.
- El ambiente de consumo.

RELACIÓN DE PREPARADOS DE COCA E INTOXICACIÓN AGUDA:

1. BAZUKO O PASTA BASE DE COCA.

El Bazuko es el sulfato de cocaína sin refinar. Se utiliza para su obtención solvente como la gasolina y el queroseno. Se consume en forma de polvo de color tabaco que se fuma mezclado con marihuana o tabaco. Es la forma más barata, la más contaminada y la más tóxica. Los restos de queroseno y gasolina provocan acumulaciones de plomo a niveles tóxicos en hígado y cerebro dando lugar a intoxicaciones saturninas. La gran cantidad de sustancias contaminantes provocan daños pulmonares irreversibles que se han relacionado con un incremento del riesgo de carcinogénesis.

2. FREE BASE.

Preparado de clorhidrato de cocaína disuelta en una base fuerte, normalmente solventes volátiles del tipo acetona o éter, que dan lugar a un polvo blanco preparado para fumar, altamente tóxico y peligroso tanto en su elaboración como al fumarlo.

El consumo de este preparado presenta una alta toxicidad potencial ya que al separar el alcaloide libre de la sal para, así, poder fumarla se produce una combustión del 80% del alcaloide activo que además, al ser aspirado el humo, pasa rápidamente por vía pulmonar al torrente circulatorio invadiendo el tejido cerebral, con lo que las intoxicaciones agudas son más frecuentes que esnifando o ingiriendo el preparado y muy similares a la toxicidad de la vía intravenosa.

Los contaminantes del free base al pasar a la sangre pueden provocar reacciones tóxicas/anafilácticas.

3. CRACK, ROCK Y FREE BASE BASUCA.

Variantes de la free base obtenida a partir del clorhidrato pero sin utilizar solventes volátiles, suele añadirse agua y bicarbonato lo que al precipitar da lugar a unos cristales que normalmente se fuman en pipas especiales. Es una variante mucho más fácil de preparar a nivel casero que las otras formas fumadas.

Preparado altamente tóxico por que alcanza directamente el cerebro, provoca patologías respiratorias agudas como el “pulmón de crack” al contener muchas más impurezas que la base libre. Es uno de los preparados con mayor compulsividad en el consumo por la rapidez de inicio de su acción y la brevedad en la duración. Da lugar a los llamados “binges”, borracheras o atracones de crack durante los que un adicto puede pasar varios días fumando crack en un estado de intoxicación permanente.

Las intoxicaciones agudas por crack están directamente relacionadas con el incremento de urgencias por infarto agudo de miocardio y la aparición de neumotorax o neumomediastino por rotura alveolar a causa de las repetidas maniobras de Valsalva que realizan para poder aspirar el humo profundamente.

4. CLORHIDRATO DE COCAÍNA ESNIFADA.

Forma clásica de consumo del polvo del clorhidrato de cocaína en forma de microcristales por aspiración endonasal. Es la forma de consumo de cocaína con menor toxicidad aguda potencial, si exceptuamos la forma de consumo de los masticadores de hojas.

Debido a su acción irritante, anestésica y vasoconstrictora provoca pequeñas lesiones en la mucosa nasal con aparición de escaras, úlceras y sangrado frecuente lo que añade un factor de riesgo en la transmisión de enfermedades infecciosas entre consumidores al compartir el billete con sangre contaminada.

La sintomatología habitual de la intoxicación aguda por cocaína esnifada no complicada incluye, según algunos autores:

- Enrojecimiento nasal.
- Congestión ocular.
- Ausencia de colaboración.
- Negación de la causa.

- Agresividad verbal
- Convulsiones.

Los efectos adversos en la intoxicación aguda por cocaína serían:

- Desinhibición eufórica.
- Deterioro de la capacidad de juicio.
- Grandiosidad.
- Impulsividad.
- Irresponsabilidad.
- Generosidad atípica.
- Hipersexualidad.
- Conductas extrañas repetitivas de tipo compulsivo.
- Inquietud psicomotora.
- Movimientos estereotipados de boca y lengua.
- Desencadenamiento de psicopatologías latentes o compensadas.

5. CLORHIDRATO DE COCAÍNA VÍA PARENTERAL.

El consumo intravenoso de clorhidrato de cocaína, si exceptuamos el riesgo de transmisión de enfermedades infecciosas, presenta la toxicidad aguda potencial inherente a la propia sustancia.

La cocaína consumida por vía intravenosa tiene una rapidez de acción de 30 a 45 segundos con distribución amplia por el torrente sanguíneo que incrementa el riesgo de parada cardiorrespiratoria y crisis convulsivas. A nivel local provoca vasoespasmo en el lugar de inyección siendo frecuente la aparición de zonas de necrosis y ulceraciones.

Una forma clásica de consumo de cocaína en heroinómanos es el "speed-ball", mezcla de cocaína y heroína inyectada con elevada toxicidad. La cocaína y la heroína no contraponen sus respectivos efectos depresores-estimulantes, sino que incrementan los efectos depresores a nivel cardiorrespiratorio que presenta cada una de las dosis habituales de las sustancias por separado al consumirse simultáneamente por vía parenteral.

VII. HIPÓTESIS

El efecto farmacológico de los diferentes órganos y tejidos genera un efecto anoxoishemico que se traduce en daño orgánico y en la presencia de complicaciones por la exposición a la cocaína en su variedad crack.

Si consideramos que el consumo de nuestro paciente es principalmente cocaína en su variedad crack genera efectos a nivel del aparato respiratorio y a nivel cardiovascular generando daño orgánico y complicaciones subyacentes.

VIII. PROCEDIMIENTO HISTORIA CLINICA.

FICHA DE IDENTIFICACIÓN.

Interrogatorio directo. Fecha 19 de Diciembre de 2008.

Nombre: F. O. A. Genero: Masculino. Edad: 38 años. Fecha de nacimiento: 27 de abril 1970. Estado civil: Unión libre. Religión católica. Escolaridad: Primaria. Ocupación: Chacharero, comerciante. Procedencia: Distrito Federal. Residencia: Distrito Federal Domicilio: Eje Guerrero 210 Colonia Guerrero. Familiar Responsable: A.R.D. Pareja.

ANTECEDENTES HEREDO FAMILIARES.

Abuelos: Finados, desconoce causas, fecha y edad. Abuela materna finada a los 87 años por Tromboembolia cerebral.

Padre: Vivo, no recuerda su edad, padece diabetes, controlada por tratamiento medico. Antecedente de alcoholismo. Refiere que era agresivo.

Madre: Viva de 56 años, diagnosticada de cáncer uterino – ovárico, recibe tratamiento. Probable HTA.

Hermanos: un hermano y una hermana, vivos, aparentemente sanos, la hermana antecedentes de consumo de solventes, cocaína, marihuana, y tabaco; prostitución.

Pareja: Viva, problemas de adicción a crack, solventes, marihuana desde hace diez años. Refiere que acudía a toxicológico.

Hijos: 5: uno de 16 años, con antecedente de asma. Otro de 12 años desconoce su estado de salud ya que no lo ve, otro de 8 años, quien fue diagnosticado de cardiopatía congénita de recién nacido, la cual recibió tratamiento. Actualmente aparentemente sano. Vive con abuelos paternos. Dos niñas de 3 y 4 años, aparentemente sanas, se encuentran el DIF.

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS:

Habita en casa de huéspedes, cuenta con un cuarto en renta de 3x6 metros, construido de material perdurable, cuenta con todos los servicios intra y extra domiciliarios, baño compartido. Habitan dos personas. Hábitos higiénicos, baño diario concambio de ropa tanto interior como exterior, lavado dental una vez al día, lavado de manos adecuadamente. Hábitos alimenticios de regular cantidad y calidad. Hábitos de sueño nocturno de 8 horas. Hábito recreativo ninguno.

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS.

En niñez cuadros de epistaxis casi cada quince días.

A los 8 años de edad le diagnosticaron de hiperquinesia, recibió tratamiento con clorpromacina durante 2 años.

A los 21 años de edad ingresa al Hospital Psiquiátrico por cuadro de alucinaciones auditivas intensas secundario al consumo de marihuana. Estuvo durante 3- 4 meses, en los que se mantuvo en abstinencia a alcohol tabaco y drogas. Egresó con mejoría y menciona que desde entonces disminuyó la cantidad de marihuana y ya no presentó hasta el momento estas alucinaciones. En esa ocasión le prescribieron Clorpromacina diario, no recuerda cuanto tiempo cumplió con el esquema, pero abandona el tratamiento ya que presentaba contracturas musculares.

A los 28 años de edad, contusión en cráneo, recibió tratamiento: sutura.

Acude al Centro Toxicológico V. C. desde mes de julio del presente año, de forma voluntaria para recibir tratamiento y dejar definitivamente el consumo.

A los 36 años acudió al Centro de Salud de Ticoman para tratamiento de consumo de drogas, pero abandono el mismo por no sentir mejoría. El tratamiento que recibió fue con perfenacina.

Refiere que en una ocasión tuvo que hacerse suturar una herida a nivel de cuello a la izquierda, por una cortadura de una botella rota, por un golpe de la misma por su pareja en estado de intoxicación.

Transfusión: Sangre (de padre) en infancia en una oportunidad, desconoce motivo.

Alérgicos, tuberculosis, fímicos, diabetes, insuficiencia renal, hipertensión, asma, preguntados y negados.

ANTECEDENTES TOXICOLOGICOS.

-Tabaco: inicia a los 8 años de edad, por curiosidad e imitación en grupo. 1-3 cigarrillos ocasionalmente, aumenta consumo progresivamente durante dos años. A los 14 años menciona que consumía 2 cajetillas diariamente, persiste esta cantidad y frecuencia de consumo durante 4 años. A los 18 años presentó cuadro de hemoptisis por lo que baja la cantidad y frecuencia de 1- 2 cigarrillos cada fin de semana, hasta el momento. Indica que el cuadro remitió cuando dejó de consumir tabaco y presento ansiedad de consumo los primeros días, pero luego fueron disminuyendo. No especifica el motivo de consumo. Menciona que en dicha ocasión recibió tratamiento, más no recuerda los medicamentos. Ultimo consumo hace 3 meses. Actualmente no presenta ansiedad de consumo.

-Alcohol: Primer consumo a los 10 años, 4 vasos de brandy hasta perder la conciencia, en grupo con amigos. Desde entonces la frecuencia de consumo era muy ocasional, 2 copas. A los 12 años aumenta la frecuencia de consumo, cada fin de semana en discotecas 500 cc de brandy y agua ardiente por ocasión, hasta los 16 años. A lo 18 años de edad inicia el consumo de 500 cc de ron o brandy diariamente, hasta llegar a ebriedad, sin perder la conciencia. Este patrón lo repite hasta los 21 años de edad, momento en el que detiene el consumo ya que es ingresado a hospital psiquiátrico por 3 meses. Se mantiene en abstinencia durante 3-4 meses aproximadamente, periodo en el que presento nauseas, vómitos, diarrea, irritabilidad, diaforesis y gran ansiedad de consumo, que se controlaba con benzodicepinas en hospital psiquiátrico. Retoma a consumo, pero con disminución de la frecuencia, 500 cc cada fin de semana, hasta los 22 años. Desde entonces el consumo de alcohol es frecuentemente acompañado con el crack con objetivo de bajar los efectos de esta última, en una cantidad aproximada de 1 a 1,5 litros aproximadamente, siempre que consume cocaína (diario). Además menciona que al realizar esta asociación, deja de comer y dormir. Último consumo hace un mes.

-Solventes: Consumo inicial experimental a los 10 años de edad hasta los 12 años, el consumo era eventual, en una cantidad aproximada de 1 litro y en grupo (no recuerda de cuantos integrantes), 7 veces al mes. Los solventes que probó fueron thinner y cemento, habiendo abandonado por no ser del gusto preferentemente. Ultimo consumo a los 12 años.

-Marihuana: consumo inicial a los 14 años, 2-3 cigarrillo diario hasta los 21 años sin haber aumentado ni disminuido la cantidad ni la frecuencia, momento en el que abandona en el consumo ya que presentaba alucinaciones auditivas frecuentemente,

que lo irritaban y lo tornaba demasiado agresivo, con trastornos emocionales, episodios de terror por lo que ingreso al hospital psiquiátrico durante 3 meses. Posteriormente sale de tratamiento y retoma el consumo de 1 cigarro de marihuana por ocasión pero muy rara vez. Último consumo hace 8 años.

-Pastillas psicotrópicas: Primera vez a los 17 años, Clonacepan (Roche 2), flunitracepan (Rohypnol 1 mg), 3 pastillas cada fin de semana, durante 2 años. Lo máximo que consumió fue de 10 pastillas en episodio. El consumo era grupal. Último consumo a los 19 años.

-Cocaína (clorhidrato de cocaína) Inicio de consumo a los 22 años de edad, un papel (3 a 7 puntos) por ocasión cada fin de semana, durante 2 a 3 años aproximadamente. Posteriormente disminuye la cantidad de forma esporádica, no recuerda que cantidad. Indica que consumía con tabaco. Último consumo hace diez años.

-Crack (cocaína base) Inicio de consumo a los 27 años de edad, fumada en bote y pipa. Primero consumió el crack cocinado (mezcla de clorhidrato de cocaína con éter y carbonatos) en dos a tres ocasiones por semana. A los 30 años de edad, empieza el consumo más frecuente, 1 gramo diariamente hasta los 35 años. En este momento trata de disminuir la cantidad, llegando a un periodo máximo de abstinencia de 28 días, promedio 7 días, en los que cursaba con náuseas vómitos, diarrea, diaforesis profusa, escalofríos, intensa ansiedad, disnea, molestias que lo inducían a consumir nuevamente, refiere que consumía frecuentemente con alcohol (1-1.5 litros para regular el estímulo). Último consumo hace un mes y una semana.

Presenta craving a cocaína más que todo cuando esta en contacto con su pareja que frecuentemente se encuentra en estado de intoxicación.

-Mezcalina (Peyote): A los 20 años de edad, por experimentar a insistencia de amigos, en 2-3 ocasiones, habiéndole causado anestesia.

Menciona que el motivo de consumo de sustancias fue por influencia de sus amigos, con el fin de demostrar su "madurez como hombre".

Por otro lado menciona que siempre fue rebelde en su casa, no refiere la causa, por ese motivo se salía de su hogar.

Paciente indica que la droga de más impacto fue la cocaína base (crack) pero el consumo de todas las anteriores también le causaron problemas familiares, habiendo abandonado su casa, problemas sociales por agresividad, abandono de escuela al comenzar la secundaria.

Aproximadamente a los 18-19 años entra a trabajar a Ferrocarriles, como vigilante, durante 7 años. Refiere que durante esa temporada el consumo fue intenso y problemático por marihuana y alcohol.

Actualmente su pareja, consume alcohol, cocaína solventes principalmente, habiendo llegado en ocasiones a prostituirse para conseguir recursos para las drogas, incluso a ser víctima de violación. Por esta situación familiar, un hijo esta a cargo de padres del paciente y dos niñas (3-4 años) fueron ingresadas a DIF alrededor de 1 mes atrás, ya que el trato y ambiente familiar en el que se estaban desarrollando no fue adecuado, habiendo sido llevadas por madre en ocasiones para conseguir recursos. Por todo esto el paciente decidió ingresarlas a dicha institución, la misma que le refirió al Centro Toxicológico V. C. para recibir tratamiento para su problema de adicción y por volver a vivir con sus hijas. La pareja no recibe tratamiento.

En una ocasión fue incluido en reclusorio por siete días, por haber sido acusado de robo en su trabajo (ferrocarril).

ANTECEDENTES ANDROGENICOS.

Aparición de caracteres sexuales secundarios a la edad de 12 años. Inicio de Vida Sexual: 10 años. Número de parejas: 6 sin uso de preservativo, relaciones heterosexuales, niega enfermedades de transmisión sexual, pero menciona la presencia de vesículas en prepucio en ocasiones, sin dolor y con leve prurito. No recibió tratamiento. Una pequeña verruga en área genital. Nunca se realizó examen de VDRL o de Elisa. Todo esto desde hace 8 meses.

INTERROGATORIO POR APARATOS Y SISTEMAS.

Sistema neurológico: presenta espasmo carpo pedal, parestesias, calambres musculares y visión borrosa, después de consumir alcohol. Antecedente de alucinaciones auditivas frecuentes a los 21 años con consumo de marihuana por lo que es internado en psiquiatría por 3-4 meses. Actualmente no presenta.

Síntomas psiquiátricos: Presenta episodios de agresividad e irritabilidad, frecuentemente, pero además tiene sentimientos de tristeza, sentimiento de culpa y depresión, más que todo en relación a sus hijas.

Sistema respiratorio: Menciona epistaxis en ocasiones, con consumo de cocaína. Presenta cuadros de disnea a moderados y pequeños esfuerzos con consumo de cocaína, en ocasiones tos productiva con escasa expectoración mucosa.

Sistema cardiovascular: dolor precordial punzante sin irradiación con el consumo de cocaína. , que dura menos de quince minutos. Además de edema en miembros inferiores cuando deja de consumir.

Sistema gastrointestinal: Dolor abdominal a nivel de epigastrio tipo urente especialmente después de comidas picantes y frecuentes episodios de pirosis. Presenta compulsión por la comida cuando se encuentra en abstinencia, ocasionalmente estreñimiento.

Sistema genitourinario: posterior al consumo de alcohol presenta disuria y oliguria, oliguria y coluria. Menciona la presencia de vesículas en prepucio en ocasiones, sin dolor y con leve prurito. No recibió tratamiento. Una pequeña verruga en área genital. Nunca se realizó examen de VDRL y Test de Elisa. Todo esto desde 8 meses

Síntomas generales: Presentó sueños de consumo y diaforesis profusa cuando deja alcohol y cocaína, actualmente no presenta sueños pero si diaforesis de predominio nocturno. Aumento de peso últimamente, dificultad para dormir (insomnio) por lo que consume té "serénate" con lo que logra conciliar el sueño por 6-7 horas continuas. Ocasionalmente estreñimiento.

MOTIVO DE CONSULTA

Paciente que acude a consulta por querer dejar la adicción. Refiere ataque al estado general, ansiedad, angustia, depresión, taquicardias, desesperación.

ENFERMEDAD ACTUAL

Paciente refiere acudir a Centro toxicológico Venustiano Carranza desde hace un mes, con el objetivo de dejar de consumir drogas. Actualmente se encuentra en abstinencia a consumo de alcohol hace 1 mes y a cocaína base hace un mes y una semana.

EXAMEN FÍSICO GENERAL.

Signos vitales: Pulso: 84 x' .Respiración:18 x'. T° 36.6 °C PA: 130/70 mm Hg Talla: 174 cm. Peso: 80 kg. Paciente en regular estado general, regular estado de aliño y aseo, edad aparente igual a la cronológica, posición semifowler, Marcha o de ambulación conservadas, facies y expresión de fisonomía normal, Consciente orientado en las tres esferas mentales, cooperador al interrogatorio y al examen físico, lenguaje coherente y congruente, Constitución normolíneo y estado nutritivo conservado. Piel: hidratada, normocoloreada, mucosas hidratadas normocoloreadas.

Cráneo: normocéfalo, sin deformaciones ni lesiones, exostosis o endostosis, cabello en moderada cantidad, de distribución uniforme. Cicatriz en región fronto parietal sobre línea media. Presencia de leve hipertrofia parotídea bilateral. Cara: simetría, sin lesiones ni deformaciones, frente: mediana. Cejas: pobladas; Pestañas: sin alteraciones; Ojos: simétricos, movimientos oculares conservados; escleras blancas, conjuntivas palpebrales normocoloreadas, Pupila isocorica, normoreflexica, con reflejos fotomotor, consensual y de acomodación conservados, agudeza visual: 20/20. Campo visual por confrontación normal. Fondo de ojo: rojo pupilar presente, papila de bordes netos, arterias conservadas, retina rosada, sin exudados ni hemorragias. Fosas nasales: Permeables, mucosa despulida hiperémica. Con adelgazamiento de tabique nasal. Boca: Mucosa oral hidratada, arcadas dentarias en regular estado general, incompleta, ausencia de primeros y segundos molares inferiores izquierdos, no prótesis dentales, úvula central simétrica, orofaringe levemente congestiva, reflejo nauseoso disminuido. Lengua simétrica con movimientos conservados, hidratada. Orejas: Simétrica, con conducto auditivo externo permeable, agudeza auditiva conservada. Cuello corto, ancho con moderada cantidad de panículo adiposo, Glándula tiroides poco palpable, ausencia de adenopatías, soplos carotídeos ni Ingurgitación yugular, movimientos de extensión, flexión rotación conservados, ausencia de puntos dolorosos. Cicatriz de 6 x 3 cms en cara lateral izquierda de cuello. Tórax. Simetría, ausencia de ginecomastia ni secreciones, ausencia de lesiones. Amplexión y amplexación disminuidas. Axilas: no se palpan adenopatías, vello axilar en moderada cantidad. Movimientos disminuidos. Vibraciones vocales disminuidas en ambos campos pulmonares. Claro pulmonar conservado en ambos campos pulmonares. Hipoventilación y atrapamiento de aire bilateral. Estertores Bilaterales. Ruidos cardiacos de buena intensidad y frecuencia sin presencia de soplos. Abdomen: Globoso a expensas de tejido celular subcutáneo, circulación colateral, sin lesiones. Cicatriz umbilical sobre línea media. Blando depresible, presencia de dolor a la palpación profunda a nivel de epigastrio sin resistencia muscular. Ausencia de visceromegalias. Puntos ureterales negativos. Peristalsis presente sin datos de irritación peritoneal. Genitales de acuerdo a edad y sexo. Vello púbico de distribución androide. Extremidades. Miembros superiores inferiores: Tono y Trefismo conservados. Fuerza muscular V/V Reflejos osteotendinosos disminuidos. Llenado capilar 3 segundos. Acceso venoso periférico en antebrazo izquierdo. Ausencia de edema.

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA:

1. Abuso de tabaco.
2. Dependencia de Alcohol.
3. Uso ocasional de solventes.
4. Abuso de marihuana.
5. BDZ: Uso ocasional de pastillas psicotrópicas.
6. Dependencia a Cocaína en su variedad de cocaína base (Crack) en abstinencia.
7. Uso experimental de mezcalina.

TRATAMIENTO.

- 1.- Ingresa a hospitalización.
- 2.- Ayuno hasta nueva indicación médica, iniciar con dieta líquida, posteriormente blanda si tolera la vía oral.
- 3.- Semifowler a 30°.
- 4.- Decúbito lateral.
- 5.- Oxígeno por puntas nasales a razón de tres litros por minutos.
- 6.- Signos vitales cada hora las primeras cuatro horas posteriormente dos veces por turno.
- 7.- Sonda Foley a derivación.
- 8.- Monitoreo cardíaco.
- 9.- Destroxis por turno. Y reportar si es menor de 90 mg/dl o mayor de 110 mg/dl.
El manejo de hiperglucemia con esquema de insulina rápida. (6 hrs)
180 – 200 mg/dl 3 U
201 – 240 mg/dl 5 U
241 – 300 mg/dl 7 U
300 – 400 mg/dl 9 U
- 10.- Control de líquidos estricto.
- 11.- Instalación de acceso venoso periférico.
- 12.- Interconsulta con psiquiatra, rehabilitación y cita en tres días para seguimiento posterior al egreso.

13.- SOLUCIONES:

- a) Solución fisiológica 1000cc + una ampula de kcl + un gramo de vitamina c + 8.9 mEq de bica sodio + 300 mg de hidrocortisona. Para pasar intravenosa en cuatro horas.
- b) Al terminar continuar con solución glucosada al 5% 1000cc para 6 horas.

14.- MEDICAMENTOS:

- a) Haloperidol 10 mg intravenoso cada 4 horas, pasar lento y diluido.
- b) Diazepam: 10 mg Vehículo, c.b.p. 2 ml: Administrar 8 mg intravenoso, pasar lento y diluido en solución inyectable 20cc pasar en 20 minutos, en metriced, repetido en intervalos de 8 horas. La solución inyectable no deberá mezclarse o diluirse con otras soluciones o medicamentos en el matraz de infusión.

c) Omeprazol: Ampolleta de 40 mgs, diluir en 10 ml de solución inyectable y después llevar a 100 ml de la misma solución para pasar en infusión intravenosa lenta en un periodo de 30 minutos cada 12 horas. No se deben mezclar otros fármacos en la misma solución.

d) Sulfato de Adenosil Metionina: Ampolletas de 300 mg cada 24 horas por vía intravenosa lenta y diluida en solución salina 20cc, durante 14 días. Continuar con 300 mg por vía oral, cada 12 horas, hasta la rehabilitación del paciente.

e) Metoclopramida: Ampolletas de 10 mg, administrar una ampolleta de 10 mg, vía intravenosa cada 8 horas, pasar lento y diluido.

f) Captopril 25 mg cada 8 horas vía oral.

g) Verapamilo: tabletas de 120mg. Tomar 1 cada 24 horas.

Para el manejo de la hipertensión y la angina, inicie la terapia con 180 mg de clorhidrato de verapamilo, si no se obtiene una respuesta satisfactoria con esa dosis, puede irse incrementando gradualmente: Cada 24 horas, 240 mg, 360 mg, hasta un máximo de 480 mgs c/24 hrs.

h) Isosorbide: tabletas sublinguales de 5mg, tomar 5ml sublingual cada 2 horas dar tres dosis.

i) Arritmias. Amiodarona tabletas de 200 mg.

- Dosis impregnación: una tableta. 200 mg cada 8 horas con alimentos, por dos semanas.

- Dosis de mantenimiento: 100 – 400 mg cada 24 hrs por 5 días. Valorar juntamente con ECG

j) Biperideno: 1 tableta 2mg cada 12 horas vía oral.

k) Acamprosato: grageas 333 mg tomar dos cada 8 horas. Posterior a la Destoxicación alcohólica aguda.

l) Topiramato: tabletas de 25 mg cada 24 horas vía oral por las noches.

m) Acido acetil salicilico comprimido de 100 mg. 1 comprimido de 100 mg cada 24 horas de preferencia por la noche. Por 7 días.

n) Nebulización: con Hidrocortisona 100mg en 100 ml de agua destilada, más salbutamol 5cc disuelto en 15cc de solución fisiológica durante 15 min. Cada 12 horas.

ñ) Ambroxol: Jarabe. Administrar vía oral 30 mg cada 12 horas. (5ml en 15 mg).

o) Atropina: 1 mg IV en 3-5 minutos. (Su dosis puede ser hasta 3 mg).

p) Vareniclina: Para administrar este medicamento el paciente debe de fijar un día para dejar de fumar. La vareniclina debe de administrarse dos semanas antes de la fecha fijada para dejar de fumar y administrar en el siguiente esquema: Días 1, 2, 3 administrar 0.5 mg una vez por día.

Días 4, 5, 6, 7 administrar 0.5 mg cada 12 horas.

Días 8 hasta alcanzar 12 semanas administrar 1 mg cada 12 horas.

q) Clorhidrato de norfenefrina gotas tomar 10 mgs cada 8 horas (un ml = 10mgs).

r) Buspirona 5 mg cada 6 horas vía oral.

s) flumazenil

Manejo de la apetencia.

t) Bromocriptina 2.5mg en 24 horas por tres semanas una dosis de 1.25mgc12 horas, difenidol media hora antes de la bromocriptina una tableta

u) Cabergolina .5mg cada 12 horas por 3 semanas.

v) Topiramato 25 mg cada 12 horas de 6 semanas a 12 semanas.

w) Modafinilo 200 mg cada 24 por tres semanas

15.- LABORATORIO.

Biometria hemática: Hb de 17.4, Hto de 3%, hematíes: 5, 600 000, Leucocitos de 8,700
Química Sanguínea: glucosa 156 mg/dl, Urea de 30 mg/dl, creatinina de 0.9 mg/dl, colesterol 175 mg/dl, ácido urico de 3.5 mg/dl.

Examen General de Orina: coloa amarillo, aspecto turbia, Leucocitos de 12 x campo, células epiteliales +++, densidad de 1.020, ph de 6.

EKG: ritmo sinusal, demuestra cambios compatibles con taquicardia sinusal.

PRONOSTICO: Bueno llevando una atención interdisciplinaria con psiquiatra, medica.

IX. TIPO DE ESTUDIO.

Estudio descriptivo y cuasi /experimento.

Criterios de Selección del paciente.

Paciente masculino que acude al servicio de atención inmediata del Hospital para enfermos Crónicos "Dr. Gustavo Baz Prada" Tepexpan del Instituto de Salud del Estado de México.

Paciente con el diagnóstico primordial de consumo de cocaína en su variedad crack

Instrumentos de Apoyo.

- Historia clínica.
- Hoja de evolución.
- Hoja de enfermería.
- Hojas de prescripción médica.
- Estudios de laboratorio y gabinete.

X. REGISTRO DE DATOS.



Historia Clínica General

UNIDAD MÉDICA		EXPEDIENTE
FECHA DE ELABORACIÓN	HORA DE ELABORACIÓN	TIPO DE INTERROGATORIO: <input type="checkbox"/> DIRECTO <input type="checkbox"/> INDIRECTO

I. FICHA DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRE DEL PACIENTE (APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO Y NOMBRE(S))		GENERO <input type="checkbox"/> MASC <input type="checkbox"/> FEM
FECHA DE NACIMIENTO	OCUPACIÓN DEL PACIENTE	
DOMICILIO		
NOMBRE DEL PADRE O TUTOR EN CASO DE SER MENOR DE EDAD O PERSONA CON CAPACIDADES DIFERENTES		
PARENTESCO CON EL PACIENTE		

II. ANTECEDENTES HEREDO FAMILIARES

III. ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS

IV. ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS

V. ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS

VI. PADECIMIENTO ACTUAL

VII. INTERROGATORIO POR APARATOS Y SISTEMAS

CARDIOVASCULAR:

RESPIRATORIO:

GASTROINTESTINAL:

GENITOURINARIO:

HEMÁTICO Y LINFÁTICO:

ENDÓCRINO:

...VII. INTERROGATORIO POR APARATOS Y SISTEMAS

NERVIOSO:

MUSCULOESQUELETICO:

PIEL, MUCOSAS Y ANEXOS:

VIII. SIGNOS VITALES

T/A	TEMP	FREC. C.	FREC R.	PESO	TALLA
-----	------	----------	---------	------	-------

IX. EXPLORACIÓN FÍSICA

HABITUS EXTERIOR:

CABEZA:

CUELLO:

TÓRAX:

ABDOMEN:

GENITALES:

EXTREMIDADES:

PIEL:

X. RESULTADOS PREVIOS Y ACTUALES DE LABORATORIO, GABINETE Y OTROS:

XI. TERAPÉUTICA EMPLEADA Y RESULTADOS:

XII. DIAGNÓSTICOS Y PROBLEMAS CLÍNICOS:

XIII. PRONÓSTICO:

NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO



Consulta de Urgencia

UNIDAD MÉDICA		EXPEDIENTE
FECHA DE ELABORACIÓN	HORA DE ELABORACIÓN	TIPO DE INTERROGATORIO: <input type="checkbox"/> DIRECTO <input type="checkbox"/> INDIRECTO

I. FICHA DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRE DEL PACIENTE (APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO Y NOMBRE(S))		ESTADO CIVIL	GÉNERO <input type="checkbox"/> MASC <input type="checkbox"/> FEM
FECHA DE NACIMIENTO	OCUPACIÓN DEL PACIENTE	EN SU CASO, LUGAR DE TRABAJO	
PROCEDENCIA	EN SU CASO, LUGAR DONDE OCURRIÓ EL ACCIDENTE		
NOMBRE DEL RESPONSABLE DEL PACIENTE		PARENTESCO CON EL PACIENTE	
DOMICILIO		TELÉFONO	

II. ANTECEDENTES RELACIONADOS CON LA URGENCIA

III. PADECIMIENTO ACTUAL

IV. SIGNOS VITALES

T/A	TEMP	FREC. C.	FREC. R.	PESO	TALLA
-----	------	----------	----------	------	-------

V. EXPLORACIÓN FÍSICA

VI. RESULTADOS DE LABORATORIO, GABINETE Y OTROS

VII. DIAGNÓSTICO(S) PRESUNCIONAL(ES) (PRINCIPAL Y OTROS)

VIII. TRATAMIENTO REALIZADO

IX. URGENCIA CALIFICADA <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	X. CASO MÉDICO LEGAL <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	XI. SE NOTIFICÓ AL MINISTERIO PÚBLICO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE O FAMILIAR AL QUE SE LE NOTIFICA QUE ES UN CASO MÉDICO-LEGAL	NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE EN CASO DE TRATARSE DE UN PACIENTE MENOR DE EDAD O CON CAPACIDADES DIFERENTES	NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE EN CASO DE ALTA VOLUNTARIA
DESTINO: <input type="checkbox"/> OBSERVACIÓN <input type="checkbox"/> HOSPITALIZACIÓN <input type="checkbox"/> CONSULTA EXTERNA <input type="checkbox"/> ALTA <input type="checkbox"/> REFERENCIA <input type="checkbox"/> TRANSFERENCIA <input type="checkbox"/> TRASLADO <input type="checkbox"/> DEFUNCIÓN		NOMBRE Y FIRMA MÉDICO TRATANTE

2:7B21302-003-04



Gobierno del Estado de México
 Secretaría de Salud
 Instituto de Salud del Estado de México

Registro Clínico de Enfermería

UNIDAD MÉDICA

NOMBRE DEL PACIENTE

SERVICIO

HABITUS EXTERIOR

CAMA

EDAD

NÚMERO DE EXPEDIENTE

GÉNERO
 MASCULINO FEMENINO

FECHA

PESO

TALLA

HORA	SIGNOS										INGRESOS				EGRESOS				REACTIVOS								
	TEMPERATURA	FRECUENCIA CARDÍACA	FRECUENCIA RESPIRATORIA	PRESIÓN ARTERIAL	LLENADO CAPILAR	PERÍMETRO ABDOMINAL PREPRANDIAL	PERÍMETRO ABDOMINAL POSPRANDIAL	COLOR	ACTIVIDAD	GLASGOW	SILVERMAN	APGAR	PRESIÓN VENOSA CENTRAL	VÍA ORAL	VÍA PARENTERAL	ORINA	EVACUACIONES	VÓMITO	SUCCIÓN	SELLO DE AGUA	ILEOSTOMÍA O COLOSTOMÍA	CANALIZACIONES	NOMBRE DEL REACTIVO	HECES	ORINA	SANGRE	
8																											
9																											
10																											
11																											
12																											
13																											
14																											
BALANCE PARCIAL TURNO MATUTINO																											
15																											
16																											
17																											
18																											
19																											
20																											
BALANCE PARCIAL TURNO VESPERTINO																											
21																											
22																											
23																											
24																											
1																											
2																											
3																											
4																											
5																											
6																											
7																											
BALANCE PARCIAL TURNO NOCTURNO																											
BALANCE TOTAL POR DÍA														INGRESOS				EGRESOS				BALANCE					

COLOR: I - ICTÉRICO; P - PALUDO; RB - RUBICUNDO; R - ROSADO; M - MARMÓREO; C - CIANÓTICO; T - TERROSO.
 ACTIVIDAD: ++ ACTIVO SIN ESTÍMULO; + ACTIVO AL ESTÍMULO; - FLÁCIDO; T TEMBLORES FINOS; I IRRITABLE; E ESPÁSTICO; R RÍGIDO

217821302-013-04



Solicitud de Laboratorio

UNIDAD MÉDICA			EXPEDIENTE		
NOMBRE DEL PACIENTE			EDAD		GENERO MASC <input type="checkbox"/> FEM <input type="checkbox"/>
FECHA DE SOLICITUD	FECHA DE ENTREGA DE RESULTADOS	HOSPITALIZACIÓN <input type="checkbox"/>		CONSULTA EXTERNA <input type="checkbox"/>	
MEDICO	SERVICIO			CAMA	

HEMATOLOGIA - INMUNOLOGIA

20112	FORMULA ROJA								
	Hemoglobina	_____	(g/dl)						
	Hematocrito	_____	%	20107	Plaquetas	_____	/mm ³	19223	Células LE
	CMHs	_____	%	20109	V.S.G	_____	mm/h	19213	Antiestreptolisinas
	VCM	_____	fMC	20108	Reticulocitos	_____	%	19214	Proteína C Reactiva
	Hemates	_____	mm ³	20127	T. Sangrado	_____	min	19215	Factor Reumatoide
20113	FORMULA BLANCA			20131	T. Protrombina	_____	seg	19208	V.D.R.L.
	Leucocitos	_____	%		Testigo	_____		19205	Reacciones Febriles
	Linfocitos	_____	%	20132	T.P.T	_____	seg		Tífico "O"
	Monocitos	_____	%		Testigo	_____	seg	19207	Rosa de Bengala
	Eosinófilos	_____	%	20133	T. Trombina	_____	seg	19635	C.H.G.C
	Basófilos	_____	%		Testigo	_____	seg	19636	H.G.C. (P.I.E.)
	Segmentados	_____	%	20136	Fibrinogeno	_____	mg/dl		
	Bandas	_____	%	20116	Grupo Sanguíneo	_____			
	Metamielocitos	_____	%		Factor Rh D	_____			
	Mielocitos	_____	%	19231	Coombs Directo	_____			
	Anormalidades			19232	Coombs Indirecto	_____			

QUIMICA SANGUÍNEA

19301	Glucosa	_____	mg/dl	19301	Glucosa postprandial	_____	mg/dl	19312	H.D.L. Colesterol	_____	mg/dl
19304	Urea	_____	mg/dl		1 hora	_____	mg/dl	19312	L.D.L. Colesterol	_____	mg/dl
19306	Creatinina	_____	mg/dl		2 horas	_____	mg/dl	19410	C.P.K. Total	_____	U/l
19307	Acido úrico	_____	mg/dl	19308	Bilirrubina total	_____	mg/dl	19612	Calcio	_____	mg/dl
19312	Colesterol	_____	mg/dl		Dir	_____	U/l	19611	Fósforo	_____	mg/dl
19702	Triglicéridos	_____	mg/dl		Indir	_____	U/l	19609	Magnesio	_____	mEq/l
19309	Proteínas Totales	_____	gr/dl	19403	Fosfata alcalina	_____	U/l	19601	Sodio	_____	mEq/l
19620	Albumina	_____	gr/dl	19404	Fosfata ácida	_____	U/l	19602	Potasio	_____	mEq/l
	Globulina	_____	gr/dl	19405	Fracción Prostática	_____	U/l	19613	Cloro	_____	mEq/l
	Relación A/G	_____		19401	T.G.O. (AST)	_____	U/l	19512	Depuración de creatinina	_____	mL/min
19303	Tolerancia a la Glucosa:			19402	T.G.P. (ALT)	_____	U/l		C.K.M.B.	_____	U/L
	Glucosa Basal	_____	mg/dl	19406	Amilasa	_____	U/l				
	Glucosa 60 minutos	_____	mg/dl	19409	Lipasa	_____	U/l				
	Glucosa 120 minutos	_____	mg/dl	19406	LDH	_____	U/l				

20201 EXAMEN GENERAL DE ORINA

Aspecto	Color	Densidad	pH	Glucosa
Proteínas	Acetona	Hemoglobina	Bilirrubina	Nitritos
Urobilinógeno	Leucocitos	Eritrocitos	Cilindros	Bacterias
Cristales		Otros		

BACTERIOLOGÍA - PARASITOLOGÍA

CULTIVOS		20002	Coproparasitoscópico	20106	Microscopias
19105	Faringeo		1		Tinción de Gram
19105	Nasal		2		Tinción de BAAR
19105	Otico		3		Tinta china
19105	Urocultivo	20008	Armiba en fresco		RESULTADOS
19105	Hemocultivo		Graham		Microorganismo aislado
19105	Vaginal		Plasmodium		
19105	Coprocultivo		Sangre oculta en heces		
19105	Espermocultivo		Otros estudios en heces		
19105	Expectoración		Espermatobioscopia		
19105	Uretral		Eosinófilos en moco nasal		
19105	Líquido Cefalorráquideo				
19105	Ocular				
19105	Otros				

PRUEBA DE SENSIBILIDAD

1. Amikacina	2. Ampicilina	3. Carbenicilina	4. Cefalotina	5. Cefotaxima	6. Cefotaxima
7. Cloranfenicol	8. Gentamicina	9. Netilmicina	10. Nitrofurantoina	11. Pefloxacina	12. TMP-SMX
13. Cefuroxima	14. Dioxacilina	15. Tetraciclina	17. Ceftazidima	18. Eritromicina	19. Lincomicina
20. Penicilina		S= Sensible		R= Resistente	

ELABORO

Nombre y Firma



Gobierno del Estado de México
 Secretaría de Salud
 Instituto de Salud del Estado de México



Carta de Consentimiento Informado

UNIDAD MÉDICA		LUGAR	FECHA	HORA
NOMBRE DEL PACIENTE (APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO Y NOMBRE(S))			NO. DE EXPEDIENTE	
EDAD	GÉNERO <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO	OCUPACIÓN	ESTADO CIVIL	
DOMICILIO (CALLE, NÚMERO, COLONIA, LOCALIDAD, MUNICIPIO, ESTADO)				

Los médicos del servicio de _____, me han informado de mi(s) padecimiento(s), por lo que necesito someterme a estudios de laboratorio, gabinete, histopatológicos y de procedimientos anestésicos, así como de tratamiento(s) médico(s) y/o quirúrgico(s) considerados como indispensables para recuperar mi salud.

Los médicos me informaron de los riesgos y de las posibles complicaciones de los medios de diagnóstico y tratamientos médico y/o quirúrgicos, por lo que por este medio, libremente y sin presión alguna acepto someterme a:

Diagnóstico(s) clínico(s) _____

Estudios de laboratorio, gabinete e histopatológicos _____

Actos anestésicos _____

Tratamiento(s) médico(s) _____

Tratamiento(s) quirúrgico(s) _____

Riesgos y complicaciones _____

He sido informado de los riesgos que entraña el procedimiento, por lo que acepto los riesgos que implica el procedimiento.

Autorizo a los médicos de este hospital para que realicen los estudios y tratamientos convenientes.

En igual sentido, autorizo ante cualquier complicación o efecto adverso durante el procedimiento, especialmente ante una urgencia médica, que se practiquen las técnicas y procedimientos necesarios.

Tengo la plena libertad de revocar la autorización de los estudios y tratamientos en cualquier momento, antes de realizarse.

En caso de ser menor de edad o con capacidades diferentes, se informó y autoriza el responsable del paciente.

 NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN AUTORIZA

 NOMBRE Y FIRMA DEL TESTIGO

 NOMBRE Y FIRMA DEL TESTIGO

217B21302-017-04

Ámbito Geográfico.

Hospital para Enfermos Crónicos “Dr. Gustavo Baz Prada” Tepexpan del Instituto de Salud del Estado de México.

Recursos Humanos.

- Personal médico.
- Personal de enfermería.
- Personal de laboratorio que apoya
 - Química.
- Personal administrativo.
 - Admisión
 - Archivo

Recursos Materiales.

Equipo y mobiliario del modulo de atención inmediata del Hospital para Enfermos Crónicos “Dr. Gustavo Baz Prada” Tepexpan del Instituto de Salud del Estado de México.

XI. ANÁLISIS DE RESULTADOS.

Por medio de los estudios de laboratorio y gabinete se puede comprobar que el paciente se encuentra con presencia de daño orgánico a nivel respiratorio presenta datos compatibles con enfermedad pulmonar obstructiva crónica si consideramos que el paciente es consumidor de tabaco y también de cocaína en su variedad crack, y esto es altamente compatible con este tipo de patologías.

En el paciente la principal complicación y daño orgánico que presento el paciente que se reviso en esta ocasión es la presencia de cambios electrocardiográficos compatibles con los cambios de crecimiento ventricular lo que es referido por la literatura anteriormente revisada.

Otra de las complicaciones que nuestro paciente presenta es la presencia de un consumo no solo de cocaína sino de tabaco lo que es altamente compatible con problemas respiratorios.

XII. CONCLUSIONES.

De los datos obtenidos en el presente trabajo es importante concluir que es de suma importancia establecer programas eficaces para la prevención ya que en la actualidad la población esta aumentando su consumo y poli/consumo, y de igual forma el inicio en su consumo a temprana edad hace que las complicaciones se presentes a menor edad y lo que a su vez hace que la vida en cuestión de la función de las personas adultas sea menos productiva generando a la sociedad una persona improductiva.

También nos damos cuenta de la importancia que se tiene en el área de salud tener conocimiento acerca del manejo a este tipo de pacientes y poder detectar las complicaciones y limitar el daño a este tipo de pacientes para disminuir el daño orgánico y con esto generar a la sociedad menor gasto en la atención y mayor incremento en programas preventivos.

Con la prevención se trata de crear una conciencia clara de la necesidad de tener estilos de vida saludable.

XIII. BIBLIOGRAFÍA.

Francisco P, Meritex T, Amador C. Adicciones, volumen 13, suplemento 2, editorial debate Madrid 2001.

Goldschlager, Goldman. Principios de electrocardiografía clínica, 10 edición. Ed. Manual Moderno.

Fauci, Brawald, et al. Harrison Principios de Medicina interna. 14 edición. Mc graw Hill.

Silvia L. Cruz Martín. Los efectos de las drogas de sueños y pesadillas. Editorial Trillas.

P. Lorenzo. Drogo dependencias. Farmacología. Patología. Psicología. Legislación. Editorial Panamericana 2ª Edición.

Norma Oficial Mexicana NOM-028 SSA2-1999.