



CAPÍTULO 3

CLORHIDRATO DE COCAÍNA

CRACK

3. CLORHIDRATO DE COCAÍNA¹ / CRACK²

COCA¹ / RAYA¹ / TIRO¹ / NIEVE¹ / FARLOPA¹ / POLVO BLANCO¹ / HARINA¹ / REINA BLANCA¹
BASE LIBRE² / COCAÍNA DE ROCA² / ROCK² / NEVADITO²

DEFINICIÓN

Alcaloide derivado de la planta de la coca. Son drogas vasoconstrictoras y producen un toxíndrome simpaticomimético. Considerada la droga con efecto estimulante por excelencia. Calentando el clorhidrato de cocaína con una base fuerte (amoníaco, bicarbonato, etc.) y agua se obtiene el crack. Ambas drogas son de fácil acceso en el mercado clandestino, aunque el clorhidrato es la forma más habitual. Está ampliamente distribuida por todos los estratos sociales y económicos. Son consumidas por personas de edad variada, siendo frecuentes las combinaciones con otras drogas estimulantes (potencia el efecto) y depresoras (contrarresta, facilitando un mayor consumo). También es habitual su transporte ilegal en el interior del organismo (v. capítulo 24). Producen un alto grado de dependencia.

PRESENTACIÓN EN EL MERCADO

Clorhidrato de cocaína: polvo blanco cristalino. Puede estar muy adulterada (levamisol, fenacetina, otras drogas, etc.).

Crack: cristales, gránulos y trozos de mármol de color blanco-amarillento o beis en forma de terrones o bolas.

VÍA DE CONSUMO

Aspiración nasal¹ / inhalación² fumada / v.o. / i.v.

DURACIÓN DE EFECTOS Y DOSIS

Por aspiración nasal y vía inhalatoria comienzan a los pocos min y por v.o. en unos 30 min. La vía i.v. es la más rápida. Duración: 30-180 min. Duración v.o.: > 6 h. Combinada con alcohol su acción es más prolongada (etileno de cocaína).

Dosis tóxica aspiración nasal¹: 50-100 mg. **Dosis letal aspiración nasal¹ o v.o.¹:** 0,5-1 g (puede disminuir combinada con alcohol).

COMPLICACIONES

- Rotura o disección de aorta ascendente.
- Reacciones alérgicas graves (adulterantes).
- Fracaso renal agudo.
- Rabdomiólisis.
- Estatus epiléptico.
- Hemorragia cerebral.
- Muerte súbita.

Intoxicaciones Agudas por Drogas de Abuso. Torres ©2017. Editorial Médica Panamericana.

CLÍNICA

LEVE		GRAVE	
Ansiedad	Piloerección	Delirio	ACV
Inquietud	Tembler	Agitación psicomotriz	Hipotensión
Confusión mental	Taquicardia	Alucinaciones	<i>Shock</i>
Insomnio	Taquipnea	Crisis de pánico	Abdomen agudo
Náuseas	Hipertermia	Agresividad	Hipertermia maligna
Vómitos	Calambres musculares	Psicosis aguda	Convulsiones
HTA	Bruxismo	Paranoia	IAM
Cefalea	Trismo	Disnea	Arritmias
Midriasis	Xerostomía	EAP	Coma
Diaforesis	Colitis	Síndrome pulmonar ²	
Palidez	Madarosis ²	Emergencia HTA	

TRATAMIENTO

1. Vía Aérea Permeable (VAP) + O₂: gafas nasales, mascarilla Venturi o mascarilla reservorio.

SI DESATURACIÓN → valorar la ventilación con Ambu®. Si no recuperación → IOT.

2. Monitorización: FC, TA, FR, pulsioximetría, temperatura y glucemia. ECG y Glasgow.

3. Vía venosa: Intoxicaciones Agudas por Drogas de Abuso. Torres ©2017. Editorial Médica Panamericana.

4. Sueroterapia: SF a 21 mL/h.

5. Tratamiento sintomático:

- **Sintomatología leve:** diazepam v.o. / s.l. / i.m. → 10 mg. Si mejoría → observación domiciliaria.

- **Sintomatología grave:**

- **IAM, emergencia HTA, hipertermia, TSV y TV con pulso:** diazepam i.v. → bolo lento 10 mg.

- **Clínica conductual o psicológica:**

- **No intensa:** diazepam i.v. → bolo lento 5-10 mg.

- **Intensa:** midazolam i.v. → bolo lento 5-10 mg. Repetible c/15 min.

Casos excepcionales*: propofol. Sin vía: midazolam i.m. o i.n. → 5-10 mg.

- **Convulsiones:** diazepam i.v. → bolo 2 mg/min hasta cese o **dosis máx.: 40 mg.**

Sin vía: diazepam v.r. → 10-20 mg o midazolam i.m. o i.n. → 5-10 mg.

- **Hipotensión:** 300 mL de SF en 20 min. Repetible hasta control de TA o signos de sobrecarga.

2ª opción*: dopamina o noradrenalina.

Si buena respuesta a diazepam y/o midazolam → perfusión mto diazepam: 25 mg/100 mL de SF a 8-40 mL/h.

Tener preparado flumazenilo + monitorización de la SatO₂ + soporte ventilatorio.

6. Tratamiento sintomático si no cede con diazepam:

- **IAM:** **nitroglicerina i.v.** → 5 mg/50 mL SG 5 % a 10 mL/h. Subir de 5 en 5 hasta cese de dolor o TAS < 100.

cloruro mórfico i.v. → bolo lento 2-4 mg. Repetible c/5-15 min hasta cese del dolor o TAS < 100.

clopidogrel v.o. → 300 mg + **AAS v.o.** → 160-325 mg + **ondansetrón i.v.** → bolo lento 8 mg.

- **Emergencia HTA:** nitroglicerina igual a IAM. 2ª opción*: labetalol.

- **Hipertermia:** medidas físicas de enfriamiento + sueros fríos. 2ª opción*: metamizol o paracetamol.

Si es maligna: intensificar las medidas físicas de enfriamiento + antídoto: dantroleno*.

- **TSV:** diltiazem i.v. → bolo 0,25 mg/kg en 3 min. Repetible a los 15 min a 0,35 mg/kg.

Perfusión: 10-15 mg/h. 2ª opción*: adenosina.

- **TV con pulso:** lidocaína i.v. → bolo 1-1,5 mg/kg en 1 min. Repetible a los 5-10 min a mitad de dosis hasta revertir.

Perfusión: 500 mg/100 mL SG 5 % a 24-48 mL/h. **Dosis máx.: 3 mg/kg.**

7. Observación hospitalaria 6-12 h los casos moderados. Los pacientes graves pueden requerir ingreso en UCI.

CONTRAINDICACIONES

Intoxicaciones Agudas por Drogas de Abuso. Torres ©2017. Editorial Médica Panamericana.

β-bloqueantes puls. Clorpromidol. Fenilina. Quetzalinas.

BIBLIOGRAFÍA

- Dueñas Laita A. Itox: Urgencias por intoxicación en el adulto y niño. Madrid: Adalia; 2012.
- Energy Control. Cocaína. Energy Control. <http://energycontrol.org/informacion/drogas/cocaína.html> (último acceso 7 de diciembre 2015).
- Farré Albadalejo M, Tomillero A. Cocaína. Toxicología.net. <http://www.fetoc.es/toxicologianet/pages/x/x09/x09b/01.htm> (último acceso 7 diciembre 2015).
- Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (FAD). Clorhidrato de cocaína. FAD. <http://www.fad.es/clorhidratodecocaína> (último acceso 7 diciembre 2015).
- Galicia M, Nogué S, Burillo-Putze G. Diez años de asistencias urgentes a consumidores de cocaína en España. Med Clin (Barc). 2014; 143(7): 322-6.
- Galicia M, Nogué S, Golpe ES. Evolución de las consultas urgentes relacionadas con el consumo de cocaína durante el periodo 2002-2007. Emergencias: Revista de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias. 2008; 20(6): 385-90.
- Hoffman R, Howland M, Lewin N, Nelson L, Goldfrank L. Goldfrank's. Toxicologic Emergencies. 10ª ed. United States of America: McGraw-Hill Education; 2015.
- Iglesias Lepine ML, Echarte Pazos JL, Calpe Perarnau J, Mariñosa Marré M, Lloret Carbo J. Intoxicaciones por drogas de abuso. 2009. http://www.fetoc.es/asistencia/Intoxicacion_aguda-drogas-abuso_2009.pdf (último acceso 7 diciembre 2015).
- Intranet Servicio de Toxicología Clínica del HCU «Lozano Blesa» de Zaragoza. Unidad de Toxicología. Servicio Aragonés de Salud.
- Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. Medicina de Urgencias y Emergencias. Guía diagnóstica y protocolos de actuación. 4ª ed. España: Elsevier S.L.; 2009.
- Morán Chorro I, Baldirà Martínez de Irujo J, Marruecos-Sant L, Nogué Xarau S. Toxicología Clínica. Madrid: Difusión Jurídica y Temas de Actualidad S.A.; 2011. http://fetoc.es/asistencia/Toxicologia_clinica_libro.pdf (último acceso 7 de diciembre 2015).
- Nogué Xarau S. Intoxicaciones agudas. Bases para el tratamiento en un servicio de urgencias. España: Flamma Editorial, S.L.; 2010. <http://www.fetoc.es/asistencia/Intoxicaciones%20Agudas%20Protocolos%202010.pdf> (último acceso 7 diciembre 2015).
- Nogué Xarau S, To-Figueras J, Casals G, Mascaró JM. Levamisol: un peligroso adulterante de la cocaína, muy presente en nuestro medio. Emergencias. 2014; 26(6): 496-8.
- Sancho Pellicer A, Suberviola González JF. Emergencias extrahospitalarias para MIR de Medicina de Familia. Unidad Docente de Alcañiz; 2009.
- Sanjurjo E, Montori E, Nogué S, Sánchez M, Munné P. Urgencias por cocaína: un problema emergente. Med Clin (Barc). 2006; 126(16): 616-9.

ADDENDUM

- La autoría de las fotografías que aparecen en este capítulo pertenece a los directores de la obra.