DROGUES

Guia de Pràctica Clínica sobre el tractament de la dependència de la cocaïna

Generalitat de Catalunya
Departament de Salut

Els continguts d'aquesta obra estan subjectes a una llicència de Reconeixement-No comercial-Sense obres derivades 3.0 de Creative Commons. Se'n permet la reproducció, distribució i comunicació pública sempre que se'n citi l'autor i no se'n faci un ús comercial.

La llicència completa es pot consultar a:

http://creativecommons.org/licences/by-nc-nd/3.0/es/legalcode.ca

© Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Direcció General de Salut Pública.

Edita: Subdirecció General de Drogodependències.
Primera edició: Barcelona, maig de 2011.

Coordinació editorial: Subdirecció General de Drogodependències.
Assessorament lingüístic: Secció de Planificació Lingüística del Departament de Salut.
Disseny gràfic: MOTIVE disseny+comunicació S.L.
Il·lustracions: MOTIVE disseny+comunicació S.L.

Finançament de la GPC. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya amb la col·laboració de la Delegació del Govern per al Pla nacional sobre drogues (Ministeri de Sanitat, Política Social i Igualtat).

Aquesta guia s'hauria de citar així:
Grup de treball de la Guia de pràctica clínica sobre dependència de la cocaïna.
Guia de pràctica clínica basada en la literatura científica del tractament de la dependència de la cocaïna. Centre Cochrane Iberoamericà, coordinador. Barcelona: Departament de Salut; 2011.

Per tal d'alleugerir el text, les paraules que fan referència a persones s'entenen en sentit genèric i tenen valor masculí i femení.

DROGUES

Guia de Pràctica Clínica sobre el tractament de la dependència de la cocaïna

Recomanacions basades en l'evidència científica
Recomanacions basades en el procés de consens

Índex

Pròleg 7

Presentació 8

Autoria i col·laboracions 10

Introducció 13

1. Acció i efectes de la cocaïna 13
2. Preparats i vies de consum 14
3. Consum de cocaïna en l'actualitat 14
4. Necessitat de la guia 16

Abast i objectius 17

1. Abast 17
2. Objectius 18

Metodologia 19

1. Introducció general a la metodologia 19
2. Definició dels objectius i constitució del grup de treball 19
3. Formulació de les preguntes clíniques 20
4. Cerca de la literatura científica 21
5. Formulació de les recomanacions mitjançant el sistema GRADE 22
6. Formulació de les recomanacions mitjançant un procés de consens 25
7. Revisió externa 26
8. Actualització 26

Síntesi de la literatura científica i recomanacions sobre el tractament de la dependència de la cocaïna 27

1. Preguntes que respon la guia i resum de les recomanacions 27
   - 1.1. Preguntes que respon la guia 27
   - 1.2. Resum de les recomanacions 29

2. Urgències per consum de cocaïna i detecció i tractament del pacient amb dependència 35
   - 2.1. Indicador d'urgències per consum de cocaïna 35
   - 2.2. Indicador de mortalitat per reacció adversa o intoxicació de cocaïna 35
   - 2.3. Perfil toxicològic i clínic dels pacients atesos a urgències per consum de cocaïna 36

3. Abordatge farmacològic de la dependència de la cocaïna 39
   - 3.1. Agonistes dopaminèrgics 40
   - 3.2. Antidepressius 42
   - 3.3. Psicoestimulants 45
   - 3.4. Antipsicòtics 47
   - 3.5. Anticonvulsius 50

3.6. Disulfiram 51
3.7. Naltrexona 54
3.8. Vacunes 55
3.9. Abordatge farmacològic de dones embarassades amb dependència de la cocaïna 56
3.10. Abordatge de pacients en tractament de manteniment amb agonistes opiacis amb dependència de la cocaïna 57

4. Abordatge psicoterapèutic i psicoeducatiu de la dependència de la cocaïna 60
4.1 Reforçament comunitari i maneig de contingències 61
4.2 Intervenció en la prevenció de recaigudes 65
4.3 Entrevista motivacional 67
4.4 Teràpia cognitivoconductual 69
4.5 Exposició a estímuls inductors del desig de consum 72
4.6 Psicoteràpia d'enfocament dinàmic i psicoanalític 73
4.7 Intervencions d'autoajuda 74

5. Reducció de danys en la dependència de la cocaïna 77

6. Programes residencials i maneig de casos 80
6.1. Programes residencials i comunitats terapèutiques 80
6.2. Maneig de casos 82

7. Informació, educació i comunicació (IEC) 84

8. Altres tipus de tractament complementaris 85
8.1. Acupuntura 85
8.2. Ibogaïna 86

Annexos

Annex 1. Taules descriptives de les característiques dels estudis identificats 87
Annex 2. Taules de síntesi dels resultats de la literatura mitjançant el sistema GRADE 138
Annex 3. Descripció i resultat del procés Delphi: recomanacions basades en el consens 176
Annex 4. Propostes per a la reducció de danys 218
Annex 5. Altres guies de pràctica clínica i recursos basats en la literatura científica 221
Annex 6. Declaració d'interessos 223
Annex 7. Glossari de termes 225

Referències bibliogràfiques 232

PRÒLEG

L'atenció al consum de drogues ha estat –i és– un àmbit d'intervenció prioritària en les polítiques de salut pública que du a terme el Departament de Salut. La finalitat és reduir-ne l'impacte en la salut i millorar la qualitat de vida dels pacients i de les seves famílies.

Per assolir aquests objectius, en el Departament de Salut desenvolupem instruments de planificació com el Pla director de salut mental i addicions que, junt amb la Subdirecció General de Drogodependències, contribueixen a millorar la qualitat, l'equitat i l'eficàcia de l'atenció a les drogodependències i aposten per un model de pràctica assistencial basat en l'evidència científica i en experiències demostrables.

En aquest marc, els instruments com són les guies de pràctica clínica (GPC) contribueixen a aconseguir una assistència de més qualitat, que afavoreixi les actuacions i els procediments més apropiats i que redueixi la variabilitat en la pràctica clínica. És per aquest motiu que els darrers anys hem apostat per aquestes eines, ja que permeten establir ponts entre la recerca i la pràctica clínica. D'aquesta manera, els professionals poden actualitzar la informació i la literatura científica disponibles per afavorir que les decisions terapèutiques siguin les més adequades, eficients i segures.

La GPC que es presenta a continuació ha estat elaborada i revisada per un grup multidisciplinari de professionals experts en l'àmbit de les addiccions, i volem agrair-los que hagin participat amb esforç i dedicació en aquest procés llarg i rigorós.

Esperem que aquesta guia sigui una eina de referència i de suport per a tots els professionals i que contribueixi a millorar la qualitat de l'atenció a les persones en situació d'abús i/o dependència de la cocaïna.

Boi Ruiz i García

Conseller de Salut de la Generalitat de Catalunya

PRESENTACIÓ

A Catalunya, a partir dels anys noranta, s'incrementa considerablement el nombre d'inicis de tractament per abús i/o per dependència de la cocaïna en els centres d'atenció a les drogodependències, i és actualment la segona substància per la qual se sol·licita tractament. Aquest gir ha suposat una adaptació tant de les intervencions terapèutiques com dels recursos assistencials.

L'any 2007 la Subdirecció General de Drogodependències va impulsar l'elaboració del Pla d'intervenció en cocaïna amb la participació de professionals de les addiccions de Catalunya, amb la finalitat d'elaborar una anàlisi de la situació des del vessant preventiu, assistencial i de reducció de danys. El Pla va donar lloc a una sèrie de propostes d'actuació que permetessin millorar la qualitat de les intervencions en totes les àrees. Una de les propostes que es van plantejar en aquest grup de treball va ser l'elaboració d'una guia de pràctica clínica per tractar la dependència de la cocaïna.

Paral·lelament, els darrers anys s'han dut a terme nombroses investigacions sobre l'eficàcia de les intervencions en la dependència de la cocaïna. El gran volum d'informació, la manca de temps per revisar la literatura i alhora la diversitat de les intervencions, fan necessària l'elaboració d'eines útils i pràctiques que ajudin els professionals a prendre decisions en el maneig dels pacients, com són les guies de pràctica clínica (GPC).

L'elaboració de la *Guia de pràctica clínica per al tractament de la dependència de cocaïna* que us presentem té una doble finalitat: d'una banda, oferir un recull de recomanacions basades en la literatura científica i en el consens d'experts; i de l'altra, presentar una recopilació i una síntesi crítiques de la literatura existent en aquest àmbit.

A la GPC trobareu dos tipus de recomanacions: les que es basen en l'anàlisi de la literatura científica i les del consens dels professionals del nostre àmbit. Les que es fonamenten en la literatura van posar de mani-

fest l'aplicabilitat escassa dels resultats recollits en el nostre àmbit, i en algunes àrees d'estudi s'observen resultats preliminars i buits en la investigació que no permeten elaborar logaritmes de decisió com en altres GPC. És per aquest motiu que es va creure convenient complementar les recomanacions extretes de la literatura amb recomanacions de bones pràctiques basades en el consens de professionals. D'aquesta manera, oferim un recull exhaustiu del tractament de la dependència de la cocaïna que s'adapta a la realitat del nostre territori.

Les recomanacions les ha elaborat un grup de treball multidisciplinari de professionals del camp de les addiccions amb el suport de metodòlegs, que s'han encarregat d'identificar, avaluar i sintetitzar la literatura científica més rellevant.

El document que us presentem està adreçat principalment a professionals que atenen persones amb dependència de la cocaïna, i creiem que és una oportunitat de plantejar noves línies d'investigació i establir ponts i sinergies entre la clínica i la recerca, sovint separades.

Finalment, hem de considerar que, tot i que en les revisions sistemàtiques no hi ha evidència científica suficient sobre el tractament de la dependència de la cocaïna, això no vol dir que les intervencions terapèutiques que es duen a terme en la pràctica clínica no siguin efectives.

Agraïm a totes les persones que han participat en el projecte el seu esforç i dedicació, i desitgem que sigui del vostre interès i que contribueixi a millorar la qualitat assistencial en el camp de les addiccions.

Antoni Plasència i Taradach

Director general
de Salut Pública

Joan Colom i Farran

Subdirector general
de Drogodependències

Autoria i col·laboracions

Grup de treball de la Guia de Pràctica Clínica sobre el tractament de la dependència de la cocaïna

Ivan Solà Arnau (coordinació científica), psicòleg
Centre Cochrane Iberoamericà,
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau (Barcelona)

Joan Colom i Farran (coordinació tècnica), metge
Subdirecció General de Drogodependències.
Direcció General de Salut Pública.
Departament de Salut. Generalitat de Catalunya (Barcelona)

Marta Coronado Piqueras (coordinació tècnica), psicòloga
Subdirecció General de Drogodependències.
Direcció General de Salut Pública.
Departament de Salut. Generalitat de Catalunya (Barcelona)

Pilar Duro Herrero (coordinació tècnica), psiquiatra
Subdirecció General de Drogodependències.
Direcció General de Salut Pública.
Departament de Salut. Generalitat de Catalunya (Barcelona)

Antoni Gual Solé, psiquiatre
Unitat d'Alcohologia. Servei de Psiquiatria. ICN.
Hospital Clínic de Barcelona (Barcelona)

Enrique Ilundain Ayala, infermer i antropòleg
CAP Besòs – Grup Igia (Barcelona)

Fàtima Larger Brancolini, infermera especialista en salut mental
Unitat de Conductes Addictives. Servei de Psiquiatria. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau (Barcelona)

Eva López García de la Plaza, educadora social
Centre d'Atenció a les Drogodependencies.
Servei de Psiquiatria. Hospital de Mataró (Mataró)

Teresa Martí Pont, psicòloga
CAS Sarrià – ABD (Barcelona)

Rebeca Ortega Resmella, infermera
CAS Vall d'Hebron. Servei de Psiquiatria. Hospital Universitari Vall d'Hebron. Universitat Autònoma de Barcelona (Barcelona)

Mari Sesmilo Martínez, antropòloga, psicoterapeuta familiar i infermera
CAS Reus (Reus)

Miquel del Río Meyer, psiquiatre
Servei de Psiquiatria. Hospital Mútua de Terrassa (Terrassa)

Carlos Roncero Alonso, psiquiatre
CAS Vall d'Hebron. Servei de Psiquiatria, Hospital Universitari Vall d'Hebron. Universitat Autònoma de Barcelona (Barcelona)

Joserra Rueda Martínez de Santos, especialista en salut pública
Departament de Medicina Preventiva i Salut Pública. Universitat del País Basc (Bilbao)

Antoni Tejero Pociello, psicòleg clínic

Unitat de conductes Addictives. Servei de Psiquiatria. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau (Barcelona)

Marta Torrens i Mèlich, psiquiatra

Institut de Neuropsiquiatria i Addiccions. Parc de Salut Mar. Departament de Psiquiatria, Universitat Autònoma de Barcelona (Barcelona)

Revisió externa

Joan Trujols i Albet, psicòleg

Unitat de Conductes Addictives. Servei de Psiquiatria. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau (Barcelona)

Begoña Gonzalvo Cirac, metgessa

CAS Vall d'Hebron. Servei de Psiquiatria. Hospital Universitari Vall d'Hebron. Universitat Autònoma de Barcelona (Barcelona)

Magí Farre Albaladejo, farmacòleg clínic

Institut Municipal d'Investigació Mèdica (IMIM). Hospital del Mar. Universitat Autònoma de Barcelona (Barcelona)

M. Carme Rodríguez Chaves, infermera especialista en salut mental

Servei d'Atenció a les Drogodependències (SAD) de l'Hospitalet del Llobregat. Grup d'Infermeria de la Coordinadora de CAS.

Santiago Nogué Xarau, metge

Unitat de Toxicologia Clínica. Servei d'Urgències. Hospital Clínic de Barcelona (Barcelona)

Olga Diaz Grau, antropòloga i treballadora social

Servei d'Atenció i Prevenció Sociosanitària (SAPS). Creu Roja (Barcelona)

Ferran Cruz Ropero, educador social

CAS Sarrià (Barcelona)

José Carlos Pérez de los Cobos, psiquiatre

Societat Espanyola de Toxicomanies (SET) (València). Unitat de Conductes Addictives. Servei de Psiquiatria. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau (Barcelona)

Josep Guardia Serecigni, psiquiatre.

Socidrogoalcohol. Unitat de Conductes Addictives. Servei de Psiquiatria. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau (Barcelona)

Antonio Teran Prieto, psiquiatre

Sociodrogoalcohol. Centre d'Atenció a Drogodependents San Juan de Dios (Palencia)

Leslie Barrionuevo Rosas, metgessa resident
Institut Català de la Salut (MIR Preventiva i Salut Pública de l'Hospital Universitari de Bellvitge). Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut (AIAQS) (Barcelona)

Núria Paladio Duran, farmacèutica

Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut (AIAQS) (Barcelona)

Declaració d'interessos:

els membres del grup de treball de la *Guia de pràctica clínica basada en la literatura científica sobre el tractament de la dependència de la cocaïna* han fet una declaració d'interessos que es presenta a l'annex 6.

Experts participants en les recomanacions basades en el consens (metodologia Delphi).

Participació d' autors del grup de treball, revisors externs i altres professionals experts.

Antoni Gual Solé, psiquiatre

Unitat d'Alcohologia. Servei de Psiquiatria. ICN. Hospital Clínic de Barcelona (Barcelona)

Enrique Ilundain Ayala, infermer i antropòleg

CAP Besòs – Grup Igia (Barcelona)

Fàtima Larger Brancolini, infermera especialista en salut mental

Unitat de Conductes Addictives. Servei de Psiquiatria. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau (Barcelona)

Eva López García de la Plaza, educadora social

Centre d'Atenció a les Drogodependències. Servei de Psiquiatria. Hospital de Mataró (Mataró)

Teresa Martí Pont, psicòloga
CAS Sarrià – ABD (Barcelona)

Rebeca Ortega Resmella, infermera
CAS Vall d'Hebron. Servei de Psiquiatria. Hospital Universitari Vall d'Hebron. Universitat Autònoma de Barcelona (Barcelona)

Mari Sesmilo Martínez, antropòloga, psicoterapeuta familiar i infermera
CAS Reus (Reus)

Miquel del Río Meyer, psiquiatre
Servei de Psiquiatria. Hospital Mútua de Terrassa (Terrassa)

Carlos Roncero Alonso, psiquiatre
CAS Vall d'Hebron, Psiquiatria.
Servei de Psiquiatria, Hospital Universitari Vall d'Hebron. Universitat Autònoma de Barcelona (Barcelona)

Antoni Tejero Pociello, psicòleg
Unitat de conductes Addictives. Servei de Psiquiatria. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau (Barcelona)

Marta Torrens i Mèlich, psiquiatra
Institut de Neuropsiquiatria i Addiccions. Parc de Salut Mar. Departament de Psiquiatria, Universitat Autònoma de Barcelona (Barcelona)

Joan Trujols i Albet, psicòleg
Unitat de Conductes Addictives. Servei de Psiquiatria. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau (Barcelona)

Begoña Gonzalvo Cirac, metgessa
CAS Vall d'Hebron. Servei de Psiquiatria. Hospital Universitari Vall d'Hebron. Universitat Autònoma de Barcelona (Barcelona)

Magí Farre Albaladejo, farmacòleg clínic
Institut Municipal d'Investigació Mèdica (IMIM). Hospital del Mar. Universitat Autònoma de Barcelona (Barcelona)

Santiago Nogué Xarau, metge
Unitat de Toxicologia Clínica. Servei d'Urgències. Hospital Clínic de Barcelona (Barcelona)

Olga Diaz Grau, antropòloga i treballadora social
Servei d'Atenció i Prevenció Sociosanitària (SAPS). Creu Roja (Barcelona)

Ferran Cruz Ropero, educador social
CAS Sarrià (Barcelona)

José Carlos Pérez de los Cobos, psiquiatre
Societat Espanyola de Toxicomanies (SET) (València). Unitat de Conductes Addictives. Servei de Psiquiatria. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau (Barcelona)

Salvador Badia Capdevila, psicòleg clínic
Servei d'Atenció a les Drogodependències (SAD) de l'Hospitalet del Llobregat (Barcelona)

Col·laboracions

Volem agrair la col·laboració en el desenvolupament i l'edició de la guia a les persones següents:

Marta Gorgues Sendra, coordinadora editorial
Centre Cochrane Iberoamericà.
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau (Barcelona)

David Rigau Comas, farmacòleg
Centre Cochrane Iberoamericà.
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau (Barcelona)

Introducció

1. ACCIÓ I EFECTES DE LA COCAÏNA

La cocaïna és un alcaloide procedent de la planta de coca (Erythroxylum coca) que actua com a estimulant del sistema nerviós central. Aquesta substància afecta diversos sistemes neurotransmissors del cervell però exerceix els seus efectes fonamentalment en la dopamina, que és el neurotransmissor que actua en el procés de recompensa.

La cocaïna bloqueja la recaptació en la presinapsi d'aquest neurotransmissor i produeix una activació generalitzada de les neurones postsinàptiques que té com a resultat l'excitació fisiològica. La cocaïna també actua en la recaptació de la noradrenalina (norepinefrina) i la serotonina.

Els efectes psicològics més immediats de la cocaïna són el trastorn cognitiu i de l'estat d'ànim, que es manifesten en forma d'eufòria, un augment de la sensació d'energia i de l'agudesa sensorial o mental (Caballero 2005). Altres efectes estan relacionats amb l'augment de la fluïdesa verbal i l'activitat motora, l'anorèxia, l'increment de l'ansietat o la disminució de la sensació de cansament o son. Des del punt de vista fisiològic produeix dilatació en les pupil·les, tremolors, efectes adversos respiratoris aguts, hipertensió, augment del ritme cardíac (palpitacions) i taquicàrdies, contraccions musculars, tensió mandibular i bruxisme, sudoració excessiva (diaforesi), augment de la temperatura corporal i/o febre elevada, o emesi. Atès el ràpid metabolisme de la cocaïna, la majoria d'aquests efectes poden passar ràpidament (entre 15 i 60 minuts, segons la via de consum). En canvi, l'abús a llarg termini de la cocaïna pot resultar en un augment progressiu de la irritabilitat i la paranoia, la incapacitat de concentració, dèficits cognitius o disfuncions sexuals.

2. PREPARATS I VIES DE CONSUM

La cocaïna es consumeix com a fulla de coca, sulfat de cocaïna, clorhidrat de cocaïna i cocaïna base o crack.

Les fulles de coca es poden mastegar o preparar en infusió. El sulfat de cocaïna (pasta de cocaïna o pasta base) s'obté de la maceració de les fulles amb àcid sulfúric i altres solvents orgànics. A partir de la pasta base es pot obtenir el clorhidrat de cocaïna en combinar-la amb àcid clorhídric i èter, del qual s'obté una pols blanca que normalment es consumeix per via intranasal (esnifada) o intravenosa quan es dissol en aigua.

Finalment, la cocaïna base s'elabora a partir del clorhidrat de cocaïna amb una solució bàsica (per exemple, amb amoníac o bicarbonat) i s'usa inhalant-ne els vapors de la base lliure o en forma de crack. En el crack s'afegeix amoníac a la solució aquosa del clorhidrat de cocaïna i juntament amb bicarbonat apareixen uns cristalls que s'inhalen després d'escalfar-los en recipients (normalment pipes). La taula següent (adaptada de Roncero 2007) resumeix les diferents presentacions i vies de consum esmentades:

Presentació	Vies de consum
Fulla de coca	Mastegada Infusió oral
Pasta de cocaïna	Fumada
Clorhidrat de cocaïna	Tòpica (mucoses intranasals, orals o genitals) Parenteral (endovenosa, subcutània, intramuscular)
Cocaïna base	Fumada Inhalada

3. CONSUM DE COCAÏNA EN L'ACTUALITAT

El consum de cocaïna està molt estès en la nostra societat. Després del cànnabis, es considera la segona droga il·legal més consumida al nostre entorn (Observatorio Español sobre Drogas 2008). A Catalunya, el consum de cocaïna en pols continua augmentant. La proporció d'adults de 15 a 64 anys amb antecedents de consum de cocaïna ha passat del 2,9% el 1997 al 13,4% el 2007. Si analitzem l'any 2007, es va mantenir la tendència creixent de la prevalença de consum durant els últims 12 mesos (5,1%) i durant els darrers 30 dies (3%). La prevalença de consum de cocaïna els últims 30 dies va ser més elevada en els homes (4,1%) que en les dones (1,5%), i en el grup de 15 a 29 anys (6,0%) que en el de 30 a 64 anys (1,5%). Durant l'últim mes les proporcions més elevades de consumidors es troben entre els homes de 15 a 29 anys. La major part dels consumidors de cocaïna van prendre la droga en forma de pols, i la prevalença de

consum de base o crack va ser molt més baixa. De totes formes, des del 1999 fins a l'any 2005 la prevalença de consum de cocaïna base alguna vegada a la vida s'havia mantingut estable; aquesta prevalença ha augmentat el 2007, la qual cosa ens informa de l'experimentació d'aquesta via de consum[1]. Entre els escolars de 14 a 18 anys, tot i que s'observa que l'any 2008 la cocaïna presenta les prevalences de consum més baixes entre els que declaren haver-ne consumit els darrers trenta dies (1,5%) des de l'any 1998 (3,5%), continua sent la segona droga il·legal més consumida[2]. També segueixen aquesta tendència els indicadors epidemiològics relacionats amb la demanda de tractament (*Butlletí Epidemiològic de Catalunya 2007*). L'any 1997 hi va haver 954 inicis de tractament per addicció a la cocaïna, la qual cosa representava un 8,5% del total, mentre que el 2007 hi va haver 3.751 inicis de tractament per aquest motiu, corresponents al 27,6% del total.

De les dades del conjunt d'Espanya podem destacar que fins al 2004-2005 tots els indicadors apuntaven a un augment del consum de cocaïna i dels problemes associats. A partir de l'any 2005 han aparegut algunes evidències que fan pensar en l'inici d'un canvi positiu en l'evolució del consum i dels problemes. La prevalença anual del consum de cocaïna ha disminuït entre els estudiants de 14 a 18 anys (7,2% el 2004, 4,1% el 2006 i 3,6% el 2008) i s'ha estabilitzat entre la població de 15 a 64 anys (1,6% el 1997, 2,7% el 2003, 3% el 2005 i 3% el 2007). S'observa un descens lleuger dels inicis de tractament per cocaïna (15.258 el 2005, 13.463 el 2006 i 13.429 el 2007). S'ha estabilitzat la proporció d'urgències hospitalàries directament relacionades amb la cocaïna (63,4% el 2005, 59,2% el 2006 i 62,8% el 2007). La proporció de morts per reacció aguda a drogues en què es detecta cocaïna i no opiacis passa de l'1,2% en el període 1983-1989 al 16,4% l'any 2004, i ha continuat augmentant fins al 25,1% el 2007. Espanya ocupa el tercer lloc mundial en quantitats de cocaïna confiscada, amb un percentatge de decomisos d'entre el 5% i el 10%, i n'augmenta progressivament la percepció de la disponibilitat en la franja d'edat de 15 a 64 anys. Igual que a Catalunya, és probable que el consum de cocaïna fumada (coneguda aquí com a base o crack) estigui augmentat tot i que suposa un proporció relativament petita (el 2007 un 4,3% dels inicis de tractament per cocaïna i un 20,7% de les urgències hospitalàries relacionades directament amb la cocaïna). És possible que hagi augmentat l'experimentació amb cocaïna base fora dels cercles de consumidors d'heroïna (Observatorio Español sobre Drogas, 2008). En resum, el consum de cocaïna, es una pràctica estesa en el nostre entorn en totes les franges d'edat i grups socials (Observatorio Español sobre Drogas 2009).

D'altra banda, coincidint amb l'interès creixent pel millor abordatge terapèutic de les persones amb dependència de la cocaïna, s'han començat a avaluar d'una forma rigorosa diversos tractaments farmacològics i psicoterapèutics, tot i que els resultats de vegades no són del tot clarificadors. D'altra banda, a dia d'avui no es disposa de proves a la literatura científica en favor d'un tractament de la dependència de la cocaïna.

1 Informe dels resultats per a Catalunya de l'enquesta domiciliària sobre alcohol i drogues (EDADES), 2007. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya.

2 Informe dels resultats per a Catalunya de l'enquesta estatal sobre el consum de drogues en estudiants d'educació secundària (ESTUDES), 2008. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya.

L'extensió progressiva del consum de la droga, combinada amb la incertesa de la poca eficàcia dels tractaments que es practiquen, fa necessària una guia de pràctica clínica que sintetitzi críticament el coneixement científic actual en aquest camp seguint una metodologia rigorosa, incloent-hi recomanacions de consens dels professionals de les addiccions. D'aquesta manera, es posa a l'abast, tant dels professionals sanitaris com dels planificadors de la salut, una actualització en els avenços (per modestos que siguin) que ofereix la recerca científica.

4. NECESSITAT DE LA GUIA

L'augment del consum de cocaïna a Catalunya així com el del nombre d'inicis de tractament relacionats amb aquesta substància en els centres ambulatoris d'atenció a les drogodependències en els darrers anys, han fet palesa la necessitat d'elaborar un pla d'intervenció de cocaïna a Catalunya.

El Pla d'intervenció de cocaïna, dissenyat amb la col·laboració d'un grup de professionals, inclou l'anàlisi de situació, la detecció de necessitats i propostes d'actuació des de l'àmbit preventiu fins a l'assistencial.

Des de la perspectiva assistencial, una de les necessitats detectades va ser l'elaboració d'una guia de pràctica clínica adreçada als professionals sociosanitaris d'atenció a les drogodependències atesa la variabilitat d'intervencions en els àmbits farmacològic, psicològic i social que es posen en pràctica, i l'augment progressiu dels pacients que inicien tractament en els centres ambulatoris d'atenció a les drogodependències.

Aquesta *Guia de pràctica clínica* s'ha desenvolupat per recollir recomanacions sobre el tractament de persones amb dependència de la cocaïna. Trobareu dos tipus de recomanacions, d'una banda, les que es basen en els resultats recollits a la literatura científica on s'ha seguit una metodologia rigorosa per tal de definir les preguntes clíniques que es volien contestar i fer una síntesi crítica de la literatura per formular les recomanacions. D'altra banda, s'inclouen una sèrie de recomanacions formulades a partir d'un procés de consens entre experts, principalment per afavorir l'aplicabilitat de la guia

Les recomanacions les ha desenvolupat un grup de treball multidisciplinari de diferents professionals sanitaris en el camp de les addiccions, amb el suport de metodòlegs que s'han encarregat d'identificar, avaluar i sintetitzar la literatura científica més rellevant relacionada amb l'abast d'aquesta guia.

Aquesta *Guia de pràctica clínica* recull les respostes que la literatura científica ofereix a les preguntes clíniques elaborades pel grup de treball i les que s'han basat en el consens que, a partir d'un procés Delphi modificat, pretén complementar el judici clínic dels professionals i ser una ajuda en la presa de decisions en l'atenció al pacient amb dependència de la cocaïna.

A diferència d'altres guies de pràctica clínica, els buits identificats en la recerca en el camp de la dependència de la cocaïna no han permès elaborar algoritmes de decisió.

Abast i objectius de la guia

La Subdirecció General de Drogodependències del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya va formar un equip multidisciplinari de professionals de la psiquiatria, la psicologia, la infermeria i el treball social.

En tot el procés es va disposar del suport del Centre Cochrane Iberoamericà, que es va encarregar del procés d'identificació i síntesi crítica de la literatura, i de formular les recomanacions.

El grup de treball ha participat al llarg de tot el procés d'elaboració de la guia revisant i acceptant totes les recomanacions recollides.

1. ABAST

La *Guia de pràctica clínica sobre el tractament de la dependència de la cocaïna* vol ser rellevant per als pacients amb alguna de les característiques següents:

- Pacients amb intoxicació aguda per consum de substàncies que acudeix a un servei d'urgències hospitalari.
- Pacients majors de 18 anys amb diagnòstic de dependència de la cocaïna en tractament per drogodependències (CAS, UHD, CT).
- Consumidors actius de cocaïna que acudeixen als serveis de reducció de danys.

Aquesta guia va dirigida als professionals sanitaris que tenen contacte directe o que han de prendre decisions sobre el tractament de pacients amb dependència de la cocaïna.

No s'hi recullen recomanacions sobre el maneig de l'abús o la síndrome d'abstinència de la cocaïna. Tot i que es va fer una cerca de literatura sobre el tractament de la dependència de la cocaïna en població immigrant, i dones no embarassades, no es van identificar estudis rellevants sobre el tema, i per tant la guia no inclou recomanacions sobre aquestes poblacions. En joves i adolscents es troben recomanacions del procés de consens (Delphi modificat).

2. OBJECTIUS

La *Guia de pràctica clínica sobre el tractament de la dependència de la cocaïna* recull recomanacions concretes basades en els resultats de la literatura científica i en el consens d'un sèrie d'experts per atendre pacients amb diagnòstic de trastorn per dependència de la cocaïna atesos en centres específics de tractament (ambulatori i residencial). Els apartats són els següents:

- Signes d'alerta per detectar intoxicacions de cocaïna en serveis d'urgències hospitalàries.
- Avaluació de l'efecte de tractaments farmacològics en el tractament de la dependència de la cocaïna.
- Avaluació de l'efecte d'intervencions psicoterapèutiques i psicoeducatives en el tractament de la dependència de la cocaïna.
- Avaluació de la reducció de danys en pacients amb dependència de la cocaïna.
- Avaluació de l'efecte de les comunitats terapèutiques i el maneig de casos en el tractament de la dependència de la cocaïna.
- Avaluació del tractament de la dependència de la cocaïna en poblacions que mereixen una consideració especial (en concret en dones embarassades, i també en pacients amb una dependència d'opiacis que reben tractament de manteniment amb metadona).

Metodologia

1. INTRODUCCIÓ GENERAL A LA METODOLOGIA

Les guies de pràctica clínica formulen recomanacions desenvolupades sistemàticament per donar suport a l'abordatge de problemes de salut concrets. Actualment es disposa de metodologies molt rigoroses per desenvolupar-les que han servit de referència en l'elaboració d'aquesta guia (grup de treball GPC 2007, NICE 2008, SIGN 2008)

En la *Guia de pràctica clínica sobre el tractament de la dependència de la cocaïna* s'han desenvolupat sistemàticament recomanacions basades en els resultats de la investigació sobre una sèrie de preguntes elaborades per un grup de treball multidisciplinari. Els passos bàsics per dur a terme la guia han estat els següents:

- Definició dels objectius de la guia i constitució del grup de treball.
- Formulació de les preguntes clíniques de la guia.
- Cerca de la literatura científica rellevant per contestar les preguntes clíniques.
- Avaluació de la literatura científica identificada i síntesi crítica.
- Formulació de les recomanacions a partir del sistema GRADE.

2. DEFINICIÓ DELS OBJECTIUS I CONSTITUCIÓ DEL GRUP DE TREBALL

La *Guia de pràctica clínica sobre el tractament de la dependència de la cocaïna* es va planificar com un dels elements del Pla d'intervenció de cocaïna, que inclou l'anàlisi de la situació, la detecció de les necessitats i l'elaboració de propostes d'actuació des de l'àmbit preventiu a l'assistencial.

Per a la constitució del grup de treball es va tenir en compte la multidisciplinarietat dels professionals. L'equip bàsic dels Centres d'Atenció i Seguiment (CAS) a les drogode-

pendències està format per especialistes en medicina i psiquiatria, psicologia, treball social, infermeria i educació, que planifiquen el tractament de manera conjunta. Es va considerar clau que hi estiguessin representades cadascuna de les disciplines.

Es va contactar amb els coordinadors dels centres amb més pacients amb dependència de la cocaïna, i amb aquells que ja tenien algun programa específic d'actuació en aquest camp. En aquests casos, era la persona responsable de la coordinació qui assignava el professional.

També es va establir contacte de manera individual amb professionals amb un llarg recorregut en el camp de les addiccions, perquè es va considerar que eren experts en la matèria tant pel que fa a l'experiència clínica com al camp de la investigació.

Finalment, es va establir contacte amb la Coordinadora de CAS ja que es tracta d'un grup de professionals important en el camp de les drogodependències a Catalunya.

3. FORMULACIÓ DE LES PREGUNTES CLÍNIQUES

En una primera reunió amb els membres del grup de treball es van definir les preguntes clíniques que hauria de respondre la guia. Per a totes les qüestions es va seguir un procés d'elaboració de preguntes clíniques estructurades, en què es van identificar els pacients, les intervencions i les variables de resultat més rellevants que havien de reflectir les preguntes.

Quant als pacients, es va definir el perfil de persones amb dependència de la cocaïna idealment diagnosticades amb els criteris de les diferents versions del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)*, de l'Associació Americana de Psiquiatria. Tot i que s'ha enfocat la guia cap al tractament del pacient amb dependència de la cocaïna, s'hi ha inclòs un apartat per descriure els símptomes d'alerta d'abús de cocaïna en urgències. Pel que fa a l'apartat de la reducció de danys, cal tenir en compte que també es dirigeix a persones consumidores, independentment que presentin dependència o no.

Les intervencions d'interès es van classificar fonamentalment en un bloc de tractaments farmacològics i en un altre de psicoterapèutics. Addicionalment es van incloure preguntes sobre la reducció de danys, el tractament residencial i el maneig de casos.

Finalment, les variables de resultat d'interès es van definir i classificar segons la importància seguint les directrius del sistema GRADE (vegeu el punt 5).

Atès que les preguntes clíniques d'aquesta guia estan formulades en la seva totalitat per al tractament de la dependència de la cocaïna, i tenint en compte que cada tipus de pregunta clínica té un disseny d'estudi més adequat per respondre-la (Higgins 2008), s'hi han inclòs fonamentalment assaigs clínics i revisions sistemàtiques d'aquests estudis, i en alguna ocasió s'ha considerat algun estudi de cohorts. Com es descriu més endavant, es va prioritzar la identificació de revisions sistemàtiques, considerades com

una font fiable de síntesis crítica dels estudis disponibles sobre els efectes de les intervencions avaluades. A partir de la data de cerca de les revisions sistemàtiques originals, es van identificar estudis originals publicats posteriorment (assaig clínics i de vegades estudis de cohorts). Tot i els debats recents sobre les limitacions de les jerarquies clàssiques dels nivells d'evidència en l'aplicació en el camp de les addiccions (Tucker 2006), o la dificultat d'aplicar directament a la pràctica els resultats d'estudis dissenyats per avaluar l'eficàcia de les intervencions (Blanco 2008), s'ha optat per formular les recomanacions a partir d'un sistema que no es limita a avaluar la literatura científica a partir de la qualitat dels dissenys dels estudis, sinó que incorpora la valoració d'altres aspectes (vegeu el punt 5).

4. CERCA DE LA LITERATURA CIENTÍFICA

Es va prioritzar la cerca de revisions sistemàtiques i altres tipus de síntesis de la literatura, com informes d'avaluació de tecnologies sanitàries. Per aquest motiu, en una primera fase es va fer una cerca d'altres guies de pràctica clínica sobre l'abús i la dependència de substàncies per comprovar quines revisions sistemàtiques consideraven per formular les seves recomanacions. Els principals documents estan recollits a l'annex 5. A partir de la data de cerca d'aquests documents es van identificar noves revisions sistemàtiques. En aquesta fase es van consultar les fonts d'informació següents:

- TRIP database
- Excelencia Clínica
- NHS National Library of Guidelines
- AHRQ National Guideline Clearinghouse
- Cochrane Database of Systematic Reviews (The Cochrane Library)
- Database of Abstracts of Reviews of Effects (DARE)
- Health Technology Assessment (HTA) Database
- NHS Economic Evaluation Database (NHS EED)
- MEDLINE (accés mitjançant PubMed)
- PsycINFO (accés mitjançant Ovid)

També es van consultar els llocs web d'algunes agències d'avaluació de tecnologies sanitàries com el National Institute for Clinical Excellence o d'institucions governamentals com l'Scottish Intercollegiate Guidelines Network.

En una segona fase es van buscar estudis originals per actualitzar les revisions més rellevants a fi de contestar les preguntes clíniques de la guia, tot respectant les estratègies de cerca de les revisions sistemàtiques d'interès. Si les estratègies de cerca no estaven disponibles se'n dissenyava una mitjançant la combinació de descriptors i ter-

mes en text lliure per cada pregunta d'interès. Es van usar filtres validats per identificar revisions sistemàtiques i assaigs clínics. Les estratègies de cerca dissenyades estan disponibles a petició al Centre Cochrane Iberoamericà (tsc@cochrane.es). En aquesta fase es van consultar les bases de dades electròniques següents:

- The Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL) (The Cochrane Library)
- MEDLINE (accés mitjançant PubMed)
- EMBASE (accés mitjançant Ovid)
- PsycINFO (accés mitjançant Ovid)

Tot i que no es van establir filtres lingüístics a les cerques, es van considerar estudis publicats principalment en anglès, espanyol i francès. Les cerques de la literatura es van dur a terme fins a l'octubre del 2008, però es va fer un seguiment continu de revistes d'impacte durant tot el procés d'elaboració de la guia. La darrera cerca bibliogràfica es va dur a terme durant el mes de juny de 2010.

5. FORMULACIÓ DE LES RECOMANACIONS MITJANÇANT EL SISTEMA GRADE

Per cada pregunta es van avaluar críticament els estudis identificats en la cerca que complien els criteris d'inclusió a fi de conèixer les possibles fonts de biaix. De cada pregunta se'n va fer una síntesi de la literatura que resumia les revisions sistemàtiques identificades i els estudis més rellevants apareguts després de la data de cerca de les revisions. Es van descriure les característiques principals d'aquests estudis en unes taules de resum que es recullen a l'annex 1. Quan s'identificaven estudis que actualitzaven les revisions sistemàtiques de més interès s'intentava analitzar-ne els resultats en metanàlisi amb el programa de distribució lliure Review Manager (RevMan 2008).

En el moment de formular recomanacions per a una guia de pràctica clínica, el grup de treball s'ha de plantejar fins a quin punt es pot confiar que es produeixin més beneficis que danys a posar-les en pràctica. La decisió no és senzilla, ja que hi influeixen múltiples factors. Els nombrosos sistemes de formulació de recomanacions han diferenciat nivells d'evidència (adequació dels diferents dissenys d'estudi per contestar d'una manera vàlida les preguntes formulades) de graus de recomanació. Amb l'evolució que han experimentat aquests sistemes s'han anat incorporant factors més enllà dels relacionats amb el disseny dels estudis.

Per a aquesta guia de pràctica clínica s'han seguit les directrius del grup de treball GRADE amb l'objectiu de classificar la qualitat de l'evidència i graduar la força de les recomanacions, ja que es considera que ofereix avantatges respecte a la resta de sistemes. D'una banda, és un sistema que planteja una metodologia que pretén ser explícita i transparent en el seu procés, ja que en facilita l'ús als grups de treball i supera els

inconvenients de la resta de sistema, atès que, per exemple, no basa exclusivament la classificació de la qualitat de l'evidència en el disseny dels estudis (Schunemann 2006, Guyatt 2008a, Guyatt 2008b). Les principals etapes en el desenvolupament del sistema GRADE es comenten a continuació.

5.1. Classificació de la importància relativa de les variables de resultat

En el procés de formulació de les preguntes clíniques de la guia, el grup de treball va establir de manera explícita quines eren les variables de resultat d'interès, i les va classificar segons la seva importància relativa.

En aquest procés de classificació es va arribar a l'acord de la importància relativa de les variables per consens entre els membres del grup de treball, a partir de la puntuació de cadascuna de les variables a l'escala següent:

- D'1 a 3: variables de resultat no important per a la presa de decisions, que no desenvolupen un paper important en la formulació de les recomanacions.
- De 4 a 6: variables de resultat important però no clau per a la presa de decisions.
- De 7 a 9: variables de resultat clau per a la presa de decisions en les quals s'hauria de basar la formulació de les recomanacions.

Seguint aquestes directrius el grup de treball va establir la classificació de variables de resultat per a aquesta guia:

- *Variables clau:* abstinència del consum de cocaïna, freqüència de consum de cocaïna, qualitat de vida (aquesta darrera només per a les preguntes del bloc d'abordatge psicoterapèutic).
- *Variables importants:* continuïtat i compliment amb el tractament, freqüència de consum d'altres substàncies, vinculació amb la xarxa sanitària, comorbiditat psiquiàtrica, efectes adversos, reinserció social.

És imprescindible fer aquesta classificació en el moment en què es formulen les preguntes clíniques per a la guia, i no les determina el volum de literatura científica identificada.

5.2. Avaluació de la qualitat de l'evidència

Quan es considera la literatura científica per a una guia de pràctica clínica s'ha d'avaluar quin grau de validesa tenen els seus resultats, depenent d'una sèrie d'aspectes que determinen el grau de confiança que es pot tenir en l'estimació de l'efecte que reflecteixen els estudis.

Es va avaluar la qualitat de la literatura per cadascuna de les variables d'interès proposades pel grup de treball. El sistema GRADE proposa una sèrie de factors que poden fer disminuir la qualitat dels assaigs clínics (que es consideren de qualitat alta) i altres

factors que poden fer augmentar la qualitat dels estudis observacionals (que es consideren de qualitat baixa). Atès que per a aquesta guia només es va considerar incloure assaigs clínics, a continuació comentem els aspectes que poden contribuir a disminuir-ne la qualitat.

Limitacions en el disseny dels estudis: s'avaluen en els estudis que aporten informació per a les diferents variables les fonts principals de biaix que poden influir en l'estimació de l'efecte en un assaig clínic (com es genera la seqüència d'aleatorització, si aquesta seqüència està encoberta, si hi ha cegament en els estudis, si s'han produït pèrdues importants de pacients que puguin afectar els resultats, l'ús de variables de resultat compostes, o la finalització dels estudis abans de temps per a benefici).

Resultats inconsistents: si es disposa d'estimacions diferents de l'efecte d'un tractament entre diversos estudis sobre el mateix tema es pot sospitar que hi ha diferències raonables entre aquests estudis que no permeten treure conclusions fermes sobre el tractament avaluat. Normalment aquest aspecte s'avalua amb anàlisis d'heterogeneïtat o de variabilitat dels resultats. Aquesta variabilitat pot ser deguda a diferències entre els estudis disponibles en els participants (efecte moderat d'un fàrmac en els pacients més greus), les intervencions (diferents dosis d'un fàrmac en diferents estudis), o en la variable de resultat (mesures amb diferents escales de l'ansietat).

Absència de literatura científica directa: es dóna quan no es disposa de comparacions directes entre dos tractaments (comparació de cadascun dels tractaments amb placebo però no entre ambdós), o quan es fan extrapolacions dels resultats d'un estudi que ha avaluat intervencions diferents a la d'interès (disposar d'estudis sobre modalitat de psicoteràpia prolongades per contestar preguntes sobre modalitats breus o estratègiques). De la mateixa manera pot ser freqüent que les poblacions dels estudis avaluats siguin diferents de les d'un context local (vies de consum de la cocaïna molt diferents de les de la realitat del nostre entorn) que redueix la validesa externa dels resultats d'aquests estudis.

Imprecisió: quan es disposa d'estudis que inclouen pocs pacients i els resultats mostren pocs esdeveniments d'interès, els seus intervals de confiança seran força amplis. Les conclusions que puguem treure a partir d'aquests resultats seran poc fiables i per tant la qualitat de l'evidència per a aquesta variable es pot considerar de menys qualitat.

Segons com cobreixin aquests aspectes els estudis que aporten resultats per a les diferents variables de resultat considerades, la qualitat de l'evidència es qualificarà d'alta, moderada, baixa o molt baixa. Es comença considerant que la qualitat és alta per a una determinada variable i es baixa una categoria si es detecten problemes en qualsevol dels aspectes esmentats. El procés per determinar aquesta classificació es registra en unes taules de resum recollides a l'annex 2. La classificació final de l'evidència sempre ve determinada per la qualitat més baixa entre totes les variables clau considerades per formular una recomanació.

5.3. Graduació de la força de la recomanació

El sistema GRADE proposa un sistema senzill per graduar la força de les recomanacions segons si són fortes o dèbils. Es formula una recomanació forta a favor d'una intervenció quan es confia que els efectes beneficiosos en superen els danys, o al contrari, es formula una recomanació forta en contra d'una intervenció quan els beneficis no superen els efectes adversos. Les formulacions dèbils, tant a favor com en contra d'una intervenció, es formulen quan no es disposa de suficients proves científiques sobre els efectes d'una intervenció.

Quan es formulen recomanacions s'han tingut en compte els factors següents:

Balanç entre els beneficis i els riscs: com més gran és la diferència entre beneficis i riscs d'una intervenció, més probable és formular una recomanació forta.

Qualitat de l'evidència científica: com s'ha comentat, el grau de certesa sobre l'estimació de l'efecte d'una intervenció està determinat per una sèrie de factors que condicionen la confiança que es pot tenir en els seus possibles efectes. Si la qualitat de l'evidència és baixa, per molt gran que sigui la magnitud de l'efecte d'una intervenció la confiança disminueix i amb ella la força amb la qual es gradua la recomanació.

Valors i preferències dels pacients: els professionals sanitaris, els pacients i la societat haurien de veure reflectides les seves preferències i valors a l'hora de formular recomanacions. El fet que es disposi d'algun tractament amb beneficis grans que puguin provocar grans molèsties als pacients o fàrmacs amb un compliment baix haurien de modular la força d'una recomanació.

Costs: la disponibilitat de recursos, la variabilitat en el temps i l'accessibilitat en determinades àrees geogràfiques poden modificar la manera de gradual una recomanació.

6. FORMULACIÓ DE LES RECOMANACIONS MITJANÇANT UN PROCÉS DE CONSENS

En el procés de revisió externa del text d'aquesta guia, els experts van expressar la seva preocupació per la manca d'aplicabilitat de moltes de les recomanacions basades en la literatura científica, i van incidir en la necessitat que s'incorporessin una sèrie de recomanacions que recolzessin i reflectissin la realitat de la pràctica clínica diària en el nostre entorn.

Per aquest motiu, la Subdirecció General de Drogodependències va decidir desenvolupar una sèrie de recomanacions basades en el consens que, a partir d'un procés Delphi modificat, pogués contribuir a donar resposta als suggeriments esmentats. Per formar el grup de treball per desenvolupar les recomanacions basades en el consens, es va decidir implicar tots els membres del grup de treball original de la guia, a més dels experts que van participar en el procés de revisió externa i altres als que no es va poder implicar en la primera fase d'elaboració.

Es va sol·licitar als 25 components del grup de treball que proposessin recomanacions o directrius per complementar les recomanacions basades en la literatura científica en un procés obert. A partir d'aquestes aportacions, es va construir un qüestionari amb 24 enunciats en quatre blocs temàtics:

- Detecció i tractament del pacient amb dependència.
- Situacions especials (en joves i en dones embarassades).
- Reducció de danys per pacients consumidors.
- Informació, educació i comunicació.

Amb aquest qüestionari es va iniciar un procés Delphi a partir de dues rondes de resposta anònima i electrònica, en les quals es demanava als membres del grup de treball el seu grau d'acord amb algun dels enunciats del qüestionari o les preferències sobre una sèrie d'alternatives a partir de la seva rellevança relativa. La primera ronda va servir per determinar els aspectes on hi havia un consens més alt, mentre que la segona ronda es va destinar a discriminar el consens en els aspectes que no havien quedat clars en la ronda anterior.

En la formulació de les recomanacions derivades del procés de consens es va articular un enunciat que contribuís a donar més rellevància als aspectes que havien obtingut més acord en la primera administració del qüestionari. Els aspectes que van obtenir més consens en la segona ronda, es van afegir com a alternatives als aspectes derivats de la primera fase. Totes les recomanacions basades en el consens van acompanyades d'un símbol: ✔

A l'annex 3 hi ha l'informe sobre el procés d'elaboració de les recomanacions basades en el consens (descripció i resultat del procés Delphi).

7. REVISIÓ EXTERNA

La revisió externa del text d'aquesta guia es va demanar a un grup multidisciplinari d'experts i de societats científiques. La versió final la va revisar i aprovar el grup de treball.

8. ACTUALITZACIÓ

La literatura científica disponible recomana actualitzar les recomanacions d'una guia de pràctica clínica cada tres anys (Shekelle 2001). Aquest període de temps es pren com a referència per a aquesta guia. Si en vista del volum de literatura apareguda es considera necessari fer-ho abans, es faria en suport electrònic.

Síntesi de la literatura científica i recomanacions sobre el tractament de la dependència de la cocaïna

1. PREGUNTES QUE RESPON LA GUIA I RESUM DE RECOMANACIONS

1.1. Preguntes que respon la guia

Indicadors d'urgències per cocaïna

- Quins són els indicadors d'urgències hospitalàries relacionades amb el consum de cocaïna?
- Quins són els indicadors de mortalitat relacionats amb reaccions adverses o intoxicacions de cocaïna?
- Quin és el perfil toxicològic i clínic dels pacients atesos a urgències per consum de cocaïna?

Abordatge farmacològic de la dependència de la cocaïna

- La teràpia amb agonistes dopaminèrgics, és eficaç en el tractament de persones amb dependència de la cocaïna?
- La teràpia amb antidepressius, és eficaç en el tractament de persones amb dependència de la cocaïna?
- La teràpia amb psicoestimulants, és eficaç en el tractament de persones amb dependència de la cocaïna?
- La teràpia amb antipiscòtics, és eficaç en el tractament de persones amb dependència de la cocaïna?
- La teràpia amb anticonvulsius, és eficaç en el tractament de persones amb dependència de la cocaïna?

- La teràpia amb disulfiram, és eficaç en el tractament de persones amb dependència de la cocaïna?
- La teràpia amb naltrexona, és eficaç en el tractament de persones amb dependència de la cocaïna?
- La teràpia amb vacunes, és eficaç en el tractament de la intoxicació per consum de cocaïna o en la prevenció de recaigudes en persones amb dependència de la cocaïna?

Abordatge psicoterapèutic i psicoeducatiu de la dependència de la cocaïna

- Els programes de reforçament comunitari i maneig de contingències, són eficaços en el tractament de persones amb dependència de la cocaïna?
- La intervenció en prevenció de recaigudes, és eficaç en el tractament de persones amb dependència de la cocaïna?
- L'entrevista motivacional, és eficaç en el tractament de persones amb dependència de la cocaïna?
- La teràpia cognitivoconductual, és eficaç en el tractament de persones amb dependència de la cocaïna?
- L'exposició a estímuls inductors al desig de consumir, és eficaç en el tractament de persones amb dependència de la cocaïna?
- La psicoteràpia d'enfocament dinàmic i psicoanalític, és eficaç en el tractament de persones amb dependència de la cocaïna?
- Les intervencions d'autoajuda, són eficaces en el tractament de persones amb dependència de la cocaïna?

Programes residencials i maneig de casos

- Els programes residencials i comunitaris són eficaços en el tractament de persones amb dependència de la cocaïna?
- El maneig de casos és eficaç en el tractament de persones amb dependència de la cocaïna?
-

Altres tipus de tractament complementaris

- L'acupuntura és eficaç en el tractament de persones amb dependència de la cocaïna?
- La ibogaïna és eficaç en el tractament de persones amb dependència de la cocaïna?

1.2. Resum de les recomanacions

PERFIL TOXICOLÒGIC I CLÍNIC DELS PACIENTS ATESOS A URGÈNCIES PER CONSUM DE COCAÏNA, I DETECCIÓ I TRACTAMENT DEL PACIENT AMB DEPENDÈNCIA

Recomanació dèbil	Es recomana afegir en el triatge dels pacients preguntes que valorin el consum de cocaïna davant la presència de casos d'ansietat o agitació, dolors toràcics o palpitacions. Les proves de tòxics haurien de comprovar la presència de cocaïna.
Recomanació dèbil	En els pacients en què es detecti la presència de cocaïna es recomana oferir informació relacionada amb els riscos de consumir-la i els seus efectes sobre la salut i l'entorn. A més, s'hauria d'oferir informació sobre les alternatives de tractament disponibles a la xarxa sanitària.
✔	En la detecció i el tractament del pacient amb dependència de la cocaïna es recomana implicar els centres d'atenció i seguiment de les drogodependències. Addicionalment, es podria considerar implicar els centres de salut mental d'adults, i les unitats d'urgències i les d'aguts.
✔	Es podria considerar que el personal mèdic i d'infermeria dels serveis d'urgències hospitalàries rebi formació bàsica en detecció precoç i consell breu.
✔	Es recomana que els professionals sanitaris dels centres de salut mental rebin formació específica sobre la dependència de la cocaïna i la patologia relacionada amb el consum d'aquesta substància.
✔	Es recomana que els programes específics ambulatoris per a l'atenció de pacients amb dependència de la cocaïna garanteixin l'accés immediat al dispositiu per oferir als pacients una atenció intensiva (visites psicològiques individuals i psicoteràpia grupal setmanals).
✔	Els programes ambulatoris haurien d'incloure com un dels component principals una intervenció d'infermeria en un format d'intervenció breu d'una a tres vegades per setmana amb l'objectiu de reforçar la intervenció psicològica, supervisar l'administració de fàrmacs i monitorar el manteniment de l'abstinència mitjançant anàlisis d'orina.

ABORDATGE FARMACOLÒGIC DE LA DEPENDÈNCIA DE LA COCAÏNA

Agonistes dopaminèrgics

Recomanació dèbil	En persones amb dependència de la cocaïna no es recomana l'ús d'agonistes dopaminèrgics per reduir-ne el consum.

Antidepressius

Recomanació dèbil	En pacients amb dependència de la cocaïna que no tenen un diagnòstic de depressió no es recomana l'ús d'inhibidors selectius de la recaptació de serotonina per reduir-ne el consum.
Recomanació dèbil	En pacients amb dependència de la cocaïna que no tenen un diagnòstic de depressió es pot considerar l'ús d'altres antidepressius, tot i que l'antidepressiu que ha mostrat un efecte millor, la desipramina, no està disponible actualment.
Recomanació dèbil	En pacients amb dependència de la cocaïna i un diagnòstic de depressió es recomana mantenir el tractament antidepressiu indicat per a la patologia psiquiàtrica.

Psicoestimulants

Recomanació forta	En persones amb dependència de la cocaïna no es recomana l'ús d'estimulants del SNC per reduir-ne el consum.

Antipsicòtics

Recomanació dèbil	L'ús d'antipsicòtics en pacients amb dependència de la cocaïna, en aquells casos en què no hi hagi una comorbiditat psiquiàtrica que ho justifiqui, només s'entén en el context de nous assaigs clínics.
Recomanació dèbil	En pacients amb una patologia psiquiàtrica comòrbida a la dependència de la cocaïna es recomana l'ús d'antipsicòtics. En aquests pacients hi ha més experiència amb la risperidona i l'olanzapina.

Anticonvulsius

Recomanació dèbil	En persones amb dependència de la cocaïna no es recomana l'ús d'anticonvulsius per reduir-ne el consum.

Disulfiram

Recomanació dèbil	En persones amb dependència de la cocaïna es recomana l'ús de disulfiram, ja que pot augmentar-ne l'abstinència i reduir-ne el consum.
Recomanació forta	En persones amb dependència de la cocaïna i l'alcohol es recomana l'ús de disulfiram per reduir-ne el consum.
Recomanació forta	L'administració de disulfiram només s'ha d'iniciar després d'haver comprovat que no s'està consumint alcohol i que no hi ha un quadre d'abstinència. A més, és molt important instruir els pacients sobre els ris-

	cos de consumir alcohol durant el tractament, i comprovar que el pacient està motivat per no fer-ho.
Naltrexona	
Recomanació dèbil	En persones amb dependència de la cocaïna no es recomana l'ús de naltrexona per reduir-ne el consum.
Vacunes	
Recomanació dèbil	En persones amb dependència de la cocaïna no es recomana l'ús de la vacuna TA-CD fins que no es disposi de suficients estudis per conèixer-ne els possibles efectes.
Abordatge farmacològic en dones embarassades amb dependència de la cocaïna	
Recomanació dèbil	En dones embarassades amb dependència de la cocaïna no es recomana l'ús de fàrmacs amb l'objectiu de reduir-ne el consum.
Recomanació dèbil	En el cas que hi hagi símptomes d'intoxicació per cocaïna en una dona embarassada se li pot administrar un tractament amb benzodiazepines durant un període limitat de temps.
	✔ Es recomana que en les dones embarassades es coordini l'atenció de la seva dependència amb els serveis prenatals en el tractament de l'addicció.
	✔ En el cas de les dones que rebin atenció per al tractament de la seva addició, caldria considerar l'abordatge psicològic intensiu tant a nivell individual com grupal, i enfocar-lo en la seva situació familiar i social.
Abordatge de pacients en tractament de manteniment amb agonistes opiacis amb dependència de la cocaïna	
Recomanació forta	En pacients en tractament de manteniment amb agonistes opiacis amb dependència de la cocaïna es recomana intensificar els controls per detectar el consum de cocaïna i, si la dosi de metadona fos baixa, augmentar-la perquè el consum no interfereixi en el curs del tractament de manteniment.
Recomanació forta	En pacients en tractament de manteniment amb agonistes opiacis amb dependència de la cocaïna, si es planteja un tractament farmacològic per reduir el consum de cocaïna cal evitar fàrmacs que interaccionin amb la metadona.
	✔ En pacients amb dependència de la cocaïna i els opiacis, es recomana facilitar l'accés a programes de manteniment amb metadona amb una òptica inicial de reducció de danys i oferir posteriorment l'entrada a un programa terapèutic.
	✔ Addicionalment, als pacients que segueixin un programa de manteniment amb metadona, se'ls hauria de facilitar l'accés a programes de formació prelaborals, ocupacionals i d'inserció social.

ABORDATGE PSICOTERAPÈUTIC I PSICOEDUCATIU DE LA DEPENDÈNCIA DE LA COCAÏNA

Reforç comunitari i maneig de contingències reforçat amb intercanvi de vals

Recomanació forta	Es recomana que els pacients amb dependència de la cocaïna puguin entrar en programes de reforçament comunitari i maneig de contingències.
Recomanació dèbil	En dones embarassades amb dependència de la cocaïna se suggereix incloure-les en programes de reforçament comunitari i maneig de contingències, almenys fins al moment del part.
✔	Es recomana incloure els adolescents amb dependència a la cocaïna en el Programa d'atenció a adolescents del Pla director de salut mental i addiccions.
✔	Es recomana que el Programa d'atenció a adolescents inclogui un enfocament familiar.

Intervenció en prevenció de recaigudes

Recomanació dèbil	En persones amb dependència de la cocaïna no es recomana la intervenció en prevenció de recaigudes per reduir-ne el consum, tot i que grups molt seleccionats de pacients se'n podrien beneficiar per millorar la seva situació en l'abstinència, amb graus psicopatològics o d'addicció greus.

Entrevista motivacional

Recomanació dèbil	En persones amb dependència de la cocaïna no es recomana una intervenció amb entrevista motivacional per reduir-ne el consum.

Teràpia cognitivoconductual

Recomanació dèbil	En persones amb dependència de la cocaïna només es recomana la teràpia amb un enfocament cognitivoconductual en pacients amb bons nivells de cognició i una certa motivació pel canvi.

Exposició a estímuls inductors del desig de consum

Recomanació forta	No es recomana l'exposició a estímuls inductors del desig de consum de cocaïna com a alternativa de tractament.

Psicoteràpia d'enfocament dinàmic i psicoanalític

Recomanació dèbil	En persones amb dependència de la cocaïna no es recomana la psicoteràpia amb un enfocament dinàmic per reduir-ne el consum.

Intervencions d'autoajuda

Recomanació dèbil	En persones amb dependència de la cocaïna no es recomana una intervenció amb un enfocament de dotze passos per reduir-ne el consum.

REDUCCIÓ DE DANYS EN LA DEPENDÈNCIA DE LA COCAÏNA

	✔ Es recomana fomentar l'establiment d'acords amb centres sociosanitaris, de cures pal·liatives, perquè hi hagi llits especials per als consumidors de drogues il·legals en situació terminal o amb gran deteriorament.
	✔ Es recomana habilitar espais en els CAS perquè exerceixin funcions de centre de dia (amb un abordatge intensiu d'assistència diària en què es desenvolupin activitats terapèutiques i d'inserció social).
	✔ Per a les persones que necessitin espais de convalescència de les substàncies i del seu entorn social, caldria considerar la creació de serveis d'emergència social (centres de crisi) i espais educatius (comunitats terapèutiques) de fàcil accés.
	✔ Es recomana que les sales de venipunció i de consum sense riscos disposin d'un protocol d'actuació farmacològic i de comportament davant del trastorn psiquiàtric i d'agitació psicomotriu en els minuts següents al consum de cocaïna.
	✔ Es recomana que aquests equipaments es condicionin per generar un espai tranquil, que faciliti la relaxació i la seguretat, tant per als usuaris com per als professionals. A més, aquests espais haurien de disposar d'espais de baixa estimulació sensorial per evitar elements que afavoreixin al·lucinacions visuals i auditives.

PROGRAMES RESIDENCIALS I MANEIG DE CASOS

Recomanació dèbil	En persones amb dependència de la cocaïna amb problemes psiquiàtrics associats o un cert risc d'exclusió es recomana posar-los en contacte amb comunitats terapèutiques. Tot i això, no es disposa d'informació suficient per saber quina és la millor modalitat.
Recomanació dèbil	Es recomana el maneig de casos només per aquelles persones que, a més d'una dependència de la cocaïna, tinguin un alt risc d'exclusió social.

INFORMACIÓ, EDUCACIÓ I COMUNICACIÓ (IEC)

	✔ Es recomana que els dispositius de reducció de danys proporcionin tallers de formació específics tant per als professionals sanitaris com per als usuaris que s'hi atenen.
	✔ Es recomana que els tallers per als professionals sanitaris incloguin almenys indicacions per a l'abordatge correcte de la intoxicació aguda i de les conductes violentes. Aquests tallers també haurien d'aprofundir en els efectes i els riscs del consum de cocaïna i de les estratègies per minimitzar-los.

	✔ Es recomana que els tallers per als usuaris proporcionin informació sobre el crack i el policonsum i sobre els riscos que se'n deriven. A més, s'hauria d'aprofundir en el foment d'estratègies d'autocontrol del consum i en la provisió d'informació sobre els dispositius associats adreçats als usuaris.

ALTRES TIPUS DE TRACTAMENTS COMPLEMENTARIS

Recomanació dèbil	En pacients amb dependència de la cocaïna no es recomana l'ús de l'acupuntura.
Recomanació dèbil	En pacients amb dependència de la cocaïna es recomana no usar la ibogaïna com a alternativa de tractament.

2. URGÈNCIES PER CONSUM DE COCAÏNA I DETECCIÓ I TRACTAMENT DEL PACIENT AMB DEPENDÈNCIA

Preguntes que cal respondre

- **Quins són els indicadors d'urgències hospitalàries relacionats amb el consum de cocaïna?**
- **Quins són els indicadors de mortalitat relacionats amb reaccions adverses o intoxicacions de cocaïna?**
- **Quin és el perfil toxicològic i clínic dels pacients atesos a urgències per consum de cocaïna?**

2.1. Indicador d'urgències per consum de cocaïna

La proporció d'urgències hospitalàries directament relacionades amb drogues il·legals on es menciona la cocaïna ha anat en augment a Espanya: del 44% l'any 2001 al 49% el 2004 i el 63% el 2005 (Observatorio Español sobre Drogas 2008), i ha experimentat un increment que en el context europeu només ha estat superat pel Regne Unit (EMCDDA 2005).

A Catalunya també s'ha fet palès aquest augment. Les dades de l'Agència de Salut Pública de Barcelona (SIDB 2008) han mostrat un increment percentual en el nombre d'urgències hospitalàries relacionades amb l'ús de drogues il·legals (del 8,7% el 2007, amb una mitjana trimestral de 1.338 urgències ateses). En aquest increment la cocaïna és la substància que hi ha contribuït més, amb un creixement constant des de l'any 2005, i és la droga que més augmenta en ambdós sexes, tot i que les consultes en homes doblen en nombre les de dones. La presència de la cocaïna en les consultes a urgències motivades pel consum de drogues il·legals ha passat del 51% el 2005 al 55% el 2006 i el 56% el 2007.

2.2. Indicador de mortalitat per reacció adversa o intoxicació de cocaïna

La proporció de mortalitat per reacció aguda a la cocaïna ha mostrat un comportament similar a la registrada en les urgències hospitalàries a Espanya, que es va doblar entre els anys 1996 (amb un 3,9%) i 2000 (amb un 6,1%), i que ha continuat amb un creixement molt marcat amb percentatges del 16,4% el 2003 i el 20,6% el 2005 (Observatorio Español sobre Drogas 2008).

L'Agència de Salut Pública de Barcelona (SIDB 2008) ha recollit les dades relacionades amb aquest indicador des de l'any 2005, que mostren aquesta mateixa tendència. Del total de morts atribuïdes a una reacció adversa a una droga es va detectar la presència de cocaïna en el 76% (46/60) dels casos el 2005, en el 50% (43/85) el 2006, i en el 68% (45/66) el 2007. Els casos en què es va detectar una intoxicació exclusivament per co-

caïna es van doblar de l'any 2005 (7 casos) a l'any 2006 o 2007 (13 casos cada any), la qual cosa mostra una tendència en ascens preocupant. En la majoria de casos esmentats es va observar una concentració d'alcohol superior als 0,30 g/l, cosa que suggereix la combinació freqüent que es fa d'alcohol i cocaïna i les seves possibles conseqüències en la metabolització de la cocaïna, ja que dóna pas a la presència de cocaetilena.

2.3. Perfil toxicològic i clínic dels pacients atesos a urgències per consum de cocaïna

Qualitat molt baixa

Recentment han aparegut a la literatura alguns estudis que permeten conèixer les característiques dels pacients que consulten serveis d'urgències per consum de cocaïna (Sanjurjo 2006, López Criado 2007, Galicia 2008, Sopeña 2008). Al primer, es van revisar retrospectivament les històries clíniques de les persones que havien consultat el servei d'urgències de l'Hospital Clínic de Barcelona i referien consum de cocaïna entre els anys 2002 i 2004 (Sanjurjo 2006). Les dades de 745 pacients van mostrar el perfil d'homes (en un 68%) joves (31 anys, de 13 a 61) que feien un ús recreatiu de la cocaïna (en el 90% dels casos), majoritàriament durant el cap de setmana i en la franja horària nocturna (en el 50% dels casos). En aquests pacients el quadre clínic va ser causat per una intoxicació per cocaïna en el 70% dels casos atesos, i en el 60% es va detectar el consum d'altres drogues (alcohol en la majoria de casos, el 38%, tot i que també es van detectar opiacis o cànnabis en el 14%). Cal destacar el motiu de consulta d'aquests pacients: quadres d'ansietat o agitació en el 43% dels casos, seguits de dolor toràcic o palpitacions en el 25%, o quadres neurològics (nivell de consciència disminuïda o convulsions) en el 13%. Un 13% d'aquests pacients va consultar per la preocupació causada pels efectes experimentats amb la cocaïna. En 11 casos (un 7% del total) hi havia una temptativa de suïcidi. L'11% dels pacients van requerir ingrés hospitalari. El mateix equip d'investigadors ha seguit el registre de consultes fins a l'any 2007 i han acumulat dades de 1.775 pacients (Galicia 2008). El perfil d'aquests pacients és pràcticament idèntic al del primer estudi, tot i que es detecta un increment dels casos en els quals també es detecta etanol en la prova de tòxics (fins al 85% dels casos). A partir d'aquest estudi, els autors estimen la incidència global d'urgències per consum de cocaïna en el 0,76% dels pacients mèdics atesos a urgències, el 15% dels pacients atesos per urgències toxicològiques i el 28,6% d'urgències per consum de substàncies. Un estudi sobre drogues d'abús a urgències ha mostrat una incidència similar de pacients amb consum de cocaïna sobre el total de pacients atesos en un servei d'urgències en un hospital universitari a Madrid (López Criado 2007).

En un altre estudi desenvolupat en un hospital universitari gallec (Sopeña 2008) es va revisar la història clínica dels pacients que havien consumit cocaïna i hi havien hagut d'ingressar durant el període comprès entre 1994 i 2005. El perfil dels 170 pacients de l'estudi va ser similar al de l'estudi esmentat anteriorment, amb una majoria d'homes (82%) d'una mitjana d'edat de 33 anys (DE = 11 anys), que eren fumadors (88%) i consumien altres drogues (67%), entre les quals l'alcohol era el més detectat (en el 70% de casos). En aquests pacients la manifestació clínica de la intoxicació va ser més greu

(només s'hi van incloure pacients que requerien ingrés hospitalari) i estava relacionada amb problemes cardiovasculars (endocarditis o infart) en el 15% dels casos, neurològics (convulsions o problemes cerebrovasculars) en el 16%, i pulmonars (pneumònia per aspiració o broncospasme) en el 29%.

Els resultats d'aquests estudis s'han d'interpretar amb precaució pel seu disseny retrospectiu, que hauria pogut perdre informació de pacients dels quals no es van registrar a la història dades relacionades amb el consum de cocaïna, o de pacients que tot i que presentaven un quadre similar als descrits no haurien presentat sospita d'haver consumit la droga. Tot i això, és important tenir en compte aquestes manifestacions clíniques per poder identificar pacients que han consumit cocaïna, per poder-los oferir informació sobre els efectes sobre la salut d'aquesta substància i sobre les alternatives de tractament disponibles. Tenint en compte que la cocaïna té un període de latència entre l'inici del consum i la demanda de tractament que pot arribar als set anys (Sánchez-Niubò 2007), és molt important detectar aquests signes d'alerta per facilitar l'accés dels consumidors a la xarxa sanitària.

El grup de treball va formular una sèrie de recomanacions basades en el consens en aquest apartat.

Resum de la literatura

	La proporció d'urgències hospitalàries relacionades directament amb drogues il·legals en les quals es menciona la cocaïna ha experimentat un augment constant, que arriba a un increment percentual del 8,7% durant el 2007. La cocaïna és la substància que ha contribuït més a aquest increment des de l'any 2005, i és la droga que més augmenta en ambdós sexes. La presència de cocaïna en les consultes a urgències motivades pel consum de drogues il·legals ha arribat al 56% el 2007.
	La proporció de mortalitat per reacció aguda a la cocaïna ha mostrat un comportament similar a les d'urgències hospitalàries. S'ha observat un increment molt important que ha arribat a Espanya al 20,6% el 2005. Dades del 2007 de l'Agència de Salut Pública de Barcelona mostren que en el 68% dels casos de morts atribuïdes a una reacció adversa a una droga es va detectar la presència de cocaïna. En la gran majoria d'aquests casos hi havia una alta concentració d'alcohol.
Qualitat molt baixa	Alguns estudis desenvolupats en hospitals espanyols han perfilat les característiques dels pacients que consulten serveis d'urgències per consum de cocaïna. Els diferents estudis mostren un perfil d'homes joves que esnifen cocaïna i en fan un ús recreatiu, i consulten els serveis d'urgències durant els caps de setmana i fonamentalment a la nit. En el 60% dels casos s'hi detecta el consum d'altres drogues, entre les quals destaca l'alcohol.

Els motius principals de consulta en aquests pacients han estat quadres d'ansietat o agitació, dolors toràcics, palpitacions o hipertensió, o quadres neurològics relacionats principalment (tot i que en menor mesura que la resta de quadres esmentats) amb un nivell de consciència disminuïda.

En els pacients que requereixen un ingrés per intoxicació s'han observat principalment pneumònies per aspiracions, endocarditis i infarts, i convulsions o ictus.

Dades recents han mostrat que les consultes a urgències per consum de cocaïna poden representar fins a un 1% del total dels pacients mèdics atesos a urgències, i arriben al 28% de les urgències per consum de substàncies.

La limitació principal d'aquests estudis recau en el fet que estan basats en estudis retrospectius, exposats a un biaix d'informació ja que no en totes les històries s'haurien enregistrat exhaustivament les dades sobre consum de substàncies. Tot i això, és molt important poder tenir en compte aquestes manifestacions clíniques per identificar els pacients que han consumit cocaïna i oferir-los informació sobre els riscs associats al consum de cocaïna i les alternatives de tractament.

Formulació de la recomanació

Recomanació dèbil	Es recomana afegir en el triatge dels pacients preguntes que valorin el consum de cocaïna en presència de casos d'ansietat o agitació, dolors toràcics o palpitacions. Les proves de tòxics haurien de comprovar la presència de cocaïna.
Recomanació dèbil	En els pacients en què es detecti la presència de cocaïna es recomana oferir informació relacionada amb els riscos de consumir-la i els seus efectes sobre la salut i l'entorn. A més s'hauria d'oferir informació sobre les alternatives de tractament disponibles a la xarxa sanitària.
✔	En la detecció i el tractament del pacient amb dependència de la cocaïna es recomana implicar els centres d'atenció i seguiment de les drogodependències. Addicionalment, es podria considerar implicar els centres de salut mental d'adults, i les unitats d'urgències i les d'aguts.
✔	Es recomana que els professionals sanitaris dels centres de salut mental rebin formació específica sobre la dependència de la cocaïna i la patologia relacionada amb el consum d'aquesta substància.
✔	Es recomana que els programes específics ambulatoris per a l'atenció de pacients amb dependència de la cocaïna garanteixin l'accés immediat al dispositiu per oferir als pacients una atenció intensiva (visites psicològiques individuals i psicoteràpia grupal setmanals). Els programes ambula-

toris haurien d'incloure com un dels components principals una intervenció d'infermeria en un format d'intervenció breu d'una a tres vegades per setmana amb l'objectiu de reforçar la intervenció psicològica, supervisar l'administració de fàrmacs i monitorar el manteniment de l'abstinència mitjançant anàlisis d'orina.

✔ Es podria considerar que el personal mèdic i d'infermeria dels serveis d'urgències hospitalàries rebi formació bàsica en detecció precoç i consell breu.

3. ABORDATGE FARMACOLÒGIC DE LA DEPENDÈNCIA DE LA COCAÏNA

Preguntes que cal respondre

- La teràpia amb agonistes dopaminèrgics és eficaç en el tractament de persones amb dependència de la cocaïna?
- La teràpia amb antidepressius és eficaç en el tractament de persones amb dependència de la cocaïna?
- La teràpia amb psicoestimulants és eficaç en el tractament de persones amb dependència de la cocaïna?
- La teràpia amb antipsicòtics és eficaç en el tractament de persones amb dependència de la cocaïna?
- La teràpia amb anticonvulsius és eficaç en el tractament de persones amb dependència de la cocaïna?
- La teràpia amb disulfiram és eficaç en el tractament de persones amb dependència de la cocaïna?
- La teràpia amb naltrexona, és eficaç en el tractament de persones amb dependència de la cocaïna?
- La teràpia amb vacunes, és eficaç en el tractament de la intoxicació per consum de cocaïna o en la prevenció de recaigudes en persones amb dependència de la cocaïna?

3.1. Agonistes dopaminèrgics

Es va identificar una revisió sistemàtica Cochrane (Soares 2003) que va avaluar els efectes dels agonistes dopaminèrgics següents en persones amb dependència de la cocaïna: amantadina, bromocriptina i pergolida. La revisió va recollir els resultats de disset assaigs clínics aleatoritzats (la majoria amb cegament doble) sense limitacions destacables en el disseny. Tot i això els estudis eren petits i tenien taxes d'abandonament superiors al 50% en gairebé tots els casos.

Els estudis inclosos en aquesta revisió tenien una durada d'entre 10 dies i 16 setmanes, i van incloure fonamentalment homes (el 80% de la mostra en la majoria dels casos) amb un diagnòstic de dependència de la cocaïna seguint criteris DSM i que rebien tractament en règim ambulatori. En la majoria d'estudis els participants tenien una dependència d'altres substàncies, i en cinc estudis (Handelsman 1995, Kolar 1992, Kosten 1992, Pérez de los Cobos 2001, Weddington 1991) es van incloure pacients que rebien un tractament de manteniment amb metadona. Els resultats globals de la revisió no donen suport a l'ús dels agonistes dopaminèrgics en el tractament de la dependència de la cocaïna.

En una altra revisió de la literatura (Lima 2002) s'identifiquen dos assaigs que comparen el mazindol amb el placebo (Margolin 1995, Stine 1995).

Posteriorment a aquesta revisió s'han identificat tres assaigs clínics més amb unes característiques i uns resultats similars als inclosos a la revisió sistemàtica esmentada. Un assaig amb cegament doble (Kampman 2006), de 10 setmanes de durada, va comparar els efectes de l'amantadina amb els del propanolol o el placebo. En un altre assaig amb cegament doble (Gorelick 2006) es van comparar els efectes de la bromocriptina amb els del placebo en un estudi de 24 setmanes. Finalment, en un assaig amb cegament simple amb problemes metodològics considerables (Focchi 2005) es va comparar la pergolida amb un placebo.

Amantadina

Qualitat moderada

L'anàlisi conjunta dels resultats dels assaigs que van comparar l'amantadina amb el placebo no va mostrar una reducció del consum de cocaïna [5 assaigs; RR = 0,93 (de 0,73 a 1,20)], ni de l'abandonament del tractament [4 assaigs; RR = 1,01 (de 0,74 a 1,39)]. Les taxes d'abandonament del tractament en aquests estudis van ser superiors al 50%. Un estudi petit (Shoptaw 2002) va mostrar una taxa d'abandonament menor en els pacients que rebien amantadina a mitjà termini (16 setmanes) però de manera molt marginal [RR = 0,76 (de 0,59 a 0,99)]. Els efectes adversos no es van valorar en els estudis identificats, tret d'un (Giannini 1989), que va mostrar que fins al 20% dels pacients tenien cefalea, diarrea o nàusees, però sense diferències amb el grup de placebo.

A més, en cinc estudis es van comprovar els efectes de l'amantadina en pacients que estaven en un tractament de manteniment amb metadona o tenien un diagnòstic addicional de dependència dels opiacis (Handelsman 1995, Kolar 1992, Kosten 1992, Pérez de los Cobos 2001, Weddington 1991). En aquest grup de pacients l'amantadina tam-

poc va mostrar efectes sobre el consum de cocaïna [3 assaigs; RR = 1,02 (de 0,87 a 1,20)], ni sobre la continuïtat en el tractament [5 assaigs; RR = 1,01 (de 0,84 a 1,46)].

Bromocriptina

Qualitat baixa

Els resultats dels assaigs clínics que han valorat els efectes de la bromocriptina en el tractament de la dependència de la cocaïna (Eiler 1995, Giannini 1989, Gorelick 2006, Handelsman 1997, Kranzler 1992, Moscovitz 1993) són similars als observats amb l'amantadina. En comparar-la amb un placebo, la bromocriptina no disminueix la taxa de consum de cocaïna [2 assaigs; RR = 1,09 (de 0,54 a 2,20)], ni contribueix a una millor continuïtat amb el tractament [4 assaigs; RR = 1,14 (de 0,89 a 1,45)]. Tot i que en els estudis els participants que rebien bromocriptina manifestaven més efectes adversos (principalment cefalees, erupcions cutànies o nàusees) que els que prenien un placebo, la diferència no era rellevant.

Pergolida

Qualitat baixa

Els resultats dels dos assaigs clínics identificats sobre els efectes de la pergolida en la dependència de la cocaïna (Focchi 2005, Malcolm 1997) mostren que tot i que no en disminueix el consum [un assaig; RR = 0,80 (de 0,35 a 1,79)], els participants en els estudis que la rebien abandonaven el tractament en un 21% més en termes absoluts (interval de confiança entre el 9% i el 33%) que els que rebien un placebo [2 assaigs; RR = 1,44 (d'1,15 a 1,85)]. Tot i això cal interpretar aquests resultats tenint en compte que provenen de dos estudis petits, dels quals un (Focchi 2005) té limitacions importants en el disseny.

Mazindol

Qualitat baixa

Els resultats dels dos assaigs clínics identificats sobre els efectes del mazindol en la dependència de la cocaïna (Margolin 1995, Stine 1995) no van mostrar efectes ni en la reducció del consum [2 assaigs; RR = 0,99 (de 0,74 a 1,32)], ni en la continuïtat en el tractament [2 assaigs; RR = 0,82 (de 0,41 a 1,66)].

Resum de la literatura

Qualitat moderada	Els agonistes dopaminèrgics (amantadina, bromocriptina, pergolida, mazindol) no han mostrat tenir un efecte per reduir el consum de cocaïna ni per millorar la continuïtat en el tractament de les persones amb dependència de la cocaïna.
Qualitat baixa	Els estudis que han avaluat els agonistes dopaminèrgics tenen unes taxes d'abandonament molt importants; en els casos de la bromocriptina i la pergolida hi ha mancances metodològiques que fan necessaris més estudis que puguin confirmar les proves científiques disponibles.

Formulació de la recomanació

Recomanació dèbil En persones amb dependència de la cocaïna no es recomana l'ús d'agonistes dopaminèrgics per reduir-ne el consum.

3.2. Antidepressius

S'han identificat dues revisions sistemàtiques que avaluaven l'efecte dels antidepressius en el tractament de la dependència de la cocaïna.

La revisió sistemàtica més actualitzada (Torrens 2005), amb data de cerca de maig del 2004, va avaluar l'efecte dels antidepressius en el tractament de la dependència de diferents substàncies en pacients amb un diagnòstic de depressió o sense, en la reducció del consum de cocaïna mesurada en controls d'orina. La revisió va incloure tretze assaigs amb pacients sense depressió comòrbida, i cinc en els quals es van obtenir les dades sobre els pacients que tenien un diagnòstic de depressió. Els estudis tenien una qualitat metodològica moderada (només s'hi van incloure estudis amb una puntuació en l'escala de Jadad superior a 3), s'havien elaborat a partir de mostres petites [un màxim de 218 en un estudi sobre desipramina (Feingold 2002) amb una durada molt diversa (màxim de dotze setmanes). En tots els estudis els pacients rebien tractaments adjuvants als antidepressius.

Dels estudis que van incloure pacients sense depressió, dos van avaluar els efectes de la fluoxetina (Covi 1995, Grabwoski 1995) i la resta van avaluar els efectes de diferents antidepressius tricíclics: desipramina en vuit assaigs (Tennant 1984, Giannini 1987, O'Brien 1988, Gawin 1989, McElroy 1989, Arndt 1992, Nunes 1995, Feingold 2002), i gepirona (Jenkins 1992), ritanserina (Cornish 2001), i bupropió (Margolin 1995) en un estudi cadascú. En termes generals, i tret d'algunes excepcions comentades més avall, els antidepressius no van mostrar l'eficàcia en el tractament de la dependència de la cocaïna. La revisió també va recollir els resultats de cinc assaigs amb resultats similars que incloïen pacients amb un diagnòstic de depressió: dos amb fluoxetina (Cornelius 1998, Schmitz 2001) i un amb desipramina (González 2003), imipramina (Nunes 1995), i desipramina i amantadina (Ziedonis 1991) cadascun.

S'ha identificat una altra revisió sistemàtica (Lima 2003) amb una data de cerca més antiga que l'anterior (any 2000). S'hi van avaluar els efectes dels antidepressius pel tractament de la dependència de la cocaïna, sense discriminar entre pacients amb comorbiditat depressiva, i es van establir uns criteris d'inclusió més amplis. Aquest fet provoca que els resultats d'aquesta revisió siguin en algun punt diferents de la de Torrens 2005. La revisió va incloure els resultats de divuit assaigs clínics aleatoritzats, la majoria inclosos en l'altra revisió, i va valorar com a variables de resultat principals la reducció del consum de cocaïna i la continuïtat en el tractament.

Posteriorment s'han identificat diversos estudis que han avaluat diferents antidepressius: tres assaigs s'han centrat en els efectes de la venlafaxina en diverses situacions (McDowell 2000, Foltin 2003, Ciraulo 2005), dos assaigs amb cegament doble van

comparar la disipramina (Campbell 2003), un en pacients amb comorbiditat depressiva (McDowell 2005); dos assaigs amb cegament doble van afegir un tractament amb bupropió a tractaments psicoterapèutics i els van comparar amb un placebo (Poling 2006, Shoptaw 2008), i un darrer va avaluar els efectes del citalopram (Moeller 2007).

Qualitat moderada

La revisió de Torrens 2005 va analitzar per separat la reducció del consum de cocaïna en els pacients que rebien fluoxetina i la resta d'antidepressius. Els resultats van mostrar que si bé la fluoxetina no indicava una reducció en el consum de cocaïna [2 assaigs en 120 pacients; OR = 0,50 (de 0,22 a 1,13)], la resta d'antidepressius manifestaven una reducció significativa del consum [7 assaigs en 338 pacients; OR = 1,85 (d'1,06 a 3,22)]. Tot i això, aquests resultats no permeten concloure d'una manera clara quin és l'efecte dels antidepressius sobre aquesta variable, ja que l'anàlisi combina resultats d'estudis força diferents quant a fàrmacs comparats i tipus de pacient, també perquè la durada dels estudis de vegades és insuficient, i perquè mostra uns resultats poc precisos.

Els autors de la revisió comenten els resultats favorables generats en dos treballs amb disipramina (Gawin 1989, Feingold 2002), que es confirmen en una reanàlisi dels resultats dels quatre estudis que avaluaven aquest fàrmac (Tennant 1984, Giannini 1987, Gawin 1989, McElroy 1989). Tot i que els resultats es basen en poques investigacions amb mostres petites, suggereixen que la disipramina redueix el consum de cocaïna [4 assaigs en 119 pacients; OR = 2,60 (d'1,06 a 6,35)], amb una diferència absoluta del 17%. Aquesta anàlisi no inclou, però, els resultats de l'assaig de Feingold 2002, ja que va incloure només pacients que participaven en un programa de manteniment amb metadona. Els resultats d'aquest estudi, en 218 pacients, van mostrar resultats similars, amb una diferència absoluta del 15% en la reducció del consum en els pacients que rebien disipramina comparats amb els que rebien un placebo.

Tot i aquests resultats, la revisió sistemàtica de Lima 2003 mostra unes conclusions lleument diferents —possiblement pels criteris d'inclusió més amplis d'aquesta revisió— atès que no es van diferenciar els estudis fets amb pacients diagnosticats de depressió i els que no n'estaven. L'anàlisi dels assaigs de disipramina mostren una tendència favorable a l'antidepressiu, però que no és significativa i, a més, està afectada per una heterogeneïtat considerable [5 assaigs en 188 pacients; RR = 0,86 (de 0,57 a 1,31)]. A més, cal destacar que la disipramina no està disponible a Catalunya.

Qualitat moderada-baixa

La resta d'antidepressius avaluats no van mostrar diferències significatives en el consum. El bupropió ha mostrat resultats contradictoris quan se n'ha avaluat l'efecte en pacients en manteniment amb metadona, ja que no s'ha indicat una reducció del consum de cocaïna en un primer estudi (Margolin 1995); en canvi, sí que se n'ha reduït del consum mantingut fins a 25 setmanes en un assaig amb cegament doble en el qual es va administrar conjuntament a un programa de contingències i es va comparar amb un placebo (Poling 2006). En un únic assaig amb cegament doble en 70 pacients que rebien tractament ambulatori per dependència de la cocaïna (Shoptaw 2008) el bupropió no va mostrar cap efecte rellevant en comparar-lo amb un placebo.

Els assaigs clínics que han avaluat la venlafaxina són massa petits i heterogenis per poder-ne extreure alguna conclusió ferma. Un assaig amb cegament doble amb 14 pacients en tractament amb manteniment de metadona només va mostrar una millora en variables fisiològiques com el ritme cardíac i la percepció subjectiva dels pacients (Foltin 2003), i en un assaig obert en dues fases la venlafaxina no va mostrar cap diferència en comparar-la amb un placebo (Ciraulo 2005). L'únic assaig de venlafaxina que ha mostrat una reducció en el consum de cocaïna (McDowell 2000) es va portar a terme en 14 pacients amb depressió que van haver d'abandonar un assaig de desipramina per efectes adversos (McDowell 2005).

Qualitat moderada-baixa

A la revisió de Lima 2003 es va valorar l'acceptabilitat del tractament a partir dels pacients que no completaven la seva participació en l'estudi. Per a aquesta variable només es va observar un nombre superior de pacients que completaven el seu tractament en un únic assaig de fluoxetina [Batki 1996, 32 pacients; RR = 0,53 (de 0,32 a 0,88)]. No es van observar diferències en els estudis que avaluaven la desipramina [5 assaigs en 117 pacients; RR = 1,12 (de 0,67 a 1,86)], la gepirona [Jenkins 1992; 41 pacients; RR = 0,86 (de 0,46 a 1,62)], la imipramina (Nunes 1995; 113 pacients; RR = 0,81 (de 0,54 a 1,22)], o la ritanserina [Ehrman 1996; 80 pacients; RR = 0,85 (de 0,43 a 1,66)].

Qualitat baixa

De l'anàlisi dels resultats de tres estudis en pacients amb un diagnòstic de depressió es desprèn que els antidepressius no afavoreixen la reducció del consum [3 assaigs en 151 pacients; OR = 1,29 (de 0,84 a 1,99)], ni mostren millores en la simptomatologia psiquiàtrica [2 assaigs en 137 pacients; OR = 1,67 (de 0,74 a 3,77)]. Cal tenir en compte els resultats d'un assaig clínic recent (Levin 2008) en el qual es mostra com la presència de la depressió comòrbida a la dependència pot ser un factor pronòstic que influeix en el resultat del tractament. Abans d'iniciar un tractament amb venlafaxina els pacients rebien un tractament amb un placebo i es comprovava quins eren abstinents en el moment d'entrar a l'estudi i quins no. Els pacients amb depressió comòrbida que iniciaven el tractament amb venlafaxina i eren abstinents tenien millors resultats que els pacients que no tenien depressió i també havien iniciat el tractament sent abstinents. En canvi, els pacients amb depressió que iniciaven el tractament consumint cocaïna tenien pitjors resultats que els pacients sense depressió que també començaven el tractament consumint.

Qualitat baixa

Resum de la literatura

Qualitat moderada

Una anàlisi global dels resultats dels estudis que han avaluat antidepressius en el tractament de la dependència de la cocaïna palesa que, mentre que la fluoxetina no té un efecte en la reducció del consum, la resta d'antidepressius en conjunt aconsegueix reduir-ne l'ús. Tot i això, en avaluar els diferents antidepressius per separat l'únic que ha mostrat un efecte

	en reduir el consum de cocaïna ha estat la desipramina, que, d'altra banda, no està disponible a Catalunya. Aquests resultats s'haurien d'aclarir en estudis amb mostres àmplies de pacients ben definits. Els antidepressius no han indicat un efecte que afavoreixi la continuïtat en el tractament.
Qualitat baixa	En pacients amb dependència de la cocaïna diagnosticats de depressió, el tractament amb antidepressius no han mostrat reduir-ne el consum.

Formulació de la recomanació

Recomanació dèbil	En pacients amb dependència de la cocaïna que no tenen un diagnòstic de depressió no es recomana l'ús d'inhibidors selectius de la recaptació de serotonina per reduir-ne el consum.
Recomanació dèbil	En pacients amb dependència de la cocaïna que no tenen un diagnòstic de depressió es pot considerar l'ús d'altres antidepressius, tot i que l'antidepressiu que ha mostrat un efecte millor, la desipramina, no està disponible actualment.
Recomanació dèbil	En pacients amb dependència de la cocaïna i un diagnòstic de depressió es recomana mantenir el tractament antidepressiu indicat per a la patologia psiquiàtrica.

3.3. Psicoestimulants

Una revisió sistemàtica (Castells 2007) que incloïa nou assaigs clínics aleatoritzats i dos assaigs clínics aleatoritzats posteriors (Elkashef 2006, Levin 2007) no va indicar que els estimulants del SNC comparats amb un placebo tinguin un benefici en el tractament de persones amb dependència de la cocaïna. Aquests estudis en general tenien bona qualitat, tot i que també tenien mides de mostra petites, o no valoraven l'impacte de cointervencions en els estudis (tots els pacients d'aquests assaigs rebien alguna forma de suport psicoterapèutic com a part del protocol d'estudi). Tot i que es va plantejar una anàlisi de l'impacte d'aquests fàrmacs en pacients amb TDAH, no es va poder dur a terme per l'heterogeneïtat de les dades.

Posteriorment, una revisió sistemàtica (Castells 2010) va incloure setze assaigs clínics aleatoritzats en què es van avaluar set estimulants dels SNS, amb resultats molt similars als de la revisió sistemàtica anterior. Els autors de la revisió van afirmar que els estimulants del SNS no redueixen el consum de cocaïna ni milloren el seguiment del tractament en comparar-los amb placebo.

En conjunt, el tractament amb estimulants no va reduir el consum de cocaïna ni quan es va valorar el percentatge de pacients que presentaven anàlisis d'orina negatives [8 assaigs; RR = 1,41 (de 0,98 a 2,02)], ni quan es va valorar la proporció d'anàlisis d'orina negatives per pacient al llarg dels estudis [7 assaigs; DM = 0,11 (de _0,07 a 0,29)]. Els estimulants del SNS no van millorar la continuïtat del tractament dels participants en els estudis [16 assaigs; RR = 0,97 (de 0,89 a 1,07)]. Els estudis identificats mesuraven el deler (craving) d'una manera molt heterogènia i només un assaig de dexamfetamina (Shearer 2003; N = 30, 3 mesos de seguiment) va mostrar una disminució significativa en aquesta variable favorable al psicoestimulant. Els resultats d'aquest estudi contrastaven amb l'anàlisi conjunta de tres assaigs en què els estimulants del SNS no van mostrar un efecte en aquesta variable [3 assaigs; DM = 0,06 (de - 0,15 a 0,27)].

Qualitat alta

Qualitat baixa

En pacients amb TDAH el metilfenidat no ha mostrat una reducció en el consum de la cocaïna [2 assaigs; RR = 0,96 (de 0,73 a 1,26)], tot i que els assaigs que incloïen pacients amb TDAH no permeten extreure conclusions clares. Els resultats d'un assaig recent amb metilfenidat (Levin 2007) ha mostrat que la presència de TDAH és un factor que cal tenir en compte abans d'iniciar un tractament. En aquest estudi, tal com s'ha comentat en l'apartat d'antidepressius, els pacients rebien un tractament amb un placebo abans de començar la fase activa de l'estudi amb metilfenidat per comprovar quins eren abstinents en el moment d'entrar en l'estudi i quins no. Els pacients amb TDAH comòrbid que iniciaven el tractament amb metilfenidat i eren abstinents tenien millors resultats que els pacients que no tenien TDAH i també havien iniciat el tractament sent abstinents. En canvi, els pacients amb TDAH que iniciaven el tractament consumint cocaïna tenien pitjors resultats que els pacients sense depressió que també començaven el tractament consumint.

Els estimulants es van associar amb una taxa superior d'abandonament de l'estudi per efectes adversos comparats amb un placebo, tot i que els efectes adversos que provocaven aquests abandonaments no es descrivien amb detall [11 assaigs; DR = 0,01 (de _0,02 a 0,03)].

Els resultats derivats de l'anàlisi conjunta de dos assaigs van mostrar que, comparats amb placebo, els estimulants del SNS mostraven resultats favorables quant a l'abstinència sostinguda en pacients amb una dependència de la cocaïna i dels opiacis [2 assaigs; RR = 1,84 (d'1,23 a 2,74)].

Aquests resultats també es van observar en avaluar les diferents classes d'estimulants. La dexamfetamina (5 assaigs), el mazindol (2 assaigs), el modafinil (1 assaig) i la selegilina (1 assaig) no han mostrat diferències en comparar-los amb un placebo en el consum de cocaïna ni la continuïtat del tractament. Entre aquests, el modafinil va donar uns resultats positius tot i que no significatius en un sol assaig petit amb limitacions metodològiques (Dackis 2005) que s'han confirmat en un altre estudi en laboratori (Hart 2008). Aquests resultats s'haurien de corroborar en estudis de més qualitat. Una sèrie de treballs amb limitacions metodològiques serioses mostraven els mateixos resultats pel metilfenidat (3 assaigs).

Qualitat moderada-baixa

Resum de la literatura

Qualitat alta Els estimulants del SNC, avaluats en conjunt o per separat, no són eficaços per reduir el consum de cocaïna ni per millorar la continuïtat en el tractament de les persones amb dependència de la cocaïna.

Formulació de la recomanació

Recomanació forta En persones amb dependència de la cocaïna no es recomana l'ús dels estimulants del SNC per reduir-ne el consum.

3.4. Antipsicòtics

Antipsicòtics en pacients sense diagnòstic d'esquizofrènia

Una revisió sistemàtica recent (Amato 2007) va identificar set assaigs clínics de qualitat moderada amb mostres petites que avaluaven l'eficàcia dels fàrmacs antipsicòtics (risperidona, olanzapina i haloperidol) en el tractament de la dependència de la cocaïna en persones sense diagnòstic d'esquizofrènia. La revisió tenia uns criteris d'inclusió estrictes i va excloure els estudis amb pacients amb simptomatologia esquizofrènica o amb dependència d'altres substàncies. Els treballs es van desenvolupar als EUA, van tenir una durada curta (de 61 dies de mitjana) i incorporaven pacients diagnosticats amb criteris DSM que estaven hospitalitzats o rebien tractament ambulatori. Les dosis de risperidona van oscil·lar entre 1 i 4 mg (Levin 1999, Grabowski 2004, Smelson 2004), els tres estudis d'olanzapina van donar una dosi de 10 mg (Kampman 2003, Reid 2005, Smelson 2006) i els dos assaigs d'haloperidol, dosis de 4 i 10 mg (Berger 1996, Smelson 2006).

Posteriorment a la cerca de la revisió sistemàtica s'han identificat dos assaigs addicionals. En un estudi pilot es va avaluar seguretat de 10 mg d'aripripazole en vuit pacients ingressats amb dependència de la cocaïna (Stoops 2007). D'altra banda, un assaig amb cegament doble de dotze setmanes de durada va comparar la reserpina amb un placebo en 120 pacients amb dependència de la cocaïna (Winhusen 2007). Finalment, una altre assaig amb cegament doble de característiques similars va comparar una dosi de 25 mg setmanals de risperidona intramuscular amb un placebo (Loebl 2008).

Els resultats d'aquests estudis mostren que els antipsicòtics tenen algun efecte en el tractament de la dependència de la cocaïna. Aquestes conclusions s'han d'interpretar en el context de les limitacions dels estudis disponibles (principalment en relació amb les seves mostres petites) i tenint en compte que no recullen variables de resultat rellevants per al pacient.

Qualitat moderada

Els resultats combinats de sis assaigs clínics (amb 358 pacients inclosos) van mostrar que els antipsicòtics en general afavorien la continuïtat amb el tractament, tot i que de manera no significativa [RR = 0,80 (de 0,64 a 1,00)] (Levin 1999, Kampman 2003, Grabowski 2004, Smelson 2004, Winhusen 2007, Loebl 2008). Aquests resultats van ser deguts principalment a l'efecte observat als assaigs de risperidona oral (Levin 1999, Grabowski 2004, Smelson 2004), en els quals es mostra una reducció absoluta del 14% en el nombre d'abandonaments de l'estudi en els pacients que rebien el tractament actiu [3 assaigs; RR = 0,77 (de 0,61 a 0,98)].

Una de les principals limitacions dels estudis disponibles que avaluen antipsicòtics és que no es disposa de dades fiables sobre els efectes que tenen en el consum de cocaïna. Només un estudi que va comparar l'olanzapina amb un placebo no va mostrar diferències significatives entre els grups en la reducció del consum [Reid 2005; RR = 0,94 (de 0,75 a 1,18)].

Els estudis que van avaluar l'haloperidol no van mostrar diferències en comparar-lo amb l'olanzapina (Smelson 2006) o un placebo (Berger 1996).

Antipsicòtics en pacients amb diagnòstic psiquiàtric

S'han identificat nou estudis que avaluen els efectes dels antipsicòtics en la dependència de la cocaïna de pacients diagnosticats d'esquizofrènia (Tsuang 2002, Brown 2003, Green 2002, Smelson 2004, Beresford 2005, Sayers 2005, Smelson 2006, Rubio 2006, Akerele 2007), alguns dels quals han quedat recollits en una altra revisió sistemàtica sobre l'ús d'antipsicòtics en pacients amb esquizofrènia i abús de substàncies (San 2007). Aquests estudis van fer múltiples comparacions entre antipsicòtics, amb mostres que anaven dels 12 als 262 pacients, i durades d'entre 6 setmanes i 6 mesos.

La diversitat de comparacions en els diferents estudis, la durada i la mesura dels resultats fan complicada l'avaluació global d'aquests, però en termes generals s'observa un efecte sobre la simptomatologia psiquiàtrica dels pacients que no es tradueix en millors resultats en el consum de cocaïna.

Qualitat baixa

Dos assaigs amb cegament doble que van comparar l'haloperidol amb l'olanzapina (Sayers 2005, Smelson 2006) no van mostrar diferències en el tractament en la continuïtat del tractament [Smelson 2006; RR = 1,50 (de 0,63 a 3,57)], i només van observar menors nivells de deler en els pacients que rebien haloperidol. Mentre que en un estudi addicional amb aquesta comparació els pacients que van rebre haloperidol van mostrar una millora marginal en el consum (Green 2002), un altre estudi no va mostrar cap diferència entre els dos tractaments (Tsuang 2002).

Un assaig recent amb cegament doble en pacients que consumien cocaïna i marihuana (Akerele 2007) no va mostrar diferències en la continuïtat amb el tractament [RR = 2,00 (de 0,78 a 5,14)] ni en el consum, tot i que es va observar una tendència marginal

favorable a l'olanzapina en comparar-la amb la risperidona a les deu setmanes (Z = _1,77; p = 0,08).

Un assaig clínic espanyol amb pacients dependents de diverses substàncies, tot i no presentar resultats desagregats per al consum de cocaïna, va mostrar un menor percentatge de tests positius d'orina en els pacients que rebien risperidona que els que rebien zuclopentixol (una mitjana de 8,67 contra 10,36, respectivament; p = 0,005), i un 30% més de pacients que rebien risperidona tenien una continuïtat millor del tractament [RR = 1,38 (d'1,14 a 1,68)] (Rubio 2006). Cal tenir en compte que en aquest estudi la via i la dosi administrada eren diferents de les habituals. Les dosis eren el doble de les habituals i eren de llarga duració.

Dos assaigs clínics amb limitacions metodològiques (no tenien cegament i un tenia un disseny encreuat) van mostrar un efecte lleu de la risperidona en comparació dels antipsicòtics convencionals, perquè reduïen el deler davant d'estímuls i les recaigudes (Smelson 2004), i una disminució del deler en vuit pacients a qui se'ls retirava la medicació convencional per administrar-los aripripazole (Beresford 2005).

Resum de la literatura

Qualitat moderada	En pacients sense diagnòstic d'esquizofrènia, l'ús de la risperidona ha mostrat una continuïtat millor amb el tractament, tot i que de forma marginal. La limitació principal dels estudis disponibles és que es basen en mostres molt petites i no valoren variables clau com el consum de cocaïna. És necessari confirmar l'efecte dels antipsicòtics en estudis ben dissenyats que puguin aclarir els resultats indicats pels estudis disponibles.
Qualitat baixa	En pacients diagnosticats d'esquizofrènia, l'haloperidol, en comparar-lo amb l'olanzapina, ha mostrat un efecte lleu en la millora d'algunes variables com el deler, però no en d'altres de resultats més rellevants per al pacient. Tot i que diversos estudis han palesat els efectes de l'olanzapina o la risperidona, és necessari disposar de treballs dissenyats a partir de pacients amb dependència de la cocaïna que pugin confirmar els resultats d'aquests estudis amb mostra suficient per permetre conclusions fermes.

Formulació de la recomanació

Recomanació dèbil	L'ús d'antipsicòtics en pacients amb una dependència de la cocaïna, en aquells casos en què no hi hagi cap comorbiditat psiquiàtrica que ho justifiqui, només s'entén en el context de nous assaigs clínics.
Recomanació dèbil	En pacients amb una patologia psiquiàtrica comòrbida a la dependència de la cocaïna es recomana l'ús d'antipsicòtics. En aquests pacients hi ha més experiència amb la risperidona i l'olanzapina.

3.5. Anticonvulsius

Una revisió sistemàtica Cochrane (Lima 2002) va avaluar els efectes de la carbamazepina en persones amb dependència de la cocaïna. Una actualització recent d'aquesta revisió (Minozzi 2008) ha ampliat els seus objectius i avalua els anticonvulsius següents: carbamazepina, gabapentina, lamotrigina, fenitoïna, tiagabina, topiramat i valproat. La revisió té una data de cerca recent (març de 2007) i inclou quinze assaigs clínics aleatoritzats, sense limitacions en el disseny, però amb mostres petites. Tots els estudis identificats en aquesta revisió es van desenvolupar als Estats Units, amb participants amb dependència de la cocaïna en règim ambulatori que havien estat diagnosticats seguint els criteris del DSM-IV. Les altres característiques dels participants eren més heterogènies, tot i que en general la majoria eren homes (prop del 80%) que consumien cocaïna per via intrapulmonar. En termes generals els resultats de la revisió no donen suport a l'ús dels anticonvulsius per al tractament de persones amb dependència de la cocaïna. Un assaig clínic aleatoritzat publicat posteriorment (Winhusen 2007) va avaluar els efectes de la tiagabina comparada amb un placebo, amb uns resultats similars als de la revisió sistemàtica.

Una revisió sistemàtica publicada recentment (Álvarez 2010) va incloure quinze assaig clínics doble cec comparats amb placebo arribant a la mateixa conclusió.

Qualitat moderada

Una anàlisi conjunta dels resultats dels estudis no va mostrar que els anticonvulsius redueixin el consum de cocaïna en comparar-los amb un placebo quan es van avaluar mesures objectives o autoadministrades d'aquesta variable de resultat [8 assaigs; RR = 1,01 (de 0,89 a 1,15)], o quan es va valorar la proporció de pacients amb una anàlisi d'orina positiva [12 assaigs; RR = 0,95 (de 0,86 a 1,06)]. Els anticonvulsius tampoc van mostrar una reducció en els abandonaments del tractament [12 assaigs; RR= 1,03 (de 0,91 a 1,16)]. La mostra reduïda dels estudis i la seva curta duració no van permetre fer una valoració adequada dels efectes adversos d'aquests fàrmacs, tot i que els resultats recollits en els diferents estudis no van mostrar diferències en aquesta variable [12 assaigs; RR = 1,40 (de 0,88 a 2,21)].

Els anticonvulsius tampoc van mostrar cap diferència significativa en una sèrie de variables de resultat secundàries com el deler, la gravetat de la dependència o l'estat d'ànim, totes valorades amb escales validades.

Qualitat baixa

Quan es van considerar els resultats de cadascun dels anticonvulsius per separat no es van observar diferències rellevants. La carbamazepina (5 assaigs), la tiagabina (3 assaigs), el topiramat, la lamotrigina o el valproat (aquests tres amb un assaig cadascun) no van reduir el consum de cocaïna ni van disminuir el nombre de participants que abandonaven el tractament quan es van comparar amb un placebo. Les úniques diferències significatives es van observar amb la gabapentina i la fenitoïna. Dos assaigs de gabapentina van mostrar que hi havia més abandonament en els pacients que

rebien el tractament actiu que els que rebien un placebo, fins a 19 més de cada 100 [2 assaigs; RR = 3,56 (d'1,07 a 11,82)]. La fenitoïna va mostrar un increment molt important d'efectes adversos comparada amb un placebo (31 pacients més de cada 100 que reben fenitoïna poden experimentar un efecte advers; 2 assaigs; RR = 2,12 (d'1,08 a 4,17)]. A l'hora d'interpretar aquests resultats cal tenir en compte que es basen en estudis que, tot i que estan lliures de biaixos importants, són petits i per tant ofereixen resultats molt poc precisos, que només es podrien confirmar amb més estudis amb dimensions de la mostra suficients per evidenciar aquestes diferències.

Resum de la literatura

Qualitat moderada Els anticonvulsius, avaluats en conjunt o per separat, no són eficaços per reduir el consum de cocaïna ni per millorar la continuïtat en el tractament de les persones amb dependència de la cocaïna.

Aquests resultats s'haurien de contrastar amb futurs estudis que permetessin confirmar aquestes diferències.

Formulació de la recomanació

Recomanació dèbil En persones amb dependència de la cocaïna no es recomana l'ús d'anticonvulsius per reduir-ne el consum.

3.6. Disulfiram

Una revisió narrativa sobre l'ús del disulfiram per al tractament de la dependència de l'alcohol i la cocaïna (Malcolm 2008) va identificar sis assaigs clínics (Carroll 1993, Carroll 1998, Carroll 2004, George 2000, Petrakis 2000, Pettinati 2008). Els resultats d'aquests estudis estan recollits en una revisió sistemàtica recent (Pani 2010). Els assaigs tenien una durada de dotze setmanes i incloïen una mitjana de 90 pacients (entre 20 i 208). Quatre estudis van comparar el disulfiram enfront del placebo, tres ho van fer amb naltrexona i dos estudis van comparar l'efecte d'afegir disulfiram a un programa psicoterapèutic només amb el progarma psicoterapèutic.

Des del punt de vista metodològic, tenien un risc de biaix moderat i es definien com a estudis amb cegament doble tret de tres dels estudis (Carroll 1993, Carroll 1998, Grassi 2007).

Els pacients inclosos en els estudis rebien tractament ambulatori per dependència de la cocaïna i majoritàriament eren homes (fins al 70%) joves (entre 30 i 40 anys). En quatre assaigs els pacients també tenien una dependència de l'alcohol (Carroll 1993, Carroll 1998, Carroll 2004, Pettinati 2008), mentre que dos més (George 2000, Petrakis 2000) els pacients rebien un tractament de manteniment amb metadona o buprenorfina per

una dependència d'opiacis. En dos estudis (Carroll 2004, Pettinati 2008) els participants s'incorporaven després d'una desintoxicació de l'alcohol, mentre que un dels assaigs (George 2000) excloïa els pacients amb dependència de l'alcohol.

En tots els estudis es va avaluar una dosi de 250 mg de disulfiram, que es va comparar amb un placebo (George 2000, Petrakis 2000, Pettinati 2008), amb naltrexona (Carroll 1993) o amb teràpia conitivoconductal (Carroll 1998, Carroll 2004).

Qualitat baixa

Tot i que les diferències entre els estudis identificats no permeten treure conclusions fermes sobre els efectes del disulfiram en la dependència de la cocaïna, alguns dels resultats dels estudis per separat mostren un efecte marginal d'aquest fàrmac. Un estudi (Petrakis 2000) no va mostrar un efecte del disulfiram comparat amb placebo en el consum de cocaïna al final de l'estudi ni en la freqüència de consum de la substància, tot i que es va observar una tendència temporal en la menor freqüència de consum favorable al disulfiram. Un estudi posterior va mostrar que el disulfiram afavoria el temps d'abstinència de consum mesurat en setmanes (George 2000); DM = 4,50 (de 2,93 a 6,07).

En els tres estudis que van comparar el disulfiram amb el placebo (George 2000, Petrakis 2000, Pettinati 2008) els pacients que rebien el tractament actiu proporcionaven menys mostres d'orina positives, i es mantenien abstinents durant més temps que els pacients que rebien placebo, i també es mantenien més temps en tractament (fins a dues setmanes; $p < 0,05$). L'anàlisi combinada d'aquests tres estudis no va mostrar diferències significatives en la taxa d'abandonaments del tractament amb disulfiram, que va arribar al 26% [RR = 0,88 (de 055 a 141)]. Finalment, tots els abandonaments que es van produir (30%) a l'estudi de Petrakis 2000 van ser deguts als efectes adversos relacionats amb el disulfiram ($p < 0,01$).

Els dos assaigs que van comparar el disulfiram amb psicoteràpia van tenir resultats similars. Els pacients que rebien disulfiram es mantenien més temps abstinents (8,4 contra 5,8 setmanes a Carroll 1998; $p < 0,05$) o tenien tendència a abandonar el consum de cocaïna (correlació medicació per temps = _2,82 a Carroll 2004; $p < 0,01$). L'anàlisi combinada d'aquests estudis mostra una abstinència mantinguda en el temps dels pacients que van rebre disulfiram (DM = 2,10 (de 0,69 a 3,51). La intervenció no va tenir un efecte rellevant en la continuïtat del tractament, ni es van observar diferències entre el grups quant a efectes adversos. El més comú va ser la cefalea, que es va donar en un terç dels participants.

Tres estudis que van comparar el disulfiram amb la naltrexona no van mostrar una diferència entre els tractaments en el percentatge de pacients que es mantenien en tractament (Carroll 1993, Grassi 2007, Pettinati 2008), però els resultats d'un dels estudis (Carrol 1992) va mostrar que pacients que van rebre disulfiram van mostrar un percentatge menor d'anàlisi d'orina positives (DM = _23,50 (de _26,58 a _20,46).

Qualitat alta

Independentment dels resultats esmentats, és molt important tenir en compte que el disulfiram s'utilitza per al tractament de la dependència de l'alcohol per provocar una

reacció alcohol-disulfiram en el cas de la ingesta d'alcohol. Aquesta reacció s'explica per una intoxicació acetaldehídica per la inhibició de l'ALDH (aldehid deshidrogenasa). Aquesta reacció es tradueix en marejos, fogots, cefalees, ofec, dispnea, palpitacions o taquicàrdia.

Si es planteja començar un tractament amb aquesta substància caldrà advertir el pacient, abans d'iniciar-se'n l'administració, del risc de consumir alcohol.

L'educació en aquests aspectes és cabdal, així com explorar la motivació dels pacients per no consumir alcohol. S'ha de comprovar abans d'iniciar el tractament que el pacient no està bevent en aquells moments, i que no hi ha un quadre d'abstinència.

Resum de la literatura

Qualitat baixa	El disulfiram ha augmentat el temps d'abstinència de cocaïna en comparar-lo amb un placebo i n'ha reduït el consum. Aquests resultats provenen d'estudis amb característiques diferents que comparen l'ús del fàrmac amb un placebo, amb la naltexona o amb psicoteràpia. En dos estudis els participants estaven rebent un tractament de manteniment amb metadona.
Qualitat alta	Les interaccions que produeix el disulfiram en consumir-lo juntament amb altres substàncies, i la reacció que produeix quan es consumeix alcohol, fan que l'educació amb el pacient sigui molt important abans d'iniciar-ne l'administració. També és molt important comprovar que el pacient no està consumint alcohol en el moment d'iniciar el tractament, i que no hi ha un quadre d'abstinència d'alcohol.

Formulació de la recomanació

Recomanació dèbil	En persones amb dependència de la cocaïna es recomana l'ús del disulfiram, ja que pot augmentar-ne l'abstinència i reduir-ne el consum.
Recomanació forta	En persones amb dependència de la cocaïna i d'alcohol es recomana l'ús del disulfiram per reduir-ne el consum.
Recomanació forta	L'administració de disulfiram només s'ha d'iniciar després d'haver comprovat que no s'està consumint alcohol i que no hi ha un quadre d'abstinència. A més, és molt important instruir els pacients sobre els riscos de consumir alcohol durant el tractament, i comprovar que el pacient està motivat per no consumir-ne.

3.7. Naltrexona

S'han identificat cinc assaigs clínics que avaluaven l'ús de la naltrexona en el tractament de la dependència de la cocaïna (Hersch 1998, Schmitz 2001, Schmitz 2004, Pettinati 2008, Pettinati 2008b). Els assaigs tenien una durada d'entre vuit i dotze setmanes, i incloïen una mitjana de 120 pacients (entre 64 i 208). Aquests estudis incorporaven pacients que rebien tractament ambulatori per dependència de la cocaïna i de l'alcohol (Hersch 1998, Schmitz 2004, Pettinati 2008, Pettinati 2008b), tret d'un en el qual els pacients només tenien dependència de la cocaïna (Schmitz 2001). A excepció de dos estudis en els quals la naltrexona es va administrar en el context d'un programa de prevenció de recaigudes (Schmitz 2001, Schmitz 2004), en la resta es va comparar amb un placebo. Tot i que metodològicament els assaigs tenien un risc de biaix moderat, són estudis diferents entre ells ja que s'hi avaluen dosis del fàrmac diferents, en poblacions heterogènies i amb comparacions diverses, cosa que dificulta la comparació dels resultats.

Qualitat baixa

Els assaigs que han comparat la naltrexona amb un placebo han tingut resultats contradictoris. Mentre que dos assaigs no van mostrar diferències en la reducció de l'ús de la cocaïna (Hersch 1998, Pettinati 2008b), un altre estudi va mostrar una diferència entre els resultats d'homes i dones: mentre que en els homes hi havia una petita disminució del consum tant de cocaïna com d'alcohol, en les dones el consum augmentava (Pettinati 2008).

Els dos assaigs que van afegir naltrexona a un programa de prevenció de recaigudes també van mostrar resultats contraposats, ja que si bé en un primer treball es va observar una reducció de l'ús de cocaïna al llarg de l'estudi en el grup de pacients que rebia naltrexona (Schmitz 2001), en una segona anàlisi amb pacients que tenien dependència de la cocaïna i l'alcohol els resultats van ser millors en el grup de pacients del programa de prevenció de recaigudes (Schmitz 2004).

Aquests resultats tan heterogenis en els estudis sobre l'efecte de la naltrexona en el consum de la cocaïna poden ser deguts al fet que no es coneixen quines són les variables que influeixen en aquests resultats.

Resum de la literatura

Qualitat baixa Els estudis que avaluen l'efecte de la naltrexona en la dependència de la cocaïna són molt heterogenis, amb diferents comparacions en poblacions amb diverses característiques. En aquests estudis no s'ha pogut observar un efecte significatiu d'aquest fàrmac.

Formulació de la recomanació

Recomanació dèbil En persones amb dependència de la cocaïna no es recomana l'ús de naltrexona per reduir-ne el consum.

3.8. Vacunes

En els darrers anys s'ha proposat la formulació d'una vacuna per estimular en el sistema immunitari la formació d'uns anticossos molt específics que en unir-se a la cocaïna no li permeten traspassar la barrera hematoencefàlica, cosa que anul·la la possibilitat dels efectes euforitzants de la substància (Kampman 2008, Karila 2008, Karila 2008b). Tot i que els resultats d'aquesta vacuna són prometedors, els estudis disponibles són de fase preclínica, i cal esperar per disposar d'estudis amplis que permetin saber quins poden ser els efectes d'aquest abordatge i la comercialització.

Qualitat molt baixa

En un assaig clínic de fase I, aleatoritzat i amb cegament doble, es van administrar tres dosis diferents de la vacuna TA-CD a 34 pacients amb abús de cocaïna, amb una durada de tres mesos i un seguiment d'un any a la meitat dels participants (Kosten 2002). Els valors d'anticossos van ser concordants amb la dosi de la vacuna rebuda, i en termes generals es va tolerar correctament, amb alguns casos de moviments nerviosos o espasmòdics.

En un assaig obert amb dosi en escala ascendent del mateix grup d'investigadors en divuit pacients amb dependència de la cocaïna (Martell 2005), es van observar millors valors d'anticossos en els pacients que havien rebut 2.000 micrograms de la vacuna en dotze setmanes (a raó de cinc dosis de 400 micrograms durant aquest període), que es mantenien després de sis mesos de seguiment. La vacuna amb la dosi alta, en comparació de la dosi de 400 micrograms, reduïa els efectes euforitzants de la cocaïna i va aconseguir una disminució superior del consum.

Resum de la literatura

Qualitat molt baixa

Encara no es disposen d'estudis clínics suficients per comprovar l'efecte de la vacuna TA-CD. En dos assaigs ha mostrat que millora el nivell d'anticossos i es tolera adequadament. En un assaig clínic una dosi de 2.000 micrograms de la vacuna ha mostrat una reducció dels efectes euforitzants de la cocaïna, amb una petita disminució del consum. No es poden extreure conclusions més fermes fins que no es disposi d'assaigs clínics grans de prou qualitat.

Formulació de la recomanació

Recomanació dèbil

En persones amb dependència de la cocaïna no es recomana l'ús de la vacuna TA-CD fins que no es disposi de suficients estudis per conèixer-ne els possibles efectes.

3.9. Abordatge farmacològic de dones embarassades amb dependència de la cocaïna

A més dels efectes generals de l'abús de la cocaïna, el consum durant l'embaràs pot tenir conseqüències en el curs de la gestació (despreniment de la placenta i prematuritat) i en el desenvolupament del fetus i el nadó (baix pes al naixement, diferents malformacions congènites, infart cerebral, convulsions o disminució del perímetre cranial). Una revisió sistemàtica (Peterson 1995) de 85 estudis observacionals en 3.000 dones va mostrar que tot i que l'11% van consumir drogues il·lícites durant la gestació, el 43% de les anàlisis en les secrecions dels nadons van ser positives a drogues. Els estudis tenien limitacions metodològiques importants. Malgrat aquest aspecte, el consum de drogues durant l'embaràs es va relacionar amb un baix pes al naixement i un menor perímetre cranial. En els infants nascuts d'aquestes mares es van descriure tremolors, irritabilitat, pànics, alteracions alimentàries i en el patró del son.

Qualitat baixa

Una sèrie de cohorts (Singer 2004) van avaluar el desenvolupament intel·lectual dels nadons nascuts de mares que referien consum de drogues durant la gestació. Es va relacionar el consum de cocaïna amb una disminució del rendiment en els tests del llenguatge i de la comprensió auditiva. Les alteracions es van observar al primer i segon any però no als quatre anys.

Tot i això, altres estudis no han relacionat el consum de cocaïna durant l'embaràs amb alteracions prenatals o postnatals d'una manera tan clara. Una revisió sistemàtica amb metanàlisi només va trobar una relació del consum de cocaïna durant la gestació i el despreniment de la placenta o ruptura prematura de membranes (Addis 2001). De manera similar, un altra revisió no va trobar una relació entre el consum de cocaïna i la majoria dels tests de desenvolupament neuropsicològic en infants (Frank 2001).

Per raons ètiques no s'han dut a terme assaigs clínics sobre l'eficàcia de les diferents opcions farmacològiques per a la deshabituació del consum de cocaïna o altres drogues en dones embarassades, i per la mateixa raó no s'espera que se'n facin en el futur. Per tant l'evidència sobre l'eficàcia i la seguretat d'aquestes intervencions és indirecta i ha de ser extrapolada dels estudis en població general. A més, la majoria dels fàrmacs per al tractament de la dependència de la cocaïna poden també ser causa d'alteracions en el curs de l'embaràs o de malformacions fetals en un menor o major grau.

Les benzodiazepines, administrades durant un període limitat de temps, s'han usat per tractar els símptomes derivats de la intoxicació per cocaïna. En les principals classificacions dels fàrmacs segons el seu potencial teratogènic —l'americana (FDA) i l'australiana (ADEC)— les benzodiazepines s'han relacionat amb malformacions o efectes adversos fetals en estudis en humans o amb potencial per causar aquests efectes segons estudis en animals. Tot i així, l'ús en dones embarassades és possible si els beneficis que se n'esperen es preveuen superiors al risc potencial per al fetus o per al nadó.

El grup de treball va formular una sèrie de recomanacions basades en el consens en aquest apartat.

Resum de la literatura

Qualitat baixa	El consum de cocaïna durant l'embaràs pot causar problemes obstètrics, malformacions en el fetus i trastorns del desenvolupament cognitiu del nadó.
Qualitat baixa	L'eficàcia de les diferents intervencions farmacològiques per reduir el consum de cocaïna durant l'embaràs es desconeix i cal referir-se a l'evidència en població general.
Qualitat baixa	Les benzodiazepines, com a tractament dels símptomes derivats de la intoxicació per cocaïna, s'han relacionat amb diverses malformacions o efectes adversos en el fetus.

Formulació de la recomanació

Recomanació dèbil	En dones embarassades amb dependència de la cocaïna no es recomana l'ús de fàrmacs amb l'objectiu de reduir-ne el consum.
Recomanació dèbil	En el cas de símptomes d'intoxicació per cocaïna en dones embarassades, es pot administrar un tractament amb benzodiazepines durant un període limitat de temps.
✔	Es recomana que en les dones embarassades es coordini l'atenció de la seva dependència amb els serveis prenatals en el tractament de l'addicció.
✔	En el cas de les dones que rebin atenció per al tractament de la seva addició, caldria considerar l'abordatge psicològic intensiu tant a nivell individual com grupal, i enfocar-lo en la seva situació familiar i social.

3.10. Abordatge de pacients en tractament de manteniment amb agonistes opiacis amb dependència de la cocaïna

El tractament de manteniment amb agonistes opiacis (fonamentalment amb metadona o buprenorfina) és el tractament d'elecció per al maneig de la dependència d'opiacis. El consum de cocaïna en els pacients en tractament de manteniment amb metadona (TMM) és greu per la seva alta prevalença i la gravetat que això comporta (Òrgan Tècnic de Drogodependències 2005). És molt important concentrar esforços en el consum de cocaïna en els pacients que reben TMM, sobretot en aquells que inicien els programes, ja que s'ha mostrat com una de les variables de pitjor pronòstic que incideixen en el tractament de substitució d'opiacis, no només quant al consum d'opiacis, sinó també quant a les pràctiques de risc o a la delinqüència (Bovasso 2003, Williamson 2006a, Williamson 2006b, Williamson 2007).

Qualitat moderada

A més d'intensificar els controls amb anàlisis d'orina per identificar el consum de cocaïna en els pacients que reben TMM, caldria assegurar que el TMM es fes amb les dosis de metadona adequades perquè el possible consum de cocaïna no interfereixi en el resultat. S'ha identificat una revisió sistemàtica Cochrane (Faggiano 2003) que mostra que les dosis entre 60 i 100 mg diaris són més beneficioses que les dosis més baixes per reduir el consum de cocaïna durant el tractament. Les dosis més baixes s'associen amb un augment del risc que el consum de cocaïna augmenti.

La revisió va incloure tres estudis que avaluaven l'efecte de diferents dosis de metadona sobre el consum de cocaïna. Els resultats d'un primer assaig amb cegament doble en 144 pacients amb dependència d'opiacis (Kosten 1993) va mostrar un nombre superior de consumidors, tot i que no significatiu, entre els pacients que rebien dosis de 65 mg diaris comparats amb els que rebien dosis de 33 mg diaris [69 pacients; DM consum setmanal autodeclarat: 0,80 (de _0,88 a 2,48)]. El petit nombre de pacients considerats en aquest assaig pot fer que els resultats puguin ser deguts a l'atzar.

Dos assaigs clínics amb cegament doble posteriors que van mesurar el nombre de pacients que es mantenien abstinents durant més de tres setmanes (Johnson 2000; Schottenfeld 1997) van mostrar més abstinència entre els pacients amb una dosi superior de metadona [168 pacients; RR = 1,81 (d'1,15 a 2,85)].

Qualitat baixa

Una altra revisió Cochrane no va mostrar diferències entre la metadona i la buprenorfina en la reducció del consum de cocaïna en pacients que reben un tractament de manteniment amb antagonistes opiacis (Mattick 2008).

Aquests resultats s'han confirmat en una revisió sistemàtica recent (Castells 2009), que va incloure 37 assaigs clínics que van mostrar que en el TMM les dosis més altes són més eficaces que les més baixes per aconseguir una reducció mantinguda del consum de l'heroïna [5 assaigs, 456 pacients; RR = 2,24 (d'1,54 a 3,24)], però sense cap impacte sobre el consum de la cocaïna [RR = 1,22 (de 0,85 a 1,75)]. En pacients amb depedència de la cocaïna i dels opiacis, la metadona aconsegueix més percentatge de pacients abstinents que la buprenorfina, tant pel que fa al consum de cocaïna [5 assaigs, 329 pacients; RR = 1,63 (d'1,20 a 2,22)] com d'heroïna [RR = 1,39 (d'1,00 a 1,93)].

Aquest efecte sobre l'abstinència en el consum es va veure reforçat quan el TMM anava acompanyat d'un agonista dopaminèrgic indirecte [5 assaigs, 105 pacients; RR = 1,44 (d'1,05 a 1,98)], o quan es reforçava el programa de TMM amb un programa de contingències [4 assaigs, 263 pacients; RR = 3,11 (d'1,80 a 5,35)].

D'altra banda, no s'ha identificat cap tractament farmacològic eficaç per al tractament de la dependència d'opiacis i de la cocaïna (Òrgan Tècnic de Drogodependències 2005). Caldria plantejar un tractament que combini les intervencions que es considerin més adequades per al tractament de cada pacient, tenint molt en compte que els fàrmacs no han d'interaccionar amb la metadona.

El grup de treball va formular una sèrie de recomanacions basades en el consens en aquest apartat.

Resum de la literatura

Qualitat moderada	En pacients que reben un tractament de manteniment amb agonistes opiacis és molt important concentrar esforços en el consum de cocaïna, ja que el seu consum és una de les variables de pitjor pronòstic per als resultats del tractament de substitució d'opiacis.
Qualitat moderada	S'haurien d'intensificar els controls amb anàlisis d'orina per identificar el consum de cocaïna en els pacients que reben tractament de manteniment amb agonistes opiacis, i s'hauria d'ajustar la dosi del tractament de substitució perquè el possible consum de cocaïna no n'interfereixi en el resultat. Les dosis de metadona entre els 60 i 100 mg diaris són més beneficioses que les dosis més baixes per reduir el consum de cocaïna durant el tractament.
Qualitat baixa	Tot i que no es coneix cap tractament farmacològic eficaç per al tractament de la dependència d'opiacis i de la cocaïna, si es planteja un abordatge farmacològic cal considerar especialment possibles interaccions amb la metadona.

Formulació de la recomanació

Recomanació forta	En pacients en tractament de manteniment amb agonistes opiacis amb dependència de la cocaïna es recomana intensificar els controls per detectar el consum de cocaïna i, si la dosi de metadona fos baixa, augmentar-la perquè el consum no interfereixi en el curs del tractament de manteniment.
Recomanació forta	En pacients en tractament de manteniment amb agonistes opiacis amb dependència de la cocaïna, si es planteja un tractament farmacològic per reduir el consum de cocaïna cal evitar fàrmacs que interaccionin amb la metadona.
	✔ En pacients amb dependència de la cocaïna i dels opiacis, es recomana facilitar l'accés a programes de manteniment amb metadona amb una òptica inicial de reducció de danys i oferir posteriorment l'entrada a un programa terapèutic. ✔ Addicionalment, als pacients que segueixin un programa de manteniment amb metadona, se'ls hauria de facilitar l'accés a programes de formació prelaborals, ocupacionals i d'inserció social.

4. ABORDATGE PSICOTERAPÈUTIC I PSICOEDUCATIU DE LA DEPENDÈNCIA DE LA COCAÏNA

Preguntes que cal respondre

- **Els programes de reforçament comunitari i maneig de contingències, són eficaços en el tractament de persones amb dependència de la cocaïna?**
- **La intervenció en prevenció de recaigudes, és eficaç en el tractament de persones amb dependència de la cocaïna?**
- **L'entrevista motivacional, és eficaç en el tractament de persones amb dependència de la cocaïna?**
- **La teràpia cognitivoconductual, és eficaç en el tractament de persones amb dependència de la cocaïna?**
- **L'exposició a estímuls inductors al desig de consum, és eficaç en el tractament de persones amb dependència de la cocaïna?**
- **La psicoteràpia d'enfocament dinàmic i psicoanalític, és eficaç en el tractament de persones amb dependència de la cocaïna?**
- **Les intervencions d'autoajuda, són eficaces en el tractament de persones amb dependència de la cocaïna?**

S'han identificat diverses revisions sistemàtiques sobre els efectes de les tècniques d'intervenció psicològiques, psicoterapèutiques i psicoeducatives, principalment amb un enfocament cognitivoconductual en el tractament de la dependència de la cocaïna o d'altres substàncies. La majoria d'intervencions recollides en aquestes revisions se centren en propostes terapèutiques derivades de la teràpia cognitivoconductual.

Aquest nombre ampli es justifica per l'heterogeneïtat en la definició de les tècniques avaluades, que s'encavalquen en les revisions sobre tècniques més concretes com és el cas de l'abordatge conductual del reforçament comunitari (Roozen 2004), o el maneig de contingències (Prendergast 2006, Stitzer 2006) i la seva variant amb entrega de vals (Lussier 2006). Les revisions amb un enfocament més ampli ofereixen una perspectiva més àmplia sobre el tema (Knapp 2007, Shearer 2007, Trujols 2007, Dutra 2008).

Totes aquestes revisions sistemàtiques són de molt bona qualitat i simplement es diferencien en les dates de cerca [les més recents, de l'any 2006 (Knapp 2007, Shearer 2007)], i en el seu enfocament més global o concret, com ja s'ha comentat més amunt.

El grup de treball va formular una sèrie de recomanacions basades en el consens en aquest apartat.

4.1. Reforçament comunitari i maneig de contingències

Qualitat moderada

Una metanaàlisi en una revisió sistemàtica sobre programes de maneig de contingències en els pacients amb abús de substàncies (Prendergast 2006) estima que els programes redueixen el consum de cocaïna en un 22% en comparació dels grups de control [8 estudis; DM = 0,66 (de 0,44 a 0,87)]. L'anàlisi combinada en una altra revisió sistemàtica recent (Dutra 2008) mostra uns resultats molt similars sense arribar a la significació estadística [9 estudis; DM = 0,62 (de 0,16 a 1,08)]. Tot i això, els estudis considerats avaluen programes molt diferents entre ells i es comparen amb diferents intervencions, fet que en condiciona la interpretació. Per aquest motiu és més adequat comentar els resultats observats als principals estudis originals.

Les revisions sistemàtiques que han avaluat aquestes tècniques es basen en els treballs del grup de Higgins que van desenvolupar els primers assaigs clínics sobre el tema (Higgins 1993, Higgins 1994, Higgins 2000). En aquests estudis l'enfocament de reforçament comunitari sempre s'ha combinat amb l'administració de reforçadors contingents a les anàlisis negatives d'orina, fet que no permet treure conclusions sobre els efectes dels programes de reforçament comunitari aplicats aïlladament (Roozen 2004), tot i que seria un plantejament excessivament reduccionista pensar en programes d'intervenció que no integrin diferents tècniques.

L'enfocament de reforçament comunitari amb maneig de contingències es va comparar a un abordatge de consell psicològic estàndard en un primer assaig clínic amb cegament simple en 38 pacients amb dependència de la cocaïna de 24 setmanes de durada (Higgins 1993). A la taula 1 es descriu breument amb més detall el programa, del qual hi ha un manual publicat per la NIDA (Budney 1998).

En aquest estudi els pacients del programa de reforçament van abandonar menys el tractament [el 58% contra l'11%; RR = 0,47 (de 0,27 a 0,82)] i van augmentar l'abstinència a les 8 i a les 16 setmanes [RR = 0,61 (de 0,41 a 0,91)].

Reforçament comunitari i maneig de contingències reforçat amb intercanvi de vals

Qualitat moderada

En un segon assaig clínic amb cegament simple de 24 setmanes de durada es van incorporar 40 pacients amb dependència de la cocaïna en un programa de reforçament comunitari amb maneig de contingències o sense (Higgins 1994). Els participants del grup de maneig de contingències rebien vals de manera contingent a les anàlisis negatives d'orina. En aquest estudi els abandonaments van ser molt inferiors en el grup que va rebre maneig de contingències [75% contra 40%; RR = 0,46 (de 0,22 a 0,97)], i van aconseguir una abstinència mantinguda de fins a cinc setmanes superior [DM = 5,70 (4,60 a 6,80)]. Aquest efecte en l'abstinència es mantenia en un estudi amb un any de seguiment (Higgins 2000).

Aquesta tècnica que afegeix incentius en forma de cupons bescanviables a un programa de maneig de contingències ha estat avaluada molt recentment a Espanya en un assaig clínic de dotze setmanes en 43 pacients amb dependència de la cocaïna (Secades-Villa 2007, Secades-Villa 2008). Aquest grup de treball va avaluar el mateix model dels assaigs de Higgins i els va comparar amb pacients que estaven dins del Proyecto Hombre. La diferència principal amb el model original és que els participants en el programa de reforçament comunitari assistien a sessions grupals en comptes d'individuals, per poder abaratir els costos atribuïts a aquests programes. L'assaig no va mostrar diferències en la retenció dels participants en el programa, tot i que els autors afirmen que durant l'assignació dels participants les pèrdues eren superiors en el grup de reforçament comunitari. Tampoc es van observar diferències significatives en el nombre de participants abstinents al final de l'estudi [57% contra 39%; RR = 0,66 (de 0,33 a 1,31)], tot i que es va observar una tendència a les vuit setmanes (71% contra 45%; p = 0,06). Aquests resultats es poden explicar pel reduït nombre de participants en l'estudi. La duració mitjana de l'abstinència va ser superior en el programa de reforçament comunitari (10,5 setmanes contra 7,8 setmanes; p = 0,01).

L'anàlisi conjunta dels quatre assaigs (221 pacients) que han avaluat aquest enfocament de reforçament comunitari i maneig de contingències mostren una reducció del consum de cocaïna, que es manté quan s'afegeixen sistemes d'intercanvi de vals [RR = 0,61 (de 0,44 a 0,84)].

Aquesta reducció en el consum de cocaïna també es va observar en dos assaigs clínics sense cegament en pacients que rebien un tractament de manteniment amb metadona (Silverman 1996, Silverman 1998), en els quals els pacients (47 en total) que rebien els vals de forma contingent a les anàlisis d'orina es mantenien abstinents durant almenys cinc setmanes en el doble de casos que els pacients que només estaven en un programa de reforçament comunitari [2 estudis; RR = 0,51 (de 0,36 a 0,71)].

Finalment, un assaig clínic de qualitat en la comunitat va oferir un programa de contingències amb incentius acumulables i ho va comparar a una teràpia psicològica estàndard en 415 pacients amb dependència de la cocaïna i metaamfetamina reclutats en vuit clíniques ambulatòries (Petry 2005). En aquest estudi els participants en el programa de contingències es van mantenir en tractament durant més temps [DM = 1,10 setmanes (de 0,27 a 1,93)] i van aportar més anàlisis negatives [RR = 0,85 (de 0,80 a 0,92)].

Un programa de contingències amb entrega de vals també ha mostrat una reducció del consum de cocaïna quan se l'ha comparat amb un programa de teràpia cognitivoconductual [RR = 1,66 (d'1,11 a 2,47)] en un assaig clínic obert amb 177 pacients (Rawson 2006).

Una altra revisió sistemàtica recent (Lussier 2006) ha metaanalitzat aquests estudis i ha mostrat un efecte moderat en la reducció del consum de cocaïna favorable als programes d'incentius equivalent a una diferència absoluta entre tractaments del 35% [12 estudis; DM = 0,35 (de 0,27 a 0,43)], i un efecte petit en els estudis que inclouen pacients amb dependència de la cocaïna i dels opiacis [5 estudis; DM = 0,21 (de 0,05 a 0,36)]. En aquesta metanàlisi els factors que tenien més influència sobre la dimensió de l'efecte eren la immediatesa amb la qual s'obtenien els cupons i el valor del cupó per dia, tot i que en menor mesura. Aquest fet s'ha confirmat en un assaig clínic recent que ha comparat dos programes de reforçament comunitari amb cupons de diferent valor en 100 participants, que mostra que el fet d'incrementar el valor dels cupons en la primera fase de tractament afavoreix el temps d'abstinència continuada durant el tractament i és un bon predictor de la disminució total del consum a llarg termini (Higgins 2007).

Aquests resultats s'haurien de confirmar en assaigs amb una mostra més àmplia que permetin validar aquests programes en un context local de forma similar a l'assaig espanyol comentat (Secades-Villa 2007, Secades-Villa 2008).

Reforçament comunitari i maneig de contingències en dones embarassades

Qualitat baixa

Una revisió sistemàtica sobre els efectes de les tècniques d'intervenció psicològiques dins de programes de tractament de dependència de drogues en dones embarassades (Terplan 2007) va incloure estudis on s'avaluaven modalitats de programes de reforçament de contingències, entre els quals només un incorporava únicament dones amb dependència de la cocaïna (Elk 1998).

La revisió comprenia nou assaigs clínics oberts, amb un total de 546 participants. Tres estudis van incloure dones en el segon trimestre de gestació, un estudi en dones en el primer trimestre i a la resta no s'especifica l'edat gestacional.

Dos treballs van valorar resultats obstètrics. En l'estudi de dones amb dependència de la cocaïna (Elk 1998), que va incloure tan sols dotze participants, quatre de les sis dones en el tractament habitual van experimentar un part preterme (abans de les 37 setmanes) i cap de les sis dones del programa de maneig de contingències [RR = 1,25 (de 0,64 a 2,44)]. L'estudi no va indicar diferències en l'estada hospitalària dels nadons entre els dos grups. El seguiment de les visites prenatals va ser superior en les dones en programa de maneig de contingències que no en tractament habitual.

En vuit estudis es va valorar l'ús de drogues. No hi va haver diferències entre la intervenció de maneig de contingències i el tractament habitual en cinc dels estudis, inclòs el desenvolupat en dones amb addicció només a la cocaïna.

Taula 1. Reforçament comunitari i maneig de contingències
(Higgins 1993, Higgins 1994, Secades-Villa 2007)

Reforçament comunitari (Higgins 1993, Higgins 1994)
Dues sessions setmanals d'una hora en les dotze primeres setmanes de l'estudi, i una sessió setmanal en les dotze posteriors. Les sessions implicaven una persona no consumidora propera al pacient per educar-los en la negociació de canvis positius. També s'identificaven situacions passades que es relacionessin amb les conseqüències del consum, per facilitar alternatives. Les sessions es completaven amb un assessorament psicosocial (ocupacional, legal, financer) i amb la identificació d'activitat d'oci per reforçar la consolidació d'un estil de vida allunyat del consum.
Maneig de contingències (Higgins 1994, Secades-Villa 2007)
Els pacients rebien uns cupons en funció del nombre de controls d'orina negatius obtinguts. Aquests cupons eren acumulables i no tenien un valor monetari, sinó que es podien intercanviar per recompenses equivalents al seu valor. En el cas de l'estudi espanyol, els cupons es podien bescanviar per béns o serveis en grans superfícies, supermercats, cinemes o transport públic. En el grup que només rebia el reforçament comunitari s'entregava una targeta en la qual es registraven les anàlisis d'orina negatives, però sense cap valor.

Resum de la literatura

Qualitat moderada	Els estudis que avaluen programes de reforçament comunitari i maneig de contingències acostumen a afegir incentius per afavorir l'abstinència en forma de vals bescanviables, i són bastant diferents entre ells quant a les comparacions que estableixen i les característiques dels seus participants.
Qualitat moderada	Tot i l'heterogeneïtat dels estudis disponibles aquests programes han mostrat un benefici, ja que han afavorit la durada de l'abstinència i han reduït en alguns el consum de cocaïna. El valor dels vals contingents i la seva immediatesa sembla que són factors que influeixen en l'efecte d'aquests programes.
Qualitat baixa	Les barreres principals per implantar aquests programes poden ser la necessitat de recursos per dur-los a terme i la necessitat d'entrenament dels professionals de la salut que hi intervenen. L'experiència d'un grup d'investigadors espanyols, en la qual s'ha aplicat una modalitat grupal del programa i s'ha buscat finançament en una àmplia xarxa social, fa viable la implantació i avaluació d'aquests programes per avaluar-ne els resultats a escala local.

	A més, els resultats d'aquests estudis només serien generalitzables si es busquen reforçaments vàlids per a cada tipus de pacient.
Qualitat baixa	El maneig de contingències basat en la utilització d'incentius pot reduir el consum durant la intervenció en dones embarassades amb addicció a la cocaïna. Aquests resultats s'haurien de contrastar amb futurs estudis.

Formulació de la recomanació

Recomanació forta	Es recomana que els pacients amb dependència de la cocaïna puguin entrar en programes de reforçament comunitari i maneig de contingències.
Recomanació dèbil	En dones embarassades amb dependència de la cocaïna se suggereix incorporar-les a programes de reforçament comunitari i maneig de contingències, almenys fins al moment del part.
✔	Es recomana incloure els adolescents amb dependència de la la cocaïna en el Programa d'atenció a adolescents del Pla director de salut mental i addiccions.
✔	Es recomana que el Programa d'atenció a adolescents inclogui un enfocament familiar.

4.2. Intervenció en la prevenció de recaigudes

Qualitat baixa

La prevenció de recaigudes se centra en la identificació d'estímuls facilitadors del consum de cocaïna per desenvolupar estratègies d'afrontament que fonamentin tant l'abstinència del consum com el manteniment a partir d'una modificació de l'estil de vida. Es basa en l'abordatge psicoeducatiu del grup de Marlatt i Gordon (Marlatt 1985), i ha estat avaluat en pacients amb dependència de la cocaïna en tres assaigs clínics (Carroll 1991, Carroll 1994, Wells 1994) recollits en tres revisions sistemàtiques (Irvin 1999, Knapp 2007, Trujols 2007). La taula 2 descriu les característiques principals d'aquest programa.

En un primer assaig clínic amb cegament simple de dotze setmanes de durada (Carroll 1991) es va comparar la prevenció de recaigudes amb una psicoteràpia interpersonal d'enfocament analític en 42 pacients amb dependència de la cocaïna. Tot i que no es van observar diferències significatives, els participants en el programa de prevenció de recaigudes tenien una taxa menor d'abandonament [28% contra 48%; RR = 0,54 (de 0,27 a 1,08)] i més probabilitats de mantenir-se abstinents durant tres setmanes [57% contra 33%; RR = 0,64 (de 0,36 a 1,15)). La probabilitat de mantenir-se abstinent va ser superior en els participants del programa que tenien uns nivells més greus d'addicció (mesurats amb l'escala ASI) o psicopatològics (57% contra 9%). Aquest mateixos resultats es van observar en un assaig amb cegament doble amb un any de seguiment

posterior (Carroll 1994), en què es va comparar la prevenció de recaiguda amb un seguiment psicològic estàndard. Tot i que les diferències entre els grups no van ser significatives, la reducció en el consum es va mantenir a llarg termini.

Altres estudis no han mostrat una superioritat del programa de prevenció de recaigudes en comparar-lo amb un programa amb enfocament de dotze passos (Wells 1994).

En dos assaigs clínics s'ha comparat la combinació d'un programa de prevenció de recaigudes amb naltrexona en pacients amb dependència de la cocaïna (Schmitz 2001) o de la cocaïna i l'alcohol (Schmitz 2004). Els dos assaigs que van combinar naltrexona i un programa de prevenció de recaigudes també van evidenciar resultats contraposats. En un dels estudis es va observar una reducció de l'ús de cocaïna al llarg de l'estudi en el grup de pacients que rebia naltrexona (Schmitz 2001), mentre que en el segon estudi amb pacients que tenien una dependència de la cocaïna i alcohol els resultats van ser millors en el grup de pacients del programa de prevenció de recaigudes (Schmitz 2004).

Taula 2. Programa de prevenció de recaigudes (Carroll 1991)

Fases de la tècnica
Les intervencions del programa s'han de presentar gradualment, segons la situació de cada pacient, per adaptar en la forma i el temps les diferents intervencions. Es dirigeixen els esforços a consolidar el compromís i la motivació envers l'abstinència, per passar gradualment a treballar amb tècniques que la facilitin a través d'estratègies d'afrontament de situacions. Després d'un període d'estabilitat es treballa en la modificació de l'estil de vida per consolidar l'abstinència.
Aspectes del tractament
Abordatge de l'ambivalència, reducció de la disponibilitat de cocaïna, afrontament de situacions de risc, identificació d'estímuls condicionats, presa de decisions, modificació de l'estil de vida.

Resum de la literatura

Qualitat baixa La intervenció en la prevenció de recaigudes no ha mostrat un efecte rellevant en el tractament de la dependència de la cocaïna. Quan s'ha comparat amb un programa amb enfocament de dotze passos i amb una teràpia d'orientació dinàmica no s'han mostrat diferències significatives ni en la taxa d'abandonament ni en la d'abstinència.

Qualitat baixa Tot i això, en un dels estudis que han avaluat aquesta tècnica es van observar resultats beneficiosos en un grup molt seleccionat de pacients. En pacients amb graus d'addicció o psicopatològics greus, la intervenció en la prevenció de recaigudes va mostrar una taxa d'abstinència millor.

Aquest fet s'hauria de confirmar amb nous estudis dissenyats per contrastar concretament aquesta hipòtesi.

Formulació de la recomanació

Recomanació dèbil

En persones amb dependència de la cocaïna no es recomana la intervenció en la prevenció de recaigudes per reduir-ne el consum, tot i que grups molt seleccionats de pacients se'n podrien beneficiar per millorar l'abstinència amb graus psicopatològics o d'addició greus.

4.3. Entrevista motivacional

Qualitat baixa

Aquesta tècnica parteix del supòsit que l'ambivalència davant del canvi de conducta que porta a la dependència és un dels principals factors del fracàs d'un tractament, i per tant es basa a facilitar la disposició i la motivació envers el canvi a partir d'un enfocament rogerià de comunicació directiva, centrat en el pacient i no confrontatiu (Miller 2002). La taula 3 resumeix els principis bàsics de l'entrevista motivacional.

En una metanàlisi (Burke 2003), tot i que aquesta tècnica ha mostrat beneficis clars en el tractament de la dependència de l'alcohol, els resultats amb altres substàncies psicoactives són molt menys rellevants. Això pot ser degut a les diferències que hi ha entre els estudis pel que fa al disseny, els participants que inclouen i les diverses formes d'entrevista que apliquen. Aquestes diferències es fan evidents en els sis assaigs clínics identificats en pacients amb dependència de la cocaïna (Stotts 2001, Miller 2003, Rohsenow 2004, Bernstein 2005, Marsden 2006, McKee 2007).

En un primer assaig clínic (Stotts 2001), es van aleatoritzar 105 pacients amb dependència de la cocaïna que rebien tractament de desintoxicació en una clínica d'un hospital universitari, en un programa d'entrevista motivacional en dues sessions o bé en un grup de desintoxicació estàndard. Només van acabar el programa 52 dels pacients que havien iniciat l'estudi, i fins al 60% el van abandonar, cosa que posa en dubte la validesa dels resultats. Els pacients del grup de l'entrevista motivacional van aportar un nombre menor d'analítiques positives durant l'estudi respecte als pacients en desintoxicació (18% contra 36%; $p < 0,05$).

Miller 2003 va comparar una sessió de dues hores d'entrevista motivacional amb tractament psicològic de suport estàndard en 208 pacients ambulatoris i hospitalitzats la meitat dels quals consumia cocaïna. El seguiment d'aquests pacients va ser alt (fins al 79% després d'un any), però no hi van haver variacions entre els grups i ni es van mostrar diferències en l'ús de cocaïna al llarg del tractament.

En un assaig clínic en 149 pacients que rebien tractament ambulatori en un centre que aplicava un programa amb enfocament de dotze passos, dues sessions d'entrevista

motivacional només van reduir el consum de cocaïna i alcohol en els pacients amb un nivell menor de motivació a l'entrada de l'estudi, mentre que entre els pacients més motivats el consum es va incrementar (Rohsenow 2004).

En un assaig clínic comunitari (Bernstein 2005) es va avaluar l'efecte d'una entrevista motivacional breu duta a terme per persones que havien superat una addicció per millorar el compromís d'abandonar el consum en 1.175 pacients amb dependència d'opiacis o cocaïna. Tot i que només es van avaluar els resultats del 65% dels participants que havien iniciat l'estudi, els pacients que havien fet l'entrevista motivacional van tenir una taxa d'abstinència als sis mesos més alta que els pacients que només havien rebut informació sobre les possibilitats terapèutiques (22,3% contra 16,9%; p = 0,045). Els resultats d'aquest estudi combinats amb els d'un altre assaig clínic de característiques similars (Marsden 2006) mostren un efecte favorable de l'entrevista motivacional per reduir l'abstinència de la cocaïna [2 assaigs; RR = 1,24 (d'1,04 a 1,49)]. En aquest assaig es van comparar sessions d'entrevista motivacional seguides de sessions de suport psicosocial amb un programa de suport psicològic estàndard en 342 joves amb dependència d'estimulants.

Finalment, en un assaig clínic recent (McKee 2007) 74 pacients amb dependència de la cocaïna es van aleatoritzar en un grup que rebia teràpia cognitivoconductual o en un grup que a més feia tres sessions d'entrevista motivacional d'una hora. No hi van haver diferències en el seguiment dels dos programes que van ser completats pel 60% de pacients i, tot i que va disminuir la freqüència i la quantitat d'ús de cocaïna, no hi va haver cap diferència entre els grups, amb una taxa d'anàlisis d'orina positives molt similar en el seguiment a les 16 setmanes (56% en el grup de l'entrevista motivacional contra 58% en el grup de teràpia cognitivoconductual).

La falta de consistència en el disseny, la inclusió i els resultats dels estudis no fan pensar que l'entrevista motivacional pugui afavorir els pacients amb dependència de la cocaïna.

Taula 3. Entrevista motivacional (Miller 2002)

Fonament
L'entrevista està enfocada a identificar i treballar l'ambivalència davant el consum d'una substància per facilitar la progressió cap a la motivació al canvi.
Principis bàsics
Expressió de l'empatia mitjançant tècniques com l'escolta reflexiva; desenvolupament de discrepàncies entre l'autoimatge com a dependent enfront d'altres situacions més favorables no relacionades amb el consum; evitar la confrontació o la discussió; fomentar l'autoeficàcia o la percepció d'habilitat per al canvi.

Resum de la literatura

Qualitat baixa	Les diferents modalitats d'entrevista motivacional que s'han avaluat fins al moment no permeten treure conclusions fermes sobre els efectes en el tractament de la dependència de la cocaïna. Els estudis en què els participants en grups d'entrevista motivacional han mostrat una millora en l'abstinència o han reduït el consum de cocaïna tenen algunes limitacions metodològiques i són molt diferents entre ells. D'altra banda, caldria confirmar el fet observat en algun estudi que mostra que en els pacients amb un nivell de motivació millor l'entrevista produïa l'efecte contrari: s'augmentava el consum de cocaïna.
Qualitat baixa	El fet que en els estudis l'entrevista motivacional sovint s'hagi aplicat conjuntament amb altres intervencions dificulta la interpretació que l'efecte sigui atribuïble a l'entrevista i no a altres factors.

Formulació de la recomanació

Recomanació dèbil	En persones amb dependència de la cocaïna no es recomana una intervenció amb entrevista motivacional per reduir-ne el consum.

4.4. Teràpia cognitivoconductual

Qualitat baixa

Aquest enfocament psicoterapèutic va ser ideat per al tractament de la depressió però s'ha adaptat a multitud de problemes de salut mental, entre el quals hi ha la dependència de substàncies (Beck 1993). A la taula 4 se'n descriuen les principals característiques, que es poden ampliar en un manual publicat pel NIDA (Carroll 1998).

S'han identificat diversos assaigs clínics que avaluen l'efecte de diferents variants de teràpia cognitivoconductual (Monti 1997, Maude-Griffin 1998, Crits-Christoph 1999, Rawson 2002) sense que s'hagi observat un efecte clar que la faci superior a altres tipus de teràpia psicològica, tot i que alguns autors n'han destacat l'efecte perdurable en el temps i protector contra recaigudes (Gowing 2001).

En un assaig clínic amb cegament simple (Monti 1997) es van aleatoritzar 128 pacients amb dependència de la cocaïna en un grup que rebia entrenament en conductes d'afrontament o a un grup placebo, que rebia les mateixes hores de teràpia manualitzada però de relaxació i meditació. L'entrenament en conductes d'afrontament es va desenvolupar en vuit sessions individuals d'una hora a raó d'entre tres i cinc sessions setmanals. El 70% dels pacients va completar l'estudi, que va tenir un seguiment de tres mesos. No es van mostrar diferències significatives entre els grups en l'abstinència [55% en tots dos grups; RR = 0,98 (de 0,72 a 1,34), però els pacients del grup d'habilitats d'afrontament va mostrar una petita reducció dels dies de consum.

En un altre assaig clínic obert (Maude-Griffin 1998) es van aleatoritzar 128 pacients amb dependència de crack a un programa de teràpia cognitivoconductual o a un programa amb enfocament de dotze passos. La característica principal de l'estudi va ser que els participants tenien un risc alt d'exclusió social (75% sense sostre, 84% sense feina, 82% amb malaltia mental). Els participants rebien tres sessions de psicoteràpia grupal i una d'individual manualitzada durant dotze setmanes, i se'ls animava a assistir a uns grups d'autoajuda. El tractament amb un enfocament de dotze passos es basava en sessions de Cocaïnòmans Anònims. Només el 13% dels participants va assistir al 75% de sessions. No es van observar diferències en el nombre de pacients que aconseguia quatre setmanes consecutives d'abstinència entre els grups [44% en el grup de psicoteràpia contra 32% en el de l'enfocament dels dotze passos; RR = 0,82 (de 0,62 a 1,08)]. El que va revelar l'estudi va ser la importància de donar un tractament individualitzat: els pacients que tenien un alt grau de cognició es beneficiaven més de la teràpia cognitivoconductual, mentre que els que tenien un nivell de cognició baix ho feien de l'enfocament dels dotze passos. Aquest fet es va observar d'una manera exacta entre els pacients amb poques creences religioses (que es beneficiaven de la teràpia cognitivoconductual) i els pacients amb fortes conviccions (que ho feien de l'enfocament dels dotze passos).

El NIDA Drug Abuse Collaborative Study (Crits-Christoph 1999) és un dels estudis principals que va avaluar els efectes de la teràpia cognitivoconductual en la dependència de la cocaïna. En aquest estudi es van aleatoritzar 487 pacients amb dependència de la cocaïna.

Els pacients podien rebre un dels tractaments següents, tots manualitzats: una combinació de sessions individuals i grupals amb un enfocament dels dotze passos, sessions de teràpia cognitiva basada en la teoria de l'aprenentatge social i grups d'assessorament, psicoteràpia expressiva d'enfocament psicoanalític, i un grup va servir de control d'assessorament psicològic grupal estàndard. El tractament va tenir una durada de sis mesos, seguits de tres mesos de reforç. La psicoteràpia individual es desenvolupava en sessions setmanals d'una hora de durada, i la grupal en sessions setmanals d'una hora i mitja durant els sis mesos de tractament actiu. Es va utilitzar una variable de resultat composta a partir de les mostres d'orina positives, les respostes al qüestionari ASI o el registre d'ús setmanal de cocaïna. Els participants es van reclutar per diferents vies i es va iniciar un període amb 870 pacients de 14 dies en els quals aquests havien de mostrar la motivació envers el tractament, motiu pel qual només la meitat (487) van ser aleatoritzats en algun dels grups d'estudi, i això pot suposar un biaix de selecció.

Els resultats de l'estudi van ser contradictoris, ja que els participants que havien rebut teràpia cognitiva van mostrar un menor nombre, tot i que no significatiu, d'abandonaments del tractament al final de la fase activa de tractament (sis mesos) comparats amb els pacients del grup control o els de l'enfocament dels dotze passos [66% en el grup de psicoteràpia contra 77% en els controls; RR = 0,98 (de 0,78 a 1,21)]. En canvi, els pacients del programa de l'enfocament dels dotze passos van mostrar un ús inferior de cocaïna als dotze mesos de seguiment (40% en el grup dels dotze passos,

46% en els grups de teràpia cognitiva i control, i 48% en el grup de teràpia expressiva). Es va atribuir l'èxit de la teràpia amb enfocament dels dotze passos al fet d'estar orientada a l'abstinència i a un entrenament superior dels terapeutes d'aquest grup, que es va traduir en un tractament més intensiu. El fet que en la fase prèvia a l'aleatorització es fes servir un model dels dotze passos també hauria influït com a element additiu de la teràpia abans que els pacients iniciessin la teràpia activa.

La teràpia cognitivoconductual es va comparar amb un programa de maneig de contingències en un assaig clínic de 108 pacients amb dependència de la cocaïna que rebien un tractament de manteniment amb metadona (Rawson 2002). La teràpia cognitivoconductual va consistir en 48 sessions grupals d'una hora i mitja de durada distribuïdes en setze setmanes. El consum de cocaïna va ser similar entre els grups tant al final del tractament [70% en la teràpia cognitiva contra 40% en el maneig de contingències; RR = 1,49 (de 0,87 a 2,57)] com a l'any de seguiment [39% en la teràpia cognitiva contra 48% en el maneig de contingències; RR = 0,82 (de 0,45 a 1,49)].

Taula 4. Teràpia cognitivoconductual (Beck 1993, Shearer 2007)

Fonament
La dependència s'interpreta com un patró desadaptatiu de conducta i per tant la teràpia se centra en la identificació i modificació de patrons de pensament desadaptatius (com errors cognitius, sobregeneralitzacions, catastrofisme o pensaments derrotistes). En el procés terapèutic s'ajuda a reconèixer i entendre els problemes relacionats amb el consum de drogues, i s'ajuda a reestructurar o modificar els pensaments disfuncionals.
Principis bàsics
Exploració de les circumstàncies, pensament i sentiments abans i després del consum (tècnica de les cinc columnes); entrenament individualitzat en habilitats per prevenir recaigudes; registre de pensaments relacionats amb les drogues; identificació de situacions de risc per a la recaiguda; treball amb habilitats fora de la sessió.

Resum de la literatura

Qualitat baixa	La psicoteràpia amb un enfocament cognitivoconductual no ha mostrat un efecte clar en el tractament de la dependència de la cocaïna.
Qualitat baixa	Alguns estudis han evidenciat una reducció dels dies de consum i una duració de l'abstinència superior que altres programes, tot i que els resultats en la reducció del consum han estat poc rellevants. En aquest sentit, estudis com el NIDA Collaborative Cocaine Treatment Study han mostrat un benefici davant programes de suport estàndard, però s'ha

manifestat inferior a enfocaments dirigits cap a l'abstinència com el dels dotze passos. A més, en altres estudis s'ha observat com la teràpia cognitiva té millors resultats en grups de pacients molt concrets amb nivells de cognició alts.

Qualitat baixa Tot i els resultats positius, en alguns dels estudis queden per aclarir molts aspectes com el nombre i l'interval de sessions necessàries per observar un efecte, la durada del tractament o el format individual o grupal. Aquests aspectes només es poden confirmar en el context d'estudis ben dissenyats en un àmbit local, prèviament a la implantació d'aquest tipus d'intervenció.

Formulació de la recomanació

Recomanació dèbil En persones amb dependència de la cocaïna només es recomana la psicoteràpia amb un enfocament cognitivoconductual en pacients amb bons nivells de cognició i una certa motivació per al canvi.

4.5. Exposició a estímuls inductors del desig de consum

Qualitat molt baixa

Una de les revisions de la literatura (Trujols 2007) recull aquesta tècnica en el marc conductual més clàssic dels estímuls condicionats, per la qual s'aconseguiria l'extinció del consum a partir d'una exposició continuada a estímuls sense possibilitar les conductes que porten al consum.

Aquesta tècnica s'ha avaluat en un assaig clínic en 39 pacients després d'una setmana d'abstinència (O'Brien 1990). En aquest assaig es van comparar dos grups que, a més de psicoteràpia o aconsellament (counselling), rebien teràpia d'extinció amb els mateixos grups en què se substituïa la teràpia d'extinció amb activitats d'autoajuda i per donar suport a estils de vida saludable. Tots els grups s'iniciaven amb un ingrés de dues setmanes seguides de dos mesos de tractament ambulatori. La taula 5 resumeix la teràpia d'extinció. Al final de l'estudi es va observar una disminució gairebé completa a les respostes condicionades, i dos mesos després els participants que rebien tècniques d'exposició van mostrar una retenció superior al tractament i més mostres negatives d'orina.

Tot i que els mateixos autors d'aquest assaig han suggerit la utilitat d'aquestes tècniques d'extinció, altres autors reclamen estudis amb una metodologia més consistent i objectiva per mesurar la seva resposta (Modesto-Lowe 1999, Conklin 2002).

Taula 5. Teràpia d'exposició (O'Brien 1990)

Sessions d'exposició
Sessions amb tres intervals de cinc minuts d'estímuls auditius condicionats al consum de cocaïna, tres intervals de cinc minuts d'estímuls visuals i tres rituals simulats d'administració de cocaïna. Les sessions es van repetir fins a un total de nou exposicions a l'estímul per sessió al llarg de quinze sessions.
Fases del tractament
Ingrés inicial de dues setmanes amb una sessió d'exposició diària, i dos mesos de tractament ambulatori amb sessions setmanals d'exposició.

Resum de la literatura

Qualitat molt baixa La metodologia usada en els estudis que han avaluat tècniques d'exposició en el tractament de la dependència de substàncies té moltes limitacions i no permet concloure res sobre els seus efectes.

Formulació de la recomanació

Recomanació forta No es recomana l'exposició a estímuls inductors del desig de consum de cocaïna com a alternativa de tractament.

4.6. Psicoteràpia d'enfocament dinàmic i psicoanalític

Qualitat molt baixa

Aquest enfocament entén la dependència com el fruit de les dificultats en les relacions interpersonals, i enfoca la teràpia en l'exploració de les relacions passades i actuals per poder discutir relacions personals i identificar temes relacionals, i quins estan més connectats amb la dependència.

En tres assaigs s'han avaluat tractaments amb aquesta orientació mitjançant una teràpia de suport expressiva (Luborsky 1977) o interpersonal. Tot i això, els estudis van ser petits i molt diferents entre ells, amb algunes limitacions metodològiques relacionades amb el seguiment dels pacients i per tant no es poden treure conclusions clares sobre els efectes en la dependència de la cocaïna.

En l'apartat de prevenció de recaigudes s'ha comentat un assaig clínic amb cegament simple (Carroll 1991) que va comparar aquest programa amb una psicoteràpia interpersonal en 42 pacients amb dependència de la cocaïna. Tot i que no es van observar diferències significatives, els participants en el programa de prevenció de recaigudes tenien una taxa d'abandonament inferior i més probabilitats de mantenir-se abstinents durant tres setmanes.

En un assaig en què es va comparar la teràpia de suport expressiva amb un programa de suport estàndard, els pacients en el grup de teràpia van reduir el consum de cocaïna després de l'estudi (Woody 1995). Tot i això els 84 pacients de l'estudi rebien un tractament de manteniment amb metadona i tenien simptomatologia psiquiàtrica.

Finalment, en el NIDA Drug Abuse Collaborative Study (Crits-Christoph 1999), un dels grups era en un programa de teràpia de suport expressiva. L'ús de cocaïna no va ser diferent en comparar-lo amb el grup control [58% en ambdós grups; RR = 1,01 (de 0,61 a 1,68)], i va ser superior al del grup de l'enfocament dels dotze passos [58% contra 54%; RR = 1,15 (de 0,70 a 1,91)].

Resum de la literatura

Qualitat molt baixa

La psicoteràpia amb un enfocament dinàmic no ha mostrat tenir un efecte en el tractament de la dependència de la cocaïna. Ha mostrat ser inferior a un programa de prevenció de recaigudes i a un programa amb un enfocament de dotze passos quan se n'han avaluat els efectes en reduir el consum.

Formulació de la recomanació

Recomanació dèbil

En persones amb dependència de la cocaïna no es recomana la psicoteràpia amb un enfocament dinàmic per reduir-ne el consum.

4.7. Intervencions d'autoajuda

Qualitat baixa

Tot i que els programes de desintoxicació breus no es poden considerar com un tractament aïllat, i no tenen el suport d'estudis (Shearer 2007), altres models d'intervenció pròxims a enfocaments d'autoajuda han estat avaluats en assaigs amb resultats equívocs.

El principal model avaluat ha estat el de l'enfocament dels dotze passos, que es basa en les intervencions i objectius no residencials similars a Alcohòlics o Narcòtics Anònims, com el suport a les persones amb dependència per ajudar-los a acceptar la impotència davant el consum, i que les addicions són malalties que no es poden curar però es poden aturar. L'objectiu principal és el compromís cap a una vida lliure de consum (Jarvis 2005).

Els quatre assaigs principals que han avaluat aquest enfocament s'han comentat en apartats anteriors, principalment perquè els programes amb aquest enfocament sempre s'han fet servir de control per avaluar altres intervencions (Higgins 1993, Wells 1994, Maude-Griffin 1998, Crits-Christoph 1999).

En el primer assaig que va avaluar un programa de reforçament comunitari amb maneig de contingències (Higgins 1993), els pacients del programa de reforçament van abandonar menys el tractament que els que estaven en el programa amb un enfocament dels dotze passos [58 contra 11%; RR = 0,47 (de 0,27 a 0,82)], i van augmentar l'abstinència en major nombre a les vuit i a les setze setmanes [RR = 0,61 (de 0,41 a 0,91)]. Un altre estudi no va mostrar diferències entre un programa de prevenció de recaigudes i un programa de dotze passos (Wells 1994).

Els altres dos assaigs han comparat l'enfocament dels dotze passos amb la teràpia cognitivoconductual. L'assaig clínic de Maude-Griffin 1998 es van dur a terme en 128 pacients amb dependència de crack que tenien un risc alt d'exclusió social. La participació en les sessions d'ambdós programes va ser mínima (del 13%), i no es van observar diferències en el nombre de pacients que aconseguia quatre setmanes consecutives d'abstinència entre els grups [44% en el grup de psicoteràpia contra 32% en el de l'enfocament dels dotze passos; RR = 0,82 (de 0,62 a 1,08)]. Tot i això, en pacients molt seleccionats l'enfocament dels dotze passos va tenir millors resultats: en els pacients que tenien un grau de cognició baix o amb fortes creences religioses els resultats van ser millors que en els pacients de la teràpia cognitiva.

Finalment, com a resultat del NIDA Drug Abuse Collaborative Study (Crits-Christoph 1999), van abandonar el tractament en major nombre els participants en el grup de l'enfocament dels dotze passos si es compara amb el grup de psicoteràpia cognitiva [66% en el grup de psicoteràpia contra 77% en els dotze passos; RR = 0,98 (de 0,78 a 1,21)], però van mostrar un menor ús de cocaïna en els dotze mesos de seguiment (40% en el grup dels dotze passos, 46% en els grups de teràpia cognitiva i control, i 48% en el grup de teràpia expressiva). Com s'ha comentat, aquests resultats es poden atribuir a entrenament superior dels terapeutes d'aquest grup, que es traduiria en un tractament més intensiu. El fet que en la fase prèvia a l'aleatorització es fes servir un model de dotze passos també hauria influït com a element additiu de la teràpia abans que els pacients iniciessin la teràpia activa.

Resum de la literatura

Qualitat baixa	La intervenció amb un enfocament de dotze passos s'ha usat com a control per avaluar els efectes d'altres programes en el tractament de la dependència de la cocaïna.
Qualitat baixa	Els efectes més clars d'aquesta intervenció es van observar al NIDA Collaborative Cocaine Treatment Study, en el qual els pacients del grup de teràpia amb un enfocament de dotze passos van mostrar un consum de cocaïna menor. Tot i això, aquests resultats podrien ser deguts a una exposició superior a aquesta intervenció, un entrenament millor dels terapeutes i al fet que aquest enfocament està dirigit a l'abstinència.

Formulació de la recomanació

Recomanació dèbil	En persones amb dependència de la cocaïna no es recomana una intervenció amb un enfocament de dotze passos per reduir-ne el consum.

5. REDUCCIÓ DE DANYS EN LA DEPENDÈNCIA DE LA COCAÏNA

Pregunta que cal respondre

- **La reducció de danys és eficaç en el tractament de persones amb dependència de la cocaïna?**

Els programes de reducció de danys es componen tant d'estratègies individuals com de mesures col·lectives i de polítiques sanitàries i estratègies comunitàries, amb l'únic objectiu de minimitzar els danys i riscos associats a l'ús de drogues, sense necessàriament reduir-ne o eliminar-ne el consum. Aquest model es va estendre àmpliament a partir de les experiències en diverses ciutats europees amb l'ús de drogues injectables durant els anys vuitanta.

Tot i la dificultat de trobar una definició universalment acceptada de reducció de danys, ja que el concepte fa referència tant a una aproximació especial a la salut pública com a un espectre ampli d'intervencions, se'n poden destacar algunes línies mestres comunes: l'objectiu principal és la reducció del dany i el risc associat al consum de drogues en lloc de l'ús de drogues en si mateix; s'accepta que les drogues i l'ús que se'n fa són part de la societat i no es podran eliminar; la reducció de danys ha de posar a disposició un ampli marc de referència en la salut pública; la prioritat s'estableix en objectius senzills, immediats i abastables; es parteix dels fonaments i els valors del pragmatisme i l'humanisme (Ritter 2006).

Qualitat molt baixa

La major part de literatura científica ha avaluat i contrastat l'eficàcia, a partir d'estudis experimentals, de la reducció de danys per als consumidors de drogues per via parenteral, però l'impacte del consum de drogues en la societat té una importància tal que s'han proposat un sèrie de riscos comuns associats al consum de les drogues en general. Els principals serien l'exposició al VIH i la sida (associada a pràctiques sexuals de risc o a l'intercanvi d'instrumental per injectar-se drogues), hepatitis B i C, altres infeccions virals locals o sistèmiques, sobredosi, la mateixa dependència, patologia mèdica o psiquiàtrica, accidents produïts durant el consum o derivats dels seus efectes, delinqüència (Hunt 2003).

Encara que no s'han avaluat estratègies de reducció de danys en pacients amb dependència de la cocaïna en estudis amb rigor metodològic, alguns autors han identificat factors que contribueixen a un ús més segur de la cocaïna (Decorte 2001). Aquests factors es relacionen, per exemple, amb els coneixements que es tenen sobre la substància, la percepció de llocs més segurs que d'altres per obtenir-la, o alguns rituals per comprovar-ne la qualitat.

Altres autors reconeixen la mancança de programes de reducció de dany dirigits exclusivament a les persones amb dependència de la cocaïna, però destaquen algunes iniciatives enfocades fonamentalment a l'entorn i el context social en el qual es té accés i es consumeix la cocaïna (Erickson 1999). Algunes d'aquestes estratègies han mostrat un impacte en la disminució de danys, principalment relacionat amb les sales de consum (Haydon 2005, Shannon 2006), i són ben rebudes pels mateixos consumidors (Collins 2005).

Algunes societats científiques com la Royal College of General Practitioners britànic (Ford 2004) han intentat fer propostes sobre com minimitzar els danys en aquests pacients. A l'annex 4 se'n mostren algunes en forma d'exemple.

Hi ha consens sobre el fet que s'hauria d'oferir informació i consell a totes les persones consumidores que ho desitgin, i possibilitar un accés ràpid i públic a aquests serveis (EMCDDA 2007). La informació hauria d'estar relacionada amb la substància i els seus efectes sobre la salut i altres àmbits (família, relacions socials, treball), a més d'informar sobre els riscos associats al consum i les alternatives de tractament disponibles. Aquests serveis haurien de garantir que el primer contacte amb la xarxa sanitària es fes sense retards.

Tot i això, s'ha destacat la dificultat de facilitar l'accés a aquests serveis als consumidors de cocaïna, que es caracteritzen per ser molt heterogenis, amb perfils que de vegades fan un ús de la substància molt esporàdic o caòtic. Per aquest motiu es proposen intervencions que combinen el contacte "de proximitat" (outreach) amb les visites freqüents als serveis en compte de les visites programades. En aquest sentit les experiències de línies de consulta telefònica a Bèlgica, França o Portugal han evidenciat un augment important de sol·licituds relacionades amb la cocaïna, però encara molt inferior en relació amb altres drogues (EMCDDA 2005). Altres experiències en grans ciutats ofereixen assessorament i tractament més especialitzat per als consumidors de cocaïna (són els casos del programa Suchthilfezentrum Bleichstrasse a Frankfurt, ChEck iT! a Viena, Cracklondon a Londres, o el de l'Hospital de la Vall d'Hebron a Barcelona). A partir d'aquesta experiència de l'Hospital de la Vall d'Hebron, s'ha implantat el mateix programa de manera experimental a l'Hospital del Mar (CAS Barceloneta) i a Athaia-Xarxa Assistencial de Manresa (CAS Manresa).

El grup de treball va formular una sèrie de recomanacions basades en el consens en aquest apartat.

Resum de la literatura

Qualitat molt baixa

La reducció de danys té com a objectiu principal fer minvar del risc associat al consum de drogues en comptes de l'ús de drogues en si mateix. L'eficàcia d'aquest enfocament ha estat avaluat en un context experimental principalment en usuaris de drogues per via parenteral, i no hi ha experiències avaluades en un context experimental per a consumidors de cocaïna.

Qualitat molt baixa	Els consumidors de cocaïna haurien tenir accés a informació i consell relacionats amb la substància i els seus efectes sobre la salut i el seu entorn familiar i social. S'hauria d'oferir informació sobre els riscos associats al consum de cocaïna i les alternatives de tractament disponibles. Aquests serveis haurien de garantir que el primer contacte amb la xarxa sanitària es fes sense retards.

Formulació de la recomanació

- ✔ Es recomana fomentar l'establiment d'acords amb centres sociosanitaris de cures pal·liatives, perquè hi hagi llits especials per als consumidors de drogues il·legals en situació terminal o amb gran deteriorament.
- ✔ Es recomana habilitar espais en els CAS perquè exerceixin funcions de centre de dia (amb un abordatge intensiu d'assistència diària en què es desenvolupin activitats terapèutiques i d'inserció social).
- ✔ Per a les persones que necessitin espais de convalescència de les substàncies i del seu entorn social, caldria considerar la creació de serveis d'emergència social (centres de crisi) i espais educatius (comunitats terapèutiques) de fàcil accés.
- ✔ Es recomana que les sales de venipunció i de consum lliure de risc disposin d'un protocol d'actuació farmacològic i de comportament davant del trastorn psiquiàtric i d'agitació psicomotriu en els minuts següents al consum de cocaïna.
- ✔ Es recomana que aquests equipaments es condicionin per generar un espai tranquil, que faciliti la relaxació i la seguretat, tant per als usuaris com per als professionals. A més, aquests espais haurien de disposar d'espais de baixa estimulació sensorial per evitar elements que afavoreixin al·lucinacions visuals i auditives.

6. PROGRAMES RESIDENCIALS I MANEIG DE CASOS

Preguntes que cal respondre

- **Els programes residencials i comunitaris, són eficaços en el tractament de persones amb dependència de la cocaïna?**
- **El maneig de casos, és eficaç en el tractament de persones amb dependència de la cocaïna?**

6.1. Programes residencials i comunitats terapèutiques

Una revisió sistemàtica (Smith 2006) va avaluar l'impacte de les comunitats terapèutiques en persones amb addiccions. La revisió va incloure set assaigs clínics molt heterogenis entre si, tant perquè avaluaven diverses variacions de comunitats terapèutiques, com perquè incloïen diferents pacients consumidors de diferents substàncies. En aquests estudis el consum de cocaïna oscil·lava entre l'11% i el 68%. A més, els assaigs tenien una sèrie de mancances metodològiques que invaliden fins a un cert punt els seus resultats.

Els assaigs identificats van comparar variacions de comunitats terapèutiques, amb modalitats residencials, o hospitals de dia, i de diverses duracions. Els participants en els estudis també van ser diversos, i en general tenien una psicopatologia greu. Tenint en compte aquests aspectes, els autors de la revisió afirmen que no hi ha proves suficients per determinar quina és la modalitat de comunitat terapèutica amb els millors resultats.

Tractament residencial *versus* tractament de dia

Qualitat molt baixa

Un estudi (Guydish 1999) va comparar una modalitat residencial de comunitat terapèutica amb un tractament en un hospital de dia en 534 pacients amb dependència (el 68% tenia una dependència de la cocaïna). L'estudi va mostrar que hi havia més pacients abstinents en el tractament residencial als sis mesos de seguiment [RR = 1,52 (d'1,10 a 2,10)], però no als dotze o als divuit. En termes absoluts, un 12% menys de pacients del tractament residencial abandonaven el programa en comparació dels pacients de l'hospital de dia a les dues setmanes [RR= 0,77 (de 0,64 a 0,92)], tot i que no s'observaven diferències en el nombre de pacients que finalitzaven el tractament.

Comunitat terapèutica *versus* comunitat terapèutica breu

Qualitat molt baixa

Un assaig (Nemes 1999) va comparar comunitats terapèutiques de dues durades. En una s'oferia als pacients deu mesos de comunitat terapèutica, més dos de seguiment

ambulatori, mentre que en l'altre grup es van oferir sis mesos de comunitat més sis de seguiment reforçant el servei amb personal sanitari que garantís la continuïtat en l'atenció. Els pacients (412) eren joves que principalment consumien crack, amb un diagnòstic de trastorn antisocial de la personalitat en la majoria de casos. L'assaig no va mostrar resultats rellevants en cap de les variables de resultat importants (consum de cocaïna o altres drogues, finalització del tractament), i només va destacar que més participants en la comunitat abreujada (un 12% en termes absoluts) tenia un treball en finalitzar el programa [RR = 0,78 (de 0,63 a 0,96)].

Comunitat terapèutica *versus* comunitat residencial

Qualitat molt baixa

Un assaig en 694 persones sense sostre amb una psicopatologia greu diagnosticada (criteris DSM-III-R) i consumidors de cocaïna en la seva majoria (Nuttbrock 1998) va comparar els resultats d'una comunitat terapèutica amb els d'un tractament residencial. Tot i que es fa difícil generalitzar els resultats d'aquest estudi —amb una sèrie de limitacions en el disseny i amb uns participants tant concrets—, es va evidenciar que fins a un 26% menys de pacients de la comunitat terapèutica consumia substàncies en comparar-lo en termes absoluts amb la comunitat residencial [RR = 0,14 (de 0,05 a 0,38)]. L'assaig no va mostrar diferències en la permanència dins del programa als dos, sis o dotze mesos.

Comunitats terapèutiques de diverses durades

Qualitat molt baixa

Dos assaigs van comparar una comunitat terapèutica de tres mesos i sis mesos de durada (McCusker 1997; N = 444), o de sis i dotze mesos de durada (McCusker 1995; N = 184) que es reforçava amb un programa d'intervenció educacional en promoció de la salut i prevenció de recaigudes. Els participants en la comunitat de tres mesos finalitzaven més sovint el tractament que els de la comunitat de sis mesos [RR = 1,83 (d'1,45 a 2,31)]. No es van trobar diferències en el temps fins al primer consum.

Quan es va comparar la comunitat terapèutica estàndard de sis mesos de durada amb una de dotze mesos (McCusker 1995) només es va observar més continuïtat en el tractament als 40 dies en els participants de la comunitat de dotze mesos. En canvi no es van observar diferències en els pacients que finalitzaven el tractament, o en el temps fins al primer consum [RR = 0,82 (de 0,70 a 0,96)].

Resum de la literatura

Qualitat molt baixa

Tot i tenir alguns efectes beneficiosos, no hi ha proves suficients per saber quina és la millor modalitat de comunitat terapèutica per a persones amb dependència de la cocaïna. Serien necessaris més estudis que avaluessin de forma rigorosa l'impacte d'aquests programes en variables de resultat com l'abstinència del consum o l'adherència amb el tractament.

	Només es beneficiarien d'aquesta modalitat de tractament grups molt seleccionats de pacients.
Qualitat molt baixa	Les comunitats terapèutiques s'han mostrat més eficaces per aconseguir l'abstinència en el consum i en l'adherència amb el tractament a curt termini que els tractaments en hospitals de dia. No s'han observat diferències en el nombre de pacients que finalitzen el programa.
Qualitat molt baixa	Quan s'han comparat comunitats terapèutiques de diverses durades, els resultats han estat incerts. Les modalitats més breus afavoreixen que els participants en completin el tractament, però no s'han observat diferències en altres aspectes importants com la continuïtat en el tractament, el temps fins al primer consum o la gravetat de l'addicció.

Formulació de la recomanació

Recomanació dèbil	En persones amb dependència de la cocaïna amb problemes psiquiàtrics associats o un cert risc d'exclusió es recomana posar-los en contacte amb comunitats terapèutiques. Tot i això, no es disposa d'informació suficient per saber quina és la millor modalitat.

6.2. Maneig de casos

S'ha identificat una revisió sistemàtica que avalua el paper dels programes de maneig de casos per part de treballadors socials, personal infermer o altres professionals sanitaris en pacients amb addiccions (Hesse 2007). Aquesta revisió sistemàtica no va identificar estudis amb pacients que només consumissin cocaïna, i només en dos assaigs (Rapp 1998, Morgenstern 2006) es van incloure pacients amb dependència d'opiacis i cocaïna. Aquests estudis eren molt diferents entre ells ja que en un s'incloïen només dones amb problemes legals pel consum de drogues (Morgenstern 2006), mentre que a l'altre els participants eren veterans de guerra nord-americans amb problemes de dependència (Rapp 1998).

Els resultats dels estudis inclosos en la revisió van mostrar que el maneig de casos no reduïa el consum de drogues [7 assaigs; DM = 0,12 (de _0,09 a 0,29)], resultat que també s'observava en el dos estudis que incloïen pacients amb dependència de la cocaïna. *Qualitat molt baixa*

Tot i aquests resultats, els programes de maneig de casos van mostrar un benefici a l'hora de posar en contacte els pacients amb els serveis que ofereix la comunitat, tant en tots els estudis inclosos en la revisió [DM = 0,42 (de 0,21 a 0,62)] com en els estudis que comprenien pacients amb dependència de la cocaïna [DM = 0,68 (de 0,26 a 1,10)].

Tot i això, els resultats van estar afectats per una alta heterogeneïtat, cosa que no permet treure conclusions fermes.

Resum de la literatura

Qualitat molt baixa	No es disposa de prou estudis sobre els efectes dels programes de maneig de casos en pacients amb dependència de la cocaïna.
Qualitat molt baixa	Dos estudis molt diferents entre ells no han mostrat una reducció del consum de la cocaïna, però sí que han suggerit una millora en la presa de contacte amb els serveis de què disposa la comunitat de persones amb risc d'exclusió.

Formulació de la recomanació

Recomanació dèbil	Es recomana el maneig de casos només per a aquelles persones que, a més de dependència de la cocaïna, tinguin un alt risc d'exclusió social.

7. INFORMACIÓ, EDUCACIÓ I COMUNICACIÓ (IEC)

El grup de treball va formular una sèrie de recomanacions basades en el consens en aquest apartat.

Formulació de la recomanació

- ✔ Es recomana que els dispositius de reducció de danys proporcionin tallers de formació específics tant per als professionals sanitaris com per als usuaris que s'hi atenen.
- ✔ Es recomana que els tallers per als professionals sanitaris incloguin almenys indicacions per a l'abordatge correcte de la intoxicació aguda i de les conductes violentes. Aquests tallers també haurien d'aprofundir en els efectes i els riscos del consum de cocaïna i de les estratègies per minimitzar-los.
- ✔ Es recomana que els tallers per als usuaris proporcionin informació sobre el crack i el policonsum i els riscos que se'n deriven. A més, s'hauria d'aprofundir a fomentar estratègies d'autocontrol del consum, i en proveir informació sobre els dispositius associats adreçats als usuaris.

8. ALTRES TIPUS DE TRACTAMENT COMPLEMENTARIS

Preguntes que cal respondre

- **L'acupuntura, és eficaç en el tractament de persones amb dependència de la cocaïna?**
- **La ibogaïna, és eficaç en el tractament de persones amb dependència de la cocaïna?**

8.1. Acupuntura

Qualitat baixa

L'acupuntura auricular s'ha usat en un gran nombre de centres de tractament d'addiccions arreu del món, seguint un protocol anomenat "National Acupuncture Detoxification Association (NADA) Protocol", que a partir de la inserció d'agulles en cinc punts de l'orella (pulmó, fetge, ronyó, simpàtic i shen men) intenta ser un tractament integral per a les addiccions.

S'han identificat dues revisions sistemàtiques (Mills 2005, Gates 2006) que inclouen vuit assaigs que han comparat un tractament d'acupuntura amb acupuntura simulada o altres controls habituals en els assaigs clínics en aquest àmbit (Lipton 1994, Avants 1995, Richard 1995, Bullock 1999, Otto 1998, Avants 2000, Killeen 2002, Margolin 2002). Els estudis tenien alguns problemes metodològics principalment relacionats amb les pèrdues de participants.

Els resultats d'aquests estudis van mostrar que l'acupuntura no aporta cap benefici per reduir el consum de cocaïna en comparar-la amb l'acupuntura simulada [3 assaigs; RR = 1,01 (de 0,94 a 1,08)] o amb altres grups de control [2 assaigs; RR = 0,99 (de 0,92 a 1,05)]. Tampoc es van observar diferències en el manteniment en el tractament [4 assaigs; RR = 1,05 (de 0,89 a 1,23)].

Resum de la literatura

Qualitat baixa L'acupuntura no ha mostrat beneficis quan se l'ha comparada amb acupuntura simulada o amb altres controls per reduir el consum de cocaïna.

Formulació de la recomanació

Recomanació dèbil En pacients amb dependència de la cocaïna no es recomana l'ús de l'acupuntura.

8.2. Ibogaïna

Qualitat molt baixa

La ibogaïna és un alcaloide indòlic que es concentra a l'arrel de la Tabernanthe iboga, un arbust comú a l'Àfrica equatorial. Té propietats al·lucinògenes, per la qual cosa s'ha usat en cerimònies religioses i rituals d'iniciació, tot i que també s'ha proposat que pot contrarestar els efectes de l'addicció de substàncies com la nicotina, els opiacis o la cocaïna (Werneke 2006).

Encara que s'ha investigat la seva possible acció com a bloquejador de l'alliberament de dopamina, interferint en el procés d'acció de la cocaïna, la seva acció terapèutica és molt limitada en la dependència de la cocaïna (Mash 2000) i té una alta toxicitat (Maisonneuve 2003), fet que ha provocat que s'abandonin moltes de les investigacions en marxa.

Resum de la literatura

Qualitat baixa La ibogaïna té una toxicitat alta, i atesa la seva limitada acció terapèutica no es pot considerar per al tractament de la dependència de la cocaïna.

Formulació de la recomanació

Recomanació forta En pacients amb dependència de la cocaïna es recomana no usar la ibogaïna com a alternativa de tractament.

annex 1

Taules descriptives de les característiques dels estudis identificats

- **ABORDATGE FARMACOLÒGIC**
  DE LA DEPENDÈNCIA DE LA COCAÏNA
- **ABORDATGE PSICOTERAPÈUTIC I PSICOEDUCATIU**
  DE LA DEPENDÈNCIA DE LA COCAÏNA
- **ALTRES TIPUS DE TRACTAMENT COMPLEMENTARIS**
  DE LA DEPENDÈNCIA DE LA COCAÏNA

1 Agonistes dopaminèrgics

1.1. Amantadina

Autor/a Disseny	Durada	Pacients	Intervenció	Comparació	Variable de resultat
Alterman (1992) ACA paral·lel	2 setmanes, mitjana: 10,5 dies	42 pacients en tractament en hospital de dia. Diagnòstic de dependència de la cocaïna (DSM-III-R). Mitjana d'edat: 35 anys; 100% homes; 90% afroamericans. Consum de cocaïna: 15 dies en el mes anterior, consum regular durant ~3 anys. Consum d'alcohol i cànnabis notificat però sense dependència. 27 hores setmanals de tractament en hospital de dia. Pagats per completar cada avaluació.	Amantadina: 100 mg/ *b. i. d.*	Placebo	Abandonament del tractament Test positiu de metabòlits a l'orina Depressió (BDI)
Giannini (1989) ACA paral·lel	30 dies	42 pacients en tractament ambulatori. Edat entre 24 i 32 anys; 100% homes; 100% blancs. Història de consum diari de cocaïna via nasal almenys durant 6 mesos. Cap consum d'una altra droga com a mínim les quatre setmanes anteriors a l'estudi. 3 pacients amb trastorn antisocial de la personalitat (DSM-III-R).	Amantadina: 400 mg/dia	Bromocriptina: 10 mg/dia Placebo	Efectes secundaris
Kampman (1996) ACA paral·lel	4 setmanes	61 pacients en tractament ambulatori. Diagnòstic de dependència de la cocaïna (DSM-III-R). Edat: ~35 anys; 82% homes; 69% afroamericans. Consum de cocaïna durant els 10 dies anteriors. No excloïen a persones amb dependència de l'alcohol o de la marihuana.	Amantadina: 300 mg/dia	Placebo	Abandonament del tractament No-abstinència Gravetat de la dependència (ASI) Depressió (BDI) Ansietat fisicosomàtica (BAI)
Shoptaw (2002) ACA paral·lel	16 setmanes + 9 mesos de seguiment	69 pacients en tractament ambulatori. Diagnòstic de dependència de la cocaïna (SCID). Mitjana d'edat: 36,4 anys; 79% homes; 39,4% llatins; 33,3% afroamericans. Mitjana d'anys d'estudis: 12,6. Mitjana de 9 anys de consum de cocaïna. Es pagava 25 $ abonats per als 9 mesos de seguiment.	Amantadina: 100 mg *b.i.d.*	Placebo	Al cap de 16 setmanes: Abandonament del tractament No-abstinència durant 3 setmanes seguides Canvi global valorat pel professional Al cap de 9 mesos: test positiu de metabòlits a l'orina

1 Agonistes dopaminèrgics

Autor/a Disseny	Durada	Pacients	Intervenció	Comparació	Variable de resultat
Tennant (1987) ACA paral·lel	10 dies	14 pacients en tractament ambulatori. Edat entre 16 i 38 anys. Consum de cocaïna com a mínim 4 vegades al dia durant els 30 dies anteriors. Rebien, a més, tirosina (1.600 mg/dia) i triptòfan (1.000 mg/dia)	Amantadina: 100 mg/dia	Bromocriptina: 2,5 mg/dia	Test positiu de metabòlits a l'orina Abandonament del tractament Efectes secundaris Participants amb un efecte secundari com a mínim
Weddington (1991) ACA paral·lel	12 setmanes	83 pacients en tractament ambulatori. Diagnòstic de dependència de la cocaïna (DSM-III-R). Edat: ~30 anys; 76% homes; 69% blancs. Consum de cocaïna d'1g o més a la setmana durant 12 setmanes. Alguns amb diagnòstics afegits de trastorns per dèficits d'atenció i trastorns de l'estat de l'ànim o trastorns d'ansietat. Tots rebien dues sessions setmanals de psicoteràpia interpersonal. Dels 83 inicials, 54 continuaven en tractament al cap de 15 dies.	Amantadina: 400 mg/dia;	Desipramina: 200 mg/dia Placebo	Test positiu de metabòlits a l'orina Abandonament del tractament Durada del tractament Participants amb un efecte secundari com a mínim
Handelsman (1995) ACA paral·lel	8 setmanes	67 (59 analitzats) pacients en tractament ambulatori. Diagnòstic de dependència de la cocaïna (DSM-III-R), en tractament de manteniment amb metadona per dependència de l'heroïna. Edat: ~36 anys; 100% homes. Dependència activa de la cocaïna durant els tres mesos anteriors.	Amantadina: 200 mg/dia Amantadina: 400 mg/dia	Placebo	Abandonament del tractament Depressió (BDI) Símptomes psicopatològics (SCL-90)
Kampman (2006) ACA paral·lel	10 setmanes	199 pacients en tractament ambulatori. Mitjana d'edat al voltant dels 40,5 anys; 65% homes. Via de consum de la cocaïna: 87% fumada, 10% intranasal, 3% injectada. Criteris d'inclusió: dependència de la cocaïna segons els criteris DMS amb símptomes greus d'abstinència (CSSA). Edats entre 18 i 60 anys. Criteris d'exclusió: pacients amb altres addiccions (excepte a la nicotina o a l'alcohol si no és greu).	Amantadina: 300 mg/dia	Propanolol: 100 mg/dia Amantadina + propanolol: 300 i 100 mg/dia Placebo	Abstinència (metabòlits a l'orina) Abstinència inicial de cocaïna (CSSA) Gravetat de la dependència (ASI) Deler o *craving* de cocaïna (BSCS) Compliment del tractament

1 Agonistes dopaminèrgics

Autor/a Disseny	Durada	Pacients	Intervenció	Comparació	Variable de resultat
Kolar (1992) ACA paral·lel	12 setmanes	24 (22 analitzats) pacients en tractament ambulatori. Diagnòstic de dependència de la cocaïna (DSM-III-R). Tots en tractament de manteniment amb metadona per dependència de l'heroïna. Mitjana d'edat: 34,8 anys; 85% homes; 68% afroamericans. Durada mitjana del consum de cocaïna: 10 anys. Alguns amb diagnòstics afegits de trastorn per dèficits d'atenció i trastorns de l'estat de l'ànim o trastorns d'ansietat.	Amantadina: 200 mg/dia	Desipramina: 200 mg/dia Placebo	Abandonament del tractament Test positiu de metabòlits a l'orina Participants amb un efecte secundari com a mínim
Kosten (1992) ACA paral·lel	12 setmanes	94 pacients en tractament ambulatori. Diagnòstic de dependència d'opiacis i de la cocaïna (DSM-III-R) i en tractament de manteniment amb metadona una mitjana de 7,6 mesos i tractats també amb teràpia de prevenció de recaigudes. Mitjana d'edat: 32 anys; 52% homes; 82% blancs. Alguns amb diagnòstic afegit: 20% trastorns antisocials de la personalitat; 5% depressió major i 22% distímia.	Amantadina: 300 mg/dia;	Desipramina: 150 mg Placebo	Test positiu de metabòlits a l'orina Abandonament del tractament Abandonaments del tractament per efectes secundaris
Oliveto (1995) ACA paral·lel	12 setmanes	21 (17 analitzats) pacients en tractament ambulatori. Diagnòstic de dependència de la cocaïna (DSM-III-R) i en tractament de manteniment amb metadona per dependència de l'heroïna. Mitjana d'edat: 33,1 anys; 52,9% homes; 94,1% blancs. Mitjana d'anys d'estudis: 11,6. 35,3% treballant a jornada plena.	Amantadina: 300 mg/dia	Desipramina: 150 mg/dia Fluoxetina: 60 mg/dia	Abandonament del tractament
Pérez de los Cobos (2001) ACA paral·lel	14 dies	42 (40 analitzats) pacients ingressats en tractament hospitalari. Diagnòstic de dependència de la cocaïna i de l'heroïna (DSM-III-R) i en tractament de manteniment amb metadona. Mitjana d'edat: ~31 anys; 77% homes. Consum de cocaïna durant els 10 anys anteriors. Mitjana d'anys d'estudis: ~8. Mitjana d'anys de consum d'heroïna: ~10. Consum mitjà de cocaïna: 20 dies durant el mes anterior.	Amantadina: 200-300 mg/dia	Placebo	Abandonament del tractament Participants amb efectes secundaris

1 Agonistes dopaminèrgics

1.2. Bromocriptina

Autor/a Disseny	Durada	Pacients	Intervenció	Comparació	Variable de resultat
Eiler (1995) ACA paral·lel	18 dies	63 pacients ingressats. Diagnòstic de dependència de la cocaïna (DSM-III-R). Mitjana d'edat: 35,6 anys; 100% homes; 86% afroamericans. Consum de cocaïna durant els 6 dies anteriors. Podien consumir alcohol però sense diagnòstic de dependència.	Bromocriptina: 2,5-10 mg/dia	Placebo	Abandonament del tractament Abandonament del tractament per efectes secundaris
Giannini (1989) ACA paral·lel	30 dies	42 pacients en tractament ambulatori. Edat entre 24 i 32 anys; 100% homes; 100% blancs. Història de consum diari de cocaïna via nasal almenys durant 6 mesos. Cap consum d'una altra droga com a mínim les quatre setmanes anteriors a l'estudi.	Bromocriptina: 10 mg/dia	Amantadina: 400 mg/dia Placebo	Efectes secundaris
Handelsman (1997) ACA paral·lel	5 setmanes	60 pacients en tractament ambulatori. Diagnòstic de dependència de la cocaïna (DSM-III-R) i en tractament de manteniment amb metadona. Edat: ~39 anys; 100% homes; 24% afroamericans. Consum de cocaïna durant els 30 dies anteriors.	Bromocriptina: 5 mg/dia	Placebo	Abandonament del tractament
Kranzler (1992) ACA paral·lel	21 dies	20 pacients ingressats. Diagnòstic de dependència de la cocaïna (DSM-III-R). Mitjana d'edat: 27,7 anys; 100% homes; 86% afroamericans.	Bromocriptina: 2,5 mg/dia	Placebo	Participants amb un efecte secundari com a mínim Efectes secundaris
Malcolm (1994) ACA paral·lel	16 a 24 dies	41 pacients ingressats. Diagnòstic de dependència de la cocaïna (DSM-III-R). Edat entre 21 i 50 anys; 73% homes; 46% afroamericans. Consum de cocaïna: de 2,5 a 5 anys.	Bromocriptina: 0,625-2,5 mg *t.i.d.*/7 dies	Pergolida: 0,05 mg *b.i.d.*/7 dies Sense medicació	Mitjana de temps d'hospitalització Alta voluntària en contra de l'opinió del professional

1 Agonistes dopaminèrgics

Autor/a Disseny	Durada	Pacients	Intervenció	Comparació	Variable de resultat
Moscovitz (1993) ACA paral·lel	2 setmanes	29 pacients en tractament ambulatori. Diagnòstic usuaris de cocaïna. Edat: ~37 anys; 100% homes. Consum de cocaïna com a mínim quatre vegades a la setmana durant el mes anterior.	Bromocriptina: 3,75 mg/dia	Placebo	Test positiu de metabòlits a l'orina Abandonament del tractament Participants amb un efecte secundari com a mínim
Tennant (1987) ACA paral·lel	10 dies	14 pacients en tractament ambulatori. Edat: entre 16 i 38 anys. Consum de cocaïna com a mínim quatre vegades al dia durant els 30 dies anteriors. Rebien, a més, 1.600 mg/dia de tirosina i 1.000 mg/dia de triptòfan.	Bromocriptina: 2,5 mg/dia	Amantadina: 100 mg/dia	Test positiu de metabòlits a l'orina Abandonament del tractament Efectes secundaris Participants amb un efecte secundari com a mínim

1 Agonistes dopaminèrgics

1.3. Pergolida

Autor/a Disseny	Durada	Pacients	Intervenció	Comparació	Variable de resultat
Focchi (2005) ACA	4 setmanes de tractament 12 setmanes de seguiment	42 homes. 18-50 anys, mitjana 26 ± 7. Dependència de la cocaïna (DSM-IV). En tractament ambulatori de psicoteràpia de grup. Via de consum: 48% inhalada; 1% fumada; 51% totes dues.	Pergolida: 0,05 mg/dia (1a setmana) 0,10 mg/dia (2a setmana) 0,15 mg/dia (3a setmana) 0,20 mg/dia (4a setmana)	Placebo	Consum de cocaïna Mostres d'orina Símptomes depressius Deler (*craving*) Efectes secundaris Retenció en el tractament
Malcolm (1994) ACA	De 16 a 26 dies	41 pacients Dependència de la cocaïna (DSM-III-R) i fumadors de *crack* Interval d'edat: 21-50 anys; 73% homes; 46% afroamericans. Pacients ingressats. Consum de cocaïna, interval de 2,5 a 5 anys.	Pergolida: 0,05 mg *b.i.d./* 7 dies 15 pacients Bromocriptina: 0,625-2,5 mg *t.i.d./* 7 dies	Sense medicació	Mitjana de la durada de l'hospitalització
Malcolm (1997) ACA	12 setmanes de tractament. + 6 mesos de seguiment	464 pacients (357 analitzats). Dependència de la cocaïna (DSM-III-R). 191 amb dependència també de l'alcohol. Interval d'edat de 18-52 anys; 79% homes; 52% afroamericans. Tractament ambulatori. Mitjana de 8 anys de consum de cocaïna. Es pagava 25 $ als pacients a les setmanes 6, 12, 20 i 28.	Pergolida: 0,25 mg *b.i.d.* Pergolida: 0,05 mg *b.i.d.*	Placebo	Abandonament del tractament

2 Antidepressius

2.1. Fluoxetina

Autor/a Disseny	Durada	Pacients	Intervenció	Comparació	Variable de resultat
Batki (1996) ACA paral·lel	12 setmanes	32 pacients en tractament ambulatori. Diagnòstic de dependència de la cocaïna (DSM-III-R). Edat: ~34 anys; 66% homes; 53% afroamericans. 12 amb trastorn depressiu major (DSM-III-R), 6 amb trastorn antisocial de la personalitat, 6 dependència de l'alcohol. Incentius econòmics per assistir-hi i prendre tractament.	Fluoxetina: 40 mg/dia (la primera setmana 20 mg/dia)	Placebo	Abandonament del tractament Freqüència del consum i intensitat i control del deler o *craving* (QCI) QCI modificat (dies de consum, deler o *craving*, qualitat de la pujada)
Covi (1995) ACA paral·lel	12 setmanes	45 pacients en tractament ambulatori. Diagnòstic de dependència de la cocaïna (DSM-III-R). Edat: ~30 anys; 80% homes; 55,5% blancs. 66% dependència del tabac (DSM-III-R), 22 de l'alcohol, 185 trastorns d'ansietat, 7% trastorn antisocial de la personalitat.	Fluoxetina: 20 mg/dia 40 mg/dia 60 mg/dia	Placebo actiu (difenhidramina)	Test positiu de metabòlits a l'orina
Grabowski (1995) ACA paral·lel	12 setmanes	76 pacients en tractament ambulatori. Edat: ~33 anys; 72% homes; ~65% afroamericans. 14 dies d'abstinència abans de l'estudi. Criteris d'exclusió: pacients amb malalties mèdiques greus o mentals DSM-III, diferents de la dependència de la cocaïna o de l'heroïna.	Fluoxetina: 20 mg/dia 40 mg/dia + 2 o 5 dies de psicoteràpia setmanal	Placebo + 2 o 5 dies de psicoteràpia setmanal	Test positiu de metabòlits a l'orina Abandonament del tractament Deler (*craving*) Efectes secundaris
Grabowski (1995) ACA paral·lel	8 setmanes	21 pacients en tractament ambulatori. Dependència de la cocaïna (DSM-III-R) i en tractament de manteniment amb metadona per dependència de l'heroïna i consell a pacients en tractament ambulatori. Edat: ~39 anys; 68% homes; ~40% afroamericans. Sense feina: 50% Criteris d'exclusió: pacients amb malalties mèdiques greus o mentals DSM-III. 5 visites setmanals a psicoteràpia.	Fluoxetina: 20 mg/dia	Placebo	Test positiu de metabòlits a l'orina Abandonament del tractament Deler (*craving*) Efectes secundaris

2 Antidepressius

Autor/a Disseny	Durada	Pacients	Intervenció	Comparació	Variable de resultat
Oliveto (1995) ACA paral·lel	12 setmanes	21 (17 analitzats) pacients en tractament ambulatori Diagnòstic de dependència de la cocaïna (DSM-III-R) i en tractament de manteniment amb metadona per dependència de l'heroïna. Edat: mitjana de 33,1 anys; 52,9% homes; 94,1% blancs. 35,3% amb feina a jornada plena.	Fluoxetina: 60 mg/dia	Desipramina: 150 mg/dia Amantadina: 300 mg/dia	Abandonament del tractament

2 Antidepressius

2.2. Bupropió

Autor/a Disseny	Durada	Pacients	Intervenció	Comparació	Variable de resultat
Margolin (1995) ACA paral·lel	84 dies	149 pacients en tractament ambulatori. Dependència de la cocaïna i d'opiacis (DSM-III-TR), en tractament de manteniment amb metadona. Mitjana d'edat: 37,2 anys; 62% homes; 38% dones; 45% blancs; 43% afroamericans; 12% hispans o altres. 7% treballant. Mitjana del consum: 13 anys d'heroïna i 7,7 anys de cocaïna. Criteris d'inclusió: 18 anys o més; consum de cocaïna com a mínim tres vegades a la setmana en el mes anterior; en tractament amb dosi estable de metadona almenys 3 setmanes; positiu en orina com a mínim dues vegades durant el mes anterior. Criteris d'exclusió: dependència d'altres drogues (no de la cocaïna, metadona, cafeïna o nicotina); història de convulsions o epilèpsia; actualment, diagnòstic de depressió major; trastorn renal o hepàtic; prenent fàrmacs psicotròpics diferents de metadona; embaràs o sense utilitzar mètodes contraceptius; sida o VIH+.	Bupropió: 200-300 mg/dia + psicoteràpia individual i grupal	Placebo + psicoteràpia individual i grupal	Abandonament del tractament Abandonament del tractament per efectes secundaris Depressió (HDRS) Gravetat de la dependència (ASI) Deler (*craving*) Funcionament psicosocial
Poling (2006) ACA paral·lel, amb cegament doble	25 setmanes	106 pacients en tractament ambulatori. Dependència d'opiacis (DSM-IV), en tractament de manteniment amb metadona. Mitjana d'edat: 34,6 anys; 70% homes; 30% dones; 75% blancs; 10% afroamericans; 13% hispans. Criteris d'inclusió: consum d'opiacis i cocaïna en la setmana anterior; resultat positiu en orina durant el mes anterior. Criteris d'exclusió: dependència d'altres drogues; història d'esquizofrènia, psicosi, trastorns de la conducta alimentària, embaràs.	Bupropió: 300 mg/dia + programa de maneig de contingències	Programa de maneig de contingències + placebo Programa d'incentius + placebo Programa d'incentius + brupropió	Test positiu de metabòlits a l'orina
Shoptaw (2008) ACA paral·lel, amb cegament doble	3 setmanes	70 pacients en tractament ambulatori. Dependència de la cocaïna (DSM-IV).	Bupropió: 300 mg/dia + teràpia cognitiva	Psicoteràpia cognitiva + placebo	Test positiu de metabòlits a l'orina Seguiment del tractament Deler (*craving*)

2 Antidepressius

2.3. Citalopram

Autor/a Disseny	Durada	Pacients	Intervenció	Comparació	Variable de resultat
Moeller (2007) ACA paral·lel	12 setmanes	66 pacients en tractament ambulatori. Diagnòstic de dependència de la cocaïna (DSM-IV). Criteris d'exclusió: consum o dependència d'altres drogues, excepte alcohol o marihuana. Mitjana de 39 anys; 83,5 homes.	Citalopram: 20 mg/dia + maneig de contingències i TCC	Placebo + maneig de contingències i TCC	Test positiu de metabòlits a l'orina Abandonament del tractament Efectes secundaris Depressió (HDRS) Ansietat (HARS)

2 Antidepressius

2.4. Desipramina

Autor/a Disseny	Durada	Pacients	Intervenció	Comparació	Variable de resultat
Campbell (1994) ACA paral·lel	24 setmanes	65 pacients en tractament ambulatori. Dependència de la cocaïna (DSM-III-R). Mitjana d'edat: 35 anys (interval de 20 a 60); 63% homes; 90% afroamericans: 16 amb diagnòstic afegit de dependència de l'alcohol, 11 amb depressió major, 2 amb trastorn d'ansietat generalitzada i 16 amb trastorn antisocial de la personalitat.	Desipramina: dosi no especificada	Carbamazepina: dosi no especificada Placebo	Abandonament del tractament
Campbell (2003) ACA paral·lel	8 setmanes	146 pacients en tractament ambulatori. Mitjana d'edat: 33,4 anys; 69,6% homes; 16,33% blancs; 82,3% afroamericans; 51,3% en llibertat provisional. Escolarització: < 11 anys: 36%; educació secundària 39%; > 13 anys: 21,3%. Amb depressió: 30%; amb trastorn antisocial de la personalitat: 39%, trastorn d'ansietat: 6,3%. Criteris d'exclusió: psicosi, síndromes cerebrals orgàniques, idees suïcides o homicides, trastorns mèdics inestables.	Desipramina: 200 mg/dia;)	Carbamazepina: 200mg/dia Placebo	Abandonament del tractament Consum de cocaïna Efectes secundaris
Carroll (1994) ACA paral·lel	12 setmanes	139 pacients en tractament ambulatori. Diagnòstic de dependència de la cocaïna (DSM-III-R). Edat: ~29 anys; 73% homes; 46% caucasians. Consum de 12 g de cocaïna almenys durant els tres mesos anteriors. 495 complien criteris (DSM-III-R) de trastorn antisocial de la personalitat, 65% altres trastorns de la personalitat, 48% dependència de l'alcohol, 20% trastorn de l'estat de l'ànim i 13% trastorn d'ansietat.	Desipramina: mitjana 200 mg/dia + prevenció de recaigudes i TCC Desipramina: mitjana 200 mg/dia + gestió clínica i psicoteràpia de suport	Placebo + prevenció de recaigudes i TCC Placebo + gestió clínica i psicoteràpia de suport	Abandonament del tractament Consum de cocaïna durant el tractament Gravetat de la dependència (ASI)
Gawin (1989) ACA paral·lel	6 setmanes	100 pacients en tractament ambulatori. Diagnòstic de dependència de la cocaïna (DSM-III-R). Edat: ~29 anys; 76% homes; 71% caucasians. La majoria consumia cocaïna a l'inici de l'estudi i tenia altres diagnòstics com el trastorn per dèficit d'atenció.	Desipramina: 2,5 mg/kg/dia;	Liti: 600 mg/dia Placebo	Test positiu de metabòlits a l'orina Durada del tractament

2 Antidepressius

Autor/a Disseny	Durada	Pacients	Intervenció	Comparació	Variable de resultat
Giannini (1986) ACA paral·lel	40 dies	20 pacients en tractament ambulatori. Diagnòstic de dependència de la cocaïna (DSM-III-R). Edat entre 20 i 34 anys; 10% homes; 100% caucasians. Consum abusiu només d'aquesta droga com a mínim tres vegades a la setmana i almenys durant un any.	Desipramina: 150 mg/dia	Placebo	Abandonament del tractament Depressió
Giannini (1987) ACA paral·lel	45 dies	20 pacients atesos en consulta privada. Consumidors de combinació de cocaïna i fenciclidina. Edat entre 21 i 28 anys; 100% homes; 100% caucasians. Consumien la barreja fumada dues o més vegades a la setmana. Rebien, a més, psicoteràpia setmanal.	Desipramina: 200 mg/dia	Placebo	No-abstinència Abandonament del tractament
Hall (1994) ACA paral·lel	12 setmanes	94 pacients, 2 setmanes interns i després en tractament ambulatori. Diagnòstic de dependència de la cocaïna (DSM-III-R). Edat: ~38 anys; 100% homes; 85% afroamericans. Incloïen també pacients que consumien altres drogues. Reforç de tipus econòmic als participants en diferents etapes.	Desipramina: 200 mg/dia Un grup en seguiment estàndard i un altre amb el mateix terapeuta (aconsellador o *counsellor*) durant l'etapa d'ingrés i ambulatòria i que participaven en teràpia de grup	Placebo Dos grups amb el suport detallat en grups de desipramina	Test positiu de metabòlits a l'orina No entrada a l'etapa ambulatòria (no-abandonament de l'hospital)
McElroy (1989) ACA creuat	24 setmanes	15 pacients, a l'inici interns i després en tractament ambulatori. Diagnòstic de dependència de la cocaïna (DSM-III-R). Edat: ~29,5 anys; 73% homes. Mitjana de consum de cocaïna: 5 anys. Tots consumidors d'altres drogues actualment o en el passat.	Desipramina: 200 mg/dia	Placebo	Test positiu de metabòlits a l'orina Abandonament del tractament Abandonament del tractament per efectes

2 Antidepressius

Autor/a Disseny	Durada	Pacients	Intervenció	Comparació	Variable de resultat
McDowell (2005) ACA paral·lel	12 setmanes	111 pacients en tractament ambulatori. Diagnòstic de dependència de la cocaïna i de depressió major o distímia (DSM-III-R). Edat: ~36 anys; 75% homes; treballadors 85%. En teràpia setmanal de prevenció de recaigudes.	Desipramina: 300 mg/dia	Placebo	Test positiu de metabòlits a l'orina Deler (*craving*) Abandonament del tractament Efectes secundaris Gravetat i millora de la malaltia (CGI) Depressió (HDRS)
Tennant (1985) ACA paral·lel	12 dies	22 pacients. Dependència de la cocaïna. Exclosos pacients amb dependència de l'alcohol o d'altres drogues.	Desipramina: 100-150 mg/dia	Placebo	Test positiu de metabòlits a l'orina Abandonament del tractament
Triffleman (1992) ACA paral·lel	8 setmanes	82 pacients ingressats dues setmanes i després en tractament ambulatori. Dependència del *crack*. 100% homes; 85% afroamericans. 76% sense feina; 32% sense habitatge.	Desipramina: 200 mg/dia	Placebo	Durada del tractament
Weddington (1991) ACA paral·lel	12 setmanes	83 pacients en tractament ambulatori. Diagnòstic de dependència de la cocaïna (DSM-III-R). Edat: ~30 anys; 76% homes; 69% blancs. Consum de cocaïna d'1 g o més a la setmana durant 12 setmanes. Alguns amb diagnòstics afegits de trastorn per dèficit d'atenció i trastorns de l'estat de l'ànim o trastorns d'ansietat. Tots rebien dues sessions setmanals de psicoteràpia interpersonal. Dels 83 inicials, 54 continuaven en tractament al cap de 15 dies.	Desipramina: 200 mg/dia;	Amantadina: 400 mg Placebo	Test positiu de metabòlits a l'orina Abandonament del tractament Durada del tractament Participants amb un efecte secundari com a mínim

2 Antidepressius

Autor/a Disseny	Durada	Pacients	Intervenció	Comparació	Variable de resultat
Arndt (1992) ACA paral·lel	12 setmanes	79 pacients en tractament ambulatori. Diagnòstic de dependència de la cocaïna (DSM-III-R), en tractament de manteniment amb metadona per dependència de l'heroïna. Edat entre 22 i 59; mitjana 40,5 anys; 100% homes; 90% afroamericans. Dependència de la cocaïna de com a mínim 3 mesos. Dosi mitjana de metadona: 45 mg, interval entre 15 i 85 mg. 51% complia criteris (DSM-III) de trastorn antisocial de la personalitat.	Desipramina: 250-300 mg/dia	Placebo	Abandonament del tractament Abandonaments del tractament per efectes secundaris
Kolar (1992) ACA paral·lel	12 setmanes	24 (22 analitzats) pacients en tractament ambulatori. Diagnòstic de dependència de la cocaïna (DSM-III-R) en tractament de manteniment amb metadona per dependència de l'heroïna. Mitjana d'edat: 34,8 anys; 85% homes; 68% afroamericans. Durada mitjana del consum de cocaïna: 10 anys. Alguns amb diagnòstics afegits de trastorn per dèficit d'atenció i trastorns de l'estat de l'ànim o trastorns d'ansietat.	Desipramina: 200 mg/dia	Amantadina: 200 mg/dia Placebo	Abandonament del tractament Test positiu de metabòlits a l'orina Participants amb un efecte secundari com a mínim
Kosten (1992) ACA paral·lel	12 setmanes	94 pacients en tractament ambulatori. Diagnòstic de dependència d'opiacis i de la cocaïna (DSM-III-R) en tractament de manteniment amb metadona durant una mitjana de 7,6 mesos i tractats també amb teràpia de prevenció de recaigudes. Mitjana d'edat: 32 anys; 52% homes; 85% blancs. Alguns amb diagnòstics afegits de trastorn antisocial de la personalitat (20%), depressió major/distímia (22%).	Desipramina: 150 mg/dia;	Amantadina: 300 mg Placebo	Test positiu de metabòlits a l'orina Abandonament del tractament Abandonament del tractament per efectes secundaris

2 Antidepressius

Autor/a Disseny	Durada	Pacients	Intervenció	Comparació	Variable de resultat
Feingold (2002) ACA creuat	26 setmanes	109 pacients (homes i dones). Diagnòstic de dependència de la cocaïna (DSM-III-R) i en tractament de manteniment amb metadona o buprenorfina per dependència de l'heroïna. En teràpia de grup per a la prevenció de recaigudes.	Desipramina: 150 mg/dia	Placebo	Test positiu de metabòlits a l'orina
Oliveto (1995) ACA paral·lel	12 setmanes	21 (17 analitzats) pacients en tractament ambulatori. Diagnòstic de dependència de la cocaïna (DSM-III-R) i en tractament de manteniment amb metadona per dependència de l'heroïna. Mitjana d'edat: 33,1 anys; 52,9% homes, 94,1% blancs. Mitjana d'anys d'estudis: 11,6. 35,3% treballant a jornada plena.	Desipramina: 150 mg/dia Fluoxetina: 60 mg/dia	Amantadina: 300 mg/dia	Abandonament del tractament
O'Brien (1988) ACA paral·lel	12 setmanes	47 pacients. Diagnòstic de dependència de la cocaïna (DSM-III-R), en tractament de manteniment amb metadona per dependència d'opiacis. Edat 29 a 50 anys; 100% homes. Consum abusiu de cocaïna durant 3 mesos o més. Van excloure persones amb dependència de l'alcohol o de sedants.	Desipramina: 250-300 mg/dia	Placebo	Abandonament del tractament

2.5. Gepirona

Autor/a Disseny	Durada	Pacients	Intervenció	Comparació	Variable de resultat
Jenkins (1992) ACA paral·lel	12 setmanes	80 pacients, primera setmana ingressats i després en tractament ambulatori. Diagnòstic de dependència de la cocaïna (DSM-III-R). Edat: ~31 anys; 95% homes; 66% afroamericans. Pacients amb feina i situació social moderadament estable, i sense trastorn antisocial de la personalitat.	Gepirona: 16,25 mg/dia	Placebo	Abandonament del tractament Durada del tractament Test positiu de metabòlits a l'orina No millora global (gravetat i millora de la malaltia, CGI)

2 Antidepressius

2.6. Imipramina

Autor/a Disseny	Durada	Pacients	Intervenció	Comparació	Variable de resultat
Nunes (1995) ACA paral·lel	12 setmanes	113 pacients en tractament ambulatori. Diagnòstic de dependència de la cocaïna (DSM-III-R). Edat ~32 anys; 73% homes; 52% caucasians. Història de trastorn depressiu en el 61%. Tots rebien consell individual setmanal.	Imipramina: 150-300 mg/dia	Placebo	Abandonament del tractament Abandonament del tractament per efectes secundaris No-resposta (tres setmanes consecutives abstinents)

2.7. Ritanserina

Autor/a Disseny	Durada	Pacients	Intervenció	Comparació	Variable de resultat
Ehrman (1996) ACA paral·lel	4 setmanes	80 pacients en tractament ambulatori. Diagnòstic de dependència de la cocaïna (DSM-III-R). Edat: ~37 anys; 100% homes; 95,5% afroamericans. Història de consum regular de cocaïna durant ~6 anys.	Ritanserina: 10 mg/dia	Placebo	Abandonament del tractament
Cornish (2001) ACA paral·lel	4 setmanes	80 pacients amb tractament ambulatori. Diagnòstic de dependència de la cocaïna (DSM-III-R). Rebien teràpia psicosocial.	Ritanserina: 10 mg/dia	Placebo	Abandonament del tractament Test positiu de metabòlits a l'orina Deler (*craving*) Depressió (HDRS) Depressió (BDI) Estat d'ànim (POMS) Gravetat de la dependència (ASI)

2 Antidepressius

2.8. Venlafaxina

Autor/a Disseny	Durada	Pacients	Intervenció	Comparació	Variable de resultat
Ciraulo (2005) ACA paral·lel	8 setmanes	69 pacients en tractament ambulatori. Diagnòstic en tractament ambulatori. Diagnòstic de dependència de la cocaïna (DSM-IV) i HDRS de 12 o més. Criteris d'exclusió: idees suïcides, psicòtics, embarassades, malalties físiques, dependència d'opiacis o de l'alcohol, consum de metadona. Edat entre 25 i 50 anys, mitjana 40; 72% homes; 70% afroamericans. Mitjana de 12 anys de consum; 81% fumada.	Venlafaxina: 150 mg/dia;	Placebo + consell individual Pramipexol 1,5 mg/dia + consell individual	Test positiu de metabòlits a l'orina Consum de cocaïna autodeclarat Deler (*craving*)
Passos (2005) ACA paral·lel	10 setmanes	210 pacients en tractament ambulatori. Diagnòstic de dependència de la cocaïna (DSM-IV). Criteris d'inclusió: edat entre 18 i 65 anys. Mitjana de 40 anys d'edat; 71% homes. Podien tenir dependència d'altres drogues (40% d'alcohol, 22% de marihuana, 18% de tabac, 1% de benzodiazepines). Criteris d'exclusió: consum de cocaïna via fumada (*crack*) o injectada, altres trastorns mentals, ús d'IMAO.	Venlafaxina 300 mg/dia + 1/3 teràpies psicosocials diverses	Placebo + 1/3 teràpies psicosocials diverses	Consum de cocaïna autodeclarat Temps en l'última recaiguda després del tractament Deler (*craving*) Abandonament del tractament Depressió (HDRS) Efectes adversos
Levin (2008) ACA paral·lel	13 setmanes 1a-2a setmana Tots amb placebo	66 pacients en tractament ambulatori. Criteris d'inclusió: dependència de la cocaïna (DSM-IV) i depressió greu anterior a l'inici de consum de cocaïna, o esdevinguda durant el període de llarga abstinència, o amb una durada de com a mínim tres mesos en l'últim episodi. Entre 18 i 60 anys. Criteris d'exclusió: trastorn bipolar o esquizofrènia; prenent medicació psicotròpica; malaltia mèdica inestable, diabetis; lactància o embaràs; risc de suïcidi; dependència d'opiacis, de sedants o de l'alcohol. Mitjana d'edat: 38 anys; 73% homes; 32% consumidors d'alcohol; 13% marihuana. Consum de cocaïna, mitjana de 15 dies durant el mes anterior. Despesa mitjana setmanal de 316 $ el mes anterior. Dues visites setmanals a la clínica.	Venlafaxina: 150 mg/dia + consulta setmanal de TCC de prevenció de recaigudes	Placebo + consulta setmanal de TCC individual de prevenció de recaigudes	Test positiu de metabòlits a l'orina Abandonament del tractament Efectes secundaris

3 Psicoestimulants

3.1. Dexamfetamina

Autor/a Disseny	Durada	Pacients	Intervenció	Comparació	Variable de resultat
Grabowski (2001) ACA	101 dies	128 pacients en tractament ambulatori. 79% homes; 58% afroamericans; 31% blancs i 9% hispans; 38% treballant. Mitjana d'edat: 36 anys; mitjana de 12,7 anys d'escolarització. Consum de cocaïna: *crack* o *freebase* (cocaïna base) (22%); en pols (5,7%); altres preparacions de cocaïna (0,8%); combinació de *crack*, pols i *speed* (69,9%); altres combinacions (1,6%). Freqüència de consum declarat: "menys d'una vegada al mes" (2%), "menys d'una vegada a la setmana" (12,7%), "una vegada a la setmana" (14%), "diverses vegades a la setmana" (48%), "una vegada al dia" (16,7%), i "més de tres vegades al dia" (6,7%). Diagnòstic de dependència de la cocaïna (DSM-IV).	Dexamfetamina: 15-30 mg/dia 30-60 mg/dia + 1 hora setmanal de TCC	Placebo + 1 hora setmanal de TCC	Consum de cocaïna (metabòlits a l'orina) Efectes adversos Abandonament del tractament Depressió (BDI)
Grabowski (2004) ACA	182 dies	62 pacients avaluables (de 94 aleatoritzats), tractament ambulatori. Diagnòstic de dependència de la cocaïna i d'heroïna (DSM-IV). Mitjana d'edat: 36,7 anys; 33% dones; 10,6% afroamericans; 75,5% blancs i 13,8% hispans. Sense feina: 59,6%; 12,3 anys de mitjana d'escolarització. Consum de cocaïna: *crack* o *freebase* (cocaïna base) (46,8%); pols o neu (31,9%); *speedball* (21,3%). Freqüència autodeclarada de consum: "menys d'una vegada al mes" (4,3%); "menys d'una vegada a la setmana" (9,6%); "una vegada a la setmana" (13,8%); "diverses vegades a la setmana" (41,5%); "una vegada al dia" (26,6%); "més de tres vegades al dia" (4,3%). Criteris d'inclusió: bona salut i sense cap altre diagnòstic psiquiàtric (excepte dependència de la nicotina). Exclosos adults amb trastorn per dèficit d'atenció amb hiperactivitat.	Dexamfetamina: 15-30 mg/dia 30-60 mg/dia + tractament amb metadona + 26 sessions setmanals de teràpia psicosocial	Placebo + tractament amb metadona + 26 sessions setmanals de teràpia psicosocial	Consum de cocaïna (metabòlits a l'orina) Efectes adversos Seguiment del tractament Depressió (BDI) Pressió arterial

3 Psicoestimulants

Autor/a Disseny	Durada	Pacients	Intervenció	Comparació	Variable de resultat
Shearer (2003) ACA Estudi pilot	98 dies	30 pacients amb via de consum intravenosa. Diagnòstic de dependència de la cocaïna (DSM-IV).	Dexamfetamina: 30-90 mg/dia + psicoteràpia	Placebo + psicoteràpia	Consum de cocaïna (metabòlits a l'orina) Efectes adversos Continuació del tractament Deler (*craving*) Deler o *craving* (VAS) Resultat de Tractament d'opiacis (OTI) Símptomes psiquiàtrics (BSI) Gravetat de la dependència (SDS)

3.2. Metamfetamina

Autor/a Disseny	Durada	Pacients	Intervenció	Comparació	Variable de resultat
Mooney 2008 ACA	8 setmanes	82 pacients en tractament ambulatori. Mitjana d'edat: 36 anys; 85 homes; mitjana de 12,5 anys d'escolarització; 60% afroamericans; 28% blancs, 67% amb feina. Consum de cocaïna: *crack* 70%; mitjana d'1,7 dies durant el mes anterior; 20 anys de mitjana de consum. Criteris d'inclusió: edat entre 18 i 55 anys; dependència de la cocaïna (DSM-IV). Criteris d'exclusió: dependència d'altres substàncies (excepte de la nicotina); altres trastorns mentals; malaltia física seriosa.	Metamfetamina: –d'alliberament immediat 5 mg/6 vegades al dia –d'alliberament continu 30 mg/1 dosi al dia Disseny seqüencial	Placebo	Retenció en l'estudi Consum de cocaïna Deler (*craving*) Deler o *craving* (VAS) Efectes adversos Pes, pressió arterial i ritme cardíac Compliment de la medicació

3 Psicoestimulants

3.3. Metilfenidat

Autor/a Disseny	Durada	Pacients	Intervenció	Comparació	Variable de resultat
Grabowski (1997) ACA	91 dies	49 pacients. Dependència de la cocaïna (DSM-IV). Excloïen pacients dependents d'altres drogues (excepte nicotina) o amb trastorn per dèficit d'atenció i hiperactivitat	Metilfenidat IR+SR 45 mg/dia + 11 sessions de teràpia psicosocial	Placebo + 11 sessions de teràpia psicosocial	Consum de cocaïna (metabòlits a l'orina) Efectes adversos Continuació en tractament
Schubiner (2002) ACA	84 dies	48 pacients Dependència de la cocaïna i trastorn per dèficit d'atenció i hiperactivitat en adults (DSM-IV).	Metilfenidat 30-90 mg/dia + psicoteràpia individual o de grup	Placebo + psicoteràpia individual o de grup	Consum de cocaïna (autodeclarat i per metabòlits a l'orina) Deler (*craving*) Deler o *craving* de cocaïna (CCQ) Efectes adversos Seguiment del tractament
Levin (2007) ACA	14 setmanes	106 pacients en tractament ambulatori. Mitjana d'edat: 37 anys; 83% homes; 60% caucasians; 20% afroamericans; 14% hispans; 6% altres; 18% sense feina. 40% també consumidors d'alcohol i 34% de marihuana. Consum de cocaïna: 21 anys de mitjana d'edat a l'inici; 13 dies de mitjana de consum durant el mes anterior. Via de consum: 61% nasal, 34% fumada, 5% altres. Criteris d'inclusió: edat entre 18 i 60 anys; diagnòstic de dependència de la cocaïna i trastorn per dèficit d'atenció amb hiperactivitat (DSM-IV). Criteris d'exclusió: altra patologia psiquiàtrica; dependència d'opiacis o de l'alcohol; sensibilitat al metilfenidat.	Metilfenidat, inici a 10 mg/dia i augmentant fins a 40 o 60 mg/dia segons tolerància del pacient	Placebo amb àcid fòlic Afegit (1 mg per pastilla)	TDAH en infants (WURS) TDAH en adults (AARS) Millora global (CGI) símptomes del TDAH (TAADS) Consum de cocaïna (metabòlits a l'orina) Efectes secundaris-deler o *craving*

3 Psicoestimulants

3.4. Mazindol

Autor/a Disseny	Durada	Pacients	Intervenció	Comparació	Variable de resultat
Margolin (1995) ACA	12 setmanes	37 pacients. Diagnòstic de dependència de la cocaïna i en tractament de manteniment amb metadona, sense consumir cocaïna almenys durant 2 setmanes. No excloïen persones amb dependència d'altres substàncies.	Mazindol: 1 mg/dia + teràpia psicosocial integrada (gestió de casos, maneig de contingències i psicoteràpia de grup)	Placebo + teràpia psicosocial integrada (gestió de casos, maneig de contingències i psicoteràpia de grup)	Consum de cocaïna (metabòlits a l'orina) Deler (*craving*) Deler o *craving* (VAS) Efectes adversos Seguiment del tractament
Stine (1995) ACA	6 setmanes	43 pacients en tractament ambulatori. Mitjana d'edat: 34,5 anys; 86% homes; 51% afroamericans; 40% blancs; 9% hispans; 34% amb diagnòstic de depressió; 15% distímia i 9% trastorn antisocial de la personalitat. Consum abusiu concurrent d'alcohol (67%) i de marihuana (58%). Criteris d'inclusió: dependència de la cocaïna (DSM-III-TR) amb consum autodeclarat de 12 g durant els 3 mesos anteriors. Excloïen pacients dependents d'altres drogues.	Mazindol: 2 mg/dia + psicoteràpia de 6 sessions de grup i consell	Placebo + psicoteràpia de 6 sessions de grup i consell	Seguiment del tractament Consum de cocaïna (autodeclarat o per metabòlits a l'orina) Deler (*craving*) Deler o *craving* (VAS) Efectes adversos Depressió (BDI) Depressió (HDRS) Ansietat (HARS)

3 Psicoestimulants

3.5. Modafinil

Autor/a Disseny	Durada	Pacients	Intervenció	Comparació	Variable de resultat
Dackis (2005) ACA	8 setmanes	62 pacients en tractament ambulatori. 44 homes, 18 dones. Mitjana d'edat: 44,5 anys; interval 25-63 anys; 80% afroamericans; 12 anys de mitjana d'escolarització. Mitjana de feina el mes anterior: 13 dies. Consum de cocaïna: 88% consumien la cocaïna fumada; mitjana de consum: 12,5 anys; mitjana de consum a la setmana: 2,5 dies. Criteris d'inclusió: dependència de la cocaïna (DSM-IV). Consum mínim de cocaïna per valor d'almenys 200 $ durant el mes anterior. Criteris d'exclusió: dependència d'una altra substància (excepte de la nicotina); malaltia mèdica greu; una altra malaltia psiquiàtrica; tractament amb psicofàrmacs o medicació que pot interactuar amb modafinil; dones embarassades o que no utilitzen contracepció.	Modafinil: 400 mg/dia + 2 sessions setmanals de TCC	Placebo + 2 sessions setmanals de TCC	Consum de cocaïna (metabòlits a l'orina) Deler (*craving*) Síndrome d'abstinència Seguiment del tractament Efectes adversos

3.6. Selegilina

Autor/a Disseny	Durada	Pacients	Intervenció	Comparació	Variable de resultat
Elkashef (2006) ACA	8 setmanes	300 persones, tractament ambulatori. Mitjana d'edat: 41 anys; 78% homes; 63% afroamericans; 26% caucasians; 9% hispans; 2% altres; 13 anys de mitjana d'escolarització. Consum de cocaïna: mitjana de 17,5 dies en el mes anterior; 715 $ de despesa mitjana en el mes anterior. Via de consum: 86% fumada, 10% nasal, 4% una altra. Criteris d'inclusió: dependència de la cocaïna (DSM-IV); buscant tractament; majors de 18 anys; capaços de donar consentiment informat. Criteris d'exclusió: dones embarassades o en lactància; malalties mèdiques greus; malalties mentals que necessitin tractament; tractament per ordre judicial; ús de fàrmacs com ara IMAO o PEA.	Selegilina transdèrmica (6 mg/dia) per mitjà de pegats de 20 cm^2 amb 1 mg/cm^2 + 1 hora setmanal de psicoteràpia individual	Placebo + 1 hora setmanal de psicoteràpia individual	Consum de cocaïna (autodeclarat o per metabòlits a l'orina) Gravetat de la dependència (ASI) Depressió (HDRS) Deler o *craving* de cocaïna (BSCS) Gravetat i millora de la malaltia (CGI) Efectes adversos

4 Antipsicòtics. *4.1. Pacients sense diagnòstic psiquiàtric*

4.1.1.Haloperidol

Autor/a Disseny	Durada	Pacients	Intervenció	Comparació	Variable de resultat
Berger (1996) ACA Disseny creuat	5 dies	20 homes. Pacients ingressats. Dependència de la cocaïna (DSM-IV). Mitjana d'edat: 47,4 anys. Mitjana d'escolarització: 13,6 anys. Mitjana del consum de cocaïna durant els 30 dies anteriors: 11,2 dies. Consumidors amb una mitjana de 13,9 anys. Criteris d'exclusió: trastorn de l'estat de l'ànim greu; trastorns psicòtics; no resposta a test d'exposició a estímuls.	Només 1 dosi d'haloperidol de 4 mg/dia	Placebo	Deler o *craving* (VAS i WSRS)

4.1.2. Risperidona

Autor/a Disseny	Durada	Pacients	Intervenció	Comparació	Variable de resultat
Grabowski (2004) ACA	24 setmanes	96 persones, tractament ambulatori. Dependència de la cocaïna (DSM) amb bona salut i sense cap altre diagnòstic psiquiàtric. Mitjana d'edat: 36,9 anys; 40,6% dones; 14% blancs, 10,4% hispans i 10,4% afroamericans. Mitjana d'escolarització: 12,3 anys; 68% aturats; 25% amb feina i estudiants o 7% de jubilats. Consum de cocaïna: 20,9% menys d'una vegada a la setmana; 6,3% una vegada a la setmana; 38,55% diverses vegades a la setmana; 28,1% una vegada al dia; 6,3% més de tres vegades al dia.	Risperidona: 2 mg/dia Risperidona: 4 mg/dia	Placebo	Manteniment en l'estudi Efectes secundaris Consum de cocaïna Canvis en la pressió arterial

4 Antipsicòtics

Autor/a Disseny	Durada	Pacients	Intervenció	Comparació	Variable de resultat
Levin (1999) ACA	12 setmanes	14 persones, tractament ambulatori. Dependència de la cocaïna (DSM-IV). Mitjana d'edat: 40 anys; 71% homes; 43% afroamericans, 43% hispans; 14% caucasians. Consum de cocaïna: 16 dies de mitjana en el mes anterior; despesa mitjana de 70,3 $ durant el mes anterior; Via de consum: 50% nasal; 50% intravenosa/*freebase* (cocaïna base). Criteris d'exclusió: dependència de l'alcohol, d'opiacis o de sedants; qualsevol altra patologia psiquiàtrica que necessiti tractament; embaràs.	Risperidona: 2,1 mg/dia de mitjana	Placebo	Abandonaments del tractament Consum de cocaïna (autodeclarat i per anàlisi d'orina) Deler o *craving* (VAS)
Loebl (2008) ACA	12 setmanes	31 homes. Dependència de la cocaïna (DSM-IV). Mitjana d'edat: 43 anys. Mitjana d'escolarització: 13 anys. Dependència de l'alcohol: 45%. Mitjana de l'edat d'inici de consum de cocaïna: 29 anys. Consum de cocaïna: 12,5 dies de mitjana durant el mes anterior; despesa mitjana de 440 $ durant el mes anterior. Criteris d'exclusió: dones; trastorns psiquiàtrics; infecció pel VIH; condició mèdica inestable.	Risperidona (intramuscular): 25 mg/setmana	Placebo	Consum de cocaïna (autodeclarat i per metabòlits a l'orina) Deler (*craving*) Depressió (HDRS) Efectes adversos Pes Seguiment de l'estudi
Smelson (2004) ACA	2 setmanes	34 persones, ingressades. Mitjana d'edat: 41,2 anys. Sexe no especificat. Mitjana de 5,2 dies de consum durant el mes anterior; mitjana de 6,3 anys de consum. Criteris d'inclusió: dependència de la cocaïna (DSM-IV); consum com a mínim 6 g el mes anterior; resposta d'augment de desig de consum en l'exposició a estímuls visuals. Criteris d'exclusió: qualsevol altra malaltia psiquiàtrica o dependència (excepte tabac); prendre qualsevol medicació que pugui afectar el sistema nerviós central; història de convulsions; embaràs.	Risperidona: 1 mg/dia	Placebo	Abandonaments del tractament Deler o *craving* (VCCQ)

4 Antipsicòtics

4.1.3. Olanzapina

Autor/a Disseny	Durada	Pacients	Intervenció	Comparació	Variable de resultat
Kampman (2003) ACA	12 setmanes	30 persones, tractament ambulatori. Mitjana d'edat: 41 anys; 73,3% homes; 93,3% afroamericans. Mitjana d'escolarització: 12,33 anys. Consum de cocaïna: mitjana de 12,5 dies el mes anterior; 12 anys de consum com a mitjana; via de consum: 10% nasal, 86,6% fumada, 10% intravenosa. Criteris d'inclusió: de 18 a 60 anys; amb addicció a la cocaïna diagnosticada per psiquiatria; consum autodeclarat de cocaïna almenys per valor de 100 $ el mes anterior. Criteris d'exclusió: dependència d'una altra droga (excepte del tabac i alcohol); psicosi; demència; ús de medicació psicotròpica; malaltia mèdica inestable; embaràs; hipersensibilitat a l'olanzapina.	Olanzapina: 10 mg/dia	Placebo	Manteniment en l'estudi Deler o *craving* de cocaïna (BSCS) Gravetat de la dependència (ASI) Ansietat (HARS) Depressió (HDRS) Abstinència inicial de cocaïna (CSSA)
Reid (2005) ACA	8 setmanes	68 persones, tractament ambulatori. Mitjana d'edat: 38,7 anys; 50 homes; 51 afroamericans; 11 blancs; 7 hispans; 1 altres. Mitjana d'escolarització: 13 anys. Mitjana de consum de cocaïna: 14 anys; mitjana de 16,8 dies en el mes anterior. Via de consum: 20,8% nasal, 76% fumada, 3% intravenosa. Criteris d'inclusió i exclusió: CREST.	Olanzapina: 10 mg/dia	Valproat Coenzim Q10/L Carnitina Placebo	Abandonaments del tractament Efectes secundaris Consum de cocaïna (autodeclarat) Deler o *craving* de cocaïna (BSCS i CCQ) Gravetat de la dependència (ASI) Gravetat i millora de la malaltia (CGI-GM) Ansietat (HARS) Depressió (HDRS)

4 Antipsicòtics

4.1.4. Aripripazol

Autor/al Disseny	Durada	Pacients	Intervenció	Comparació	Variable de resultat
Stoops (2007) AC no aleatoritzat creuat Estudi sobre seguretat	14 dies	8 pacients ingressats amb dependència de la cocaïna (DSM-IV). 5 homes; 3 dones; 7 afroamericans. Tots consumidors de *crack* i consumidors d'una mitjana de 392 mg durant la setmana anterior.	Aripripazol: 10 mg/dia	Placebo	Pressió sanguínia, ritme cardíac, temperatura, glucèmia Deler (*craving*) Moviments involuntaris (AIMS) Efectes secundaris (UKU SES) Escala de puntuació per adjectius Escala de valoració subjectiva d'adjectius sensibles al consum de cocaïna (SSARS)

4.1.5. Reserpina

Autor/a Disseny	Durada	Pacients	Intervenció	Comparació	Variable de resultat
Winhusen (2007) ACA	12 setmanes	101 persones, tractament ambulatori. Mitjana d'edat: 41 anys; 70% homes; 75% afroamericans; 18% caucasians. Mitjana de consum de cocaïna: 14 anys; mitjana de 16 dies el mes anterior. Via de consum: 97% fumada, 3% intranasal. Criteris d'inclusió: dependència de la cocaïna (DSM-IV), com a mínim 18 anys d'edat; anàlisi d'orina positiu (dues setmanes abans). Criteris d'exclusió: dependència d'opiacis; tractament d'alcoholisme; persones prenent reserpina o amb hipersensibilitat coneguda a aquest fàrmac.	Reserpina: 0,5 mg/dia	Placebo	Consum de cocaïna (autodeclarat i per anàlisi d'orina) Deler o *craving* de cocaïna (BSCS) Gravetat de la dependència (ASI) Gravetat i millora de la malaltia (CGI) Efectes adversos Depressió (HDRS)

4 Antipsicòtics. *4.2. Pacients amb diagnòstic psiquiàtric*

4.2.1. Olanzapina *versus* haloperidol

Autor/a Disseny	Durada	Pacients	Intervenció	Comparació	Variable de resultat
Smelson (2006) ACA	6 setmanes	31 persones, ingressades. Mitjana d'edat: 42,9 anys; mitjana de 8,4 dies de consum el mes anterior; edat mitjana d'inici del consum: 29,3 anys. Criteris d'inclusió: dependència de la cocaïna i esquizofrènia (DSM-IV); resposta d'augment de desig de consum a l'exposició a estímuls visuals. Criteris d'exclusió: qualsevol altra malaltia psiquiàtrica o dependència (excepte tabac); embaràs.	Olanzapina: 10 mg/dia	Haloperidol: 10 mg/dia	Abandonaments del tractament Deler o *craving* (VCCQ) Símptomes positius i negatius de l'esquizofrènia (PANSS) Símptomes de la sínrdrome d'abstinència
Sayers (2005) ACA	26 setmanes	24 pacients. 22 afroamericans; 23 homes; mitjana d'edat: 45,9 anys. Consum de cocaïna per valor mitjà de 234 $ en les 12 setmanes anteriors. Criteris d'inclusió: diagnòstic de dependència de la cocaïna i esquizofrènia (DSM-IV) en els últims 6 mesos; edat entre 18 i 60 anys; habilitat per donar el consentiment informat.	Olanzapina: 10 mg/dia	Haloperidol: 10 mg/dia	Consum de cocaïna (anàlisi d'orina) Deler (*craving*) Símptomes depressius Símptomes extrapiramidals Seguiment del tractament

4 Antipsicòtics

4.2.2. Olanzapina *versus* risperidona

Autor/a Disseny	Durada	Pacients	Intervenció	Comparació	Variable de resultat
Akerele (2007) ACA	14 setmanes	28 persones, tractament ambulatori. Mitjana d'edat: 35,5 anys; 89% homes; 53% afroamericans; 32% hispans. Mitjana d'escolarització: 12,5 anys; 7% amb feina. Consum de droga: 93% marihuana, 78% cocaïna. Mitjana de dies de consum durant el mes anterior: 18 dies, marihuana; 11 dies, cocaïna. Via de consum de la cocaïna: 58% inhalada, 42% fumada. Criteris d'inclusió: dependència de la cocaïna o de marihuana (DSM-IV); esquizofrènia o trastorn de l'estat de l'ànim (DSM-IV); Consum de marihuana almenys dues vegades a la setmana o de cocaïna o com a mínim una setmana de mitjana en els tres mesos anteriors. Criteris d'exclusió: embaràs; dependència de l'alcohol o d'altres drogues (excepte del tabac i la cafeïna); simptomatologia psiquiàtrica inestable.	Olanzapina: 5-20 mg/dia	Risperidona: 3-9 mg/dia	Deler (*craving*) Consum de droga (anàlisi d'orina) Depressió (HDRS) Símptomes positius i negatius de l'esquizofrènia (PANSS) Seguiment del tractament Efectes secundaris

4.2.3. Risperidona *versus* zuclopentixol

Autor/a Disseny	Durada	Pacients	Intervenció	Comparació	Variable de resultat
Rubio (2006) ACA	6 mesos	115 pacients amb esquizofrènia i abús de substàncies. Mitjana d'edat: 35 anys. 26% abús de cocaïna; 8,5% d'opiacis; 87% d'alcohol; 71% cànnabis; 4% MDMA. Diagnòstic d'esquizofrènia (DSM-IV): 52% paranoide; 19% residual; 15% indiferenciada; 14% desorganitzada. Els pacients iniciaven l'estudi en un ingrés hospitalari (de 7 a 15 dies), continuat de manera ambulatòria durant 6 mesos. Criteris d'inclusió: edat entre 18 i 65 anys; diagnòstic d'esquizofrènia i de dependència de substàncies diferents de la cafeïna i de la nicotina (DSM-IV). Criteris d'exclusió: qualsevol trastorn orgànic o neurològic clínicament significatiu, qualsevol altra psicosi important, alteracions rellevants per mitjà d'anàlisi de la sang o d'electrocardiograma. S'invitava a participar en l'estudi els pacients que es donarien d'alta després d'un ingrés hospitalari quan s'hagués estabilitzat l'esquizofrènia.	Risperidona: 2-6 mg/dia oral; 47 mg/15 dies d'acció prolongada	Zuclopentixol: 10-50 mg/dia oral; 200 mg/21 dies d'absorció lenta (*dépot*)	Consum de substàncies (metabòlits a l'orina) Símptomes positius i negatius de l'esquizofrènia (PANSS) (ABANS Eficàcia en psicopatologia) Seguretat: *Extrapyramidal Synptom Rating Scale* (ESRS) Assistència a les sessions del programa

4 Antipsicòtics

4.2.4. Quetiapina

Autor/a Disseny	Durada	Pacients	Intervenció	Comparació	Variable de resultat
Brown (2003) ACA piloto	12 setmanes	24 pacients amb esquizofrènia en tractament ambulatori, consumidors de cocaïna o amfetamines.	Tractament antipsicòtic previ	Retirar el tractament anterior i, en cas necessari, quetiapina	Símptomes psiquiàtrics Consum de drogues Deler (*craving*)

4.2. Pacients amb diagnòstic psiquiàtric (revisió San, 2007)

Autor/a	Disseny	Alternatives comparades	Pacients	Durada
Smelson (2004)	Estudi obert, disseny creuat	Antipsicòtics convencionals *vs.* risperidona	18 pacients esquizofrènics amb dependència de la cocaïna	6 setmanes
Tsuang (2002)	Assaig amb cegament doble	Haloperidol Olanzapina	4 pacients esquizofrènics amb abús de cocaïna	24 setmanes
Green (2002)	ACA, multicèntric, amb cegament doble	Olanzapina *vs.* haloperidol	262 persones amb un primer episodi de psicosi, 96 amb trastorn per abús de substàncies (sense especificar quines)	12 setmanes
Beresford (2005)	ACA, estudi obert	Aripripazol	10 pacients esquizofrènics amb dependència de la cocaïna o de l'alcohol	8 setmanes

5 Anticonvulsius

5.1. Carbamazepina

Autor/a Disseny	Durada	Pacients	Intervenció	Comparació	Variable de resultat
Campbell (1994) Grup de comparació *a* ACA	24 setmanes	65 pacients. Dependència de la cocaïna (DSM-III-R). En tractament ambulatori. Mitjana d'edat: 32 anys (interval de 20 a 60); 63% homes; 90% afroamericans; 16 amb diagnòstic afegit de dependència de l'alcohol; 11 depressió major, 2 trastorn d'ansietat generalitzada, i 16 trastorn antisocial de la personalitat.	Carbamazepina: dosi no especificada 19 pacients	Placebo 25 pacients	Abandonaments del tractament
Campbell (1994) Grup de comparació *b* ACA	24 setmanes	Igual que Campbell (1994), grup de comparació *a*	Carbamazepina: dosi no especificada 19 pacients	Desipramina: dosi no especificada 21 pacients	Abandonaments del tractament
Campbell (2003) Grup de comparació *a* ACA	8 setmanes	146 pacients. En tractament ambulatori. Mitjana d'edat: 33,4 anys; 69,6% homes; 16,33% blancs, 82,3% afroamericans; 51,3% en llibertat provisional. Escolarització: < 11 anys: 36%; educació secundària: 39%; > 13 anys: 21,3%. 30% amb depressió; 39% amb trastorn antisocial de la personalitat; 6,3% trastorn d'ansietat. Criteris d'exclusió: psicosi, síndromes cerebrals orgàniques, idees suïcides o homicides, trastorns mèdics inestables.	Carbamazepina: 200 mg/dia 47 pacients	Placebo 50 pacients	Abandonaments del tractament Consum de cocaïna Efectes secundaris
Campbell (2003) Grup de comparació *b* ACA	8 setmanes	Igual que Campbell (2003), grup de comparació *a*	Carbamazepina: de 200 mg/dia 47 pacients	Desimipramina: 200 mg/dia 49 pacients	Abandonaments del tractament Consum de cocaïna Efectes secundaris

5 Anticonvulsius

Autor/a Disseny	Durada	Pacients	Intervenció	Comparació	Variable de resultat
Cornish (1995) ACA	No disponible	95 pacients amb dependència de la cocaïna (DSM-III-R) Edat: interval entre 21-51 anys; 98% homes, 98% afroamericans.	Carbamazepina: de 200 mg/dia, i augmentada fins aconseguir de 4 a 12 ug/ml a la sang 37 pacients	Placebo 45 pacients	Abandonaments del tractament Consum de cocaïna Deler (*craving*) Efectes secundaris
Halikas (1997) Grup de comparació *a* ACA	12 setmanes	183 pacients en tractament ambulatori. Dependència de la cocaïna (DSM-III-R). Mitjana d'edat 32,5 anys; 71% homes; 66,1% blancs; nivell mínim educatiu 8è grau (13-14 anys).	Carbamazepina: 400 mg/dia + oferta de diferents intervencions psicosocials 62 pacients	Placebo + oferta de diferents intervencions psicosocials 63 pacients	Abandonaments del tractament Consum de cocaïna Deler (*craving*) Efectes secundaris
Halikas (1997) Grup de comparació *b* ACA	12 setmanes	Igual que Halikas (2007), grup de comparació *a*	Carbamazepina: 800 mg/dia + oferta de diferents intervencions psicosocials 58 pacients	Placebo + oferta de diferents intervencions psicosocials 63 pacients	Abandonaments del tractament Consum de cocaïna Deler (*craving*) Efectes secundaris
Kranzler (1995) ACA	12 setmanes tractament + 12 setmanes seguiment	40 pacients En tractament ambulatori Dependència de la cocaïna (DSM-III-R) Edat: 18 a 45 anys; 100% homes; 32% afroamericans. Consum de 4 g com a mínim durant el mes anterior.	Carbamazepina: de 200 mg/dia a 600 mg/dia 20 pacients	Placebo 20 pacients	Consum de cocaïna Consum d'altres substàncies Efectes secundaris
Montoya (1995) ACA	8 setmanes	62 pacients En tractament ambulatori Dependència de la cocaïna (DSM-III-R) Mitjana d'edat: 33,2 anys; 79% homes; 68% afroamericans; consum autodeclarat de cocaïna de 14 g com a mínim durant els 3 mesos anteriors. Criteris d'exclusió: dependència d'altres drogues, residència institucional, malaltia física o mental greu.	Carbamazepina: dosi d'inici de 200 mg/dia i augmentada a 800 mg/dia; després, reduïda gradualment fins a 200 mg/dia. 34 pacients	Placebo 34 pacients	Consum de cocaïna Deler (*craving*)

5 Anticonvulsius

5.2. Fenitoïna

Autor/a Disseny	Durada	Pacients	Intervenció	Comparació	Variable de resultat
Crosby (1996) ACA	12 setmanes	44 pacients en tractament ambulatori. Dependència de la cocaïna (DSM-IV). Majors de 18 anys; mitjana d'edat: 34 anys; homes: 79,5%; afroamericans: 57%; casats: 34%. Estudis: 14% primària o menys; 70% secundària, 15% universitat; 59% amb feina. Via de consum: 4,5% intranasal; 93% fumada, 2% intravenosa. Mitjana de consum durant l'últim mes: 11,7 dies; mitjana de la durada del període d'abús: 90 mesos. Criteris d'exclusió: qualsevol malaltia mental o malaltia mèdica inestable; història de convulsions; embaràs; risc de suïcidi; ús de fàrmacs psicotròpics durant les sis setmanes anteriors.	Fenitoïna: 100 mg/dia 20 pacients	Placebo 24 pacients	Abandonaments del tractament Consum de cocaïna Deler (*craving*) Efectes secundaris
Sofuoglu (1999) ACA	10 dies	9 pacients. En tractament ambulatori. Mitjana d'edat: 37,5 anys; 6 homes; mitjana d'escolarització: 13 anys; mitjana de consum de cocaïna: 12,7 anys.	Fenitoïna: 100 mg/dia + intervenció de maneig de contingències (cupons canviables per cocaïna) 3 pacients	Placebo + intervenció de maneig de contingències (cupons canviables per cocaïna) 6 pacients	Consum de cocaïna Efectes secundaris

5.3. Gabapentina

Autor/a Disseny	Durada	Pacients	Intervenció	Comparació	Variable de resultat
Berger (2005) Grup de comparació *b* ACA	10 setmanes (2 cribratges i 8 intervencions)	30 pacients Dependència de la cocaïna (DSM-IV). En tractament ambulatori. Mitjana d'edat: 39,1 anys; 70% homes; 92% afroamericans. Mitjana d'anys d'estudi: 12,3; 8% sense feina. Consum de cocaïna en els últims 30 dies: 18,5 dies. Via de consum: fumada (93%), intravenosa (5%), intranasal (2%).	Gabapentina: 1.800 mg (reducció progressiva de la dosi), 15 pacients	Placebo 15 pacients	Abandonaments del tractament Consum de cocaïna Gravetat de la dependència Deler (*craving*) Efectes secundaris Depressió Ansietat

5 Anticonvulsius

Autor/a Disseny	Durada	Pacients	Intervenció	Comparació	Variable de resultat
Bisaga (2006) ACA	12 setmanes + 2 de placebo	99 pacients. Dependència de la cocaïna (DSM-IV). En tractament ambulatori. Consum: com a mínim 4 dies durant el mes anterior. De 18 a 60 anys. Mitjana d'edat: 39 anys; 88% homes; 46% afroamericans, 26% caucasians. Estudis: 26% secundària, 53% universitat. Amb feina: 87%. Consum de cocaïna durant els últims 30 dies: 14 dies. Criteris d'exclusió: trastorn de l'estat de l'ànim greu; TDAH; dependència d'opiacis; de l'alcohol, de sedants o d'hipnòtics; embaràs o lactància.	Gabapentina: 1.600 mg màxim; després, reducció progressiva de la dosi 48 pacients	Placebo 47 pacients	Abandonaments del tractament Consum de cocaïna Deler (*craving*) Efectes secundaris
González (2007) Grup de comparació *b* ACA	10 setmanes	76 pacients. En tractament ambulatori. Dependència d'opiacis (DSM-IV) i consum setmanal de cocaïna durant el mes anterior a l'inici de l'estudi. Mitjana d'edat: 37 anys; homes: 76%; caucasians: 70%; aturats: 54%. Criteris d'exclusió: malaltia important cardiovascular, renal, endocrina o hepàtica; història de trastorn psicòtic o esquizofrènia; idees suïcides; dones embarassades o lactants.	Gabapentina: 2.400 mg/dia; després, reducció progressiva de la dosi 26 pacients	Placebo 25 pacients	Abandonaments del tractament Consum de cocaïna

5 Anticonvulsius

5.4. Lamotrigina

Autor/a Disseny	Durada	Pacients	Intervenció	Comparació	Variable de resultat
Berger (2005) Grup de comparació *a* ACA	10 setmanes (2 cribratges i 8 intervencions)	30 pacients Dependència de la cocaïna (DSM-IV). En tractament ambulatori, tots amb TCC. Mitjana d'edat: 39,1 anys; 70% homes, 92% afroamericans, 8% caucasians; 23% casats; 31% separats/divorciats, 45% mai casats. Estudis: mitjana de 12,3 anys. Feina: 55% a jornada plena, 28% a temps parcial; 8% estudiants; 8% sense feina. Consum de cocaïna en els últims 30 dies: 18,5 dies. Via de consum: 93% fumada, 5% intravenosa, 2% intranasal. Criteris d'exclusió: els de l'estudi CREST.	Lamotrigina: 150 mg/dia (reducció progressiva de la dosi) 15 pacients	Placebo 15 pacients	Abandonaments del tractament Consum de cocaïna Gravetat de la dependència Deler (*craving*) Efectes secundaris Depressió Ansietat

5.5. Tiagabina

Autor/a Disseny	Durada	Pacients	Intervenció	Comparació	Variable de resultat
González 2003 Grup de comparació *a* ACA	10 setmanes	45 pacients. En tractament ambulatori. Dependència d'opiacis (DSM-IV) amb tractament de manteniment amb metadona, i consum setmanal de cocaïna durant el mes anterior a l'inici de l'estudi. Mitjana d'edat: 38 anys; 77,8% homes; 75,6% caucasians; 53% mai casats. Criteris d'exclusió: consum d'altres drogues i dependència de l'alcohol; malaltia important cardiovascular, renal, endocrina o hepàtica; història de trastorn psicòtic; idees suïcides; dones embarassades o lactants.	Tiagabina: 12 mg/dia + metadona 60-100 mg/dia + 1 hora de consell setmanal 15 pacients	Placebo + metadona 60-100 mg/dia + 1 hora de consell setmanal 15 pacients	Abandonaments del tractament Consum de cocaïna

5 Anticonvulsius

Autor/a Disseny	Durada	Pacients	Intervenció	Comparació	Variable de resultat
González (2003) Grup de comparació *b* ACA	10 setmanes	Igual que González (2003), grup de comparació *a*	Tiagabina: 24 mg/dia + metadona 60-100 mg/dia + 1 hora de consell setmanal 15 pacients	Placebo + metadona 60-100 mg/dia + 1 hora de consell setmanal 15 pacients	Abandonaments del tractament Consum de cocaïna
González (2007) Grup de comparació *a* ACA	10 setmanes	76 pacients. En tractament ambulatori. Dependència d'opiacis (DSM-IV) i consum de cocaïna. Mitjana d'edat: 37 anys; 76% homes; 70% caucasians; 54% aturats. Criteris d'exclusió: malaltia mèdica greu; història de trastorn psicòtic o esquizofrènia; dones embarassades.	Tiagabina: 24 mg/dia; després reducció progressiva de la dosi 25 pacients	Placebo 25 pacients	Abandonaments del tractament Consum de cocaïna
Winhusen (2005) ACA	10 setmanes	34 pacients. En tractament ambulatori. Mitjana d'edat: 40 anys; 82% homes; 100% afroamericans. Mitjana d'anys d'escolarització: 12,8; 12% casats; 3% aturats. Via de consum: 97% fumada.	Tiagabina: 20 mg/dia 17 pacients	Placebo 17 pacients	Abandonaments del tractament Consum de cocaïna Efectes secundaris Depressió Ansietat
Winhusen (2007) ACA	12 setmanes	141 pacients. En tractament ambulatori. Dependència de la cocaïna (DSM-IV). Majors de 18 anys; 67% homes; 40 anys de mitjana d'edat; 64% afroamericans; 12,6 anys de mitjana d'escolarització; 18% casats; 43% aturats. Via de consum: fumada (95%). Criteris d'exclusió: dependència d'una altra droga; trastorns psiquiàtrics; idees suïcides; dones embarassades; persones que abans haguessin pres tiagabina o que hi fossin sensibles.	Tiagabina: 20 mg/dia + 1 hora setmanal de TCC 70 pacients	Placebo + 1 hora setmanal de TCC 71 pacients	Consum de cocaïna Gravetat de la dependència Deler (*craving*) Puntuació d'impressió clínica global Efectes secundaris

5 Anticonvulsius

5.6. Topiramat

Autor/a Disseny	Durada	Pacients	Intervenció	Comparació	Variable de resultat
Kampman (2004) ACA	13 setmanes	40 pacients. En tractament ambulatori. Dependència d'opiacis (DSM-IV). Edat entre 18-60 anys; 40 anys de mitjana; 97,5% homes; 90% afroamericans; 10% caucasians; mitjana de 12 anys d'escolarització. Consum de cocaïna mensual: mitjana 7 dies. Via de consum: 12,5% inhalada; 87,5% fumada. Criteris d'exclusió: dependència d'opiacis o una altra droga; psicosi o demència; consum de psicofàrmacs; malaltia física inestable; història de nefrolitiasi o glaucoma; hipersensibilitat al topiramat.	Topiramat: amb dosi d'inici de 25 mg/dia augmentant fins a 200 mg/dia; després reducció progressiva de la dosi. 20 pacients	Placebo 20 pacients	Abandonaments del tractament Consum de cocaïna Gravetat de la dependència Deler (*craving*) Efectes secundaris

5.7. Valproat

Autor/a Disseny	Durada	Pacients	Intervenció	Comparació	Variable de resultat
Reid (2005) ACA	8 setmanes	68 pacients. En tractament ambulatori. Mitjana d'edat: 38,7 anys; homes 50, dones 13, hispans 7, no hispans 56, blancs 11, negres 51 i altres 1. Mitjana d'escolarització: 13 anys; mitjana de consum de cocaïna: 14 anys; en els 30 dies previs: una mitjana de 16,8 dies. Via de consum: 20,8% intranasal, 76% fumada, 3% injectada. Criteris d'inclusió i exclusió: els criteris CREST.	Valproat: De 500 mg/dia a 1.500 mg/dia 18 pacients	Placebo 16 pacients	Abandonaments del tractament Consum de cocaïna Gravetat de la dependència Deler (*craving*) Efectes secundaris Depressió Ansietat

6 Disulfiram

Autor/a Disseny	Durada	Pacients	Intervenció	Comparació	Variable de resultat
Carroll (1993) ACA	12 setmanes	N = 18 (9 *vs.* 9). Dependència de l'alcohol i de la cocaïna (DSM-III-R). Tractament ambulatori. 73% homes, 61% blancs. 32 anys.	Disulfiram: 250 mg/qd	naltrexona: 50 mg/qd	Freqüència i quantitat de consum (cocaïna i alcohol)
Carroll (1998) ACA	12 setmanes	N = 117 (76 *vs.* 41). Dependència de l'alcohol i de la cocaïna (DSM-III-R). Tractament ambulatori. 73% homes, 40% blancs. 31 anys (DS = 5,5). 53% amb trastorn antisocial de la personalitat.	Disulfiram: 250 mg/dia Disulfiram + TCC Disulfiram + 12 setmanes Disulfiram + SC	TCC 12 setmanes	Durada de l'abstinència Pacients abstinents Freqüència i quantitat de consum (cocaïna i alcohol) Compliment (per mitjà de riboflavina)
George (2000) ACA	12 setmanes	N = 20 (11 *vs.* 9). Dependència de la cocaïna i d'opiacis (DSM-IV). Tractament de manteniment amb buprenorfina. Tractament ambulatori. 63% homes, 63% blancs, aturats. Via de consum: intravenosa (64%). 37 anys (DS = 6,9). Criteris d'exclusió: pacients amb dependència de l'alcohol.	Disulfiram: 250 mg/qd	Placebo	Durada de l'abstinència Pacients abstinents
Petrakis (2000) ACA	12 setmanes	N = 67 (36 *vs.* 31). Dependència de la cocaïna i d'opiacis (DSM-III-R). Tractament de manteniment amb metadona. Tractament ambulatori. 48% homes, 51% blancs. Via de consum: fumada (62%) . 23% dependència de l'alcohol. 36% amb trastorn antisocial de la personalitat.	Disulfiram: 250 mg/dia	Placebo	Freqüència i quantitat de consum (cocaïna i alcohol)

6 Disulfiram

Autor/a Disseny	Durada	Pacients	Intervenció	Comparació	Variable de resultat
Carroll (2004) ACA	12 setmanes	N = 121 (60 *vs.* 61). Dependència de l'alcohol i de la cocaïna (DSM-IV); inclosos en l'estudi després de desintoxicar-se de l'alcohol. Tractament ambulatori. 68% homes, 76% blancs. 35 anys (DS = 7).	Disulfiram: 250 mg/dia Disulfiram + TCC Disulfiram + teràpia interpersonal	Placebo + TCC Placebo + teràpia interpersonal	Freqüència de consum (cocaïna) Compliment (per mitjà de riboflavina)
Pettinati (2008) ACA	11 setmanes	N = 208 (53 *vs.* 52 *vs.* 49 *vs.* 54). Dependència de l'alcohol i de la cocaïna (DSM-IV); en alguns casos, inclosos en l'estudi després de desintoxicar-se de l'alcohol. Tractament ambulatori. 68% homes, 89% afroamericans. Via de consum: 79% fumada. 41 anys.	Disulfiram: 250 mg/dia Naltrexona: 100 mg/dia Disulfiram + naltrexona	Placebo	Abstinència (cocaïna i alcohol)

7 Naltrexona

Autor/a Disseny	Durada	Pacients	Intervenció	Comparació	Variable de resultat
Hersh (1998) ACA	8 setmanes	N = 64. Dependència de l'alcohol i de la cocaïna (DSM-IV). Tractament ambulatori.	Naltrexona: 50 mg/dia	Placebo	Abstinència (cocaïna i alcohol)
Schmitz (2001) ACA	12 setmanes	N = 85. Dependència de la cocaïna (DSM-IV) després d'una fase de desintoxicació. Tractament ambulatori.	Naltrexona: 50 mg + programa de prevenció de recaigudes	Programa de prevenció de recaigudes	Abstinència (cocaïna i alcohol)
Schmitz (2004) ACA	12 setmanes	N = 80. Dependència de l'alcohol i de la cocaïna (DSM-IV). Tractament ambulatori.	Naltrexona: 50 mg/dia + programa de prevenció de recaigudes	Programa de prevenció de recaigudes	Abstinència (cocaïna i alcohol)
Pettinati (2008) ACA	12 setmanes	N = 164. Dependència de l'alcohol i de la cocaïna (DSM-IV). Tractament ambulatori.	Naltrexona: 150 mg/dia	Placebo	Abstinència (cocaïna i alcohol)
Pettinati (2008*b*) ACA	11 setmanes	N = 208. Dependència de l'alcohol i de la cocaïna (DSM-IV); en alguns casos, inclosos en l'estudi després de desintoxicar-se de l'alcohol. Tractament ambulatori.	Disulfiram: 250 mg/dia Naltrexona: 100 mg/dia Disulfiram + naltrexona	Placebo	Abstinència (cocaïna i alcohol)

8 Vacunes

Autor/a Disseny	Durada	Pacients	Intervenció	Comparació	Variable de resultat
Kosten (2002) Assaig fase I	12 setmanes	N = 34. Dependència de la cocaïna (DSM-IV).	TA-CD 13 µg TA-CD 82 µg TA-CD 709 µg	Placebo	Nivell d'anticossos Tolerància
Martell (2005) ACA	14 setmanes	N = 18. Dependència de la cocaïna (DSM-IV).	TA-CD 400 µg	TA-CD 2000 µg	Nivell d'anticossos Efectes euforitzants Consum de cocaïna

9 Pacients en tractament de manteniment amb agonistes opiacis amb dependència de la cocaïna

Autor/a Disseny	Durada	Pacients	Intervenció	Comparació	Variable de resultat
Kosten (1993) ACA	24 setmanes	N = 140. Dependència opiacis (DSM-III-R) Havien rebut tractament previ	Buprenorfina 2 mg/dia (N = 28) Metadona 35 mg/dia (N = 34) Programa de prevenció de recaigudes	Buprenorfina 6 mg/dia (N = 28) Metadona 65 mg/dia (N = 35) Programa de prevenció de recaigudes	Seguiment del tractament Consum de cocaïna autodeclarat i per mostres d'orina Símptomes d'abstinència d'opiacis
Johnson (2000) ACA	17 setmanes	N = 220. Dependència opiacis (DSM-IV). Edat entre els 21 i 55 anys. Mostra positiva recent d'opiacis. Mostres d'embaràs negatives.	Metadona 20 mg/dia - (N = 55)	Acetat de levometadil 75-115 mg, 3 vegades per setmana (N = 55) Buprenorfina 16-32 mg, 3 vegades per setmana (N = 55) Metadona, 60-100 mg/dia (N = 55)	Seguiment del tractament Consum d'opiacis i cocaïna (per mostres d'orina) Efectes adversos
Schottenfeld (1997) ACA	24 setmanes	N = 116. Dependència opiacis i cocaïna (DSM-III-R). Pacients que complien els criteris de l'FDA per rebre TMM.	Metadona: 20 mg/dia - (N = 30) Buprenorfina: 4 mg/dia (N = 29)	Metadona: 65 mg/dia (N = 28) Buprenorfina: 12 mg/dia (N = 29)	Seguiment del tractament Consum d'opiacis i cocaïna (mostres d'orina)

1 Reforçament comunitari i maneig de contingències

Autor/a Disseny	Durada	Pacients	Intervenció	Comparació	Variable de resultat
Higgins (1993) ACA paral·lel, amb encegament simple	12 setmanes + 12 de seguiment	38 pacients en tractament ambulatori. Diagnòstic de dependència de la cocaïna (DSM-III-R). Mitjana d'edat: 29,3 anys; 89% homes, 100% blancs; escolarització: 60% almenys 12 anys; 42% amb feina. Via de consum: 16% *freebase*; 52,5% intranasal; 29% intravenosa. Consum actual: 4,4 g a la setmana.	TCC (programes de reforç comunitari + maneig de contingències)	Assessorament sobre drogoaddicció	Abandonaments del tractaments Falta d'assistència a més d'una sessió de teràpia Consum de cocaïna
Higgins (1994) ACA paral·lel, amb encegament simple	24 setmanes	40 pacients en tractament ambulatori. Diagnòstic de dependència de la cocaïna (DSM-III-R). Mitjana d'edat: 31,3 anys; 67,5% homes; 85% blancs; escolarització: 77,5% almenys 12 anys; 45% amb feina. Via de consum: 25% *freebase*; 50% intranasal; 25% intravenosa. Consum actual: 2,55 g a la setmana. Excloses persones amb dependència d'opiacis.	TCC (programes de reforç comunitari + maneig de contingències)	TCC (programes de reforç comunitari)	Abandonament del tractament Manca d'assistència a més d'una sessió de teràpia Consum de cocaïna
Higgins (2000) ACA paral·lel, amb encegament simple	24 setmanes	70 pacients en tractament ambulatori. Diagnòstic de dependència de la cocaïna (DSM-III-R). Mitjana d'edat: 30,4 anys; homes 73%, 94% blancs; escolarització: 23% almenys 12 anys; 57% treballant. Via de consum: fumada (48,5); intranasal (37%); intravenosa (14,5%). Consum: 3,3 g la setmana anterior; anys de consum regular: 7,4; edat d'inici: 19 anys. També 57% dependència de l'alcohol, 23% de la marihuana i 17% de totes dues.	TCC (programes de reforç comunitari + maneig de contingències)	TCC (programes de reforç comunitari + cupó d'inici)	Abandonaments del tractament a les 12 i 24 setmanes Consum de cocaïna Consum de marihuana
Higgins (2003) ACA paral·lel, obert	24 setmanes	100 pacients en tractament ambulatori. Diagnòstic de dependència de la cocaïna (DSM-II-R). Mitjana d'edat: 34 anys; 59% homes; 95% blancs; escolarització: 23% almenys 12 anys; 63% amb feina. Via de consum: 59% fumada; 34% intranasal; 7% intravenosa. Consum 3,3 g/setmana. També 61% dependència també de l'alcohol, 21% de la marihuana.	TCC (programes de reforç comunitari + maneig de contingències)	TCC (maneig de contingències)	Abandonaments del tractament a les 12 i 24 setmanes Consum de cocaïna (12 setmanes) Consum de marihuana (24 setmanes)

1 Reforçament comunitari i maneig de contingències

Autor/a Disseny	Durada	Pacients	Intervenció	Comparació	Variable de resultat
Secades Villa (2008) ACA paral·lel	12 setmanes	43 pacients en tractament ambulatori. Diagnòstic de dependència de la cocaïna (DSM-IV). Mitjana d'edat: 28,5 anys (de 20 a 40); 83,4% homes; 70% amb feina. Via de consum: 100% intranasal. Consum actual: 4 g setmana. Més grans de 20 anys; habitants de la regió d'estudi. Criteris d'exclusió: persones amb psicopatologies greus.	TCC (programes de reforç comunitari + maneig de contingències)	Projecte Home	Abandonament del tractament Abstinència de cocaïna
Petry (2005*a*) ACA paral·lel, obert	12 setmanes	415 pacients en tractament ambulatori. Diagnòstic de dependència de la cocaïna o de metamfetamina (DSM-IV). Edat: 35,8 anys; 44,6% homes; 45% blancs; 31,6% afroamericans; 12,9% hispans. Consum d'altres drogues: 83% estimulants, 42% alcohol, 89% marihuana, 97% opiacis.	TCC (maneig de contingències) + consell	Assessorament sobre drogoaddicció	Mitjana de temps en l'estudi Consum de cocaïna i/o metamfetamina
Petry (2005*a*) ACA paral·lel, obert	12 setmanes	77 pacients en tractament ambulatori. Diagnòstic de dependència de la cocaïna i heroïna (DSM-IV), en tractament de manteniment amb metadona. Mitjana d'edat: 40 anys; 27% homes; 19% blancs; 35% afroamericans; 45% hispans. Escolarització: mitjana de 10,7 anys; 25% amb feina a jornada plena. Consum d'altres drogues: 83% estimulants, 42% alcohol, 89% marihuana, 97% opiacis.	TCC (maneig de contingències) + teràpia estàndard de metadona en grup	Teràpia estàndard de metadona en grup	Abandonament del tractament Durada de l'abstinència Consum de cocaïna
Rawson (2006) ACA obert	26 setmanes	177 pacients en tractament ambulatori. Diagnòstic de dependència de la cocaïna (DSM-IV) en el 90% dels pacients. Mitjana d'edat: 32 anys; 75% homes. Criteris d'exclusió: dependència de l'alcohol o de benzodiazepines.	Maneig de contingències amb entrega de cupons	TCC	Abandonaments del tractament Abstinència (anàlisi d'orina)

2 Intervenció en prevenció de recaigudes

Autor/a Disseny	Durada	Pacients	Intervenció	Comparació	Variable de resultat
Carroll (1991) ACA paral·lel, simple cec	12 setmanes	42 pacients en tractament ambulatori. Diagnòstic de dependència de la cocaïna (DSM-IV). Mitjana d'edat: 27 anys; homes 74%; 76,2% blancs. Escolarització: mitjana: 13 anys; 65% treballant. Via de consum: 33,3% *freebase*; 50% intranasal; 17% intravenós. Consum actual: 4 g per setmana, temps de consum ≈ 40 mesos. Comorbiditat psiquiàtrica: trastorn depressiu (19%), trastorn antisocial de la personalitat (26%).	TCC (prevenció de recaigudes) Sessions individuals de 50-60 minuts una vegada a la setmana	Teràpia interpersonal Sessions individuals de 50-60 minuts una vegada a la setmana	Abandonaments del tractament Consum de cocaïna almenys tres vegades consecutives en qualsevol moment del tractament Consum de cocaïna almenys tres setmanes consecutives al final de l'estudi
Carroll (1994) ACA paral·lel, amb cegament doble per a la medicació	12 setmanes	139 pacients en tractament ambulatori. Diagnòstic de dependència de la cocaïna (DSM-III). Mitjana d'edat: 28,8 anys; 63% homes, 54% "minories". Escolarització: 76% almenys fins als 12 anys; 53% treballant. Via de consum: cocaïna base *freebase* (62%); intranasal (29%); intravenosa (9%). Consum actual: 4,4 g per setmana; mitjana de temps de consum 4,2 anys.	TCC (prevenció de recaigudes) Sessions individuals una vegada a la setmana	Tractament clínic	Abandonament del tractament Percentatge mitjà de dies d'abstinència Nombre mitjà de sessions ateses per dependents deprimits Nombre mitjà de sessions ateses per dependents amb eutímia
Carroll (1994) ACA paral·lel	12 setmanes	122 pacients en tractament ambulatori. Diagnòstic de dependència de la cocaïna i d'alcohol (DSM-III). Mitjana d'edat: 30,8 anys; homes 73%; 56% afroamericans; 39% blancs. Escolarització: 25% algun temps a la universitat; 47% a l'institut; 30% no van acabar l'institut; 43% treballant. Via de consum: cocaïna base *freebase* (77%); intranasal (20%); intravenosa (3%). Consum actual: 4 g per setmana; mitjana de temps de consum de cocaïna: 7,5 anys; d'abús d'alcohol: 7,3 anys; 53% tractament previ. Excloses altres dependències (opiacis, barbitúrics).	TCC (prevenció de recaigudes + entrenament en habilitats d'afrontament o *coping skills training*) Sessions individuals una vegada a la setmana	Facilitació dels dotze passos. Sessions individuals una vegada a la setmana Disulfiram 250-500 mg/dia	Consum de cocaïna almenys tres setmanes consecutives Consum de cocaïna i alcohol almenys tres setmanes consecutives
Silverman (1996) ACA paral·lel, obert	5 setmanes seguides de 12 setmanes amb cupons	37 pacients en tractament ambulatori. Diagnòstic de dependència de la cocaïna (DSM-III-R), tractament de manteniment amb metadona. Edat: 36,5 anys; blancs: 53,5%, afroamericans: 46,5%. Escolarització: 67,5% més de 12 anys; 43% treballant. Tots consumidors de cocaïna i heroïna injectada.	Programes de reforç comunitari + maneig de contingències	Programes de reforç comunitari	Abandonaments del tractament Consum de cocaïna durant almenys 5 setmanes consecutives

2 Intervenció en prevenció de recaigudes

Autor/a Disseny	Durada	Pacients	Intervenció	Comparació	Variable de resultat
Silverman (1998) ACA paral·lel, obert	12 setmanes i seguides durant 25 més	59 pacients en tractament ambulatori. Diagnòstic de dependència de la cocaïna (DSM-III), en tractament de manteniment amb metadona. Edat: 37,8 anys; 66% homes; blancs 37,4%; 62,6% afroamericans. Escolarització: 66% més de 12 anys; 13,3% treballant. Via de consum: *crack* (7%); intravenosa (95%). Drogues consumides: cocaïna (98%); heroïna (96%); alcohol (61%); marihuana (28%).	Programa de maneig de contingències	Programa de maneig de contingències + intercanvi de vals a l'inici del programa TCC	Durada mitjana del tractament en setmanes Consum de cocaïna durant almenys 5 setmanes consecutives
Silverman (2001) ACA paral·lel	24 setmanes	40 dones embarassades o en postpart. Diagnòstic de dependència de la cocaïna i abús d'opiacis (DSM-III). Edat: 31,8 anys; blancs 17,5%; 82,5% afroamericans. Escolarització: 65% més de 12 anys; 30% treballant; 10% aturades els tres anys anteriors. Via de consum: *crack* (70%); intravenosa (37,5%); fumada i intravenosa (92,5%).	Programa de maneig de contingències	Assessorament sobre drogoaddicció	Consum de cocaïna i opiacis Abandonaments del tractament

3 Entrevista motivacional

Autor/a Disseny	Durada	Pacients	Intervenció	Comparació	Variable de resultat
Stotts (2001) ACA obert	10 dies	105 pacients en desintoxicació. Diagnòstic de dependència de la cocaïna (DSM-V). Edat: 41 anys. Homes: 80%.	Dues sessions d'entrevista motivacional	Tractament de desintoxicació estàndard	Finalització del tractament Consum de cocaïna
Miller (2003) ACA	12 mesos de seguiment	208 pacients en tractament ambulatori i hospitalitzats. Consumidors de drogues (53% cocaïna). Edat: 32 anys. Homes: 50%. Hispans: 56%.	Una sessió d'entrevista motivacional de dues hores de durada	Tractament psicològic de suport	Consum de cocaïna
Rohsenow (2004) ACA	12 mesos de seguiment	149 pacients en tractament ambulatori. Consumidors de cocaïna.	Dues sessions d'entrevista motivacional	Programa dels dotze passos	Finalització del tractament Consum de cocaïna
Bernstein (2005) ACA simple cec	3 i 6 mesos de seguiment	1.175 pacients en tractament ambulatori. Dependència d'opiacis o de la cocaïna (autodeclarada). Edat: 38 anys. Homes: 70%.	Una sessió d'entrevista motivacional abreujada	Tractament de seguiment de suport	Abstinència (anàlisi de cabells)
Marsden (2006) ACA obert	12 setmanes	342 pacients en tractament ambulatori. Consumidors de cocaïna autodeclarats. Edat: entre 16 i 22 anys. Homes: 66%.	Entrevista motivacional amb sessions ambulatòries de discussió de 45-60 minuts	Seguiment psicològic estàndard	Abstinència Consum de cocaïna

4 Teràpia cognitivoconductual

Autor/a Disseny	Durada	Pacients	Intervenció	Comparació	Variable de resultat
Maude-Griffin (1998) ACA paral·lel obert	12 setmanes	128 pacients en tractament ambulatori. Diagnòstic de dependència de la cocaïna (DSM-III-R). Homes: 98,4%; 80% afroamericans; 16% treballant. Via de consum: 100% *crack* fumat. 82% amb almenys també un dels diagnòstics següents: depressió greu, estrès posttraumàtic, trastorn antisocial de la personalitat.	TCC (teràpia cognitiva) 3 sessions setmanals de grup i una individual durant 12 setmanes	Assessorament sobre drogoaddicció 3 sessions setmanals de grup i una individual durant 12 setmanes	Consum de cocaïna almenys 4 setmanes consecutives Consum continuat de cocaïna per diferents variables
Crits-Christoph (1999) ACA paral·lel	9 mesos	487 pacients en tractament ambulatori. Diagnòstic de dependència de la cocaïna (DSM-IV). Edat: 18-60 anys, mitjana 33,9 anys; 77% homes; 58% blancs, 40% afroamericans. Escolarització: mitjana 13 anys; 60% treballant. Via de consum: 79% crack, 19% intranasal, 2% intravenós. Consum actual: 10,4 dies durant el mes anterior, mitjana de temps de consum: 6,9 anys. 33% dependència de l'alcohol; 4,5% del cànnabis; 17% abús de cànnabis. Altres diagnòstics: 28% trastorn de conducta induïts per la cocaïna; 4,9% trastorn d'ansietat; 14% trastorn antisocial de la personalitat.	TCC Sessions individuals de 50 minuts dues vegades a la setmana els 3 primers mesos, després una setmanal durant 3 mesos i després una al mes 3 mesos + una sessió grupal setmanal de 90 minuts durant 6 mesos	Teràpia psicodinàmica de suport expressiva Assessorament sobre drogoaddicció: individual + grupal o només individual (basat en el programa dels dotze passos i suport al grup i desenvolupament d'habilitats) Sessions com a la TCC	Abandonaments del tractament Consum de cocaïna durant el mes anterior mesurat al cap de 6 mesos Consum de cocaïna durant el mes anterior mesurat al final de l'estudi
Monti (1997) ACA paral·lel, amb encegament simple	3 mesos	128 pacients en tractament en centres privats: un de rural residencial i un altre d'urbà amb hospitalització parcial. Diagnòstic de dependència de la cocaïna (DSM-III-R). Edat: 28,4 anys; 1005 homes; 8% afroamericans; 86% blancs. Escolarització: mitjana: 12 anys; 62% treballant. Via de consum: 72% *freebase* (cocaïna base), 20% *crack* fumat, 51% intranasal, 12% intravenós. 73% dependència o abús d'alcohol.	TCC (entrenament d'habilitats d'afrontament individual)	MRT (grupal) 8 sessions d'1 hora (de 3 a 5 a la setmana)	Abandonament del tractament Consum de cocaïna al cap de 3 mesos Consum d'alcohol al cap de 3 mesos

4 Teràpia cognitivoconductual

Autor/a Disseny	Durada	Pacients	Intervenció	Comparació	Variable de resultat
Rawson (2002) ACA paral·lel	16 setmanes + 2 anys de seguiment	108 pacients en clínica de programa de manteniment amb metadona. Diagnòstic de dependència de la cocaïna (DSM-IV), en tractament de manteniment amb metadona. Edat mitjana: 43,6 anys; homes 55%; 39% blancs; 32% afroamericans; 26% hispans. Escolarització: 12 anys. 36% a l'atur Sense feina durant els 3 anys anteriors.	TCC (teràpia cognitiva de grup; 3 sessions setmanals) Maneig de contingències	TCC (teràpia cognitiva + maneig de contingències) Tractament estàndard amb metadona	Consum de cocaïna

1 Acupuntura

Autor/a Disseny	Durada	Pacients	Intervenció	Comparació	Variable de resultat
Lipton (1994) ACA	4 setmanes	N = 150 persones amb dependència de la cocaïna buscant tractament i sense tractaments previs d'acupuntura. 70% homes. Edat entre 19 i 46 anys.	Acupuntura auricular en 4 punts del protocol NADA 10 dies en sessions diàries de 45 minuts	Acupuntura simulada en punts separats per 5 mm	Consum de cocaïna (anàlisi d'orina) Deler (*craving*) Gravetat de la dependència (ASI) (cocaïna consumida)
Avants (1995) ACA	6 setmanes	N = 40 persones amb dependència de la cocaïna i opiacis (DSM-III-R) en tractament de manteniment amb metadona. 50% homes. Edat 35 anys (DS = 7).	Acupuntura auricular en 3 punts 5 sessions setmanals en sessions de 45 minuts durant 6 setmanes	Acupuntura simulada en punts separats per 4 mm	Consum de cocaïna (anàlisi d'orina) Gravetat de la dependència (ASI) (cocaïna consumida) Iniciació d'abstinència
Richard (1995) ACA	30 dies	N = 228 persones amb dependència de la cocaïna. 81% homes. Edat entre 18 i 51 anys.	Acupuntura auricular seguint el protocol NADA Sessions diàries Teràpia neoconductual	Teràpia neoconductual	Consum de cocaïna (autodeclarat i per anàlisi d'orina)
Otto (1998) ACA	12 setmanes	N = 36 persones amb dependència de la cocaïna (DSM-III-R) hospitalitzats per abús. 100% homes. Edat mitjana de 39 anys.	Acupuntura auricular seguint el protocol NADA Sessions de 45 minuts 5 cops a la setmana durant 2 setmanes, seguides de 3 sessions setmanals en dues setmanes, i finalitzades en una sessió setmanal durant 8 setmanes en regim ambulatori	Acupuntura auricular en cinc punts diferents dels del protocol NADA	Consum de cocaïna (anàlisi d'orina) Depressió i ansietat Deler (*craving*)

1 Acupuntura

Autor/a Disseny	Durada	Pacients	Intervenció	Comparació	Variable de resultat
Bullock (1999) ACA	8 setmanes	N = 236 persones amb dependència de la cocaïna en tractament residencial. Edat mitjana de 30 anys.	Acupuntura auricular i tractament residencial 28 sessions de 45 minuts en 8 setmanes	Acupuntura auricular simulada i tractament residencial	Consum de cocaïna (anàlisi d'orina) Deler (*craving*)
Avants (2000) ACA	8 setmanes	N = 82 persones amb dependència de la cocaïna i opiacis (DSM-III-R) en tractament de manteniment amb metadona. 57% homes. Edat mitjana de 37 anys.	Acupuntura auricular seguint el protocol NADA Teràpia de relaxació 5 sessions setmanals de 40 minuts durant 8 setmanes	Acupuntura auricular simulada i teràpia de relaxació	Consum de cocaïna (anàlisi d'orina) Abandonaments del tractament Efectes adversos
Killeen (2002) ACA	1 dia	N = 30 persones amb dependència de la cocaïna 60% homes Edat entre 23 i 45 anys.	Acupuntura auricular seguint el protocol NADA Una sola sessió de 45 minuts	Acupuntura auricular simulada	Deler (*craving*) Conductivitat de l'estímul a la pell
Margolin (2002) ACA	8 setmanes	N = 620 persones amb dependència de la cocaïna segons els criteris de la SCID, la meitat en tractament de manteniment amb metadona. 69% homes. Edat mitjana de 39 anys.	Acupuntura auricular en 4 punts del protocol NADA Teràpia de relaxació 6 sessions setmanals de 40 minuts durant 8 setmanes	Acupuntura auricular simulada	Consum de cocaïna (autodeclarat i per anàlisi d'orina) Abandonaments del tractament Deler (*craving*)

annex 2

Taules de síntesi dels resultats de la literatura mitjançant el sistema GRADE

- **ABORDATGE FARMACOLÒGIC** DE LA DEPENDÈNCIA DE LA COCAÏNA
- **ABORDATGE PSICOTERAPÈUTIC I PSICOEDUCATIU** DE LA DEPENDÈNCIA DE LA COCAÏNA
- **PROGRAMES RESIDENCIALS I MANEIG DE CASOS** DE LA DEPENDÈNCIA DE LA COCAÏNA
- **ALTRES TIPUS DE TRACTAMENT COMPLEMENTARIS** DE LA DEPENDÈNCIA DE LA COCAÏNA

1 Agonistes dopaminèrgics

La teràpia amb amantadina, és eficaç en el tractament de persones amb dependència de la cocaïna?

Avaluació de la qualitat						Resum de resultats					Rellevància de la variable
						Nre. de pacients		Efecte		Qualitat	
Nre. d'estudis	Disseny	Limitacions	Consistència	Evidència directa	Precisió. Altres aspectes	Tractament	Placebo	Relatiu	Absolut*		
Comparació: Amantadina versus placebo											
Variable: Consum de cocaïna. Presència de metabòlits en anàlisi (Alterman, 1992; Kolar, 1992; Kosten, 1992; Shoptaw, 2002; Weddington, 1991)											
5	ACA	**Sense limitacions importants** Estudis amb mostra petita	**Sí** $I^2 = 39\%$	**Sí** Pacients ambulatoris; majoria homes	**Imprecisió** Pocs esdeveniments (n = 147)	54/88 (61,36%)	93/127 (73,22%)	RR 0,93 (de 0,73 a 1,20)	—	Moderada	Clau
Variable: Abandonament del tractament (Alterman, 1992; Kampman, 1996; Kampman, 2006; Shoptaw, 2002)											
4	ACA	**Sense limitacions importants**	**Sí** $I^2 = 57\%$	**Sí** Pacients ambulatoris	**Imprecisió** Pocs esdeveniments (n = 152)	76/135 (56,29%)	76/135 (56,29%)	RR 1,01 (de 0,74 a 1,39)	—	Moderada	Important
Variable: Abandonament del tractament a les 2 setmanes (Alterman, 1992)											
1	ACA	**Sense limitacions importants**	—	**Sí** Homes afroamericans (90%) hospitalitzats	**Imprecisió** Pocs esdeveniments (n = 10)	5/21 (23,80%)	5/21 (23,80%)	RR 1,00 (de 0,34 a 2,95)	—	Moderada	Important
Variable: Abandonament del tractament a les 4 setmanes (Kampman, 1996)											
1	ACA	**Sense limitacions importants**	—	**Sí** Homes; ambulatori	**Imprecisió** Pocs esdeveniments (n = 43)	24/30 (80%)	19/31 (61,29%)	RR 1,31 (de 0,94 a 1,82)	—	Moderada	Important
Variable: Abandonament del tractament a les 16 setmanes (Shoptaw, 2002)											
1	ACA	**Sense limitacions importants**	—	**Sí** Homes; ambulatori	**Imprecisió** Pocs esdeveniments (n = 54)	23/34 (67,64%)	31/35 (88,57%)	RR 0,76 (de 0,59 a 0,99)	21/100 (de 2 a 40) 210/1000	Moderada	Important

* ***NOTA***: *Només s'ofereixen resultats en termes absoluts quan l'estimació de l'efecte en termes relatius mostra diferències significatives.*

1 Agonistes dopaminèrgics

La teràpia amb amantadina, és eficaç en el tractament de persones amb dependència de la cocaïna?

Avaluació de la qualitat						Resum de resultats					Rellevància de la variable
						Nre. de pacients		Efecte		Qualitat	
Nre. d'estudis	Disseny	Limitacions	Consistència	Evidència directa	Precisió. Altres aspectes	Tractament	Placebo	Relatiu	Absolut*		
Comparació: Amantadina *versus* placebo											
Variable: Efectes secundaris (Giannini, 1989)											
1	**ACA**	**Sense limitacions importants**	—	**Sí** Homes; ambulatori	**Imprecisió** Pocs esdeveniments (n = entre 2 i 5)	Diarrea 2/10 (20%) Cefalea 2/10 (20%) Nàusea[1] 7/60 (11,66%) Erupció cutània 2/10 (20%)	Diarrea 0/10 (0%) Cefalea 3/10 (30%) Nàusea 10/59 (16,94%) Erupció cutània 2/10 (20%)	Diarrea RR 5,00 (de 0,27 a 92,62) Cefalea RR 0,67 (de 0,14 a 3,17) Nàusea RR 0,69 (de 0,28 a 1,70) Erupció cutània RR 1,00 (de 0,17 a 5,77)	—	Baixa	Important
Comparació: Amantadina *versus* placebo en pacients en tractament de manteniment amb metadona											
Variable: Consum de cocaïna. Presència de metabòlits en anàlisi (Kolar, 1992; Kosten, 1992; Weddington, 1991)											
3	**ACA**	**Sense limitacions importants** Estudis amb mostra petita	**No**	**Sí**	**Imprecisió** Pocs esdeveniments (n = 103)	50/61 (81,96%)	53/68 (77,94%)	RR 1,02 (de 0,87 a 1,20)	—	Moderada	Clau
Variable: Abandonament del tractament (Handelsman, 1995; Kolar, 1992; Kosten, 1992; Pérez de los Cobos, 2001; Weddington, 1991)											
5	**ACA**	**Sense limitacions importants**	**No**	**Sí**	**Imprecisió** Pocs esdeveniments (n = 86)	49/112 (43,75%)	37/109 (33,94%)	RR 1,10 (de 0,84 a 1,46)	—	Moderada	Important

* ***NOTA:*** *Només s'ofereixen resultats en termes absoluts quan l'estimació de l'efecte en termes relatius mostra diferències significatives.*
[1] *Les dades sobre nàusees corresponen a 2 ACA (Giannini, 1989; Kampman, 2006).*

1 Agonistes dopaminèrgics

La teràpia amb amantadina, és eficaç en el tractament de persones amb dependència de la cocaïna?

Avaluació de la qualitat						Resum de resultats					Rellevància de la variable
						Nre. de pacients		Efecte		Qualitat	
Nre. d'estudis	Disseny	Limitacions	Consistència	Evidència directa	Precisió. Altres aspectes	Tractament	Placebo	Relatiu	Absolut*		
Comparació: Bromocriptina *versus* placebo											
Variable: Consum de cocaïna. Presència de metabòlits en anàlisi (Gorelick, 2006; Moscovitz, 1993)											
2	ACA	**Sense limitacions importants** Estudis amb mostra petita	**Sí** $I^2 = 74\%$	**Sí**	**Imprecisió** Pocs esdeveniments (n = 51)	27/49 (55,10%)	24/50 (48%)	RR 1,09 (de 0,54 a 2,20)	—	Baixa	Clau
Variable: Abandonament del tractament (Eiler, 1995; Gorelick, 2006; Handelsman, 1997; Moscovitz, 1993)											
4	ACA	**Sense limitacions importants** Estudis amb mostra petita	**No**	**Sí**	**Imprecisió** Pocs esdeveniments (n = 107)	57/105 (54,28%)	50/107 (46.72%)	RR 1,14 (de 0,89 a 1,45)	—	Moderada	Important
2[1]	ACA	**Sense limitacions importants** Estudis amb mostra petita	**No**	**Sí**	**Imprecisió** Pocs esdeveniments (n = 20)	11/67 (16,41%)	9/66 (13,63%)	RR 1,14 (de 0,55 a 2,37)	—	Moderada	Important
Variable: Efectes secundaris (Giannini, 1989; Gorelick, 2006; Kranzler, 1992)											
3	ACA	**Sense limitacions importants** Estudis amb mostra petita	**No**	**Sí**	**Imprecisió** Pocs esdeveniments (n = entre 6 i 41)	Cefalea 23/55 (41,81%) Nàusea 9/45 (20%)	Cefalea 18/55 (33,72%) Nàusea 6/45 (13,33%)	Cefalea RR 1,28 (de 0,79 a 2,09) Nàusea RR 1,48 (de 0,57 a 3,85)	—	Moderada	Important

* ***NOTA:*** *Només s'ofereixen resultats en termes absoluts quan l'estimació de l'efecte en termes relatius mostra diferències significatives.*
1 Abandonament del tractament per efectes adversos relacionats amb la bromocriptina (Eiler, 1995; Gorelick, 2006).

1 Agonistes dopaminèrgics

La teràpia amb amantadina, és eficaç en el tractament de persones amb dependència de la cocaïna?

Avaluació de la qualitat						Resum de resultats					Rellevància de la variable
						Nre. de pacients		Efecte		Qualitat	
Nre. d'estudis	Disseny	Limitacions	Consistència	Evidència directa	Precisió. Altres aspectes	Tractament	Placebo	Relatiu	Absolut*		
Variable: Consum de cocaïna.[1] Presència de metabòlits en anàlisi (Focchi, 2005)											
1	ACA	**Limitacions importants en el disseny**[2] Estudis amb mostra petita	—	Sí	**Imprecisió** Pocs esdeveniments (n = 15)	7/22 (31,81%)	24/50 (40%)	RR 0,80 (de 0,35 a 1,79)	—	Baixa	Clau
Variable: Abandonament del tractament (Focchi, 2005; Malcolm, 1997)											
2	ACA	**Limitacions en el disseny**[2] Estudis amb mostra petita	**No** Moderada $I^2 = 34\%$	Sí	**Imprecisió** Pocs esdeveniments (n = 122)	68/101 (67,32%)	54/114 (47,36%)	RR 1,44 (d'1,15 a 1,85)	21/100 (de 9 a 33) 210/1000	Baixa	Important

** **NOTA:** Només s'ofereixen resultats en termes absoluts quan l'estimació de l'efecte en termes relatius mostra diferències significatives.*

[1] Focchi (2005) té una durada de tan sols quatre setmanes.

[2] Malcolm (1997) no aporta informació suficient sobre l'aleatorització, i Focchi (2005) és un estudi obert de només quatre setmanes de durada que no analitza els resultats dels pacients que no compleixen el tractament.

2 Antidepressius

La teràpia amb antidepressius, és eficaç en el tractament de persones amb dependència de la cocaïna sense depressió? (Revisió sistemàtica Torrens, 2005)

Avaluació de la qualitat						Resum de resultats					Rellevància de la variable
						Nre. de pacients		Efecte		Qualitat	
Nre. d'estudis	Disseny	Limitacions	Consistència	Evidència directa	Precisió. Altres aspectes	Tractament	Placebo	Relatiu	Absolut*		
Variable: Reducció del consum de cocaïna. Presència de metabòlits en anàlisi (Covi, 1995; Grabowski, 1995)											
2	**ACA**	**Sense limitacions importants** Estudis amb una mostra petita	**Sí**	**Sí**	**Imprecisió** Pocs esdeveniments (n = 47)	28/81 (34,6%)	19/39 (48,7%)	OR 0,50 (de 0,22 a 1,13)	—	Moderada	Clau
Comparació: Antidepressius no ISRS *versus* placebo											
Variable: Reducció del consum de cocaïna (Gawin, 1989; Giannini, 1987; Jenkins, 1992; Margolin, 1995; McElroy, 1989; Nunes, 1995; Tennant, 1994) (presència de metabòlits en anàlisi)											
7	**ACA**	**Sense limitacions importants** Estudis amb una mostra petita	**Sí**	**No** Diferents fàrmacs combinats, diferents poblacions	**Imprecisió** Pocs esdeveniments (n = 99)	62/178 (34,8%)	37/160 (23,1%)	OR 1,85 (d'1,06 a 3,22)	11/100 110/1000	Baixa	Clau
Comparació: Desipramina *versus* placebo											
Variable: Reducció del consum de cocaïna. Presència de metabòlits en anàlisi (Gawin, 1989; Giannini, 1987; McElroy, 1989; Tennant, 1984)											
4	**ACA**	**Sense limitacions importants** Estudis amb una mostra petita	**Sí**	**Sí**	**Imprecisió** Pocs esdeveniments (n = 52)	36/71 (50,7%)	16/48 (33,3%)	OR 2,60 (d'1,06 a 6,35)	17,4/100 174/1000	Moderada	Clau

* ***NOTA:*** *Només s'ofereixen resultats en termes absoluts quan l'estimació de l'efecte en termes relatius mostra diferències significatives.*

2 Antidepressius

La teràpia amb antidepressius, és eficaç en el tractament de persones amb dependència de la cocaïna sense depressió? Revisió sistemàtica (Torrens 2005)

Avaluació de la qualitat						Resum de resultats					Rellevància de la variable
						Nre. de pacients		Efecte		Qualitat	
Nre. d'estudis	Disseny	Limitacions	Consistència	Evidència directa	Precisió. Altres aspectes	Tractament	Placebo	Relatiu	Absolut*		
Comparació: Imipramina *versus* placebo											
Variable: Reducció del consum de cocaïna. Presència de metabòlits en anàlisi (Nunes, 1995)											
1	ACA	**Sense limitacions importants**	—	Sí	**Imprecisió** Pocs esdeveniments (n = 2)	1/21 (4,8%)	1/23 (4,3%)	OR 1,10 (de 0,06 a 18,77)	—	Baixa	Clau
Comparació: Desipramina i imipramina *versus* placebo											
Variable: Reducció del consum de cocaïna. Presència de metabòlits en anàlisi (Gawin, 1989; Giannini, 1987; McElroy, 1989; Tennant, 1984; Nunes, 1995)											
5	ACA	**Sense limitacions importants** Estudis amb una mostra petita	Sí	Sí	**Imprecisió** Pocs esdeveniments (n = 54)	37/92 (40,2%)	17/71 (23,9%)	OR 2,40 (d'1,02 a 5,64)	16,2/100 162/1000	Moderada	Clau
Comparació: Gepirona *versus* placebo											
Variable: Reducció del consum de cocaïna. Presència de metabòlits en anàlisi (Gawin, 1989; Giannini, 1987; McElroy, 1989; Tennant, 1984; Nunes, 1995)											
1	ACA	**Sense limitacions importants**	—	Sí	**Imprecisió** Pocs esdeveniments (n = 15)	6/12 (50%)	9/14 (64,3%)	OR 0,56 (de 0,12 a 2,68)	—	Baixa	Clau
Comparació: Fluoxetina (ISRS) *versus* placebo											
Variable: Reducció del consum de cocaïna. Presència de metabòlits en anàlisi (Schmitz, 2001)											
1	ACA	**Sense limitacions importants**	—	Sí	**Imprecisió** Pocs esdeveniments (n = 18)	7/34 (20,6%)	11/34 (32,4%)	OR 0,54 (de 0,18 a 1,63)	—	Moderada	Clau
Variable: Abandonament del tractament (Batki, 1996; de la revisió de Lima, 2003)											
1	ACA	**Sense limitacions importants**	—	Sí	**Imprecisió** Pocs esdeveniments (n = 13)	8/16 (50%)	15/16 (93,7%)	RR 0,53 (de 0,32 a 0,88)	—	Moderada	Clau

* ***NOTA:*** *Només s'ofereixen resultats en termes absoluts quan l'estimació de l'efecte en termes relatius mostra diferències significatives.*

2 Antidepressius

La teràpia amb antidepressius, és eficaç en el tractament de persones amb dependència de la cocaïna sense depressió? Revisió sistemàtica (Torrens, 2005)

Avaluació de la qualitat						Resum de resultats					Rellevància de la variable
						Nre. de pacients		Efecte		Qualitat	
Nre. d'estudis	Disseny	Limitacions	Consistència	Evidència directa	Precisió. Altres aspectes	Tractament	Placebo	Relatiu	Absolut*		
Comparació: Desipramina i amantadina *versus* placebo											
Variable: Reducció del consum de cocaïna. Presència de metabòlits en anàlisi (Ziedonis, 1991)											
1	**ACA**	**Sense limitacions importants**	—	**Sí**	**Imprecisió** Pocs esdeveniments (n = 5)	4/10 (40%)	1/4 (25%)	OR 2,00 (de 0,15 a 26,73)	—	Moderada	Clau
Comparació: Imipramina *versus* placebo											
Variable: Reducció del consum de cocaïna. Presència de metabòlits en anàlisi (Nunes, 1995)											
1	**ACA**	**Sense limitacions importants**	—	**Sí**	**Imprecisió** Pocs esdeveniments (n = 14)	10/38 (26,3%)	4/31 (12,9%)	OR 2,41 (de 0,67 a 8,65)	—	Moderada	Clau

* ***NOTA:*** *Només s'ofereixen resultats en termes absoluts quan l'estimació de l'efecte en termes relatius mostra diferències significatives.*

2 Antidepressius

La teràpia amb antidepressius, és eficaç en el tractament de persones amb dependència de la cocaïna sense depressió? Revisió sistemàtica (Lima, 2003)

Avaluació de la qualitat						Resum de resultats					Rellevància de la variable
						Nre. de pacients		Efecte		Qualitat	
Nre. d'estudis	Disseny	Limitacions	Consistència	Evidència directa	Precisió. Altres aspectes	Tractament	Placebo	Relatiu	Absolut*		
Comparació: Desipramina *versus* placebo											
Variable: Reducció del consum de cocaïna. Presència de metabòlits en anàlisi (Gawin, 1989; Hall, 1994; McElroy, 1989; Tennant, 1984; Weddington, 1991)											
5	ACA	**Sense limitacions importants** Estudis amb una mostra petita	**Inconsis-tència** (I^2 = 55%)	Sí	**Imprecisió** Pocs esdeveniments (n = 109)	53/98 (54,1%)	56/90 (62,2%)	RR 0,86 (de 0,57 a 1,31)	—	Baixa	Clau
Variable: Abandonament del tractament (Giannini, 1986; McElroy, 1989; Tennant, 1984; Weddington, 1991)											
4	ACA	**Sense limitacions importants** Estudis amb una mostra petita	**Inconsis-tència** (I^2 = 43%)	Sí	**Imprecisió** Pocs esdeveniments (n = 65)	39/62 (62,9%)	26/55 (47,3%)	RR 1,12 (de 0,67 a 1,86)	—	Baixa	Clau
Comparació: Desipramina *versus* placebo en pacients en tractament de manteniment amb metadona per dependència d'opiacis											
Variable: Reducció del consum de cocaïna. Presència de metabòlits en anàlisi (Kolar, 1992; Kosten, 1992)											
2	ACA	**Sense limitacions importants** Estudis amb una mostra petita	Sí	Sí	**Imprecisió** Pocs esdeveniments (n = 57)	23/38 (60,5%)	34/40 (85%)	RR 0,44 (de 0,07 a 2,93)	—	Moderada	Clau
Variable: Abandonament del tractament (Arndt, 1992; Kolar, 1992; Kosten, 1992; O'Brien, 1988)											
4	ACA	**Sense limitacions importants** Estudis mostra petita	Sí	Sí	**Imprecisió** Pocs esdeveniments (n = 46)	33/123 (26,8%)	13/81 (8,2%)	RR 1,81 (de 0,64 a 5,13)	—	Moderada	Clau

* ***NOTA:*** *Només s'ofereixen resultats en termes absoluts quan l'estimació de l'efecte en termes relatius mostra diferències significatives.*

3 Psicoestimulants

La teràpia amb psicoestimulants, és eficaç en el tractament de persones amb dependència de la cocaïna?

Avaluació de la qualitat						Resum de resultats					Rellevància de la variable
						Nre. de pacients		Efecte		Qualitat	
Nre. d'estudis	Disseny	Limitacions	Consistència	Evidència directa	Precisió. Altres aspectes	Tractament	Placebo	Relatiu	Absolut*		
Comparació: Psicoestimulants *versus* placebo											
Variable: Consum de cocaïna. Presència de metabòlits en anàlisi (Margolin, 1995; Grabowski, 1997, 2004; Dackis, 2005; Elkashef, 2007; Levin, 2007)											
7	ACA	Sense limitacions importants	Sí	Sí[1]	Precisió	260/355 (73,2%)	261/334 (78,1%)	0,99 (de 0,93 a 1,06)	—	++++ Alta	Clau
Variable: Continuïtat en el tractament definida com 'aquells participants que acaben el seguiment de l'estudi' (study retention) (Margolin, 1995; Grawoski, 1997, 2001, 2004; Schubiner, 2002; Dackis, 2005; Elkashef, 2007; Levin, 2007)											
11	ACA	Sense limitacions importants	Sí	Sí[1]	Imprecisió[3]	287/547 (52,5%)	272/499 (54,5%)	0,93 (de 0,84 a 1,03)	—	+++ Moderada	Important
Variable: Efectes adversos que provoquen l'abandonament de l'estudi (Margolin, 1995; Grabowski, 1997, 2001, 2004; Schubiner, 2002; Dackis, 2005; Elkashef, 2006; Levin, 2007)											
10	ACA	Sense limitacions importants	Sí	Sí[1]	Imprecisió[2]	16/397 (4,0%)	5/349 (1,4%)	2,81 (d'1,04 a 7,60)	—	+++ Moderada	Important

** **NOTA:** Només s'ofereixen resultats en termes absoluts quan l'estimació de l'efecte en termes relatius mostra diferències significatives.*
[1] Els estudis identificats inclouen una majoria de consumidors per via intrapulmonar. No s'ha considerat que sigui una raó suficient per baixar un nivell la qualitat de l'evidència.
[2] No s'arriba als 300 esdeveniments.
[3] L'interval de confiança en l'estimació de l'efecte considera una RRR (15%) que podria arribar a ser clínicament rellevant.

3 Psicoestimulants

La teràpia amb psicoestimulants, és eficaç en el tractament de persones amb dependència de la cocaïna?

Avaluació de la qualitat						Resum de resultats					Rellevància de la variable
						Nre. de pacients		Efecte		Qualitat	
Nre. d'estudis	Disseny	Limitacions	Consistència	Evidència directa	Precisió. Altres aspectes	Tractament	Placebo	Relatiu	Absolut*		
Comparació: Mazindol *versus* placebo											
Variable: Consum de cocaïna. Presència de metabòlits en anàlisi (Margolin, 1995)											
1	ACA	Sense limitacions importants	—	Sí[1]	Imprecisió[2]	2/18 (11,1%)	4/19 (21,0%)	0,53 (de 0,11 a 2,54)	—	+++ Moderada	Clau
Variable: Continuïtat en el tractament definida com 'aquells participants que acaben el seguiment de l'estudi' (study retention) (Margolin, 1995)											
2	ACA	Sense limitacions importants	Sí	Sí[1]	Imprecisió[2]	16/40 (40,0%)	17/40 (42,5%)	0,93 (de 0,59 a 1,47)	—	+++ Moderada	Important
Comparació: Dexamfetamina versus placebo											
Variable: Consum de cocaïna. Presència de metabòlits en anàlisi (Grabowski 2001 i 2004)											
3	ACA	Sense limitacions importants	Sí	Sí[1]	Imprecisió[2]	27/58 (46,5%)	21/34 (61,7%)	0,81 (de 0,56 a 1,16)	—	+++ Moderada	Clau
Variable: Continuïtat en el tractament definida com 'aquells participants que acaben el seguiment de l'estudi' *(study retention)* (Grabowski, 2001, 2004)											
4	ACA	Sense limitacions importants	Sí	Sí[1]	Imprecisió[2]	103/151 (68,2%)	75/101 (74,2%)	0,90 (de 0,71 a 1,12)	—	+++ Moderada	Important

* ***NOTA:*** *Només s'ofereixen resultats en termes absoluts quan l'estimació de l'efecte en termes relatius mostra diferències significatives.*

3 Psicoestimulants

La teràpia amb psicoestimulants, és eficaç en el tractament de persones amb dependència de la cocaïna?

Avaluació de la qualitat						Resum de resultats					Rellevància de la variable
						Nre. de pacients		Efecte		Qualitat	
Nre. d'estudis	Disseny	Limitacions	Consistència	Evidència directa	Precisió. Altres aspectes	Tractament	Placebo	Relatiu	Absolut*		
Comparació: Metilfenidat *versus* placebo											
Variable: Consum de cocaïna. Presència de metabòlits en anàlisi (Grabowski, 1997; Schubiner, 2002; Levin, 2008)											
1	ACA	Sense limitacions importants	—	Sí[1]	Imprecisió[2]	17/25 (68,0%)	15/24 (62,5%)	1,09 (de 0,2 a 1,64)	—	+++ Moderada	Clau
Variable: Continuïtat en el tractament definida com 'aquells participants que acaben el seguiment de l'estudi' *(study retention)* (Grabowski, 1997; Schubiner, 2002; Levin 2008)											
3	ACA	Limitacions en el disseny[4]	Sí	Sí[1]	Imprecisió[2]	49/102 (48,0%)	46/101 (45,5%)	1,06 (de 0,79 a 1,42)	—	++ Baixa	Important
Comparació: Modafinil versus placebo											
Variable: Consum de cocaïna. Presència de metabòlits en anàlisi (Dackis, 2005)											
1	ACA	Sense limitacions importants	—	Sí[1]	Imprecisió[2]	17/30 (56,7%)	25/32 (78,1%)	0,73 (de 0,50 a 1,04)	—	+++ Moderada	Clau
Variable: Continuïtat en el tractament definida com 'aquells participants que acaben el seguiment de l'estudi' *(study retention)* (Dackis, 2005)											
1	ACA	Sense limitacions importants	—	Sí[1]	Imprecisió[2]	11/30 (36,7%)	11/32 (34,3%)	1,07 (de 0,55 a 2,09)	—	+++ Moderada	Important

* ***NOTA:*** *Només s'ofereixen resultats en termes absoluts quan l'estimació de l'efecte en termes relatius mostra diferències significatives.*

3 Psicoestimulants

La teràpia amb psicoestimulants, és eficaç en el tractament de persones amb dependència de la cocaïna?

Avaluació de la qualitat						Resum de resultats					Rellevància de la variable
						Nre. de pacients		Efecte		Qualitat	
Nre. d'estudis	Disseny	Limitacions	Consistència	Evidència directa	Precisió. Altres aspectes	Tractament	Placebo	Relatiu	Absolut*		
Comparació: Bupropió *versus* placebo											
Variable: Consum de cocaïna. Presència de metabòlits en anàlisi (Margolin, 1995)											
1	ACA	Limitacions en el disseny[4]	—	Sí[1]	Imprecisió[2]	63/74 (85,1%)	65/75 (86,7%)	0,98 (de 0,86 a 1,12)	—	++ Baixa	Clau
Variable: Continuïtat en el tractament definida com 'aquells participants que acaben el seguiment de l'estudi' *(study retention)* (Margolin, 1995)											
1	ACA	Limitacions en el disseny[4]	—	Sí[1]	Imprecisió[2]	11/74 (14,8%)	13/75 (17,3%)	0,86 (de 0,41 a 1,79)	—	++ Baixa	Important
Comparació: Selegilina versus placebo											
Variable: Consum de cocaïna. Presència de metabòlits en anàlisi (Elkashef, 2007)											
1	ACA	Sense limitacions importants	—	Sí[1]	Imprecisió[2]	134/150 (89,3%)	131/150 (87,3%)	1,02 (de 0,94 a 1,11)	—	+++ Moderada	Clau
Variable: Continuïtat en el tractament definida com 'aquells participants que acaben el seguiment de l'estudi' (study retention) (Elkashef, 2006)											
1	ACA	Sense limitacions importants	—	Sí[1]	Imprecisió[2]	97/150 (64,6%)	110/150 (73,3%)	0,88 (de 0,76 a 1,03)	—	+++ Moderada	Important

** **NOTA:** Només s'ofereixen resultats en termes absoluts quan l'estimació de l'efecte en termes relatius mostra diferències significatives.*
[1] Pacients en tractament de manteniment amb metadona.
[2] No s'arriba als 300 esdeveniments.
[3] L'interval de confiança en l'estimació de l'efecte considera una RRR (15%) que podria arribar a ser clínicament rellevant; [4] Jadad<3 en algun estudi.

4 Antipsicòtics

La teràpia amb antipsicòtics, és eficaç en el tractament de persones sense diagnòstic d'esquizofrènia amb dependència de la cocaïna?

Avaluació de la qualitat						Resum de resultats					Rellevància de la variable
						Nre. de pacients		Efecte		Qualitat	
Nre. d'estudis	Disseny	Limitacions	Consistència	Evidència directa	Precisió. Altres aspectes	Tractament	Placebo	Relatiu	Absolut*		
Comparació: Antipsicòtics *versus* placebo											
Variable: Abandonament del tractament (Levin, 1999; Kampman, 2003; Grabowski, *a* 2004; Grabowski, *b* 2004; Smelson, 2004; Winhusen, 2007; Loebl, 2008)											
6	ACA	**Sense limitacions importants** Estudis amb una mostra petita	Sí	Sí	**Imprecisió** Pocs esdeveniments (n = 146)[1]	65/182 (37,81%)	81/176 (46,02%)	RR 0,80 (de 0,64 a 1,00)	—	Moderada	Important
Comparació: Risperidona *versus* placebo											
Variable: Abandonament del tractament (Levin, 1999; Grabowski, *a* 2004; Grabowski, *b* 2004; Smelson, 2004; Loebl, 2008)											
5[2]	ACA	**Sense limitacions importants** Estudis amb una mostra petita	Sí	Sí	**Imprecisió** Pocs esdeveniments (n = 111)[1]	50/107 (46,72%)	61/102 (59,80%)	RR 0,82 (de 0,65 a 1,04)	—	Moderada	Important
4[3]	Ídem	Ídem	Ídem	Ídem	**Imprecisió** Pocs esdeveniments (n = 111)[1]	42/91 (46,15%)	55/87 (63,20%)	RR 0,77 (de 0,61 a 0,98)	14/100 (de 2 a 26) 140/1000	Moderada	Important
1[4]	Ídem	Ídem	—	Ídem	**Imprecisió** Pocs esdeveniments (n = 14)[1]	8/16 (50%)	6/15 (40%)	RR 0,83 (de 0,44 a 1,58)	—	Moderada	Important

** **NOTA:** Només s'ofereixen resultats en termes absoluts quan l'estimació de l'efecte en termes relatius mostra diferències significatives.*
[1] Resultats basats en molts estudis petits que aporten pocs esdeveniments a l'estimació final de l'efecte
[2] Quatre assaigs clínics amb dades de cinc grups de comparació.
[3] Corresponent als tres assaigs que comparen risperidona oral versus placebo (Levin, 1999; Grabowski, a 2004; Grabowski, b 2004; Smelson, 2004).
[4] Corresponent a un assaig que compara risperidona injectada versus placebo (Loebl, 2008)

4 Antipsicòtics

La teràpia amb antipsicòtics, és eficaç en el tractament de persones sense diagnòstic d'esquizofrènia amb dependència de la cocaïna?

Avaluació de la qualitat						Resum de resultats					Rellevància de la variable
						Nre. de pacients		Efecte		Qualitat	
Nre. d'estudis	Disseny	Limitacions	Consistència	Evidència directa	Precisió. Altres aspectes	Tractament	Placebo	Relatiu	Absolut*		
Comparació: Olanzapina versus placebo											
Variable: Consum de cocaïna autodeclarat (Reid, 2005)											
1	ACA	**Sense limitacions importants** Estudi amb una mostra petita	—	**Sí** 80% homes, consum via pulmonar	**Imprecisió** Pocs esdeveniments (n = 28)[1]	14/16 (87,5%)	14/15 (93,3%)	RR 0,94 (de 0,75 a 1,18)	—	Moderada	Clau
Variable: Abandonament del tractament (Kampman, 2003)											
1	ACA	**Sense limitacions importants** Estudi amb una mostra petita	—	**Sí** 80% homes, consum via pulmonar	**Imprecisió** Pocs esdeveniments (n = 3)[1]	2/15 (13,3%)	1/15 (6,7%)	RR 2,00 (de 0,20 a 19,78)	—	Baixa[2]	Important
Variable: Efectes adversos (Reid, 2005)											
1	ACA	**Sense limitacions importants** Estudi amb una mostra petita	—	**Sí** 80% homes, consum via pulmonar	**Imprecisió** Pocs esdeveniments (n = 30)[1]	15/18 (83,3%)	15/16 (93,8%)	RR 0,89 (de 0,70 a 1,13)	—	Moderada	Important

* ***NOTA:*** *Només s'ofereixen resultats en termes absoluts quan l'estimació de l'efecte en termes relatius mostra diferències significatives.*
[1] *Resultats basats en molts estudis petits que aporten pocs esdeveniments a l'estimació final de l'efecte.*

4 Antipsicòtics

La teràpia amb antipsicòtics, és eficaç en el tractament de persones sense diagnòstic d'esquizofrènia amb dependència de la cocaïna?

Avaluació de la qualitat						Resum de resultats					Rellevància de la variable
						Nre. de pacients		Efecte		Qualitat	
Nre. d'estudis	Disseny	Limitacions	Consistència	Evidència directa	Precisió. Altres aspectes	Tractament	Placebo	Relatiu	Absolut*		
Comparació: Risperidona injectable *versus* zuclopentixol d'absorció lenta (*dépot*)											
Variable: Consum de cocaïna. Presència de metabòlits en anàlisi d'orina de qualsevol substància (Rubio, 2006)											
1	**ACA**	**Sense limitacions importants** Estudi obert amb una mostra petita	—	**Sí** Pacients amb esquizofrènia i consumidors de diverses substàncies (el 26% cocaïna)	**Imprecisió**	Mitjana de tests positius = 8,67[1]	Mitjana de tests positius = 10,36[1]	—	1,69 (p = 0,005)	Baixa[2]	Clau
1	**ACA**	**Ídem**	**Ídem**	**Ídem**	**Ídem**	Mitjana de tests positius = 7,48[3]	Mitjana de tests positius = 9,03[3]	—	1,55	Baixa[2]	Clau
Variable: Continuïtat al tractament. Assistència a més de tres quarts de les sessions (Rubio, 2006)											
1	**ACA**	**Sense limitacions importants** Estudi obert amb una mostra petita	—	**Sí** Pacients amb esquizofrènia i consumidors de diverses substàncies (el 26% cocaïna)	**Imprecisió**	53/57 (92,9%)[1]	39/58 (67,8%)[1]	RR 1,38 (d'1,14 a 1,68)		Baixa[1]	Important

** **NOTA:** Només s'ofereixen resultats en termes absoluts quan l'estimació de l'efecte en termes relatius mostra diferències significatives.*
[1] Resultats als 6 mesos.
[2] S'ha considerat que la qualitat és baixa perquè només es disposa d'informació a partir d'un assaig obert, de mostra petita, en què els pacients consumeixen diverses substàncies (amb un percentatge moderat de consumidors de cocaïna) i la mesura de resultat es fa sobre tests positius de qualsevol substància.
[3] Resultats als 12 mesos.

4 Antipsicòtics

La teràpia amb antipsicòtics, és eficaç en el tractament de persones sense diagnòstic d'esquizofrènia amb dependència de la cocaïna?

Avaluació de la qualitat						Resum de resultats					Rellevància de la variable
						Nre. de pacients		Efecte		Qualitat	
Nre. d'estudis	Disseny	Limitacions	Consistència	Evidència directa	Precisió. Altres aspectes	Tractament	Placebo	Relatiu	Absolut*		
Comparació: Risperidona oral *versus* olanzapina											
Variable: Continuïtat a l'estudi. Abandonament de l'estudi (Akerele, 2007)											
1	**ACA**	**Sense limitacions importants** Estudi amb una mostra petita	—	**Sí** Pacients amb esquizofrènia i consumidors de cocaïna i marihuana	**Imprecisió** Pocs esdeveniments (n = 12)[1]	8/14 (57,14%)	4/14 (28,57%)	RR 2,00 (de 0,78 a 5,14)	—	Baixa[2]	Important
Comparació: Haloperidol *versus* olanzapina											
Variable: Continuïtat a l'estudi. Abandonament de l'estudi (Smelson, 2006)											
1	**ACA**	**Sense limitacions importants** Estudi amb una mostra petita	—	**Sí** Pacients amb esquizofrènia hospitalitzats, consumidors de cocaïna	**Imprecisió** Pocs esdeveniments (n = 13)[1]	8/16 (50%)	5/15 (33,3%)	RR 1,50 (de 0,63 a 3,57)	—	Baixa[2]	Important

* ***NOTA:*** *Només s'ofereixen resultats en termes absoluts quan l'estimació de l'efecte en termes relatius mostra diferències significatives.*
[1] *Resultats basats en molts estudis petits que aporten pocs esdeveniments a l'estimació final de l'efecte.*
[2] *S'ha considerat que la qualitat és baixa perquè només es disposa d'informació a partir d'un assaig, de mostra petita.*

5 Anticonvulsius

La teràpia amb anticonvulsius, és eficaç en el tractament de persones amb dependència de la cocaïna?

Avaluació de la qualitat						Resum de resultats					Rellevància de la variable
						Nre. de pacients		Efecte		Qualitat	
Nre. d'estudis	Disseny	Limitacions	Consistència	Evidència directa	Precisió. Altres aspectes	Tractament	Placebo	Relatiu	Absolut*		
Comparació: Anticonvulsius *versus* placebo											
Variable: Consum de cocaïna[1] autodeclarat per la persona participant a l'estudi o detectat per presència de metabòlits en anàlisi (Cornish, 1995; Crosby, 1996; Haikas, 1997; Campbell, 2003; González, 2003; Kampman, 2004; Bisaga, 2006; González, 2007)											
8[2]	**ACA**	**Sense limitacions importants** Estudis amb una mostra petita	**Sí**	**Sí** Pacients ambulatoris; 80% homes; estudis als EUA	**Imprecisió[3]**	197/340 (57,94%)	154/269 (57,24%)	RR 1,01 (de 0,89 a 1,15)	—	Moderada	Clau
Variable: Abandonament del tractament (Montoya, 1995; Cornish, 1995; Kranzler, 1995; Crosby, 1996; Halikas, 1997; Sofuoglu, 1999; Campbell, 2003; González, 2003; Kampman, 2004; Berger, 2005; Winhunsen, 2005; González, 2007)											
12[4]	**ACA**	**Sense limitacions importants** Estudis amb una mostra petita	**Sí**	**Sí** Pacients ambulatoris; 80% homes; estudis als EUA	**Precisió**	244/497 (49,09%)	208/437 (47,59%)	RR 1,03 (de 0,91 a 1,16)	—	Alta	Important
Variable: Efectes secundaris (qualsevol efecte secundari; en la revisió original es defineix com 'acceptabilitat del tractament') (Cornish, 1995; Kranzler, 1995; Crosby, 1996; Halikas, 1997; Sofuoglu, 1999; González, 2003; Reid, 2005; Bisaga, 2006)											
9[1]	**ACA**	**Sense limitacions importants** Estudis amb una mostra petita	**No** Els resultats són heterogenis[5]	**Sí** Pacients ambulatoris; 80% homes; estudis als EUA	**Imprecisió** Pocs esdeveniments (n = 121)[2]	70/370 (18,91%)	51/321 (15,88%)	RR 1,40 (de 0,88 a 2,21)	—	Baixa	Important

* ***NOTA:*** *Només s'ofereixen resultats en termes absoluts quan l'estimació de l'efecte en termes relatius mostra diferències significatives.*

[1] *Per a la variable de consum de cocaïna es van combinar, en totes les anàlisis, resultats de metabòlits d'orina amb alguns estudis en què el consum era autodeclarat. No s'ha considerat una limitació important a l'hora de combinar els resultats i d'avaluar-ne la qualitat (aspectes d'evidència directa o no).*

[2] *Estudis clínics amb onze grups de comparació amb placebo.*

[3] *Resultats basats en molts estudis petits que aporten pocs esdeveniments a l'estimació final de l'efecte.*

[4] *Estudis clínics amb disset grups de comparació amb placebo.*

[5] *I^2 = 51%.*

5 Anticonvulsius

La teràpia amb anticonvulsius, és eficaç en el tractament de persones amb dependència de la cocaïna?

Avaluació de la qualitat						Resum de resultats					Rellevància de la variable
						Nre. de pacients		Efecte		Qualitat	
Nre. d'estudis	Disseny	Limitacions	Consistència	Evidència directa	Precisió. Altres aspectes	Tractament	Placebo	Relatiu	Absolut*		
Comparació: Carbamazepina *versus* placebo											
Variable: Consum de cocaïna autodeclarat per la persona participant a l'estudi o detectat per la presència de metabòlits en anàlisi (Cornish, 1995; Halikas, 1997; Campbell, 2003)											
3[1]	ACA	**Sense limitacions importants** Estudis amb una mostra petita	Sí	Sí Pacients ambulatoris; 80% homes; estudis als EUA	**Imprecisió** Pocs esdeveniments (n = 92)[2]	57/130 (43,85%)	35/84 (41,67%)	RR 0,96 (de 0,71 a 1,31)	—	Moderada	Clau
Variable: Abandonament del tractament (Cornish, 1995; Montoya, 1995; Kranzler, 1995; Haikas, 1997; Campbell, 2003)											
5[3]	ACA	**Sense limitacions importants** Estudis amb una mostra petita	Sí	Sí Pacients ambulatoris; 80% homes; estudis als EUA	**Imprecisió**[4]	167/253 (66%)	139/211 (65,87%)	RR 0,99 (de 0,87 a 1,13)	—	Moderada	Important
Variable: Efectes secundaris (qualsevol efecte secundari; en la revisió original es defineix com 'acceptabilitat del tractament') (Cornish, 1995; Kranzler, 1995; Halikas, 1997)											
3[1]	ACA	**Sense limitacions importants** Estudis amb una mostra petita	Sí	Sí Pacients ambulatoris; 80% homes; estudis als EUA	**Imprecisió** Pocs esdeveniments (n = 49)[2]	27/178 (15,17%)	22/127 (17,32%)	RR 1,24 (de 0,79 a 1,97)	—	Moderada	Important

* ***NOTA:*** *Només s'ofereixen resultats en termes absoluts quan l'estimació de l'efecte en termes relatius mostra diferències significatives.*
[1] *Tres estudis clínics amb quatre grups de comparació amb placebo.*
[2] *Resultats basats en estudis petits que aporten pocs esdeveniments a l'estimació final de l'efecte.*
[3] *Cinc estudis clínics amb sis grups de comparació amb placebo.*
[4] *L'interval de confiança de l'estimador de l'efecte mostra un rang molt ampli de possibles resultats.*

5 Anticonvulsius

La teràpia amb anticonvulsius, és eficaç en el tractament de persones amb dependència de la cocaïna?

Avaluació de la qualitat						Resum de resultats					Rellevància de la variable
						Nre. de pacients		Efecte		Qualitat	
Nre. d'estudis	Disseny	Limitacions	Consistència	Evidència directa	Precisió. Altres aspectes	Tractament	Placebo	Relatiu	Absolut*		
Comparació: Tiagabina *versus* placebo											
Variable: Consum de cocaïna autodeclarat pel participant a l'estudi o detectat per la presència de metabòlits en anàlisi (González, 2003; González, 2007)											
2	**ACA**	**Sense limitacions importants** Estudis amb una mostra petita	**No** Els resultats són heterogenis[1]	**Sí** Pacients ambulatoris; 80% homes; estudis als EUA; codependència d'opiacis	**Imprecisió** Pocs esdeveniments (n = 43)	22/40 (55%)	21/40 (52,5%)	RR 1,05 (de 0,71 a 1,54)	—	Moderada	Clau
Variable: Abandonament del tractament (González, 2003; Winhusen, 2005; González, 2007)											
3[2]	**ACA**	**Sense limitacions importants** Estudis amb una mostra petita	**Sí**	**Sí** Pacients ambulatoris; 80% homes; estudis als EUA; codependència d'opiacis	**Imprecisió** Pocs esdeveniments (n = 21)	12/72 (16,66%)	9/72 (12,5%)	RR 1,33 (de 0,59 a 2,99)	—	Moderada	Important
Variable: Efectes secundaris (qualsevol efecte secundari; en la revisió original es defineix com 'acceptabilitat del tractament') (González, 2003)											
1[3]	**ACA**	**Sense limitacions importants**	—	**Sí** Pacients ambulatoris; codependència d'opiacis	**Imprecisió** Pocs esdeveniments (n = 3)	1/30 (3,33%)	2/30 (6,66%)	RR 0,60 (de 0,08 a 4,28)	—	Moderada	Important

** **NOTA:** Només s'ofereixen resultats en termes absoluts quan l'estimació de l'efecte en termes relatius mostra diferències significatives.*
[1] I^2 = 46%.
[2] Tres estudis clínics amb quatre grups de comparació amb placebo.
[3] Estudi clínic amb dos grups de comparació amb placebo.

5 Anticonvulsius

La teràpia amb anticonvulsius, és eficaç en el tractament de persones amb dependència de la cocaïna?

Avaluació de la qualitat						Resum de resultats					Rellevància de la variable
						Nre. de pacients		Efecte		Qualitat	
Nre. d'estudis	Disseny	Limitacions	Consistència	Evidència directa	Precisió. Altres aspectes	Tractament	Placebo	Relatiu	Absolut*		
Comparació: Gabapentina *versus* placebo											
Variable: Consum de cocaïna autodeclarat per la persona participant a l'estudi o detectat per la presència de metabòlits en anàlisi (Bisaga, 2006; Gonzalez, 2007)											
2	**ACA**	**Sense limitacions importants** Estudis amb una mostra petita	**Sí**	**Sí** Pacients ambulatoris; 80% homes; estudis als EUA	**Imprecisió** Pocs esdeveniments (n = 104)	54/74 (72,97%)	50/72 (69,44%)	RR 1,05 (de 0,85 a 1,29)	—	Moderada	Clau
Variable: Abandonament del tractament (Berger, 2005; Gonzalez, 2007)											
2	**ACA**	**Sense limitacions importants** Estudis amb una mostra petita	**Sí**	**Sí** Pacients ambulatoris; 80% homes; estudis als EUA	**Imprecisió** Pocs esdeveniments (n = 14)	11/41 (26,83%)	3/40 (7,5%)	RR 3,56 (d'1,07 a 11,82)	19 pacients més de cada 100 amb gabapentina	Baixa[1]	Important
Variable: Efectes secundaris (qualsevol efecte secundari; en la revisió original es defineix com 'acceptabilitat del tractament') (Bisaga, 2006)											
1	**ACA**	**Sense limitacions importants** Estudi amb una mostra petita	—	**Sí** Pacients ambulatoris; 88% homes; estudi als EUA	**Imprecisió** Pocs esdeveniments (n = 8)	6/48 (12,5%)	2/47 (4,25%)	RR 2,94 (de 0,62 a 13,83)	—	Baixa[2]	Important

** **NOTA:** Només s'ofereixen resultats en termes absoluts quan l'estimació de l'efecte en termes relatius mostra diferències significatives.*

[1] S'ha baixat un nivell la qualitat de l'evidència per la imprecisió dels resultats, que es basen en dos estudis que sumen tan sols 80 participants i 14 esdeveniments. La diferència observada, per tant, és molt probable que canvïi amb els resultats de nous estudis.

[2] Raons similars a l'anterior, la confiança en aquesta estimació variaria probablement amb els resultats d'altres estudis.

5 Anticonvulsius

La teràpia amb anticonvulsius, és eficaç en el tractament de persones amb dependència de la cocaïna?

Avaluació de la qualitat						Resum de resultats					Rellevància de la variable
						Nre. de pacients		Efecte		Qualitat	
Nre. d'estudis	Disseny	Limitacions	Consistència	Evidència directa	Precisió. Altres aspectes	Tractament	Placebo	Relatiu	Absolut*		
Comparació: Fenitoïna *versus* placebo											
Variable: Consum de cocaïna autodeclarat per la persona participant a l'estudi o detectat per la presència de metabòlits en anàlisi (Crosby, 1996)											
1	ACA	**Sense limitacions importants** Estudi amb una mostra petita	—	**–1: cocaïna fumada (93%)**[1] Pacients ambulatoris; 80% homes; estudis als EUA	**Imprecisió** Pocs esdeveniments (n = 4)	1/6 (16,6%)	3/6 (50%)	RR 0,33 (de 0,05 a 2,37)	—	Baixa	Clau
Variable: Abandonament del tractament (Crosby, 1996; Sofuoglu, 1999)											
2	ACA	**Sense limitacions importants** Estudis amb una mostra petita	**No** Els resultats són heterogenis[2]	**Sí** Pacients ambulatoris; 80% homes; estudis als EUA	**Imprecisió** Pocs esdeveniments (n = 35)	17/26 (65,38%)	18/31 (58,06%)	RR 3,56 (d'1,07 a 11,82)	—	Baixa	Important
Variable: Efectes secundaris (qualsevol efecte secundari; en la revisió original es defineix com *'acceptabilitat del tractament'*) (Crosby, 1996; Sofuoglu, 1999)											
2	ACA	**Sense limitacions importants** Estudi amb una mostra petita	**Sí**	**Sí** Pacients ambulatoris; 88% homes; estudi als EUA	**Imprecisió** Pocs esdeveniments (n = 23)	15/26 (57,69%)	8/30 (26,66%)	RR 2,12 (d'1,08 a 4,17)	31 pacients més de cada 100 amb fenitoïna	Baixa[3]	Important

* ***NOTA:*** *Només s'ofereixen resultats en termes absoluts quan l'estimació de l'efecte en termes relatius mostra diferències significatives.*

[1] *S'ha baixat un nivell la qualitat de l'evidència no només per la via de consum, sinó pel fet que es tracta d'un sol estudi, amb població diferent. (s'ha baixat un nivell la qualitat de l'evidència perquè els resultats es basen en un sol estudi, amb una població d'estudi poc representativa)*

[2] $I^2 = 47\%$.

[3] *S'ha baixat la qualitat de l'evidència fins a baixa per la imprecisió dels resultats, basats en dos estudis que sumen tan sols 80 participants i 14 esdeveniments. La diferència observada, per tant, és molt probable que canviï amb els resultats de nous estudis.*

5 Anticonvulsius

La teràpia amb anticonvulsius, és eficaç en el tractament de persones amb dependència de la cocaïna?

Avaluació de la qualitat						Resum de resultats					Rellevància de la variable
						Nre. de pacients		Efecte		Qualitat	
Nre. d'estudis	Disseny	Limitacions	Consistència	Evidència directa	Precisió. Altres aspectes	Tractament	Placebo	Relatiu	Absolut*		
Comparació: Topiramat *versus* placebo											
Variable: Consum de cocaïna autodeclarat per la persona participant a l'estudi o detectat per la presència de metabòlits en anàlisi (Kampman, 2004)											
1	ACA	**Sense limitacions importants**	—	–1: homes (97%), afroamericans (90%), cocaïna fumada (87%)	**Imprecisió**	10/20 (50%)	5/20 (25%)	RR 2,00 (de 0,83 a 4,81)	—	Baixa[1]	Clau
Variable: Abandonament del tractament (Kampman, 2004)											
1	ACA	**Sense limitacions importants**	—	–1: homes (97%), afroamericans (90%), cocaïna fumada (87%)	**Imprecisió**	2/20 (10%)	5/20 (25%)	RR 0,50 (de 0,10 a 2,43)	—	Baixa[1]	Important
Comparació: Lamotrigina *versus* placebo											
Variable: Abandonament del tractament (Berger, 2005)											
1	ACA	**Sense limitacions importants**	—	–1: homes (70%), cocaïna fumada (93%)	**Imprecisió** Pocs esdeveniments (n = 4)	3/15 (20%)	1/15 (6,66%)	RR 3,00 (de 0,35 a 25,68)	—	Baixa[1]	Important
Comparació: Valproat *versus* placebo											
Variable: Abandonament del tractament (Reid, 2005)											
1	ACA	**Sense limitacions importants**	—	–1: homes (73%), cocaïna fumada (76%)	**Imprecisió** Pocs esdeveniments (n = 30)	15/18 (83,33%)	15/16 (93,75%)	RR 0,89 (de 0,70 a 1,13)	—	Baixa[1]	Important

* ***NOTA:*** *Només s'ofereixen resultats en termes absoluts quan l'estimació de l'efecte en termes relatius mostra diferències significatives.*

[1] *Les característiques dels participants de l'estudi i la imprecisió dels resultats han fet disminuir la qualitat de l'evidència per a aquesta variable fins a la categoria baixa.*

6 Disulfiram

La teràpia amb disulfiram, és eficaç en el tractament de persones amb dependència de la cocaïna?

Avaluació de la qualitat						Resum de resultats					Rellevància de la variable
						Nre. de pacients		Efecte		Qualitat	
Nre. d'estudis	Disseny	Limitacions	Consistència	Evidència directa	Precisió. Altres aspectes	Tractament	Placebo	Relatiu	Absolut*		
Comparació: Disulfiram *versus* control (placebo o psicoteràpia)											
Variable: Consum de cocaïna. Persones abstinents durant 3 setmanes (Carroll, 1998; George, 2000)											
2	ACA	**Sense limitacions importants** Estudis amb mostra petita	**No**	**Sí** Pacients ambulatoris; majoria homes[1]	**Imprecisió** Pocs esdeveniments (n = 56)	40/87 (45,97%)	16/50 (30%)	RR 1,45 (de 0,91 a 2,32)	—	Moderada	Clau
Variable: Consum de cocaïna i alcohol. Persones abstinents durant 3 setmanes (Carroll, 1998)											
1	ACA	**Sense limitacions importants**	—	**Sí** Pacients ambulatoris; majoria homes[1]	**Imprecisió** Pocs esdeveniments (n = 35)	29/76 (38,15%)	6/41 (14,63%)	RR 2,61 (d'1,18 a 5,76)	—	Baixa	Clau
Variable: Abandonament del tractament (Carroll, 1998; George, 2000; Petrakis, 2000; Pettinati, 2008)											
4	ACA	**Sense limitacions importants**	**Sí** $I^2 = 61\%$	**Sí** Pacients ambulatoris; majoria homes[1]	**Imprecisió** Pocs esdeveniments (n = 58)	27/176 (15,74%)	31/135 (22,96%)	RR 0,80 (de 0,51 a 1,25)	—	Baixa	Important
Comparació: Disulfiram *versus* placebo											
Variable: Abandonament del tractament (George, 2000; Petrakis, 2000; Pettinati, 2008)											
3	ACA	**Sense limitacions importants**	**Sí** $I^2 = 67\%$	**Sí** Pacients ambulatoris; majoria homes[1]	**Imprecisió** Pocs esdeveniments (n = 54)	26/100 (26%)	28/94 (29,78%)	RR 0,88 (de 0,55 a 1,41)	—	Baixa	Important

* ***NOTA:*** *Només s'ofereixen resultats en termes absoluts quan l'estimació de l'efecte en termes relatius mostra diferències significatives.*

[1] *En els estudis de Carroll (1998) i Pettinati (2008) els pacients tenien una dependència de l'alcohol i la cocaïna. En els estudis de George (2000) i Petrakis (2000) els pacients rebien tractament de manteniment amb buprenorfina i metadona respectivament.*

1 Reforçament comunitari i maneig de contingències

Els programes de reforçament comunitari i maneig de contingències, són eficaços en el tractament de persones amb dependència de la cocaïna?

Avaluació de la qualitat						Resum de resultats					Rellevància de la variable
						Nre. de pacients		Efecte		Qualitat	
Nre. d'estudis	Disseny	Limitacions	Consistència	Evidència directa	Precisió. Altres aspectes	Tractament	Placebo	Relatiu	Absolut*		
Comparació: Reforçament comunitari i maneig de contingències *versus* control											
Variable: Consum de cocaïna. Presència de metabòlits en anàlisi (Elk, 1998; Higgins, 1993, 1994, 2000; Rawson, 2002; Silverman, 1998)											
8	**ACA**	**Sense limitacions importants** Estudis amb mostra petita	**No**	**Sí** Estudis amb participants diferents entre si i comparacions diferents	No	491 particpants[1]		Grandària de l'efecte 0,66 (de 0,44 a 0,87)	22% menys en els programes de reforçament	Moderada	Clau
Comparació: Reforçament comunitari i maneig de contingències *versus* consell psicològic estàndard											
Variable: Abandonaments (Higgins, 1993)											
1	**ACA**	**Sense limitacions importants** Estudi amb mostra petita	—	No	**Imprecisió** Pocs esdeveniments (n = 25)	8/19 (42%)	17/19 (89%)	RR 0,47 (de 0,27 a 0,82)	—	Moderada	Clau
Variable: Consum de cocaïna. Presència de metabòlits en anàlisi (Higgins, 1993)											
1	**ACA**	**Sense limitacions importants** Estudi amb mostra petita	—	No	**Imprecisió** Pocs esdeveniments (n = 29)	11/19 (57%)	18/19 (89%)	RR 0,61 (de 0,41 a 0,91)	—	Moderada	Clau

** **NOTA:** Només s'ofereixen resultats en termes absoluts quan l'estimació de l'efecte en termes relatius mostra diferències significatives.*
[1] La metanàlisi de Prendergast (2006) no aporta dades desagregades de la distribució dels participants en els grups, ni els esdeveniments en els grups d'estudi.

1 Reforçament comunitari i maneig de contingències

Els programes de reforçament comunitari i maneig de contingències, són eficaços en el tractament de persones amb dependència de la cocaïna?

Avaluació de la qualitat						Resum de resultats					Rellevància de la variable
						Nre. de pacients		Efecte		Qualitat	
Nre. d'estudis	Disseny	Limitacions	Consistència	Evidència directa	Precisió. Altres aspectes	Tractament	Placebo	Relatiu	Absolut*		
Comparació: Reforçament comunitari i maneig de contingències amb intercanvi de vals *versus* control											
Variable: Consum de cocaïna. Presència de metabòlits en anàlisi (Higgins, 1993, 1994, 2003; Secades Villa, 2007)											
4	**ACA**	**Sense limitacions importants** Estudi amb mostra petita	**No**	**No** Estudis amb comparacions diferents	**Imprecisió** Pocs esdeveniments (n = 112)	39/103 (38%)	73/118 (62%)	RR 0,61 (de 0,44 a 0,84)	24% menys que en el control	Moderada	Clau
12[1]	**ACA**	**Sense limitacions importants** Estudis amb mostra petita	**No**	**Sí** Estudis amb participants diferents entre si i comparacions diferents	No	820 particpants[2]		Grandària de l'efecte 0,35 (de 0,27 a 0,43)	35% menys en els programes de reforçament	Moderada	Clau
Comparació: Reforçament comunitari i maneig de contingències amb intercanvi de vals *versus* maneig de contingències											
Variable: Abandonaments (Higgins, 1994)											
1	**ACA**	**Sense limitacions importants** Estudi amb mostra petita	—	No	**Imprecisió** Pocs esdeveniments (n = 19)	6/20 (30%)	13/20 (65%)	RR 0,46 (de 0,2 a 0,97)	—	Moderada	Important
Variable: Manteniment de l'abstinència en setmanes (Higgins, 1994)											
1	**ACA**	**Sense limitacions importants** Estudi amb mostra petita	—	No	**Imprecisió**	Mitjana (DS) = 11,7 (2,0)	Mitjana (DS) = 6,0 (1,5)	—	DM 5,70 (de 4,60 a 6,80)	Moderada	Clau

* ***NOTA:*** *Només s'ofereixen resultats en termes absoluts quan l'estimació de l'efecte en termes relatius mostra diferències significatives.*
[1] *Resultats de la metanàlisi de Lussier (2006).*
[2] *La metanàlisi de Lussier (2006) no aporta dades desagregades de la distribució dels participants en els grups, ni els esdeveniments en els grups d'estudi.*

1 Reforçament comunitari i maneig de contingències

Els programes de reforçament comunitari i maneig de contingències, són eficaços en el tractament de persones amb dependència de la cocaïna?

Avaluació de la qualitat						Resum de resultats					Rellevància de la variable
						Nre. de pacients		Efecte		Qualitat	
Nre. d'estudis	Disseny	Limitacions	Consistència	Evidència directa	Precisió. Altres aspectes	Tractament	Placebo	Relatiu	Absolut*		
Comparació: Reforçament comunitari i maneig de contingències amb intercanvi de vals *versus* reforçament comunitari en pacients en tractament de manteniment de metadona											
Variable: Manteniment de l'abstinència durant cinc setmanes (Silverman, 1996, 1998)											
2	ACA	**Sense limitacions importants** Estudi amb mostra petita	No	No	**Imprecisió** Pocs esdeveniments (n = 54)	18/39 (46%)	36/38 (95%)	RR 0,50 (de 0,34 a 0,73)	50% menys que en el control	Moderada	Clau
Comparació: Reforçament comunitari i maneig de contingències amb intercanvi de vals *versus* reforçament comunitari en dones embarassades											
Variable: Abandonaments (Elk, 1998)											
1	ACA	**Limitacions importants** Estudi amb mostra molt petita Risc de biaix moderat	—	No	**Imprecisió** Pocs esdeveniments (n = 19)	5/6 (83%)	4/6 (66%)	RR 1,25 (de 0,64 a 2,44)	—	Baixa	Important

* ***NOTA:*** *Només s'ofereixen resultats en termes absoluts quan l'estimació de l'efecte en termes relatius mostra diferències significatives.*

2 Intervenció en prevenció de recaigudes

La intervenció en prevenció de recaigudes, és eficaç en el tractament de persones amb dependència de la cocaïna?

Avaluació de la qualitat						Resum de resultats					Rellevància de la variable
						Nre. de pacients		Efecte		Qualitat	
Nre. d'estudis	Disseny	Limitacions	Consistència	Evidència directa	Precisió. Altres aspectes	Tractament	Placebo	Relatiu	Absolut*		
Comparació: Prevenció de recaigudes *versus* psicoteràpia interpersonal											
Variable: Abstinència durant tres setmanes (Carroll, 1991)											
1	ACA	**Sense limitacions importants** Estudi amb mostra petita	—	No	**Imprecisió** Pocs esdeveniments (n = 23)	9/21 (43%)	14/21 (66%)	RR 0,64 (de 0,36 a 1,15)	—	Baixa	Clau
Variable: Abandonaments a les 12 setmanes (Carroll, 1991)											
1	ACA	**Sense limitacions importants** Estudi amb mostra petita	—	No	**Imprecisió** Pocs esdeveniments (n = 20)	7/21 (33%)	13/21 (65%)	RR 0,56 (de 0,27 a 1,08)	—	Baixa	Important
Comparació: Prevenció de recaigudes *versus* seguiment psicològic estàndard											
Variable: Dies d'abstinència (Carroll, 1994)											
1	ACA	**Sense limitacions importants** Estudi amb mostra petita	—	No	**Imprecisió**	Mitjana (DS) = 0,71 (0,19)	Mitjana (DS) = 0,73 (0,22)	—	DM –0,02 (de –0,13 a 0,09)	Baixa	Clau
Variable: Abandonaments a les 12 setmanes (Carroll, 1994)											
1	ACA	**Sense limitacions importants** Estudi amb mostra petita	—	No	**Imprecisió** Pocs esdeveniments (n = 21)	10/29 (34%)	11/27 (41%)	RR 0,85 (de 0,43 a 1,67)	—	Baixa	Important

* ***NOTA:*** *Només s'ofereixen resultats en termes absoluts quan l'estimació de l'efecte en termes relatius mostra diferències significatives.*

3 Entrevista motivacional

L'entrevista motivacional, és eficaç en el tractament de persones amb dependència de la cocaïna?

Avaluació de la qualitat						Resum de resultats					Rellevància de la variable
						Nre. de pacients		Efecte		Qualitat	
Nre. d'estudis	Disseny	Limitacions	Consistència	Evidència directa	Precisió. Altres aspectes	Tractament	Placebo	Relatiu	Absolut*		
Comparació: Entrevista motivacional (2 sessions) afegida a un programa de desintoxicació *versus* Programa de desintoxicació											
Variable: Consum de cocaïna (Stotts, 2001)											
1	ACA	**Limitacions importants** Abandonament de l'estudi en el 60% dels pacients Estudi amb mostra petita	—	**No** Pacients en desintoxicació	**Imprecisió** Pocs esdeveniments (n = 49)	23/26 (88%)	16/26 (61%)	RR 1,44 (d'1,03 a 2,01)	—	Baixa	Clau
Comparació: Entrevista motivacional (varis formats) en persones que no estan en un programa de tractament *versus* control											
Variable: Abstinència de consum (Bernstein, 2005)											
1	ACA	**Sense limitacions importants**	—	**No**	**Imprecisió** Pocs esdeveniments (n = 153)	90/403 (22%)	63/375 (17%)	RR 1,33 (d'1,00 a 1,78)	—	Moderada	Clau
Variable: Abstinència de consum als 6 mesos (Marsden, 2006; Bernstein, 2005)											
2	ACA	**Sense limitacions importants**	—	**Sí** Formats diferents d'entrevista motivacional	**No**	176/596 (29%)	141/551 (25%)	RR 1,24 (d'1,04 a 1,49)	—	Moderada	Clau

* ***NOTA:*** *Només s'ofereixen resultats en termes absoluts quan l'estimació de l'efecte en termes relatius mostra diferències significatives.*

4 Teràpia cognitivoconductual[1]

La teràpia cognitivoconductual, és eficaç en el tractament de persones amb dependència de la cocaïna?

Avaluació de la qualitat						Resum de resultats					Rellevància de la variable
						Nre. de pacients		Efecte		Qualitat	
Nre. d'estudis	Disseny	Limitacions	Consistència	Evidència directa	Precisió. Altres aspectes	Tractament	Placebo	Relatiu	Absolut*		
Comparació: Entrenament en conductes d'afrontament *versus* programa de relaxació i meditació											
Variable: Consum de cocaïna als 3 mesos (Monti, 1997)											
1	ACA	**Sense limitacions importants**	—	**No**	**Imprecisió** Pocs esdeveniments (n = 71)	33/60 (55%)	38/68 (55%)	RR 0,98 (de 0,72 a 1,34)	—	Moderada	Clau
Variable: Abandonaments (Monti, 1997)											
1	ACA	**Sense limitacions importants**	—	**No**	**Imprecisió** Pocs esdeveniments (n = 20)	7/60 (11%)	13/68 (19%)	RR 0,61 (de 0,26 a 1,43)	—	Moderada	Important
Comparació: Teràpia cognitivoconductual *versus* programa dels 12 passos											
Variable: Consum de cocaïna (Maude Griffin, 1998)											
1	ACA	**Sense limitacions importants**	—	**Sí** Alt risc d'exclusió social	**Imprecisió** Pocs esdeveniments (n = 80)	33/59 (56%)	47/69 (68%)	RR 0,82 (de 0,62 a 1,08)	—	Baixa	Clau
Comparació: Teràpia cognitivoconductual *versus* programa dels 12 passos											
Variable: Consum de cocaïna (NIDA Collaborative Study, 1999)											
1	ACA	**Limitacions importants** Possible biaix de selecció de participants	—	**No**	**Imprecisió** Pocs esdeveniments (n = 138)	67/119 (56%)	71/123 (58%)	RR 0,98 (de 0,78 a 1,21)	—	Baixa	Clau
Variable: Consum de cocaïna (NIDA Collaborative Study, 1999)											
1	ACA	**Limitacions importants** Ídem	—	**No**	**Imprecisió** Pocs esdeveniments (n = 138)	79/119 (66%)	83/123 (67%)	RR 0,99 (de 0,83 a 1,18)	—	Baixa	Important

* ***NOTA:*** *Només s'ofereixen resultats en termes absoluts quan l'estimació de l'efecte en termes relatius mostra diferències significatives.*

[1] *Els grups de comparació dels diferents estudis han servit per formular recomanacions per a altres preguntes de la guia com les teràpies d'enfocament dinàmic o les intervencions d'autoajuda (programa dels 12 passos).*

1 Programes residencials i comunitaris

Els programes residencials i comunitaris, són eficaços en el tractament de persones amb dependència de la cocaïna?

Avaluació de la qualitat						Resum de resultats					Rellevància de la variable
						Nre. de pacients		Efecte		Qualitat	
Nre. d'estudis	Disseny	Limitacions	Consistència	Evidència directa	Precisió. Altres aspectes	Tractament	Placebo	Relatiu	Absolut*		
Comparació: Tractament residencial *versus* tractament de dia											
Variable: Abstinència als 6 mesos de seguiment (Guydish, 1999)											
1	ACA	**Limitacions** Estudi obert Mostra d'estudi petita	—	**SÍ** (70% homes)	Imprecisió	72/147 (48,9%)	47/114 (41,2%)	1,52 (d'1,10 a 2,10)	8/100 80/1000	Baixa	Clau
Variable: Abstinència als 12 mesos de seguiment (Guydish, 1999)											
1	ACA	**Limitacions** Estudi obert Mostra d'estudi petita	—	**SÍ** (70% homes)	Imprecisió	52/147 (35,4%)	48/114 (42,1%)	1,16 (de 0,82 a 1,63)	—	Baixa	Clau
Variable: Abstinència als 18 mesos de seguiment (Guydish, 1999)											
1	ACA	**Limitacions** Estudi obert Mostra d'estudi petita	—	**SÍ** (70% homes)	Imprecisió	59/147 (40,1%)	53/114 (46,5%)	1,10 (de 0,80 a 1,53)	—	Baixa	Clau
Variable: Abandonament de l'estudi a les 2 setmanes (Guydish, 1999)											
1	ACA	**Limitacions** Estudi obert Mostra d'estudi petita	—	**SÍ** (70% homes)	Imprecisió	108/255 (42,4%)	139/253 (54,9%)	0,77 (de 0,64 a 0,92)	12,5/100 125/1000	Baixa	Important
Variable: Finalització del tractament als 6 mesos (Guydish, 1999)											
1	ACA	**Limitacions** Estudi obert Mostra d'estudi petita	—	**SÍ** (70% homes)	Imprecisió	43/255 (16,9%)	39/253 (15,4%)	1,09 (de 0,74 a 1,63)	—	Baixa	Important

* ***NOTA:*** *Només s'ofereixen resultats en termes absoluts quan l'estimació de l'efecte en termes relatius mostra diferències significatives.*

1 Programes residencials i comunitaris

Els programes residencials i comunitaris, són eficaços en el tractament de persones amb dependència de la cocaïna?

Avaluació de la qualitat						Resum de resultats					Rellevància de la variable
						Nre. de pacients		Efecte		Qualitat	
Nre. d'estudis	Disseny	Limitacions	Consistència	Evidència directa	Precisió. Altres aspectes	Tractament	Placebo	Relatiu	Absolut*		
Comparació: Tractament residencial *versus* tractament de dia											
Variable: Puntuació final (6 mesos de seguiment) en l'índex de gravetat de l'addicció, àmbit d'ocupació/treball (Guydish, 1999)											
1	ACA	**Limitacions** Estudi obert Mostra d'estudi petita	—	**Sí** (70% homes)	Imprecisió	Mitjana: 0,79 (0,25)	Mitjana: 0,76 (0,27)	—	DM: 0,03 (de –0,04 a 0,10)	Baixa	—
Variable: Puntuació final (6 mesos de seguiment) en l'índex de gravetat de l'addicció, àmbit d'aspectes legals (Guydish, 1999)											
1	ACA	**Limitacions** Estudi obert Mostra d'estudi petita	—	**Sí** (70% homes)	Imprecisió	Mitjana: 0,07 (0,14)	Mitjana: 0,09 (0,17)	—	DM: 0,02 (de –0,06 a 0,02)	Baixa	—
Variable: Puntuació final (6 mesos de seguiment) en l'índex de gravetat de l'addicció, àmbit d'alcohol (Guydish, 1999)											
1	ACA	**Limitacions** Estudi obert Mostra d'estudi petita	—	**Sí** (70% homes)	Imprecisió	Mitjana: 0,13 (0,19)	Mitjana: 0,08 (0,14)	—	DM: 0,05 (de 0,01 a 0,09)	Baixa	—
Variable: Puntuació final (6 mesos de seguiment) en l'índex de gravetat de l'addicció, àmbit de drogues (Guydish, 1999)											
1	ACA	**Limitacions** Estudi obert Mostra d'estudi petita	—	**Sí** (70% homes)	Imprecisió	Mitjana: 0,10 (0,10)	Mitjana: 0,10 (0,09)	—	DM: 0,00 (de –0,03 a 0,03)	Baixa	—
Variable: Puntuació final (6 mesos de seguiment) en l'SCL-90-R (gravetat global) (Guydish, 1999)											
1	ACA	**Limitacions** Estudi obert Mostra d'estudi petita	—	**Sí** (70% homes)	Imprecisió	Mitjana: 0,68 (0,70)	Mitjana: 0,75 (0,61)	—	DM: 0,07 (de –0,24 a 0,10)	Baixa	—

** **NOTA:** Només s'ofereixen resultats en termes absoluts quan l'estimació de l'efecte en termes relatius mostra diferències significatives.*

1 Programes residencials i comunitaris

Els programes residencials i comunitaris, són eficaços en el tractament de persones amb dependència de la cocaïna?

Avaluació de la qualitat						Resum de resultats					Rellevància de la variable
						Nre. de pacients		Efecte		Qualitat	
Nre. d'estudis	Disseny	Limitacions	Consistència	Evidència directa	Precisió. Altres aspectes	Tractament	Placebo	Relatiu	Absolut*		
Comparació: Comunitat terapèutica *versus* comunitat terapèutica abreujada											
Variable: Consum de cocaïna. Presència de metabòlits en anàlisi (Nemes, 1999)											
1	ACA	**Limitacions** Estudi obert	—	**Sí** (la majoria consumidors de *crack*; gairebé la meitat amb trastorn antisocial de la personalitat)	Imprecisió	117/218 (53,7%)	99/194 (51,0%)	1,05 (de 0,87 a 1,27)	—	Baixa	Clau
Variable: Finalització del tractament (Nemes, 1999)											
1	ACA	**Limitacions** Estudi obert	—	**Sí** (ídem)	Imprecisió	83/218 (38,1%)	64/194 (33,0%)	1,15 (de 0,89 a 1,50)	—	Baixa	Clau
Variable: Consum de marihuana. Presència de metabòlits en anàlisi (Nemes, 1999)[1]											
1	ACA	**Limitacions** Estudi obert	—	**Sí** (ídem)	Imprecisió	65/218 (29,8%)	66/194 (34,0%)	0,88 (de 0,66 a 1,16)	—	Baixa	Important
Variable: Consum d'opiacis (presència de metabòlits en anàlisi) (Nemes, 1999)											
1	ACA	**Limitacions** Estudi obert	—	**Sí** (ídem)	Imprecisió	76/218 (34,9%)	62/194 (32,0%)	1,09 (de 0,83 a 1,43)	—	Baixa	Important
Variable: Pacients amb treball (Nemes, 1999)											
1	ACA	**Limitacions** Estudi obert	—	**Sí** (ídem)	Imprecisió	91/218 (41,7%)	104/194 (53,6%)	0,78 (de 0,63 a 0,96)	12/100 120/1000	Baixa	—
Variable: Activitat delictiva durant l'estudi o el seguiment: registres de justícia penal (Nemes, 1999)											
1	ACA	**Limitacions** Estudi obert	—	**Sí** (ídem)	Imprecisió	112/218 (51,4%)	103/194 (53,1%)	0,97 (de 0,80 a 1,16)	—	Baixa	—

* ***NOTA:*** *Només s'ofereixen resultats en termes absoluts quan l'estimació de l'efecte en termes relatius mostra diferències significatives.*
[1] *Els resultats són els mateixos que per al consum d'alcohol.*

1 Programes residencials i comunitaris

Els programes residencials i comunitaris, són eficaços en el tractament de persones amb dependència de la cocaïna?

Avaluació de la qualitat						Resum de resultats					Rellevància de la variable
						Nre. de pacients		Efecte		Qualitat	
Nre. d'estudis	Disseny	Limitacions	Consistència	Evidència directa	Precisió. Altres aspectes	Tractament	Placebo	Relatiu	Absolut*		
Comparació: Comunitat terapèutica *versus* comunitat residencial											
Variable: Consum de substàncies. Presència de metabòlits en anàlisi (Nuttbrock, 1998)											
1	ACA	**Limitacions** Aleatorització[1] Estudi obert Anàlisi per protocol	—	Indirecta; pacients sense sostre amb psicopatologia greu (DSM III)	Imprecisió	4/98 (4,1%)	26/87 (29,9%)	0,14 (de 0,05 a 0,38)	26/100 260/1000	Baixa	Clau
Variable: Finalització de 2 mesos de tractament (Nuttbrock, 1998)											
1	ACA	**Limitacions** Aleatorització[1] Estudi obert Anàlisi per protocol	—	Indirecta; pacients sense sostre amb psicopatologia greu (DSM III)	Imprecisió	123/373 (33,0%)	106/321 (33,0%)	1,00 (de 0,81 a 1,24)	—	Baixa	Important
Variable: Finalització de 6 mesos de tractament (Nuttbrock, 1998)											
1	ACA	**Limitacions** Aleatorització[1] Estudi obert Anàlisi per protocol	—	Indirecta; pacients sense sostre amb psicopatologia greu (DSM III)	Imprecisió	72/373 (19,3%)	67/321 (20,9%)	0,92 (de 0,69 a 1,25)	—	Baixa	Important
Variable: Finalització de 12 mesos de tractament (Nuttbrock, 1998)											
1	ACA	**Limitacions** Aleatorització[1] Estudi obert Anàlisi per protocol	—	Indirecta; pacients sense sostre amb psicopatologia greu (DSM III)	Imprecisió	43/373 (11,5%)	45/321 (14,0%)	0,82 (de 0,56 a 1,22)	—	Baixa	Important

* ***NOTA:*** *Només s'ofereixen resultats en termes absoluts quan l'estimació de l'efecte en termes relatius mostra diferències significatives.*
[1] *L'estudi no aclareix que s'hagi dut a terme l'aleatorització.*

1 Programes residencials i comunitaris

Els programes residencials i comunitaris, són eficaços en el tractament de persones amb dependència de la cocaïna?

Avaluació de la qualitat						Resum de resultats					Rellevància de la variable
						Nre. de pacients		Efecte		Qualitat	
Nre. d'estudis	Disseny	Limitacions	Consistència	Evidència directa	Precisió. Altres aspectes	Tractament	Placebo	Relatiu	Absolut*		
Comparació: Comunitat terapèutica modificada durant tres mesos *versus* sis mesos											
Variable: Finalització del tractament (McCusker, 1995)											
1	ACA	Sense limitacions	—	Sí (88% policonsumidors)	Imprecisió	124/223 (55,6%)	67/221 (30,3%)	1,83 (d'1,45 a 2,31)	25/100 250/100	Moderada	Important
Variable: Continuïtat en el programa durant 40 dies (McCusker, 1995)											
1	ACA	Sense limitacions	—	Sí (88% policonsumidors)	Imprecisió	163/223 (73,1%)	159/221 (71,9%)	1,02 (de 0,91 a 1,14)	—	Moderada	Important
Variable: Temps des de l'entrada al programa fins al primer consum (McCusker, 1995)											
1	ACA	Sense limitacions	—	Sí (88% policonsumidors)	Imprecisió	132 dies	217 dies	HR = 0,81 (de 0,65 a 1,01)	—	Moderada	—
Variable: Temps des de la sortida del programa fins al primer consum (McCusker, 1995)											
1	ACA	Sense limitacions	—	Sí (88% policonsumidors)	Imprecisió	60 dies	101 dies	—	—	Moderada	—
Variable: Puntuació final en l'índex de gravetat de l'addicció (McCusker, 1995)											
1	ACA	Sense limitacions	—	Sí (88% policonsumidors)	Imprecisió	Les diferències en les puntuacions a l'escala van ser petites, i indiquen una millora favorable al grup de la comunitat de 6 mesos de durada en els àmbits de drogues, alcohol, ocupació i legal.				Moderada	—

* ***NOTA:*** *Només s'ofereixen resultats en termes absoluts quan l'estimació de l'efecte en termes relatius mostra diferències significatives.*

1 Programes residencials i comunitaris

Els programes residencials i comunitaris, són eficaços en el tractament de persones amb dependència de la cocaïna?

Avaluació de la qualitat						Resum de resultats					Rellevància de la variable
						Nre. de pacients		Efecte		Qualitat	
Nre. d'estudis	Disseny	Limitacions	Consistència	Evidència directa	Precisió. Altres aspectes	Tractament	Placebo	Relatiu	Absolut*		
Comparació: Comunitat terapèutica tradicional durant sis mesos *versus* dotze mesos											
Variable: Finalització del tractament (McCusker, 1995)											
1	ACA	Sense limitacions	—	Sí (88% policonsumidors)	Imprecisió	36/97 (33,0%)	18/87 (20,7%)	1,59 (de 0,97 a 2,63)	—	Moderada	Important
Variable: Continuïtat en el programa durant 40 dies (McCusker, 1995)											
1	ACA	Sense limitacions	—	Sí (88% policonsumidors)	Imprecisió	68/97 (70,1%)	74/87 (85,1%)	0,82 (de 0,70 a 0,96)	15/100 150/100	Moderada	Important
Variable: Temps fins el primer consum des de l'entrada al programa (McCusker, 1995)											
1	ACA	Sense limitacions	—	Sí (88% policonsumidors)	Imprecisió	—	—	HR = 0,91 (de 0,66 a 1,27)	—	Moderada	—
Comparació: Comunitat terapèutica penitenciària versus cap tractament											
Variable: Empresonats 12 mesos després de l'excarcelació (Wexler, 1994)											
1	ACA	Limitacions Aleatorització oberta Estudi obert	—	Sí (homes reclusos)	Imprecisió	144/425 (33,9%)	144/290 (49,7%)	0,68 (de 0,57 a 0,81)	16/100 160/1000	Baixa	—
Comparació: Comunitat terapèutica penitenciària versus programa de salut mental											
Variable: Empresonats 12 mesos després de l'excarcelació (Sacks, 2004)											
1	ACA	Limitacions Estudi obert	—	Sí (homes reclusos amb malaltia mental greu i addiccions)	Imprecisió	7/75 (9,3%)	21/64 (32,8%)	0,28 (de 0,13 a 0,63)	23/100 230/1000	Baixa	—
Variable: Activitat delictiva 12 mesos després de l'excarcelació (Sacks, 2004)											
1	ACA	Limitacions Estudi obert	—	Sí (ídem)	Imprecisió	35/75 (46,7%)	43/64 (67,2%)	0,69 (de 0,52 a 0,93)	21/100 210/1000	Baixa	—

* ***NOTA:*** *Només s'ofereixen resultats en termes absoluts quan l'estimació de l'efecte en termes relatius mostra diferències significatives.*

2 Maneig de casos

El maneig de casos, és eficaç en el tractament de persones amb dependència de la cocaïna?

Avaluació de la qualitat						Resum de resultats					Rellevància de la variable
						Nre. de pacients		Efecte		Qualitat	
Nre. d'estudis	Disseny	Limitacions	Consistència	Evidència directa	Precisió. Altres aspectes	Tractament	Placebo	Relatiu	Absolut*		
Comparació: Maneig de casos *versus* tractament estàndard											
Variable: Consum de drogues (Martin, 1993; Rhodes, 1997; Rapp, 1998; Sorensen, 2003, 2005; Coviello, 2006; Morgensten, 2006)											
7	**ACA**	**Limitacions importants**	**Sí** $I^2 = 70\%$	**Sí** Estudis amb característiques molt diferents entre si (no en tots els estudis hi ha consumidors de cocaïna)	**No**	N = 1042	N = 1349	—	DM 0,12 (de –0,06 a 0,29)	Molt baixa	Clau
Variable: Posada en contacte amb serveis socials (Braucht, 1995; Zanis, 1996; Rapp, 1998, 2006; Rhodes, 1997; Scott, 2002; Sorensen, 2005; Coviello, 2006; Morgensten 2006; Morse, 2006)											
10	**ACA**	**Limitacions importants**	**Sí** $I^2 = 85\%$	**Sí** Estudis amb característiques molt diferents entre si (no en tots els estudis hi ha consumidors de cocaïna)	**No**	N = 1516	N = 1616	—	DM 0,42 (de 0,21 a 0,62)	Molt baixa	Clau
Variable: Posada en contacte amb serveis socials (Rapp, 1998; Morgensten, 2006)											
2	**ACA**	**Limitacions importants**	**Sí** $I^2 = 85\%$	**Sí** Estudis amb característiques molt diferents entre si	**No**	N = 408	N = 369	—	DM 0,68 (de 0,26 a 1,10)	Baixa	Clau

* ***NOTA:*** *Només s'ofereixen resultats en termes absoluts quan l'estimació de l'efecte en termes relatius mostra diferències significatives.*

1 Acupuntura

L'acupuntura, és eficaç en el tractament de persones amb dependència de la cocaïna?

Avaluació de la qualitat						Resum de resultats					Rellevància de la variable
						Nre. de pacients		Efecte		Qualitat	
Nre. d'estudis	Disseny	Limitacions	Consistència	Evidència directa	Precisió. Altres aspectes	Tractament	Placebo	Relatiu	Absolut*		
Acupuntura *versus* acupuntura simulada											
Variable: Consum de cocaïna (Avants, 1995, 2000; Margolin, 2002)											
3	ACA	**Limitacions importants** Pèrdues importants en el seguiment Estudis amb mostra petita	**Sí** $I^2 = 32\%$	**No** Estudis amb pacients en tractament de manteniment amb metadona	**No**	234/270 (86,7%)	215/250 (86,0%)	RR 1,01 (de 0,94 a 1,08)	—	Baixa	Clau
Variable: Abandonaments (Avants, 1995, 2000; Otto, 1998; Margolin, 2002)											
4	ACA	**Limitacions importants** Pèrdues en el seguiment importants Estudis amb mostra petita	**No**	**No** Estudis amb pacients en tractament de manteniment amb metadona	**No**	154/295 (52,2%)	130/261 (49,8%)	RR 1,05 (de 0,89 a 1,23)	—	Moderada	Clau
Acupuntura *versus* altres controls											
Variable: Consum de cocaïna (Avants, 2000; Margolin, 2002)											
2	ACA	**Limitacions importants** Pèrdues importants en el seguiment Estudis amb mostra petita	**Sí** $I^2 = 68\%$	**No** Estudis amb pacients en tractament de manteniment amb metadona	**No**	221/250 (88,4%)	199/222 (89,6%)	RR 0,99 (de 0,92 a 1,05)	—	Baixa	Clau

** **NOTA:** Només s'ofereixen resultats en termes absoluts quan l'estimació de l'efecte en termes relatius mostra diferències significatives.*
[1] Els resultats són els mateixos que per al consum d'alcohol.
[2] L'estudi no aclareix que s'hagi dut a terme l'aleatorització.

annex 3

Descripció i resultat del procés Delphi: recomanacions basades en el consens

1. JUSTIFICACIÓ

En el procés d'elaboració i revisió externa de la *Guia de Pràctica Clínica sobre el tractament de la dependència de la cocaïna* es va posar de manifest la necessitat de desenvolupar una sèrie de recomanacions que completessin les formulades a partir de l'avaluació de la literatura científica, principalment per afavorir l'aplicabilitat d'aquest document.

La Subdirecció General de Drogodependències va decidir desenvolupar una sèrie de recomanacions basades en el consens que, a partir d'un mètode Delphi modificat, pogués contribuir a donar resposta als suggeriments esmentats.

Aquest informe descriu el procés seguit per desenvolupar les recomanacions basades en el consens i els resultats obtinguts.

2. OBJECTIU

L'objectiu que es persegueix és elaborar una sèrie de recomanacions basades en el consens per complementar les recomanacions basades en la literatura científica de la *Guia de Pràctica Clínica sobre el tractament de la dependència de la cocaïna* (GPCTDC, en endavant).

3. METODOLOGIA

Les recomanacions basades en el consens es van elaborar mitjançant un mètode Delphi modificat, en dues fases de resposta, recopilades a partir d'un qüestionari electrònic que va respondre un grup de treball format per professionals de la medicina, psicologia, psiquiatria, infermeria i treball social. El mètode Delphi es va centrar en quatre fases:

1. Selecció dels experts i exploració de temes d'interès per al desenvolupament del qüestionari.
2. Administració del qüestionari en la versió inicial i anàlisi de les primeres respostes.
3. Administració del segon qüestionari a partir dels ítems que no havien aconseguit un consens suficient en el procés inicial.
4. Anàlisi de les dades i formulació de les recomanacions.

A continuació es detallen els aspectes més rellevants del disseny del procediment:

Selecció i reclutament dels participants

Per formar el grup de treball per desenvolupar les recomanacions basades en el consens, es va decidir implicar tots els membres del grup de treball original de la GPCTDC, a més dels experts que van participar en el procés de revisió externa. A suggeriment dels responsables de la Subdirecció General de Drogodependències, es van incorporar alguns experts més en el grup de treball que no havien pogut participar en el procés inicial. Aquest caràcter inclusiu va respondre a la voluntat de millorar la multidisciplinarietat dels participants en el procés i la representativitat dels resultats. Els experts participants es troben en la GPCTDC.

Elaboració del qüestionari per a la formulació de recomanacions de consens

L'objectiu d'aquesta fase va ser elaborar un qüestionari format per afirmacions sobre diferents aspectes i situacions relacionades amb l'atenció de les persones amb dependència de la cocaïna. Els ítems del qüestionari podien ser de dos tipus: alguns ítems requerien que les persones enquestades es pronunciessin sobre el seu grau d'acceptació d'una sèrie d'afirmacions (en una escala Likert de 6 punts, en què l'1 indicava l'acord total, i el 6, el desacord total). En la resta, s'havia de puntuar el pes relatiu d'algunes afirmacions en relació amb unes altres depenent de la rellevància segons el parer dels enquestats.

El qüestionari es va elaborar a partir de les aportacions dels responsables de la Subdirecció General de Drogodependències (vegeu l'annex I) i la dels mateixos participants en el procés de consens. En el cas d'aquests darrers, amb la carta d'invitació en el procés de consens es va adjuntar la versió final de la GPCTDC. En la carta s'animava els experts a proposar les recomanacions o directrius per complementar les recomanacions basades en la literatura científica, en un procés obert. Dels vint-i-quatre professionals amb què es va contactar, només tres van respondre a la convocatòria fent aportacions que es van poder reconvertir en propostes per formular recomanacions.

A partir d'aquestes aportacions es va elaborar un qüestionari format per catorze ítems dividits en quatre blocs temàtics:

- *Detecció i tractament del pacient amb dependència:* incloïa tres ítems relacionats amb aspectes generals sobre l'atenció als pacients amb dependència de la cocaïna. En dos dels ítems s'havia de classificar la rellevància de diferents opcions, i en l'altre s'havia de puntuar el grau d'acceptació d'una afirmació.
- *Situacions especials:* incloïa tres ítems dirigits a situacions amb dones embarassades (un ítem en què s'havia de puntuar el grau d'acceptació sobre dues afirmacions) i amb joves i adolescents (amb un ítem en què s'havia de puntuar el grau d'acceptació sobre una afirmació, i un altre en què s'havia de classificar la rellevància de diferents opcions).
- *Reducció de danys en pacients consumidors:* els quatre ítems d'aquest apartat es van dirigir a una sèrie d'aspectes generals sobre la reducció de danys (en un ítem en què es puntuava el grau d'acceptació sobre una sèrie d'afirmacions), aspectes relacionats amb els pacients amb dependència de la cocaïna i dels

opiacis (en un ítem de les mateixes característiques que l'anterior), i aspectes sobre les sales de venipunció i de consum lliure de risc (en dos ítems, un de cada tipus).

- *Informació, educació i comunicació:* a partir de quatre ítems es van adreçar aspectes relacionats amb les necessitats de formació tant dels professionals sanitaris com dels pacients amb dependència de la cocaïna (dos ítems en cada cas, un de classificació de rellevància i l'altre sobre el grau d'acceptació respecte d'una afirmació).

A continuació s'inclouen tots els ítems que van formar part del qüestionari en la versió final, que es van consensuar i aprovar amb els responsables de la Subdirecció General de Drogodependències:

Qüestionari per a la formulació de les recomanacions de consens

> Detecció i tractament del pacient amb dependència

1. S'haurien d'implicar els dispositius següents en la detecció i el tractament dels pacients amb dependència de la cocaïna (classifiqueu de l'1 al 6 les opcions següents depenent de la rellevància, atorgant les puntuacions més altes als dispositius que considereu més rellevants en la detecció i el tractament):

– Centre d'atenció i seguiment de les drogodependències.
– Centre de salut mental infantil i juvenil (per a menors).
– Centre de salut mental d'adults.
– Hospital de dia.
– Unitats hospitalàries de desintoxicació.
– Urgències/aguts.

2. Puntueu en l'escala el grau d'acceptació de les afirmacions següents:

2.1. Els professionals sanitaris dels dispositius descrits en la pregunta anterior haurien de rebre una formació específica per a la detecció precoç i la gestió de casos de pacients amb una addicció.	
1 (totalment d'acord)	6 (gens d'acord)
2.2. Els professionals sanitaris dels CAS (centres d'atenció i seguiment de les drogodependències) haurien de rebre una formació específica sobre la dependència de la cocaïna i la patologia relacionada amb el consum d'aquesta substància.	
1(totalment d'acord)	6(gens d'acord)

2.3. Els professionals sanitaris dels CSM (centres de salut mental) haurien de rebre una formació específica sobre la dependència de la cocaïna i la patologia relacionada amb el consum d'aquesta substància.	
1 (totalment d'acord)	6 (gens d'acord)
2.4. Els professionals sanitaris dels equips de suport a l'atenció primària en salut mental i addiccions haurien de rebre una formació específica sobre la dependència de la cocaïna i la patologia relacionada amb el consum d'aquesta substància.	
1 (totalment d'acord)	6 (gens d'acord)
2.5. El personal mèdic i d'infermeria dels serveis d'urgència hospitalaris haurien de rebre una formació bàsica en la detecció precoç i el consell breu.	
1 (totalment d'acord)	6 (gens d'acord)

3. Un programa específic ambulatori per a l'atenció de pacients amb dependència de la cocaïna hauria d'incloure (classifiqueu de l'1 al 8 les opcions següents atorgant les puntuacions més altes a les opcions més rellevants; si considereu irrellevant alguna de les opcions, puntueu-la amb un 0):

– Accés immediat al dispositiu.
– Atenció intensiva (visites psicològiques individuals setmanals i psicoteràpia grupal setmanal).
– Conciliació de l'horari assistencial als centres ambulatoris amb la vida laboral.
– Organització a partir d'episodis de tractament (l'abandonament del tractament dels pacients es tradueix en més primeres visites i menys segones visites. El recurs hauria d'estar preparat per a una renovació constant de casos; per exemple, tancant els episodis quan correspongui abans d'assumir-ne altres de nous).
– Intervenció d'infermeria, en un format d'intervenció breu, d'un a tres cops per setmana, amb l'objectiu de reforçar la intervenció psicològica, supervisar l'administració de fàrmacs i monitorar el manteniment de l'abstinència mitjançant anàlisis d'orina.
– Programes específics per avaluar i atendre altres dependències.
– Incloure l'abordatge familiar.
– Potenciar la coordinació amb altres serveis als centres ubicats en hospitals.
– Tenir en compte la perspectiva de gènere i implantar-la en les seves intervencions (p. ex., abordar temes específics en la teràpia grupal).

> Situacions especials

> Dones embarassades

4. Puntueu en l'escala el grau d'acceptació de les afirmacions següents:

4.1. En el cas de dones embarassades s'hauria de coordinar l'atenció a la dependència amb els serveis prenatals en el tractament de l'addicció.

1 (totalment d'acord) 6 (gens d'acord)

4.1. En el cas de dones embarassades s'hauria d'oferir un abordatge psicològic intensiu tant individual com grupal, enfocant-lo a la situació familiar i social que les envolta.

1 (totalment d'acord) 6 (gens d'acord)

> Joves i adolescents

5. Puntueu en l'escala el grau d'acceptació de les afirmacions següents:

5.1. Els adolescents amb dependència de la cocaïna s'haurien d'incloure en el Programa d'atenció als adolescents del Pla director de salut mental i addiccions.

1 (totalment d'acord) 6 (gens d'acord)

6. El Programa d'atenció als adolescents hauria d'incloure els enfocaments següents (respongueu aquesta pregunta només si heu atorgat una puntuació superior a 4 en la pregunta 5; classifiqueu de l'1 al 3 les opcions següents depenent de la rellevància, atorgant les puntuacions més altes a l'enfocament que considereu més rellevant; si considereu irrellevant alguna de les opcions, puntueu-la amb un 0):

– Teràpia del comportament amb un enfocament Azrin (basada en el control d'estímuls i el reforçament contingent).

– Model Matrix.

– Enfocament familiar.

> Reducció de danys en pacients consumidors

> Consideracions generals

7. Puntueu en l'escala el grau d'acceptació de les afirmacions següents:

7.1. S'haurien d'incloure prestacions socials en l'atenció als pacients amb dependència de la cocaïna que ho requereixin, per cobrir les necessitats bàsiques (alimentació, allotjament, higiene, etc.)

1 (totalment d'acord) 6 (gens d'acord)

7.2. Aquestes prestacions haurien de facilitar l'accés a recursos específics (albergs, dutxes públiques, menjadors, etc.), adaptant-ne les característiques i la disponibilitat a aquest tipus de pacients (flexibilitzar els horaris, permetre-hi el consum lliure de riscos, etc.).

1 (totalment d'acord) 6 (gens d'acord)

7.3. S'hauria de promoure la creació de serveis d'emergència social (centres de crisi) i espais educatius (comunitats terapèutiques) de fàcil accés per a persones que necessitin espais de convalescència de les substàncies i del seu entorn social.

1 (totalment d'acord) 6 (gens d'acord)

7.4. S'haurien d'establir acords amb centres sociosanitaris, sobre cures pal·liatives, perquè hi hagi llits especials per als consumidors de drogues il·legals en situació terminal o en gran deteriorament.

1 (totalment d'acord) 6 (gens d'acord)

7.5. S'haurien d'habilitar espais als CAS perquè exerceixin funcions de centre de dia (abordatge intensiu d'assistència diària on desenvolupin activitats terapèutiques i d'inserció social).

1 (totalment d'acord) 6 (gens d'acord)

7.6. En el cas de consumidors d'alt risc i/o en situació de marginació social, s'hauria d'incloure l'anàlisi de consum de substàncies com una mesura de reducció de danys.

1 (totalment d'acord) 6 (gens d'acord)

7.7. En el cas de consumidors d'alt risc i/o en situació de marginació social, s'hauria d'oferir suport legal en aquells casos en què, davant de la pluralitat de causes penals pendents, la reinserció d'aquestes persones sigui difícil.

1 (totalment d'acord) 6 (gens d'acord)

> Reducció de danys en pacients consumidors (continuació)

> Pacients amb dependència de la cocaïna i dels opiacis

8. Puntueu en l'escala el grau d'acceptació de les afirmacions següents:

8.1. En el cas de pacients amb dependència de la cocaïna i dels opiacis, s'hauria de facilitar l'accés a programes de manteniment amb metadona amb una òptica inicial de reducció de danys i oferir posteriorment l'entrada a un programa terapèutic (exemple: programa d'inclusió de la sala Baluard).

1 (totalment d'acord) 6 (gens d'acord)

8.2. En el cas de pacients amb dependència de la cocaïna i dels opiacis, que hagin interromput, per manca d'èxit, un programa de manteniment de metadona, s'hauria de facilitar l'accés a programes de tractament normalitzats amb heroïna.

1 (totalment d'acord) 6 (gens d'acord)

8.3. En el cas de pacients amb dependència de la cocaïna i dels opiacis, que segueixin un programa de manteniment de metadona, s'hauria de facilitar l'accés a programes de formació prelaborals, ocupacionals i d'inserció social.

1 (totalment d'acord) 6 (gens d'acord)

> Sales de venipunció i de consum lliure de risc

9. Puntueu en l'escala el grau d'acceptació de les afirmacions següents:

9.1. Les sales de venipunció s'haurien d'adequar a les necessitats específiques dels consumidors de cocaïna.

1 (totalment d'acord) 6 (gens d'acord)

9.2. Les sales haurien de disposar d'un protocol d'actuació farmacològic i del comportament davant el trastorn psiquiàtric i d'agitació psicomotriu en els minuts següents al consum de cocaïna.

1 (totalment d'acord) 6 (gens d'acord)

10. Aquests equipaments adaptats a les especificitats dels consumidors de cocaïna haurien d'incloure les característiques següents (respongueu a aquesta pregunta només si heu atorgat una puntuació superior a 4 en la pregunta 9.1; classifiqueu de l'1 al 7 les opcions següents depenent de la rellevància, atorgant les puntuacions més altes a l'enfocament que considereu més rellevant; si considereu irrellevant alguna de les opcions, puntueu-la amb un 0):

– Espais amplis.

– Condicionar espais de baixa estimulació sensorial per evitar elements que afavoreixin al·lucinacions visuals i auditives.

– Condicionar l'espai perquè generi tranquil·litat, relaxació i seguretat tant als usuaris com als professionals.

– Disposar de sales i butaques per descansar durant les fases d'esgotament o baixada posteriors al consum.

– Disposar de llits accessibles les 24 hores per adaptar-se als trastorns del cicle biològic del son d'aquests pacients.

– Augmentar les mesures de seguretat dels professionals sanitaris.

– Activar mesures per pal·liar l'estrès.

> Informació, educació i comunicació (IEC)

11. Puntueu en l'escala el grau d'acceptació de les afirmacions següents:

11.1. Els dispositius de reducció de danys haurien de proporcionar tallers de formació específics als professionals sanitaris.

1 (totalment d'acord) 6 (gens d'acord)

12. Els tallers de formació per a professionals sanitaris haurien d'incloure (respongueu a aquesta pregunta només si heu atorgat una puntuació superior a 4 en la pregunta 11.1; classifiqueu de l'1 al 4 les opcions següents depenent de la rellevància, atorgant les puntuacions més altes a l'enfocament que considereu més rellevant; si considereu irrellevant alguna de les opcions, puntueu-la amb un 0):

– Estratègies d'atenció a la persona fumadora de cocaïna.

– Efectes i riscos del consum de cocaïna i estratègies per minimitzar-los.

– Abordatge de la intoxicació aguda.

– Abordatge de conductes violentes.

13. Puntueu en l'escala el grau d'acceptació de les afirmacions següents:

13.1. Els dispositius de reducció de danys haurien de proporcionar tallers de formació específics o oferir materials informatius als usuaris que atenen.

1 (totalment d'acord) 6 (gens d'acord)

14. Els tallers de formació per als usuaris dels dispositius de reducció de danys haurien d'incloure (respongueu a aquesta pregunta només si heu atorgat una puntuació superior a 4 en la pregunta 13.1; classifiqueu de l'1 al 6 les opcions següents depenent de la rellevància, atorgant les puntuacions més altes a l'enfocament que considereu més rellevant; si considereu irrellevant alguna de les opcions, puntueu-la amb un 0):

– Informació sobre el crack i els riscos que se'n deriven.
– Informació sobre el policonsum i els riscos que se'n deriven.
– Informació específica per a persones en tractament de manteniment de metadona.
– Estratègies d'autocontrol del consum.
– Mesures per a un consum sense riscos de crack.
– Informació sobre recursos socials adreçats als consumidors.

Administració del qüestionari inicial per a la formulació de recomanacions de consens i discriminació dels primers ítems

El qüestionari es va enviar als experts que van acceptar participar en el procés. Es va administrar de manera electrònica, mitjançant la plataforma Survey Monkey (www.surveymonkey.com). Es va contactar amb els participants per correu electrònic, comunicant-los la disponibilitat del qüestionari i les característiques, així com el termini per respondre. Es va garantir l'anonimat de la resposta dels participants. En el procés en què el qüestionari va estar obert es van fer dos recordatoris als participants que encara no havien respost el qüestionari. Es va contactar personalment amb els participants que, fora del termini de participació establert, no havien contestat el qüestionari, per animar-los a fer-ho.

Un cop es va haver recopilat la informació, es va procedir a l'anàlisi de les respostes per discriminar els ítems en què s'havia aconseguit més consens, i poder decidir quins ítems havien de formar part de la segona part del qüestionari.

La discriminació del consens en aquesta fase es va fer analitzant les alternatives de resposta que havien aconseguit una taxa de resposta més elevada per part dels participants en l'enquesta, extrapolable a un major consens:

- Pel que fa als ítems en què s'havia de classificar la rellevància relativa d'una sèrie d'alternatives, es va escollir l'alternativa o alternatives que més van triar els participants.
- Quant als ítems en què s'havia d'expressar el grau d'acceptació, es va triar l'ítem o els ítems en què la majoria de participants havien mostrat un grau d'acceptació més gran (puntuacions de 5 o 6 punts en l'escala Likert).

Es va determinar que hi havia consens quan almenys la meitat dels enquestats es pronunciava en alguna de les dues condicions comentades. Els ítems en què es va determinar que hi havia un consens suficient en aquesta fase es van considerar directament recomanacions de consens que calia incloure a la GPCTDC. Aquells ítems en què no es va poder discriminar un consens clar, per empat o per dispersió en les alternatives de resposta, van constituir la segona versió del qüestionari. Els resultats obtinguts de l'administració de la versió original del qüestionari es mostren a la secció "4.1. Resultats de la primera administració del qüestionari".

Elaboració i administració de la segona versió del qüestionari per a la formulació de recomanacions de consens

L'objectiu d'aquesta fase va ser elaborar un qüestionari que permetés, com s'ha comentat, discernir sobre el consens en una sèrie d'ítems en els quals l'acord en la primera ronda de resposta no havia quedat clar. Així, aquest qüestionari va excloure, d'una banda, els ítems en què hi havia hagut un consens clar en la fase anterior, que van passar a considerar-se recomanacions de consens, i, de l'altra, els ítems en què no hi havia hagut acord.

Un cop es van identificar aquests ítems en la primera fase, van haver-se de reformular per construir la nova versió del qüestionari, amb ítems de dos formats. En els ítems del qüestionari original, en què s'havia de classificar la rellevància relativa d'una sèrie d'alternatives, en algunes ocasions es va observar que la taxa de resposta era la mateixa o molt similar en dues alternatives. En aquests casos aquest ítem es reconvertia en un altre en què es demanava als participants que triessin l'opció que els semblava més rellevant. En els casos en què es va identificar una dispersió de la resposta entre diverses alternatives, es va incloure un ítem en el qual es tornava a demanar als enquestats que classifiquessin aquestes alternatives segons la seva importància.

D'aquesta manera, es va elaborar un qüestionari format per deu ítems, amb la mateixa estructura de l'original, en quatre blocs temàtics:

- Detecció i tractament del pacient amb dependència: incloïa tres ítems en els quals s'havia de classificar la rellevància de diferents opcions.
- Situacions especials: incloïa un ítem dirigit a situacions amb dones embarassades, en què s'havia de triar entre dues opcions.
- Reducció de danys en pacients consumidors: incloïa tres ítems dirigits a una sèrie d'aspectes generals sobre la reducció de danys (en un ítem en què s'havia de classificar la rellevància de diferents opcions), aspectes relacionats amb els pacients amb dependència de la cocaïna i dels opiacis, i sobre aspectes relatius a les sales de venipunció i de consum lliure de risc (en un ítem cadascun, format per dues opcions).

- Informació, educació i comunicació: a partir de dos ítems es van adreçar aspectes relacionats amb les necessitats de formació tant dels professionals sanitaris (un ítem de dues opcions), com dels pacients amb dependència de la cocaïna (un ítem de classificació de rellevància de diferents alternatives).

A continuació s'inclouen tots els ítems que van formar part de la segona versió del qüestionari, que es van consensuar i aprovar amb els responsables de la Subdirecció General de Drogodependències:

Qüestionari per a la formulació de les recomanacions de consens (2a ronda)

> Detecció i tractament del pacient amb dependència

1. S'haurien d'implicar els dispositius següents en la detecció i el tractament dels pacients amb dependència de la cocaïna (trieu només l'opció que us sembli més rellevant):

– Centre de salut mental d'adults.

– Unitats hospitalàries de desintoxicació.

– Urgències/aguts.

2. Trieu l'afirmació amb la qual estigueu més d'acord:

– Els professionals sanitaris dels CAS haurien de rebre una formació específica sobre la dependència a la cocaïna i la patologia relacionada amb el consum d'aquesta substància.

– El personal mèdic i d'infermeria dels serveis d'urgència hospitalaris haurien de rebre formació bàsica en detecció precoç i consell breu.

3. Un programa específic ambulatori per a l'atenció de pacients amb dependència de la cocaïna hauria d'incloure (trieu només l'opció que us sembli més rellevant):

– Atenció intensiva (visites psicològiques individuals setmanals i psicoteràpia grupal setmanal).

– Conciliació de l'horari assistencial en els centres ambulatoris amb la vida laboral.

– Intervenció d'infermeria, en un format d'intervenció breu, d'un a tres cops per setmana, amb l'objectiu de reforçar la intervenció psicològica, supervisar l'administració de fàrmacs i monitorar el manteniment de l'abstinència mitjançant anàlisis d'orina.

– Incloure l'abordatge familiar.

> Situacions especials

> Dones embarassades

4. Trieu l'afirmació amb la qual estigueu més d'acord:

– En el cas de dones embarassades, s'hauria de coordinar l'atenció a la dependència amb els serveis prenatals en el tractament de l'addicció.

– En el cas de dones embarassades, s'hauria d'oferir un abordatge psicològic intensiu tant individual com grupal, enfocant-lo a la situació familiar i social que les envolta.

> Reducció de danys en pacients consumidors

> Consideracions generals

5. Trieu l'afirmació amb la qual estigueu més d'acord:

– S'hauria de promoure la creació de serveis d'emergència social (centres de crisi) i espais educatius (comunitats terapèutiques) de fàcil accés per a persones que necessitin espais de convalescència de les substàncies i del seu entorn social.

– En el cas de consumidors d'alt risc i/o en situació de marginació social, s'hauria d'incloure l'anàlisi de consum de substàncies com una mesura de reducció de danys.

> Pacients amb dependència de la cocaïna i dels opiacis

6. Trieu l'afirmació amb la qual estigueu més d'acord:

– En el cas de pacients amb dependència de la cocaïna i dels opiacis, s'hauria de facilitar l'accés a programes de manteniment amb metadona amb una òptica inicial de reducció de danys i oferir posteriorment l'entrada a un programa terapèutic (exemple: programa d'inclusió de la sala Baluard).

– En el cas de pacients amb dependència de la cocaïna i dels opiacis, que segueixin un programa de manteniment de metadona, s'hauria de facilitar l'accés a programes de formació prelaborals, ocupacionals i d'inserció social.

> Sales de venipunció i de consum lliure de risc

7. Trieu l'afirmació amb la qual estigueu més d'acord:

– Les sales de venipunció s'haurien d'adequar a les necessitats específiques dels consumidors de cocaïna.

– Les sales haurien de disposar d'un protocol d'actuació farmacològic i del comportament davant el trastorn psiquiàtric i d'agitació psicomotriu en els minuts següents al consum de cocaïna.

8. Les sales de venipunció adaptades a les especificitats dels consumidors de cocaïna haurien d'incloure les característiques següents (trieu només l'opció que us sembli més rellevant):

– Espais amplis.

– Condicionar espais de baixa estimulació sensorial per evitar elements que afavoreixin al·lucinacions visuals i auditives.

– Disposar de sales i butaques per descansar durant les fases d'esgotament o baixada posteriors al consum.

> Informació, educació i comunicació (IEC)

9. Els tallers de formació per a professionals sanitaris haurien d'incloure (trieu només l'opció que us sembli més rellevant):

– Estratègies d'atenció a la persona fumadora de cocaïna.

– Efectes i riscos del consum de cocaïna i estratègies per minimitzar-los.

10. Els tallers de formació per als usuaris dels dispositius de reducció de danys haurien d'incloure (trieu només l'opció que us sembli més rellevant):

– Informació específica per a persones en tractament de manteniment de metadona.

– Estratègies d'autocontrol del consum.

– Mesures per a un consum sense riscos de crack.

– Informació sobre recursos socials adreçats als consumidors.

En aquesta segona ronda, el qüestionari es va administrar de la mateixa manera que es va fer en la fase inicial, de manera electrònica mitjançant la plataforma Survey Monkey, convocant els participants de la primera ronda per correu electrònic, incloent, ara, una breu explicació de com s'havia elaborat el qüestionari que havien de respondre en aquesta ocasió.

Es van enviar recordatoris de resposta seguint els mateixos criteris de l'etapa anterior.

Per discriminar el consens en les dades recopilades en aquesta ronda, es van seleccionar aquelles opcions que havien rebut una taxa de resposta més elevada. Si en un mateix ítem hi havia dues opcions amb taxes de resposta similars, es van acceptar totes dues com a recomanacions de consens. Com en la ronda anterior, es va determinar que hi havia consens quan almenys la meitat dels enquestats puntuava una mateixa opció.

Els ítems en els quals es va determinar que hi havia un consens suficient en aquesta fase es van considerar directament recomanacions de consens que calia incloure a la GPCTDC. Els resultats obtinguts de l'administració de la segona ronda del qüestionari es mostren en la secció "4.2. Resultats de la segona administració del qüestionari".

Formulació de les recomanacions basades en el consens

Com s'ha comentat en els dos apartats anteriors, els ítems en què hi va haver un consens en les dues rondes d'administració del qüestionari es van seleccionar per convertir-los en l'enunciat de les recomanacions basades en el consens. En la formulació de les recomanacions basades en el consens, es va intentar formular un enunciat que contribuís a donar més rellevància als aspectes que havien obtingut un acord més gran en la primera administració del qüestionari.

Per aquest motiu, en la formulació de les recomanacions basades en l'enunciat dels ítems sobre els quals es va aconseguir més consens en la primera administració del qüestionari, es va seguir un format que incloïa expressions similars a es recomana. Els ítems que van obtenir un consens més gran en la segona ronda s'afegien com a alternatives als aspectes derivats de la primera fase formulant els enunciats en condicional, i acompanyat d'expressions similars a addicionalment.

Totes les recomanacions basades en el consens s'acompanyen d'un símbol (✔) en el text de la GPCTDC, que indica que la recomanació ha estat formulada mitjançant aquest procés.

4. RESULTATS DE L'ADMINISTRACIÓ DELS QÜESTIONARIS

4.1. RESULTATS DE LA PRIMERA ADMINISTRACIÓ DEL QÜESTIONARI

Persones que han respost l'enquesta

Dels vint-i-quatre experts que es van convidar a participar en l'enquesta, van respondre-la disset (70,8%), tot i que un dels participants no va respondre a cap de les preguntes (índex de resposta del 66,6%, 16/24 participants).

Distribució de les respostes als ítems del qüestionari

A continuació es presenta la distribució de les respostes obtingudes en la primera administració del qüestionari. Per a cada ítem, es mostren en taules amb la informació següent:

- Distribució crua de les respostes obtingudes en cada alternativa dels ítems.
- Mitjana de la resposta rebuda.
- Recompte de les respostes rebudes (nombre de participants que van contestar la pregunta i nombre d'alternatives en què algun dels participants no va contestar).

En les diferents taules es marquen amb colors les alternatives en què es va identificar més consens:

- En verd, les alternatives en què es va identificar més consens a la primera ronda i, per tant, van passar directament a ser enunciats de recomanacions.
- En taronja, les alternatives en què hi va haver un empat o una dispersió suficient en la resposta perquè passessin a formar part de la segona versió del qüestionari.

> Detecció i tractament del pacient amb dependència

1. S'haurien d'implicar els dispositius següents en la detecció i el tractament dels pacients amb dependència de la cocaïna *[ítem de classificació de rellevància*

	Menys rellevant					Més rellevant	Mitjana de la resposta	Recompte de respostes
1. Centre d'atenció i/o seguiment de drogodependències	0	0	0	0	**2**	**14**	5,88	16
2. Centre de salut mental infantil i juvenil (per a menors)	1	1	4	4	2	4	4,06	16
3. Centre de salut mental d'adults	0	0	2	1	**6**	**7**	5,13	16
4. Hospital de dia	0	1	3	3	5	3	4,40	15
5. Unitats hospitalàries de desintoxicació	0	0	0	3	**1**	**11**	5,53	15
6. Urgències/aguts	0	0	1	3	**4**	**7**	5,13	15
Participants que han respost de manera vàlida								16
Alternatives que no han rebut resposta								2

2. Puntueu en l'escala el grau d'acceptació de les afirmacions següents [*ítem sobre grau d'acord*]

	Gens d'acord					Totalment d'acord	Mitjana de la resposta	Recompte de respostes
1. Els professionals sanitaris dels dispositius descrits en la pregunta anterior haurien de rebre formació específica per a la detecció precoç i la gestió de casos de pacients amb una addicció.	0	1	0	0	1	**14**	5,69	16
2. Els professionals sanitaris dels CAS haurien de rebre formació específica sobre la dependència de la cocaïna i la patologia relacionada amb el seu consum.	0	1	1	0	1	**12**	5,47	15
3. Els professionals sanitaris dels centres de salut mental haurien de rebre formació específica sobre la dependència de la cocaïna i la patologia relacionada amb el seu consum.	0	1	0	1	3	11	5,44	16
4. Els professionals sanitaris dels equips de suport a l'atenció primària en salut mental i addiccions haurien de rebre una formació específica sobre la dependència de la cocaïna i la patologia relacionada amb el seu consum.	0	1	0	1	3	11	5,44	16
5. El personal mèdic i d'infermeria dels serveis d'urgències hospitalàries haurien de rebre una formació bàsica en la detecció precoç i el consell breu.	0	1	0	0	**3**	**12**	5,56	16
Participants que han respost de manera vàlida								16
Alternatives que no han rebut resposta								2

3. Un programa específic ambulatori per a l'atenció de pacients amb dependència de la cocaïna hauria d'incloure [*ítem de classificació de rellevància*]

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	Mitjana de la resposta	Recompte de respostes
1. Accés immediat al dispositiu.	0	0	1	0	1	0	**3**	**4**	**7**	7,75	16
2. Atenció intensiva (visites psicològiques individuals setmanals i psicoteràpia grupal setmanal).	0	1	0	0	1	2	**2**	**5**	**5**	7,38	16
3. Conciliació de l'horari assistencial en els centres ambulatoris amb la vida laboral.	0	0	0	1	1	1	**3**	**5**	**5**	7,56	16
4. Organització a partir d'episodis de tractament (l'abandonament del tractament dels pacients es tradueix en més primeres visites i menys segones visites. El recurs hauria d'estar preparat per a una renovació constant de casos; per exemple, tancant els episodis quan correspongui abans d'assumir-ne altres de nous).	1	1	2	2	2	0	2	3	3	5,75	16
5. Intervenció d'infermeria, en un format d'intervenció breu, d'un a tres cops per setmana, amb l'objectiu de reforçar la intervenció psicològica, supervisar l'administració de fàrmacs i monitorar el manteniment de l'abstinència mitjançant anàlisis d'orina.	0	1	0	0	2	3	**1**	**3**	**6**	7,19	16
6. Programes específics per avaluar i atendre altres dependències.	0	0	0	1	2	2	4	3	3	7,00	15
7. Incloure l'abordatge familiar.	0	1	0	2	0	1	**1**	**6**	**5**	7,25	16
8. Potenciar la coordinació amb altres serveis en els centres ubicats en hospitals.	0	0	0	2	1	3	5	1	4	6,88	16
9. Tenir en compte la perspectiva de gènere i implantar-la en les seves intervencions (p. ex., abordar temes específics en la teràpia grupal).	2	0	0	1	1	2	2	4	4	6,56	16
Participants que han respost de manera vàlida											16
Alternatives que no han rebut resposta											2

Comentaris de l'apartat "**Detecció i tractament del pacient amb dependència**":

En l'ítem 1, gairebé tots els participants (12/16) van classificar com a més rellevant l'alternativa 1 de resposta. Pel que fa a la resta d'alternatives, els participants van considerar en gran manera que la rellevància esqueia sobre les alternatives 3, 4 i 5, que es van afegir a la segona versió del qüestionari.

En l'ítem 2 va identificar-se un consens en l'alt grau d'acceptació de l'alternativa de resposta 1 (14/16 dels participants es van mostrar molt d'acord amb aquest enunciat). Quant a la resta d'alternatives, es va optar per passar a la segona ronda les alternatives 2 i 5 per acabar de discriminar el consens.

La taxa de resposta en l'ítem 3 va centrar-se en les alternatives 1 i 2, que la majoria de participants va classificar com a molt rellevants. Pel que fa a la resta, tres de les alternatives (3, 5 i 7) es van portar a la ronda següent per discriminar el consens de manera més detallada, ja que la dispersió en la resposta havia estat considerable.

> Situacions especials

> Dones embarassades

4. Puntueu en l'escala el grau d'acceptació de les afirmacions següents [*ítem sobre grau d'acceptació*]

	Gens d'acord					Totalment d'acord	Mitjana de la resposta	Recompte de respostes
1. En el cas de dones embarassades s'hauria de coordinar l'atenció a la dependència amb els serveis prenatals en el tractament de l'addicció.	0	1	0	0	3	**12**	5,56	16
2. En el cas de dones embarassades s'hauria d'oferir un abordatge psicològic intensiu tant individual com grupal, enfocant-lo a la situació familiar i social que les envolta.	0	0	0	2	5	**9**	5,44	16
Participants que han respost de manera vàlida								16
Alternatives que no han rebut resposta								2

> Joves i adolescents

5. Puntueu en l'escala el grau d'acceptació de les afirmacions següents [*ítem sobre grau d'acceptació*]

	Gens d'acord					Totalment d'acord	Mitjana de la resposta	Recompte de respostes
1. Els adolescents amb dependència de la cocaïna s'haurien d'incloure en el Programa d'atenció als adolescents del Pla director de salut mental i addiccions.	0	0	1	0	**3**	**12**	5,63	16
Participants que han respost de manera vàlida								16
Alternatives que no han rebut resposta								2

6. El Programa d'atenció als adolescents hauria d'incloure els enfocaments següents [*ítem de classificació de rellevància*]

	0	1	2	3	Mitjana de la resposta	Recompte de respostes
1. Teràpia del comportament amb un enfocament Azrin (basada en el control d'estímuls i el reforçament contingent).	0	4	6	5	3,07	15
2. Model Matrix.	1	3	6	2	2,75	12
3. Enfocament familiar.	0	2	3	**10**	3,53	15
Participants que han respost de manera vàlida						15
Alternatives que no han rebut resposta						3

Comentaris de l'apartat "**Situacions especials**":

La taxa de resposta en l'ítem 4 en un principi no va mostrar un consens clar, amb una mitjana molt similar, proper a l'acord total en les dues alternatives plantejades. Per aquest motiu, es va decidir que ambdues alternatives passessin a la segona ronda del qüestionari.

La gran majoria de participants va mostrar-se totalment d'acord amb l'enunciat de l'ítem número 5 (12/16), i de la mateixa manera hi va haver un consens considerable a l'hora de remarcar la rellevància d'una de les alternatives de l'ítem 6 (número 3, 10/15, taxa de resposta que representa el doble de l'alternativa següent més valorada). Per tant, totes dues alternatives van considerar-se directament enunciats per a una recomanació en aquest apartat.

> Reducció de danys en pacients consumidors

> Consideracions generals

7. Puntueu en l'escala el grau d'acceptació de les afirmacions següents [*ítem sobre grau d'acceptació*]

	Gens d'acord					Totalment d'acord	Mitjana de la resposta	Recompte de respostes
1. S'haurien d'incloure prestacions socials en l'atenció als pacients amb dependència de la cocaïna que ho requereixin, per cobrir les necessitats bàsiques (alimentació, allotjament, higiene, etc.).	1	0	1	4	5	5	4,69	16
2. Aquestes prestacions haurien de facilitar l'accés a recursos específics (albergs, dutxes públiques, menjadors, etc.), adaptant-ne les característiques i la disponibilitat a aquest tipus de pacients (flexibilitzar els horaris, permetre-hi el consum lliure de riscos, etc.).	1	3	0	1	6	5	4,44	16
3. S'hauria de promoure la creació de serveis d'emergència social (centres de crisi) i espais educatius (comunitats terapèutiques) de fàcil accés per a persones que necessitin espais de convalescència de les substàncies i del seu entorn social.	1	2	0	1	**5**	**7**	4,75	16
4. S'haurien d'establir acords amb centres sociosanitaris, sobre cures pal·liatives, perquè hi hagi llits especials per als consumidors de drogues il·legals en situació terminal o en gran deteriorament.	1	1	1	0	3	**10**	5,06	16
5. S'haurien d'habilitar espais als CAS perquè exerceixin funcions de centre de dia (abordatge intensiu d'assistència diària on desenvolupin activitats terapèutiques i d'inserció social).	0	3	0	0	2	**11**	5,13	16

6. En el cas de consumidors d'alt risc i/o en situació de marginació social, s'hauria d'incloure l'anàlisi de consum de substàncies com una mesura de reducció de danys.	1	1	1	2	**5**	**6**	4,69	16
7. En el cas de consumidors d'alt risc i/o en situació de marginació social, s'hauria d'oferir suport legal en aquells casos en què, davant de la pluralitat de causes penals pendents, la seva reinserció sigui difícil.	1	3	1	3	2	6	4,25	16
Participants que han respost de manera vàlida								16
Alternatives que no han rebut resposta								2

> Pacients amb dependència de cocaïna i opiacis

8. Puntueu en l'escala el grau d'acceptació de les afirmacions següents [*ítem sobre grau d'acceptació*]

	Gens d'acord					Totalment d'acord	Mitjana de la resposta	Recompte de respostes
1. En el cas de pacients amb dependència de cocaïna i opiacis, s'hauria de facilitar l'accés a programes de manteniment amb metadona amb una òptica inicial de reducció de danys i oferir posteriorment l'entrada a un programa terapèutic (exemple: programa d'inclusió de la sala Baluard).	1	0	0	1	**2**	**12**	5,44	16
2. En el cas de pacients amb dependència de cocaïna i opiacis, que hagin interromput per manca d'èxit un programa de manteniment de metadona, s'hauria de facilitar l'accés a programes de tractament normalitzats amb heroïna.	2	2	2	1	3	6	4,19	16
3. En el cas de pacients amb dependència de cocaïna i opiacis, que segueixin un programa de manteniment de metadona, s'hauria de facilitar l'accés a programes de formació prelaborals, ocupacionals i d'inserció social.	0	0	1	1	**3**	**11**	5,50	16
Participants que han respost de manera vàlida								16
Alternatives que no han rebut resposta								2

> Sales de venipunció i de consum lliure de risc

9. Puntueu en l'escala el grau d'acceptació de les afirmacions següents *[ítem sobre grau d'acceptació]*

	Gens d'acord					Totalment d'acord	Mitjana de la resposta	Recompte de respostes
1. Les sales de venipunció s'haurien d'adequar a les necessitats específiques dels consumidors de cocaïna.	2	1	1	1	**1**	**10**	4,75	16
2. Les sales haurien de disposar d'un protocol d'actuació farmacològic i del comportament davant el trastorn psiquiàtric i d'agitació psicomotriu en els minuts següents al consum de cocaïna.	1	0	1	0	**2**	**12**	5,38	16
Participants que han respost de manera vàlida								16
Alternatives que no han rebut resposta								2

10. Aquests equipaments adaptats a les especificitats dels consumidors de cocaïna haurien d'incloure les característiques següents [ítem de classificació de rellevància]

	0	1	2	3	4	5	6	7	Mitjana de la resposta	Recompte de respostes
1. Espais amplis.	1	0	0	0	1	1	3	**8**	6,93	14
2. Condicionar espais de baixa estimulació sensorial per evitar elements que afavoreixin al·lucinacions visuals i auditives.	0	0	0	0	1	4	2	**7**	7,07	14
3. Condicionar l'espai per generar tranquil·litat, relaxació i seguretat tant als usuaris com als professionals.	0	0	0	0	1	1	2	**10**	7,50	14
4. Disposar de sales i butaques per descansar durant les fases d'esgotament o baixada posteriors al consum.	2	0	1	0	2	0	3	**6**	6,00	14

5. Disposar de llits accessibles les 24 hores per adaptar-se als trastorns del cicle biològic del son d'aquests pacients.	3	0	2	1	2	1	2	3	4,79	14
6. Augmentar les mesures de seguretat dels professionals sanitaris.	0	0	0	1	2	2	4	5	6,71	14
7. Activar mesures per pal·liar l'estrès.	1	0	0	0	5	2	2	4	6,00	14
									Participants que han respost de manera vàlida	14
									Alternatives que no han rebut resposta	4

Comentaris de l'apartat "**Reducció de danys en pacients consumidors**":

En l'apartat de consideracions generals (ítem 7), els participants van mostrar-se d'acord principalment en dos enunciats (4 i 5, en què la majoria de participants van mostrar un acord total de 10/16 i 11/16, respectivament) i, per tant, van passar a ser enunciats de recomanacions. En la resta d'alternatives, en dos enunciats (3 i 6) hi va haver una concentració d'acord en la part més alta de la puntuació, i es va decidir incloure'ls en la segona versió del qüestionari.

La taxa de resposta en l'ítem relacionat amb pacients amb dependència de la cocaïna i opiacis (ítem 8), en un principi no va mostrar un consens clar, amb una mitjana molt similar, proper a l'acord total en dues de les alternatives plantejades. Per aquest motiu, es va decidir que ambdues alternatives passessin a la segona ronda del qüestionari.

Aquest fet es va identificar també en l'ítem 9, que en un principi no va mostrar un consens clar, amb una tendència molt similar, propera a l'acord total en les dues alternatives plantejades. Si bé és cert que la mitjana de resposta va ser més elevada en una alternativa que en l'altra, es va decidir que ambdues passessin a la segona ronda del qüestionari, per buscar una discriminació més gran entre ambdues alternatives.

Tot i que l'ítem 10 va ser un dels menys contestats de tot el qüestionari, els participants van destacar principalment la rellevància d'una de les alternatives (número 3, amb 10/14 participants puntuant-la com l'alternativa més rellevant). Pel que fa a la resta d'alternatives, algunes van concentrar una taxa de resposta alta en la puntuació de màxima rellevància (números 1, 2, i 4) i es va decidir incloure-les en la segona ronda del qüestionari.

> Informació, educació i comunicació (IEC)

11. Puntueu en l'escala el grau d'acceptació de les afirmacions següents [*ítem sobre grau d'acceptació*]

	Gens d'acord					Totalment d'acord	Mitjana de la resposta	Recompte de respostes
Els dispositius de reducció de danys haurien de proporcionar tallers de formació específics als professionals sanitaris.	0	0	1	1	3	**11**	5,50	16
						Participants que han respost de manera vàlida		16
						Alternatives que no han rebut resposta		2

12. Els tallers de formació per a professionals sanitaris haurien d'incloure [*ítem de classificació de rellevància]*

	0	1	2	3	4	Mitjana de la resposta	Recompte de respostes
1. Estratègies d'atenció a la persona fumadora de cocaïna.	0	1	0	3	**10**	4,57	14
2. Efectes i riscos del consum de cocaïna i estratègies per minimitzar-los.	0	0	2	2	**10**	4,57	14
3. Abordatge de la intoxicació aguda.	0	1	0	1	**12**	4,71	14
4. Abordatge de conductes violentes.	0	0	0	1	**13**	4,93	14
					Participants que han respost de manera vàlida		14
					Alternatives que no han rebut resposta		4

13. Puntueu en l'escala el grau d'acceptació de les afirmacions següents [*ítem sobre grau d'acceptació*]

	Gens d'acord					Totalment d'acord	Mitjana de la resposta	Recompte de respostes
1. Els dispositius de reducció de danys haurien de proporcionar tallers de formació específics o oferir materials informatius als usuaris que atenen.	0	0	0	1	1	**13**	5,80	15
						Participants que han respost de manera vàlida		15
						Alternatives que no han rebut resposta		3

14. Els tallers de formació per als usuaris dels dispositius de reducció de danys haurien d'incloure [*ítem de classificació de rellevància*]

	0	1	2	3	4	5	6	Mitjana de la resposta	Recompte de respostes
1. Informació sobre el *crack* i els riscos derivats.	0	1	0	0	1	3	**11**	6,38	16
2. Informació sobre el policonsum i els riscos derivats.	0	1	0	0	1	2	**11**	6,40	15
3. Informació específica per a persones en tractament de manteniment de metadona.	0	1	0	1	1	3	**9**	6,13	15
4. Estratègies d'autocontrol del consum.	1	1	0	0	2	5	**7**	5,75	16
5. Mesures per a un consum sense riscos de *crack*.	2	0	0	2	1	2	**8**	5,53	15
6. Informació sobre recursos socials adreçats als consumidors.	1	0	0	1	1	4	**9**	6,06	16
Participants que han respost de manera vàlida									16
Alternatives que no han rebut resposta									2

Comentaris de l'apartat "**Informació, educació i comunicació (IEC)**":

El nivell d'acord en els ítems 11 i 13 va ser suficient perquè es formulés directament com l'enunciat d'una recomanació.

La taxa de resposta en l'ítem 12 va ser baixa, d'una manera similar al que s'ha vist en l'ítem 10, però es va identificar un consens clar en l'elecció de dues alternatives de resposta en què els participants van coincidir a destacar la seva rellevància (número 3 amb 12/14 participants classificant-la com a molt rellevant, i número 4 amb 13/14 participants destacant-ne la màxima rellevància). Les dues alternatives restants (1 i 2) es van passar a la segona ronda del qüestionari per discernir-ne millor el consens.

En l'ítem 14, la taxa de resposta es va concentrar a destacar la rellevància de dues alternatives (números 1 i 2), que van passar a ser enunciats de recomanacions. Quant a la resta d'opcions (3 a 6) la dispersió en la resposta va ser gran, per la qual cosa es va decidir tornar a comprovar el consens en la segona fase.

4.2. RESULTATS DE LA SEGONA ADMINISTRACIÓ DEL QÜESTIONARI

Persones que han respost l'enquesta

La segona administració del qüestionari es va dirigir exclusivament als experts que havien contestat la primera convocatòria. Es va prendre aquesta decisió, ja que en aquesta ronda es pretenia discriminar situacions en què el consens no havia estat clar en la primera ronda, i, per tant, es va dirigir el qüestionari a la mateixa població diana.

En aquesta fase, van contestar tots disset experts, malgrat que un dels participants no va respondre cap de les preguntes (índex de resposta del 94%, 16/17 participants).

Distribució de les respostes en els ítems del qüestionari

A continuació es presenta la distribució de les respostes obtingudes en la segona administració del qüestionari. La informació es presenta de la mateixa manera que en la secció anterior, mostrant en taules la informació següent:

- Distribució crua de les respostes obtingudes en cada alternativa dels ítems.
- Mitjana de la resposta rebuda.
- Recompte de les respostes rebudes (nombre de participants que van contestar la pregunta, i número de les alternatives en què algun dels participants no va contestar).

En les diferents taules es marquen en color verd les alternatives en què es va identificar més consens i van passar a ser formulades com a recomanacions. En tots els ítems d'aquesta versió del qüestionari s'havia d'escollir una única opció de les plantejades, depenent de la rellevància que van donar-li els participants.

> Detecció i tractament del pacient amb dependència

1. S'haurien d'implicar els dispositius següents en la detecció i el tractament dels pacients amb dependència de la cocaïna [*ítem d'elecció d'una única opció depenent de la seva rellevància*]

	Mitjana de la resposta	Recompte de respostes
1. Centre de salut mental d'adults.	62,5%	10
2. Unitats hospitalàries de desintoxicació.	6,3%	1
3. Urgències/aguts.	31,3%	5
Participants que han respost de manera vàlida		16
Alternatives que no han rebut resposta		1

2. Trieu l'afirmació amb la qual estigueu més d'acord [*ítem d'elecció d'una única opció depenent de la seva rellevància*]

	Mitjana de la resposta	Recompte de respostes
1. Els professionals sanitaris dels centres de salut mental haurien de rebre formació específica sobre la dependència de la cocaïna i la patologia relacionada amb el seu consum.	43,8%	7
2. El personal mèdic i d'infermeria dels serveis d'urgència hospitalaris haurien de rebre formació bàsica en detecció precoç i consell breu.	56,3%	9
Participants que han respost de manera vàlida		16
Alternatives que no han rebut resposta		1

3. Un programa específic ambulatori per a l'atenció de pacients amb dependència de cocaïna hauria d'incloure [*ítem d'elecció d'una única opció depenent de la seva rellevància*]

	Mitjana de la resposta	Recompte de respostes
1. Atenció intensiva (visites psicològiques individuals setmanals i psicoteràpia grupal setmanal).	18,8%	3
2. Conciliació de l'horari assistencial en els centres ambulatoris amb la vida laboral.	25,0%	4
3. Intervenció d'infermeria, en un format d'intervenció breu, d'un a tres cops per setmana, amb l'objectiu de reforçar la intervenció psicològica, supervisar l'administració de fàrmacs i monitorar el manteniment de l'abstinència mitjançant anàlisis d'orina.	31,3%	5
4. Incloure l'abordatge familiar.	25,0%	4
Participants que han respost de manera vàlida		16
Alternatives que no han rebut resposta		1

En els 3 ítems d'aquest apartat es va identificar una tendència de resposta clara en dues opcions de l'ítem 1 (que va concentrar el 90% de l'acord) i en una de l'ítem 2. Tot i que els resultats en l'ítem 3 suggerien una dispersió en la resposta, es va triar l'opció amb una mitjana de resposta més alta.

> Situacions especials

> Dones embarassades

4. Trieu l'afirmació amb la qual estigueu més d'acord [*ítem d'elecció d'una única opció depenent de la seva rellevància*]

	Mitjana de la resposta	Recompte de respostes
1. En el cas de dones embarassades, s'hauria de coordinar l'atenció a la dependència amb els serveis prenatals en el tractament de l'addicció.	56,3%	9
2. En el cas de dones embarassades, s'hauria d'oferir un abordatge psicològic intensiu tant individual com grupal, enfocant-lo a la situació familiar i social que les envolta.	43,8%	7
Participants que han respost de manera vàlida		16
Alternatives que no han rebut resposta		1

La resposta obtinguda per les dues alternatives de resposta de l'ítem 4 va ser la mateixa que l'obtinguda a la primera ronda del qüestionari, amb un percentatge més elevat de participants que es van pronunciar sobre la rellevància de l'alternativa 1, però sense discriminar clarament la rellevància de l'alternativa 2. Per aquest motiu, es va formular l'enunciat de l'alternativa 1 com una recomanació obtinguda en la primera fase, i l'enunciat de l'alternativa 2, com una recomanació obtinguda en la segona ronda.

> Reducció de danys en pacients consumidors

> Consideracions generals

5. Trieu l'afirmació amb la qual estigueu més d'acord [*ítem d'elecció d'una única opció depenent de la seva rellevància*]

	Mitjana de la resposta	Recompte de respostes
1. S'hauria de promoure la creació de serveis d'emergència social (centres de crisi) i espais educatius (comunitats terapèutiques) de fàcil accés per a persones que necessitin espais de convalescència de les substàncies i del seu entorn social.	100,0%	16
2. En el cas de consumidors d'alt risc i/o en situació de marginació social, s'hauria d'incloure l'anàlisi de consum de substàncies com una mesura de reduccions de danys.	0,0%	0
Participants que han respost de manera vàlida		16
Alternatives que no han rebut resposta		1

> Pacients amb dependència de cocaïna i opiacis

6. Trieu l'afirmació amb la qual estigueu més d'acord [*ítem d'elecció d'una única opció depenent de la seva rellevància*]

	Mitjana de la resposta	Recompte de respostes
1. En el cas de pacients amb dependència de cocaïna i opiacis, s'hauria de facilitar l'accés a programes de manteniment amb metadona amb una òptica inicial de reducció de danys, i oferir posteriorment l'entrada a un programa terapèutic.	43,8%	7
2. En el cas de pacients amb dependència de cocaïna i opiacis, que segueixin un programa de manteniment de metadona, s'hauria de facilitar l'accés a programes de formació prelaborals, ocupacionals i d'inserció social.	56,3%	9
Participants que han respost de manera vàlida		16
Alternatives que no han rebut resposta		1

> Sales de venipunció i de consum lliure de risc

7. Trieu l'afirmació amb la qual estigueu més d'acord [*ítem d'elecció d'una única opció depenent de la seva rellevància*]

	Mitjana de la resposta	Recompte de respostes
1. Les sales de venipunció s'haurien d'adequar a les necessitats específiques dels consumidors de cocaïna.	40,0%	6
2. Les sales haurien de disposar d'un protocol d'actuació farmacològic i del comportament davant el trastorn psiquiàtric i d'agitació psicomotriu en els minuts següents al consum de cocaïna.	60,0%	9
Participants que han respost de manera vàlida		15
Alternatives que no han rebut resposta		2

8. Les sales de venipunció adaptades a les especificitats dels consumidors de cocaïna haurien d'incloure les característiques següents [*ítem d'elecció d'una única opció depenent de la seva rellevància*]

	Mitjana de la resposta	Recompte de respostes
1. Espais amplis.	26,7%	4
2. Condicionar espais de baixa estimulació sensorial per evitar elements que afavoreixin al·lucinacions visuals i auditives.	66,7%	10
3. Disposar de sales i butaques per descansar durant les fases d'esgotament o baixada posteriors al consum.	6,7%	1
Participants que han respost de manera vàlida		15
Alternatives que no han rebut resposta		2

En tres dels ítems de l'apartat "Reducció de danys en pacients consumidors", la tendència va mostrar un consens clar cap a una de les alternatives plantejades. Tots els participants van considerar rellevant la mateixa alternativa en l'ítem 5, el 60% dels participants va triar la segona opció en l'ítem 7, i dos terços van triar l'opció 2 en l'ítem 8. En l'ítem 6 les diferències no van ser tan clares, però van permetre identificar una alternativa de resposta per formular-la com a recomanació.

> Informació, educació i comunicació (IEC)

9. Els tallers de formació per a professionals sanitaris haurien d'incloure [*ítem d'elecció d'una única opció depenent de la seva rellevància*]

	Mitjana de la resposta	Recompte de respostes
1. Estratègies d'atenció a la persona fumadora de cocaïna.	18,8%	3
2. Efectes i riscos del consum de cocaïna i estratègies per minimitzar-los.	81,3%	13
Participants que han respost de manera vàlida		16
Alternatives que no han rebut resposta		1

10. Els tallers de formació per als usuaris dels dispositius de reducció de danys haurien d'incloure [ítem d'elecció d'una única opció depenent de la seva rellevància]

	Mitjana de la resposta	Recompte de respostes
1. Informació específica per a persones en tractament de manteniment de metadona.	12,5%	2
2. Estratègies d'autocontrol del consum.	31,3%	5
3. Mesures per a un consum sense riscos de *crack*.	25,0%	4
4. Informació sobre recursos socials adreçats als consumidors.	31,3%	5
Participants que han respost de manera vàlida		16
Alternatives que no han rebut resposta		1

En aquest apartat, les respostes es van distribuir de manera clara en tots dos ítems, principalment en el número 9, en què la majoria de participants va triar com a rellevant la segona alternativa de resposta. Quant a l'ítem 10, dos terços dels participants van triar com a rellevants les alternatives 2 i 4.

5. RECOMANACIONS BASADES EN EL CONSENS

> Detecció i tractament del pacient amb dependència

Recomanacions consensuades en la primera fase	Recomanacions consensuades en la segona fase
En la detecció i el tractament del pacient amb dependència de la cocaïna es recomana implicar els centres d'atenció i seguiment de les drogodependències.	Addicionalment, es podria considerar implicar els centres de salut mental d'adults i les unitats d'urgències i aguts.
Es recomana que els professionals sanitaris de la xarxa d'atenció de pacients amb drogodependència rebin formació específica per a la detecció precoç i la gestió de casos de pacients amb una addicció.	Es pot considerar que el personal mèdic i d'infermeria dels serveis d'urgències hospitalaris rebin formació bàsica en detecció precoç i consell breu.
Es recomana que els programes específics ambulatoris per a l'atenció de pacients amb dependència de cocaïna garanteixin l'accés immediat al dispositiu, per oferir als pacients una atenció intensiva (visites psicològiques individuals i psicoteràpia grupal setmanals).	Els programes ambulatoris haurien d'incloure com un dels components principals, una intervenció d'infermeria, en un format d'intervenció breu, d'un a tres cops per setmana, amb l'objectiu de reforçar la intervenció psicològica, supervisar l'administració de fàrmacs i monitorar el manteniment de l'abstinència mitjançant anàlisis d'orina.

Enunciat de les recomanacions basades en el consens a la GPCTDC

- En la detecció i el tractament del pacient amb dependència de la cocaïna es recomana implicar els centres d'atenció i seguiment de les drogodependències. Addicionalment, es podria considerar implicar els centres de salut mental d'adults i les unitats d'urgències i aguts.
- Es recomana que els professionals sanitaris dels centres de salut mental rebin formació específica sobre la dependència de la cocaïna i la patologia relacionada amb el consum d'aquesta substància.
- Es recomana que els programes específics ambulatoris per a l'atenció de pacients amb dependència de cocaïna garanteixin l'accés immediat al dispositiu, per oferir als pacients una atenció intensiva (visites psicològiques individuals i psicoteràpia grupal setmanals). Els programes ambulatoris haurien d'incloure com un dels component principals una intervenció d'infermeria, en un format d'intervenció breu, d'un a tres cops per setmana, amb l'objectiu de reforçar la intervenció psicològica, supervisar l'administració de fàrmacs i monitorar el manteniment de l'abstinència mitjançant anàlisis d'orina.
- Es podria considerar que el personal mèdic i d'infermeria dels serveis d'urgències hospitalàries rebin formació bàsica en detecció precoç i consell breu.

> Situacions especials > Dones embarassades

Recomanacions consensuades en la primera fase	Recomanacions consensuades en la segona fase
Es recomana que en el cas de les dones embarassades es coordini l'atenció de la seva dependència amb els serveis prenatals en el tractament de l'addicció.	En el cas de les dones que rebin atenció per al tractament de la seva addicció, es podria considerar l'abordatge psicològic intensiu tant individual com grupal, enfocant-lo a la situació familiar i social que les envolta.

Enunciat de les recomanacions basades en el consens a la GPCTDC

- Es recomana que en el cas de les dones embarassades es coordini l'atenció de la dependència amb els serveis prenatals en el tractament de l'addicció. En el cas de les dones que rebin atenció per al tractament de la seva addicció, caldria considerar l'abordatge psicològic intensiu tant individual com grupal, enfocant-lo a la situació familiar i social que les envolta.

> Situacions especials > Joves i adolescents

Recomanacions consensuades en la primera fase	Recomanacions consensuades en la segona fase
Es recomana incloure els adolescents amb dependència de la cocaïna en el Programa d'atenció als adolescents del Pla director de salut mental i addiccions.	
Es recomana que el Programa d'atenció als adolescents inclogui un enfocament familiar.	

Enunciat de les recomanacions basades en el consens a la GPCTDC

- Es recomana incloure els adolescents amb dependència de la cocaïna en el Programa d'atenció als adolescents del Pla director de salut mental i addiccions.
- Es recomana que el Programa d'atenció als adolescents inclogui un enfocament familiar.

> Reducció de danys en pacients consumidors > Consideracions generals

Recomanacions consensuades en la primera fase	Recomanacions consensuades en la segona fase
Es recomana fomentar l'establiment d'acords amb centres sociosanitaris, sobre cures pal·liatives, perquè hi hagi llits especials per als consumidors de drogues il·legals en situació terminal o en gran deteriorament.	Per a les persones que necessitin espais de convalescència de les substàncies i del seu entorn social, es podria considerar la creació de serveis d'emergència social (centres de crisi) i espais educatius (comunitats terapèutiques) de fàcil accés.
Es recomana habilitar espais als CAS perquè despleguin funcions de centre de dia (amb un abordatge intensiu d'assistència diària on es desenvolupin activitats terapèutiques i d'inserció social).	

Enunciat de les recomanacions basades en el consens a la GPCTDC

- Es recomana fomentar l'establiment d'acords amb centres sociosanitaris, de cures pal·liatives, perquè hi hagi llits especials per als consumidors de drogues il·legals en situació terminal o en gran deteriorament.
- Es recomana habilitar espais als CAS perquè exerceixin funcions de centre de dia (amb un abordatge intensiu d'assistència diària on es desenvolupin activitats terapèutiques i d'inserció social).
- Per a les persones que necessitin espais de convalescència de les substàncies i del seu entorn social, caldria considerar la creació de serveis d'emergència social (centres de crisi) i espais educatius (comunitats terapèutiques) de fàcil accés.

> Reducció de danys en pacients consumidors

> Pacients amb dependència de cocaïna i opiacis

Recomanacions consensuades en la primera fase	Recomanacions consensuades en la segona fase
En el cas de pacients amb dependència de cocaïna i opiacis, es recomana facilitar l'accés a programes de manteniment amb metadona amb una òptica inicial de reducció de danys i oferir posteriorment l'entrada a un programa terapèutic.	Addicionalment, als pacients que segueixin un programa de manteniment de metadona, se'ls hauria de facilitar l'accés a programes de formació prelaborals, ocupacionals i d'inserció social.

Enunciat de les recomanacions basades en el consens a la GPCTDC

- En el cas de pacients amb dependència de cocaïna i opiacis, es recomana facilitar l'accés a programes de manteniment amb metadona amb una òptica inicial de reducció de danys i oferir posteriorment l'entrada a un programa terapèutic. Addicionalment, als pacients que segueixin un programa de manteniment de metadona, se'ls hauria de facilitar l'accés a programes de formació prelaborals, ocupacionals i d'inserció social.

> Reducció de danys en pacients consumidors

> Sales de venipunció i de consum lliure de risc

Recomanacions consensuades en la primera fase	Recomanacions consensuades en la segona fase
Es recomana que les sales de venipunció i de consum lliure de risc disposin d'un protocol d'actuació farmacològic i del comportament davant el trastorn psiquiàtric i d'agitació psicomotriu en els minuts següents al consum de cocaïna.	
Es recomana que aquests equipaments es condicionin per generar un espai tranquil, que faciliti la relaxació i la seguretat, tant per als usuaris com per als professionals.	Addicionalment, aquests espais haurien de disposar d'espais de baixa estimulació sensorial per evitar elements que afavoreixin al·lucinacions visuals i auditives.

Enunciat de les recomanacions basades en el consens a la GPCTDC

- Es recomana que les sales de venipunció i de consum lliure de risc disposin d'un protocol d'actuació farmacològic i del comportament davant el trastorn psiquiàtric i d'agitació psicomotriu en els minuts següents al consum de cocaïna.
- Es recomana que aquests equipaments es condicionin per generar un espai tranquil, que faciliti la relaxació i la seguretat, tant per als usuaris com per als professionals. Addicionalment, aquests espais haurien de disposar d'espais de baixa estimulació sensorial per evitar elements que afavoreixin al·lucinacions visuals i auditives.

> Informació, educació i comunicació (IEC)

Recomanacions consensuades en la primera fase	Recomanacions consensuades en la segona fase
Es recomana que els dispositius de reducció de danys proporcionin tallers de formació específics tant per als professionals sanitaris com per als usuaris que s'hi atenen.	
Es recomana que els tallers per als professionals sanitaris incloguin, almenys, indicacions per a l'abordatge correcte de la intoxicació aguda i de les conductes violentes.	Aquests tallers també haurien d'aprofundir en els efectes i riscos del consum de cocaïna i de les estratègies per minimitzar-los.
Es recomana que els tallers per als usuaris proporcionin informació sobre el crack i el policonsum, i els riscos que se'n deriven.	Addicionalment s'hauria d'aprofundir a fomentar estratègies d'autocontrol del consum i a proveir informació sobre els dispositius associats adreçats als usuaris.

Enunciat de les recomanacions basades en el consens a la GPCTDC

- Es recomana que els dispositius de reducció de danys proporcionin tallers de formació específics tant per als professionals sanitaris com per als usuaris que s'hi atenen.
- Es recomana que els tallers per als professionals sanitaris incloguin almenys indicacions per a l'abordatge correcte de la intoxicació aguda i de les conductes violentes. Aquests tallers també haurien d'aprofundir en els efectes i riscos del consum de cocaïna i de les estratègies per minimitzar-los.
- Es recomana que els tallers per als usuaris proporcionin informació sobre el crack i el policonsum, i els riscos que se'n deriven. Addicionalment s'hauria d'aprofundir a fomentar estratègies d'autocontrol del consum i a proveir informació sobre els dispositius associats adreçats als usuaris.

ANNEX I
PROPOSTES PER A L'ELABORACIÓ DEL QÜESTIONARI ELECTRÒNIC INICIAL

GUIA DE PRÀCTICA CLÍNICA. II PART. PROTOCOL ASSISTENCIAL

1. Implicació de diferents dispositius sanitaris en la detecció i el tractament:

a) Centre d'atenció i seguiment de les drogodependències.
b) Unitats hospitalàries de desintoxicació.
c) Centre de salut mental infantil i juvenil (per a menors).
d) Centre de salut mental d'adults.
e) Hospital de dia.
f) Urgències/aguts.

2. Formació en addiccions al personal mèdic i d'infermeria d'urgències hospitalàries (detecció precoç i consell breu).

3. Creació d'un programa específic ambulatori per atendre els pacients amb dependència de cocaïna que inclogui:

a) Accés immediat.

b) Atenció intensiva per a aquests pacients en els centres de tractament ambulatori (visites setmanals psicològiques i teràpies grupals).

c) Ampliació i adequació dels horaris d'oferta assistencial a la vida laboral (majoria treballen) en els centres ambulatoris. Ex.: grups al migdia, a primera hora del matí.

d) Funcionament per episodis de tractament. Molts pacients assisteixen al tractament durant les 12-24 primeres setmanes, i després l'abandonen. Aquesta pèrdua de pacients es tradueix en més primeres visites i menys segones visites. El recurs ha d'estar preparat per a aquesta renovació constant; per exemple, tancant els episodis quan correspongui per tenir constància que se'n poden assumir altres de nous.

e) Intervenció d'infermeria. El format d'intervenció breu, d'un a tres cops per setmana, permet reforçar la intervenció psicològica, supervisar l'administració de fàrmacs i monitorar el manteniment de l'abstinència mitjançant anàlisis d'orina.

f) Avaluació i abordatge d'altres dependències (sobretot alcohol i addiccions comportamentals). Ex.: programa específics d'alcohol i cocaïna que inclogui teràpies grupals amb pacients amb les dues problemàtiques.

g) Incloure l'abordatge familiar. Ex.: incloure en les visites de forma puntual les famílies, grups de suport per a familiars.

h) En centres ubicats en hospitals, potenciar la coordinació amb altres serveis: medicina interna, urgències, traumatologia.

4. Es recomana una formació específica sobre la dependència de cocaïna i la patologia relacionada amb el consum per als professionals de la xarxa de salut mental i addicions dels dispositius següents:

   • CAS
   • CSM
   • Equips de suport a l'atenció primària en salut mental i addiccions

5. Condicionar espais dels CAS com a centres de dia (ex.: hospital de dia de Sant Pau) en funció de les necessitats del territori.

6. En dones embarassades s'hauria de coordinar l'atenció amb els serveis prenatals.

7. Incloure un programa de tractament adreçat a adolescents (incloure'l en el Programa d'atenció als adolescents del Pla director de salut mental i addiccions:

   a) Teràpia conductual model Azrin, N.H[1]. Aprenentatge de nous comportaments mitjançant el reforç contingent. Les tècniques són jocs de rol, exercicis intersessions, etc.

   b) Teràpia familiar multidimensional. Se centra en les relacions familiars.

   c) Model Matrix[2]. Combina estratègies de prevenció de recaigudes, teràpia de família, psicoeducació i experiències dels dotze passos. Intervencions individuals i grupals amb la participació de familiars en les sessions.

   d) Implicació de les famílies, teràpia de contingències.

8. En pacients embarassades, abordatge psicològic intensiu individual i grupal tenint en compte la seva situació familiar i social.

9. Consumidors en actiu (reducció de danys):

   a) Incloure prestacions socials per cobrir necessitats bàsiques (alimentació, allotjament, higiene…).

   b) Desplegament de serveis de reducció de danys de manera equilibrada a tot el territori.

   c) Establir acords amb centres sociosanitaris, de cures pal·liatives, perquè hi hagi llits especials per als consumidors de drogues il·legals en situació terminal o en gran deteriorament, amb estances superiors, d'acord amb les indicacions que prohibeixin que ingressin en hospitals d'aguts.

---

1 Azrin NH et al. Follow-up results of supportive versus behavioral therapy for illicit drug abuse. Behavioral Research & Therapy 34 (1): 41-46, 1996.

Azrin NH et al. Behavioral therapy for drug abuse: a controlled treatment outcome study. Behavioral Research & Therapy 32 (8): 857-899, 1994.

Azrin NH et al. Youth drug abuse treatment: a controlled outcome study. Journal of Child & Adolescent Substance Abuse 3 (3):1-16, 1994.

2 Rawson R et al. An intensive outpatient approach for cocaine abuse: The matrix model. Jorunal of Substance Abuse Treatment, 12 (2): 11-127, 1995.

d) Facilitar l'accés als programes de manteniment amb metadona amb una òptica inicial de reducció de danys —posteriorment es pot valorar quines persones volen entrar en un programa més terapèutic. (Exemples: programa d'inclusió de la sala Baluard.)

e) Promoure la posada en marxa de programes de tractament normalitzats amb heroïna per a pacients que fracassen amb la metadona.

f) Incloure l'anàlisi de substàncies com a mesura de reducció del dany.

g) Oferir serveis i programes per tenir cura dels professionals i, per exemple, de prevenció de la síndrome d'esgotament professional (burnout).

h) Crear serveis d'emergència social (centres de crisi) i espais educatius (comunitats terapèutiques) de fàcil accés per a persones que necessitin espais de convalescència i èpoques d'allunyament de les substàncies i del seu entorn social.

i) Millorar l'accés a material net de venipunció (programes d'intercanvi de xeringues o PIX).

- Obrir programes d'intercanvi de xeringues a les ciutats on encara no n'hi ha i incrementar el nombre de punts d'intercanvi de xeringues en poblacions on la cobertura no sigui suficient (ex.: Barcelona).
- Acabar de desenvolupar els PIX a totes les presons i millorar l'efectivitat dels existents.
- Implantar PIX als centres d'atenció primària. Això, a més del benefici directe d'evitar la transmissió d'infeccions, acostaria l'usuari a la xarxa normalitzada.
- Augmentar l'oferta de material de venipunció estèril (a dia d'avui es garanteix l'esterilització de les xeringues i l'aigua, però els filtres i les cassoletes continuen sense ser estèrils).

j) Destinar més recursos de reducció de danys amb espais de venipunció higiènica situats en zones de consum.

k) Dur a terme actuacions en l'àmbit social. Crear recursos específics (sostres, dutxes públiques, menjadors, etc.) i millorar-ne l'accés, i adaptar els recursos inespecífics a aquest tipus de població: flexibilitzar els horaris, permetre consumir-hi, etc.

l) Proporcionar suport legal als usuaris i usuàries.

m) Facilitar l'accés a l'assistència sanitària pública (ex.: targeta sanitària individual).

n) Augmentar els programes de formació prelaborals, ocupacionals i d'inserció social en general (els pacients inclosos en tractaments de manteniment de metadona —TMM— han reduït el temps del consum d'heroïna, amb la qual cosa tenen molt temps lliure i cap ocupació).

o) Els recursos de reducció de danys haurien d'oferir sales i butaques per descansar durant les fases d'esgotament/baixada després de les fases de consum compul-

siu, ja que són moments que faciliten el contacte i la intervenció de suport. També la possibilitat de disposar de llits accessibles les 24 hores per adaptar-se als trastorns del cicle biològic del son d'aquests pacients.

p) Adequació de les sales de venipunció. Cal constatar breument els grans beneficis que suposa aquest tipus de serveis tant per entrar en contacte amb consumidors com per millorar la seva situació de salut i social, i disminuir-ne la morbimortalitat. Malgrat això, aquestes sales s'han concebut per a consumidors d'heroïna i tenen deficiències per als de cocaïna. Entre altres aspectes, caldria que aquestes sales prevegin les millores següents.

– Més espai.
– Augmentar les mesures de seguretat per als professionals.
– Evitar elements que afavoreixin al·lucinacions visuals i auditives: baixa estimulació sensorial.
– Tenir cura que l'ambient de la sala generi tranquil·litat, relaxació i seguretat tant per als usuaris com per als professionals.
– Zones de relaxació postconsum.
– Actuacions per pal·liar l'estrès dels professionals.

q) Dissenyar estratègies per accedir a la població oculta en el cas dels consumidors de crack (fumadors) que no estan en contacte amb cap recurs: actuacions entre iguals, bola de neu, tallers pagats, etc.

r) Dissenyar un protocol d'actuació farmacològic i conductual davant el trastorn psiquiàtric i d'agitació psicomotriu en els minuts següents al consum de cocaïna.

s) Informació, educació i comunicació (IEC) per a usuaris. Elaborar materials i proposar tallers sobre:

– Informació sobre el crack i els riscos que se'n deriven. Aquesta informació, juntament amb els riscos del policonsum de drogues, s'hauria de donar especialment als pacients en tractament amb metadona.
– Estratègies d'autocontrol del consum.
– Mesures de reducció dels danys del consum de crack.
– Edició d'una guia sobre recursos socials adreçada a la població consumidora.

t) Informació, educació i comunicació (IEC) per als professionals dels serveis de reducció de danys, com ara seminaris i tallers de formació sobre:

– Estratègies d'atenció a la persona fumadora de cocaïna.
– Efectes i riscos del consum de cocaïna i estratègies per minimitzar-los.
– Maneig de la intoxicació aguda.
– Maneig de conductes violentes.

u) Pel que fa a la recerca, cal establir una col·laboració entre els equips assistencials i els de salut pública per millorar el coneixement de la realitat amb projectes al

servei de les necessitats dels professionals d'assistència, els usuaris, els gestors i els planificadors.

– Establir un sistema que monitori l'evolució del consum de crack a Catalunya.
– Descriure la situació social i sanitària dels consumidors i de la percepció de les seves necessitats.
– Dissenyar estudis d'observació dels minuts posteriors a la injecció.

annex 4

Propostes per a la reducció de danys

Es presenten a continuació les propostes per a la reducció de danys presentades pel Royal College of General Practitioners britànic (Ford 2004).

1. Consideracions generals

Tot i que no hi ha una manera completament segura de consumir cocaïna, es poden donar algunes indicacions sobre com usar-la exposant-se a menys riscos. Quan es discuteixin amb el pacient les diferents estratègies caldrà tenir en compte alguns del factors individuals que determinen els riscos que corre quan consumeix la droga (per exemple, els consumidors crònics estan exposats a una sèrie de riscos majors).

A més, cal no oblidar que alguns danys estaran presents independentment de la via de consum, com són els causats al cor i el fetge, l'exposició a infeccions derivades de l'ús compartit d'instrumental, o les pràctiques sexuals de risc.

2. Danys associats a les diferents vies de consum

- *Aplicació a les genives (dabbing):* afectació de la dentició i el teixit periodontal, infeccions.
- *Esnifada:* afectació i perforació de l'envà nasal o el paladar, sagnats, rinitis.
- *Inhalada/fumada:* cremades i ferides en llavis, dits i cara; herpes; complicacions cardiovasculars; afectació dels pulmons per la inhalació de tòxics.
- *Intravenosa:* la cocaïna actua com a anestèsic local, i això suposa un risc per als teixits; risc per a la pell, els teixits i les venes (lesions, cicatrius i hematomes); infeccions locals o sistèmiques (abscessos, flebitis); trombosi venosa profunda; VIH i hepatitis.

3. Promoció de la salut per reduir danys en les diferents vies de consum

- *Esnifada:*

- No compartir l'instrumental per esnifar a fi d'evitar la transmissió de l'hepatitis C.
- Assegurar-se de preparar una dosi amb la pols tan fina com sigui possible. Col·locar l'instrumental per esnifar tan amunt com sigui possible de la nariu.
- Alternar els narius per reduir el perill que implicaria esnifar amb un sol nariu.
- Parar de consumir si l'envà sagna.
- Promoure la higiene amb dutxes nasals.

- *Inhalada/fumada:*

- No compartir l'instrumental; és important fer entendre que infeccions com l'hepatitis C es poden estendre fàcilment arran de compartir l'instrumental.
- Usar instrumental de qualitat, com encenedors en condicions per evitar cremades; aconsellar l'ús de pipes de vidre per evitar inhalar cendra, pols o pintura presents en el plàstic; usar gases metàl·liques en comptes de fregalls als broquets.
- En els casos en què es facin cigarretes, advertir de l'ús de filtres que no continguin substàncies que puguin passar directament als pulmons.
- En els casos en què s'inhali, aconsellar de cremar sempre petites dosis al paper d'alumini i inhalar el vapor per un petit tub.
- Promoure la cura de petites cremades i dels llavis per evitar sagnats o nafres.
- Beure aigua en abundància per evitar la deshidratació.

- *Injectada:*

- És fonamental educar sobre la utilització d'instrumental nou i estèril cada cop que es consumeix.
- Fer conéixer al pacient l'efecte anestèsic de la cocaïna i el risc que això comporta per als teixits.
- Revisar les zones on es fan les punxades i aconsellar zones segures per injectar-se (braç i avantbraç).
- Promoure altres vies de consum.
- Fer conèixer al pacient que el risc de sobredosi és més probable per aquesta via, i per tant recomanar que durant la injecció estigui acompanyat per si cal demanar ajuda.

4. Informació i consells sobre possibles reaccions adverses al consum

- Fer conèixer al pacient que la sobredosi és més probable quan la cocaïna s'injecta, i que els signes comencen entre les dues i les tres hores posteriors a l'administració.

- Ajudar a reconèixer les reaccions adverses al consum de cocaïna més freqüents:

- Midriasi, verborrea i canvis d'humor, sudoració abundant, recerca d'objectes, sialorrea (salivació), agitació motora, al·lucinacions tàctils, auditives i visuals, taquipnea, agitació motora, estats de confusió, moviments repetitius, taquicàrdia, paranoia persecutòria, dolor toràcic, inhibició motora transitòria, crisis convulsives i idees delirants.

- Recomanar trucar al 061–urgències mèdiques i demanar una ambulància sense esperar que la simptomatologia empitjori.

annex 5

Altres guies de pràctica clínica i recursos basats en la literatura científica

Es recullen a continuació documents d'interès sobre l'abordatge de la dependència de la cocaïna.

American Psychiatric Association. **Practice Guideline for the Treatment of Patients with Substance Use Disorders, Second Edition.** Bethesda: APA, 2006.

Becoña E, Cortés M. **Guía Clinica de Intervención Psicológica en Adicciones. Guías Clínicas SOCIDROGALCOHOL basadas en la evidencia científica.** Barcelona: SOCIDROGALCOHOL, 2008.

Caballero L. **Adicción a cocaína: neurobiología, clínica, diagnóstico y tratamiento.** Madrid: Secretaría General de Sanidad. Ministerio de Sanidad y Consumo. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2005.

Comisión Clínica de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. **3. Cocaína. Informes de la comisión clínica.** Plan Nacional sobre Drogas, 2007.

Dirección General para las Drogodependencias y Adicciones. **Guía Clínica para el Tratamiento de los Trastornos por Consumo de Sustancias Estimulantes.** Sevilla: Consejería para la Igualdad y Bienestar Social de la Junta de Andalucía, 2008.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. **Treatment of problem cocaine use: a review of the literature. EMCDDA Literature reviews.** Lisboa: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2007.

Ford C, Royal College of General Practitioners. **Guidance for working with cocaine and crack users in primary care.** RCGP, 2004.

Gowing L, Proudfoot H, Henry-Edwards S, Teeson M. **Evidence supporting treatment: The effectiveness of interventions for illicit drug use.** ANCD research paper 3. Woden: Australian National Council on Drugs, 2001.

Kraus L, Semmler C, Kunz-Ebrecht S, Orth B, Hüffer I, Hose A, Welsch K, Sonntag D, Augustin R. **Epidemiologie, Prävention und Therapie von Kokainkonsum und Kokainbezogene Störungen: Eine Literaturübersicht.** Munich: Institut für Therapieforschung, 2004.

National Institute for Health and Clinical Excellence. **Drug Misuse. Psychosocial interventions.** NICE National Clinical Practice Guideline number 51, 2008.

Rigter H, van Gageldonk A, Ketelaars T, van Laar M. **Treatment of Problematic Use of Drugs. State of the art for evidence based treatments and other interventions.** Països Baixos, 2004.

Terán A, Casete L, Climent B. **Cocaína. Guías Clínicas SOCIDROGALCOHOL basadas en la evidencia científica.** Barcelona: SOCIDROGALCOHOL, 2008.

annex 6

Declaració d'interessos

Grup de Treball

Marta Coronado Piqueras, Pilar Duro Herrero, Enrique Ilundain Ayala, Antoni Gual Soler, Fàtima Larger Brancolini, Eva López García de la Plaza, Miquel del Río Meyer, Joserra Rueda Martínez de Santos, Mari Sesmilo Martínez, Ivan Solà Arnau, Antoni Tejero Pociello, Marta Torrens Mèlich declaren que no tenen conflictes d'interès.

Carlos Roncero Alonso ha rebut honoraris per impartir cursos per part de Laboratorios Esteve. Marta Torrens Mèlich ha rebut finançament per assistir a reunions i congressos científics i honoraris per participar com a ponent en congressos o cursos per part de diferents laboratoris.

Revisors externs

Leslie Barrionuevo Rosas, Ferran Cruz Ropero, Olga Díaz Grau, Magí Farré Albaladejo, Josep Guàrdia Serecigni, Santiago Nogué Xarau, Núria Paladio Duran, Ma. Carme Rodríguez Chaves, Antonio Teran Prieto, Joan Trujols i Albet declaren que no tenen conflictes d'interès.

Begoña Gonzalvo Cirac ha rebut finançament per assistir a reunions i congressos científics i honoraris per participar com a ponent en congressos o cursos per part de diferents laboratoris. José Pérez de los Cobos Peris ha rebut finançament per assistir a reunions i congressos científics i honoraris per participar com a ponent en congressos o cursos per part de Janssen Cylag, i ha rebut finançament per a estudis per part de Janssen Cylag.

annex 7

Glossari de termes

AARS	*Adolescent Anger Rating Scale.* Escala d'avaluació del TDAH.
Abandonament	Terme usat en els estudis epidemiològics per indicar el nombre de pacients que deixen de participar en un estudi abans del que es preveu en el seu disseny. El nombre d'abandonaments contribueix a augmentar el biaix de desgast si no se n'intenta controlar l'impacte.
Acupuntura	Tècnica de medicina tradicional xinesa en la qual s'insereixen i es manipulen agulles en punts concrets del cos que canalitzen energia amb propòsits terapèutics.
Adjective Rating Scale	Escala d'avaluació subjectiva a partir de la puntuació d'adjectius que representen diversos dominis de la personalitat.
Agonista	Substància o fàrmac que imita l'acció d'un neurotransmissor o hormona per reproduir-ne una resposta quan actua amb altres receptors específics al cervell.
Agonista dopaminèrgic	Substància o fàrmac que interactua amb els receptors dopaminèrgics en absència del neurotransmissor natural, dopamina.
AIMS	*Abnormal Involuntary Movement Scale.* Escala per a l'avaluació de les distonies.
Antagonista	Substància o fàrmac que impedeix o reverteix l'efecte d'una substància natural de l'organisme o d'un altre fàrmac.
Anticonvulsiu	Fàrmac destinat a prevenir o reduir la intensitat de les convulsions epilèptiques o altres fenòmens convulsius.
Antidepressiu	Fàrmac estimulant de l'estat d'ànim usat principalment en el tractament dels trastorns afectius. Fonamentalment es disposa de: a) IMAO; b) ISRS, i c) antidepressius tricíclics.
Antipsicòtic	Fàrmac que controla diversos símptomes relacionats amb els trastorns psicòtics, i s'usen en el tractament de l'esquizofrènia, la demència i altres estats psicòtics aguts. De vegades se'ls anomena neurolèptics per la tendència que tenen a produir efectes neurològics adversos.
ASI	*Addiction Severity Index.* Índex de gravetat de l'addicció.
Assaig clínic aleatoritzat (ACA)	Disseny d'estudi experimental en el qual els investigadors assignen a l'atzar participants que compleixen unes determinades característiques a un grup en el qual reben o no una o més intervencions que s'estan avaluant en termes del seu efecte en una sèrie de variables de resultat d'interès. L'assignació aleatòria als grups assegura en la pràctica que els grups seran similars en tots els factors rellevants, excepte en el tractament que rebran durant l'estudi.
BAI (Beck Anxiety Inventory)	Prova per a la detecció de l'ansietat.

b.i.d.	*bid in die,* veu llatina referida a una presa d'un fàrmac dues vegades al dia
BDI	*Beck Depression Inventory.* Prova per a la detecció de depressió.
BSCS	*Brief Substance Craving Scale.* Escala breu d'avaluació del deler de consum de substàncies.
BSI	*Brief Symptom Inventory.* Escala breu de símptomes psiquiàtrics.
Buprenorfina	Fàrmac analgèsic del grup dels opiacis amb propietats tan agonistes com antagonistes usat en el tractament de manteniment en pacients amb dependència d'opiacis.
CAS	Centre d'Atenció i Seguiment a les Drogodependències.
CT	Comunitat Terapèutica.
CCQ	*Cocaine Craving Questionary.* Qüestionari d'avaluació del deler de consum de cocaïna.
Cegament doble	Variant del cegament en el disseny d'un assaig clínic en el qual s'intenta que ni els participants ni els investigadors de l'estudi tinguin coneixement de la intervenció que estan rebent els participants, i d'aquesta manera evitar els biaixos de realització i detecció.
CGI	*Clinical Global Impression.* Escala d'avaluació psiquiàtrica amb diferents variants segons si mesura la gravetat de la simptomatologia psiquiàtrica (CGI-Severity), la resposta al tractament (CGI-Improvement), o si l'aplica un professional (CGI-Observer Severity) o el pacient mateix (CGI-Self Severity).
Cocaïna	Alcaloide procedent de la planta de la coca (Erythroxylum coca) que actua com a estimulant del sistema nerviós central. La cocaïna bloqueja la recaptació en la presinapsi de la dopamina i produeix una activació generalitzada de les neurones postsinàptiques que té com a resultat l'excitació fisiològica. La cocaïna també actua en la recaptació de la noradrenalina (norepinefrina) i la serotonina. (vegeu els apartats 1.1 i 1.2).
Craving	Deler, desig compulsiu d'experimentar els efectes d'una substància que experimenten moltes persones amb dependència.
CREST	*Cocaine Rapid Efficacy Screening Trial.* Disseny d'estudi desenvolupat per la NIDA amb l'objectiu d'avaluar en estudis pilot l'eficàcia de nous medicaments que es comparen amb fàrmacs acceptats per la dependència de la cocaïna, a partir d'un disseny d'assaig clínic aleatoritzat amb cegament.
CSSA	*Cocaine Selective Severity Assessment.* Escala d'avaluació dels signes i símptomes de l'abstinència a la cocaïna.
DE	Correspon a *dimensió de l'efecte.* Estimació de la grandària de l'efecte d'una intervenció en concret en comparar-la a un control, o de l'associació d'un factor de risc.

Dependència	Desig intens o sensació de compulsió cap al consum d'una substància, a la que s'afegeixen altres factors com la dificultat de controlar-ne l'ús, la presència d'una síndrome psicològica d'abstinència, la tolerància envers l'ús de la substància, l'abandonament i el desinterès envers altres fonts de satisfacció, o l'ús persistent de la substància tot i el dany causat en un mateix i els altres.
Disulfiram	Fàrmac usat en el tractament de l'alcoholisme que produeix una reacció aguda al consum d'etanol. Prevé la metabolització de la dopamina que s'allibera en grans quantitats quan es consumeix cocaïna.
DSM-IV	*Diagnostic and Statistical Manual.* Manual diagnòstic de trastorns mentals de l'Associació Americana de Psiquiatria.
ESRS	*Extrapyramidal Symptom Rating Scale.* Escala d'avaluació de símptomes extrapiramidals relacionats amb el sistema que regula els moviments automàtics i que permet la coherència en els moviments voluntaris.
Estimulants del sistema nerviós central	Terme relacionat amb un efecte farmacològic en comptes d'un grup farmacològic en concret, que engloba un grup de substàncies que augmenta l'estat d'alerta, agitació o excitació.
Força de la recomanació	Grau de confiança que, en implantar una recomanació, els efectes beneficiosos superaran els danys al pacient. El sistema GRADE proposa que aquest grau de confiança es classifiqui segons una sèrie de factors que inclouen la qualitat de l'evidència científica disponible, el balanç entre beneficis i riscs d'una intervenció, els seus costs i els valors i les preferències dels pacients.
HARS (o HAM-A)	*Hamilton Anxiety Rating Scale.* Qüestionari per mesurar la gravetat de l'ansietat.
Hazard Ratio (HR)	Mesura de la dimensió de l'efecte en què es comparen dues corbes de supervivència. Expressa la relació dels esdeveniments entre els grups que es comparen a través dels diferents intervals de seguiment en l'estudi.
HRSD (o HDRS)	*Hamilton Rating Scale for Depression.* Qüestionari per mesurar la gravetat de la simptomatologia depressiva.
IMAO	Inhibidors de la monoaminoxidasa.
Interval de confiança (IC)	Rang en el qual s'estima el valor real de la dimensió de l'efecte d'una intervenció dins d'un valor establert de certesa (normalment del 95%). La repetició d'un estudi oferiria en el 95% dels casos un valor inclòs en l'interval que expressa l'IC.
ISRS	Inhibidors selectius de la recaptació de la serotonina
Maneig de casos	Mètode de coordinació en el maneig de les cures de persones amb dependència de substàncies. Un treballador social es fa responsable de la coordinació i el maneig de diferents aspectes de la vida diària del pacient, en visites regulars i programades.

Maneig de contingències	Programa en el qual s'estableix un sistema d'incentius per fomentar i reforçar una conducta lliure de consum de drogues. Una de les variacions més comunes és la que inclou un intercanvi de vals segons el qual s'entreguen els incentius en forma de vals bescanviables cada cop que es lliura una anàlisi d'orina negativa.
Metadona	Opiaci sintètic amb propietats agonistes i psicoactives usat en tractaments de manteniment, particularment en la dependència de l'heroïna.
Metanàlisi	Ús de tècniques estadístiques per integrar els resultats de diversos estudis originals amb característiques similars per obtenir un estimador global de la dimensió de l'efecte.
MRT	*Meditation-Relaxation Training.* Entrenament en meditació i relaxació.
NADA	*National Acupunture Detoxification Association*
Naltrexona	Antagonista opioide utilitzat en el tractament de l'alcoholisme i la dependència d'opiacis.
NIDA	*National Institute on Drug Abuse*
OTI	*Opiate Treatment Index.* Instrument per avaluar el resultat del tractament en els pacients amb dependència d'opiacis.
PANSS	*Positive and Negative Syndrome Scale.* Escala per avaluar la gravetat de la simptomatologia positiva i negativa en l'esquizofrènia.
Placebo	Substància inactiva que s'administra als participants en un dels grups en alguns assaigs clínics i serveix per comparar els resultats dels pacients que reben la intervenció d'interès, normalment un fàrmac.
POMS	*Profile of Mood States.* Escala per definir un perfil d'estats d'ànim.
QCI	*Quantitative Cocaine Inventory.* Instrument per avaluar diversos aspectes relacionats amb el consum de la cocaïna.
Qualitat de l'evidència	Grau de confiança que es pot tenir en l'estimació de l'efecte que reflecteixen els resultats de la investigació científica. El sistema GRADE proposa que aquest grau de confiança classifiqui segons una sèrie de factors que inclouen les limitacions metodològiques dels estudis, la disponibilitat d'estudis aplicables directament a l'entorn en el qual es formula la recomanació, i la consistència i precisió dels resultats disponibles.
Reducció de danys	Conjunt d'estratègies de promoció de la salut que tenen l'objectiu de reduir o minimitzar les conseqüències negatives i els riscos associats al consum de drogues, i que no necessàriament persegueixen reduir-ne o eliminar-ne el consum.

Revisió sistemàtica	Investigació secundària que sintetitza de manera crítica els resultats de la investigació sobre una pregunta clínica clarament definida, a partir de mètodes sistemàtics i explícits. Les revisions sistemàtiques identifiquen, seleccionen i avaluen críticament els estudis rellevants que permeten contestar la pregunta formulada, i n'extreuen i resumeixen els seus resultats. En algunes ocasions els resultats dels estudis que s'inclouen s'analitzen emprant mètodes estadístics de metanàlisi.
Risc relatiu (RR)	Mesura de la dimensió de l'efecte d'una intervenció, que es presenta com la raó entre el risc d'un esdeveniment al grup intervenció en relació amb el risc del mateix fet al grup control. Els RR igual a 1 indiquen que no hi ha cap diferència entre els grups que es comparen. Per a variables de resultat no desitjables (p. ex. sobredosis) un RR menor que 1 indica que la intervenció és efectiva per reduir el risc d'aquesta variable.
SAS	*Simpson-Angus Scale.* Escala de Simpson-Angus. Escala per avaluar efectes secundaris extrapiramidals.
SCID	*Structured Clinical Interview for DSM disorders.* Entrevista semiestructurada per diagnosticar els principals transtorns descrits als eixos I i II del DSM.
SCL-90	*The Symptom Check List.* Qüestionari de detecció i símptomes psicopatològics.
SDS	*Severity Dependace Scale.* Escala de gravetat de la dependència d'opiacis
Sistema GRADE	Directrius metodològiques per la formulació de recomanacions en guies de pràctica clínica desenvolupades pel grup internacional de treball Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation. (veure apartat 3.5)
SNC	Sistema Nerviós Central.
Speedball	Combinació d'heroïna i cocaïna per via intravenosa
SSARS	*Stimulant Sensitive Adjectives Scale.* Escala de valoració subjectiva d'adjectius sensibles al consum de cocaïna.
TCC	Teràpia cognitivoconductual. Aproximació psicoterapèutica que combina diverses tècniques cognitives i conductuals en els que el pacient treballa en col·laboració amb el terapeuta per assolir objectius establerts. Alguns aspectes inclouen el reconeixement de l'impacte de patrons de pensament sobre les emocions i l'estat d'ànim, o la modificació dels pensaments disfuncionals i el treball en habilitats socials.
t. i. d	*(ter in die)* tres vegades al dia.
TAADDS	*Targeted Adult Attention Deficit Disorder Scale.* Entrevista semiestructurada d'avaluació dels símptomes del trastorn per dèficit d'atenció en adults.
TDAH	Trastorn per dèficit d'atenció amb hiperactivitat
TMM	Tractament de manteniment amb metadona

UHD	Unitat Hospitalària de Desintoxicació.
UKU Side Effect Rating Scale	*Udvalg for Kliniske Undersøgelser Side Effect Rating Scale.* Escala per avaluar els efectes secundaris de psicofàrmacs.
VAS	*Visual analogue scale.* Escala analògica visual.
VCCQ	*Voris Cocaine Craving Questionnaire.* Qüestionari d'avaluació del deler per al consum de cocaïna.
WSRS	*Within Session Rating Scale.* Qüestionari d'avaluació del deler per al consum de cocaïna.
WURS	*Wender-Utah Rating Scale.* Escala d'avaluació retrospectiva del TDAH (Trastorn per Dèficit d'Atenció) en població adulta.

Referències bibliogràfiques

Addis A, Moretti ME, Ahmed Syed F, Einarson TR, Koren G.. Fetal effects of cocaine: an updated meta-analysis. Reprod Toxicol. 2001 Jul-Aug;15(4):341-69.

Akerele E, Levin FR. Comparison of olanzapine to risperidone in substance-abusing individuals with schizophrenia. Am J Addict 2007 Jul-Aug; 16 (4): 260-8.

Álvarez Y, Farré M, Fonseca F, Torrens M. Anticonvulsant drugs in cocaine dependence: A systematic review and meta-analysis J Subs Abuse Treat 2010;38:66-73

Alterman AI, Droba M, Antelo RE, Cornish JW, Sweeney KK, Parikh GA, O'Brien CP. Amantadine may facilitate detoxification of cocaine abusers. Drug and Alcohol Dependence 1992; 31: 19-29.

Amato L, Minozzi S, Pani PP, Davoli M. Antipsychotic medications for cocaine dependence. Cochrane Database of Systematic Reviews 2007, Issue 3. Art. No.: CD006306. DOI: 10.1002/14651858. CD006306a.pub2.

Arndt IO, Dorozynsky L, Woody GE, McLellan AT, O'Brien CP. Desipramine treatment of cocaine dependence in methadone-maintained patients. Arch Gen Psychiatry 1992; 49 (11): 888-93.

Avants SK, Margolin A, Chang P, Kosten TR, Birch S: Acupuncture for the treatment of cocaine addiction. Investigation of a needle puncture control. J Subst Abuse Treat 1995; 12: 195-205.

Avants SK, Margolin A, Holford TR, Kosten TR. A randomized controlled trial of auricular acupuncture for cocaine dependence. Arch Intern Med 2000; 160: 2305-2312.

Batki SL, Washburn AM, Delucchi K, Jones RT. A controlled trial of fluoxetine in crack cocaine dependence. Drug Alcohol Depend 1996; 41 (2): 137-42.

Beck A, Wright F, Newman C, Liese B. Cognitive therapy of substance abuse. New York: Guildford Press, 1993.

Beresford TP, Clapp L, Martin B, Wiberg JL, Alfers J, Beresford HF. Aripiprazole in schizophrenia with cocaine dependence: a pilot study..J Clin Psychopharmacol. 2005 Aug;25(4):363-6.

Berger SP, Hall S, Mickalian JD, Reid MS, Crawford CA, Delucchi K, Carr K, Hall S. Haloperidol antagonism of cue-elicited cocaine craving. Lancet 1996; 347 (9000): 504-8.

Berger PS, Winhusen TM, Somoza EC, Harrer JM, Mezinskis JP, Leiderman DB et al. A medication screening trial evaluation of reserpine, gabapentin and lamotrigine pharmacotherapy of cocaine dependence. Addiction 2005; 100 (supl. 1): 58-67.

Bernstein J, Bernstein E, Tassiopoulos K, Heeren T, Levenson S, Hingson R. Brief motivational intervention at a clinic visit reduces cocaine and heroin use. Drug Alcohol Depend 2005; 77 (1): 49-59.

Bisaga A, Aharonovich E, Garawi F, Levin FR, Rubin E, Raby WN et al. A randomized placebo-controlled trial of gabapentin for cocaine dependence. Drug and alcohol Dependence 2006; 81 (3): 267-74.

Blanco C, Olfson M, Okuda M, Nunes EV, Liu SM, Hasin DS. Generalizability of clinical trials for alcohol dependence to community samples. Drug Alcohol Depend 2008; 98 (1-2): 123-8.

Bovasso G, Cacciola J. The long-term outcomes of drug use by methadone maintenance patients. J Behav Health Serv Res 2003; 30 (3): 290-303.

Braucht GN, Reichardt CS, Geissler LJ, Bormann CA, Kwiatkowski CF, Kirby MW Jr. Effective services for homeless substance abusers. Journal of Addictive Diseases 1995;14(4):87–109.

Brown ES, Nejtek VA, Perantie DC, Rajan Thomas N, Rush AJ. Cocaine and amphetamine use in patients with psychiatric illness: a randomized trial of typical antipsychotic continuation or discontinuation. J Clin Psychopharmacol 2003 Aug; 23 (4): 384-8.

Budney A, Higgins S. Manual 2: A community reinforcement plus vouchers approach: Treating cocaine addiction therapy manuals for drug addiction. Rockville: National Institute on Drug Abuse, 1998.

Bullock ML, Kiresuk TJ, Pheley AM, Culliton PD, Lenz SK: Auricular acupuncture in the treatment of cocaine abuse. A study of efficacy and dosing. J Subst Abuse Treat 1999; 16: 31-38.

Burke BL, Arkowitz H, Menchola M. The efficacy of motivational interviewing: a meta-analysis of controlled clinical trials. J Consult Clin Psychol 2003; 71 (5): 843-61.

Butlletí epidemiològic de Catalunya. Atenció a les drogodependències a Catalunya l'any 2006. BEC. Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya 2007; 27 (8): 117-21.

Caballero L. Adicción a cocaína: neurobiología, clínica, diagnóstico y tratamiento. Madrid: Secretaría General de Sanidad. Ministerio de Sanidad y Consumo. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2005.

Campbell JL, Thomas HM, Gabrielli W, Liskow BI, Powell BJ. Impact of desipramine or carbamazepine on patient retention in outpatient cocaine treatment: preliminary findings. J Addict Dis. 1994;13(4):191-9.

Campbell J, Nickel EJ, Penick EC, Wallace D, Gabrrelli WF, Rowe C et al. Comparison of desipramine or carbamazepine to placebo for crack cocaine dependent patients. Am J Addict 2003; 12: 122-36.

Carrol KM, Rounsaville BJ, Gawin FH. A Comparative Trial of Psychotherapies for Ambulatory Cocaine Abusers: Relapse Prevention and Interpersonal Psychotherapy. Am J Drug Alcohol Abuse 1991; 17 (3): 229-47.

Carroll KM, Ziedonis D, O'Malley S, et al. Pharmacological interventions for alcohol and cocaine-abusing individuals: a pilot study of disulfiram vs naltrexone. Am J Addictions 1993; 2 (1): 77-9.

Carroll KM, Rounsaville BJ, Gordon LT, Nich C, Jatlow P, Bisighini RM, Gawin FH. Psychotherapy and pharmacotherapy for ambulatory cocaine abusers. Arch Gen Psychiatry 1994; 51 (3): 177-87.

Carroll KM. Manual 1: A cognitive-behavioral approach: Treating cocaine addiction. Rockville: National Institute on Drug Abuse, 1998.

Carroll KM, Nich C, Ball SA, McCance E, Rounsavile BJ. Treatment of cocaine and alcohol dependence with psychotherapy and disulfiram. Addiction 1998; 93 (5): 713-27.

Carroll KM, Rounsaville BJ, Nich C, et al. One-year follow-up of psychotherapy and pharmacotherapy fo cocaine dependence: delayed emergence of psychotherapy effects. Arch Gen Psych 1994; 51 (12): 989-97.

Carroll KM, Fenton LR, Ball SA, Nich C, Frankforter TL, Shi J, Rounsaville BJ. Efficacy of disulfiram and cognitive behavior therapy in cocaine-dependent outpatients: a randomized placebo-controlled trial. Arch Gen Psychiatry 2004; 61 (3): 264-72.

Carroll KM, Ball SA, Nich C, Martino S, Frankforter TL, Farentinos C, Kunkel LE, Mikulich-Gilbertson SK, Morgenstern J, Obert JL, Polcin D, Snead N, Woody GE; National Institute on Dutra L, Stathopoulou G, Basden SL, Leyro TM, Powers MB, Otto MW. A meta-analytic review of psychosocial interventions for substance use disorders. Am J Psychiatry 2008; 165 (2): 179-87.

Carroll KM, Ball SA, Nich C, Martino S, Frankforter TL, Farentinos C, Kunkel LE, Mikulich-Gilbertson SK, Morgenstern J, Obert JL, Polcin D, Snead N, Woody GE. Drug Abuse Clinical Trials Network. Motivational interviewing to improve treatment engagement and outcome in individuals seeking treatment for substance abuse: a multisite effectiveness study. Drug Alcohol Depend 2006; 81 (3): 301-12.

Castells X, Casas M, Vidal X, Bosch R, Roncero C, Ramos-Quiroga JA, Capellà D. Efficacy of central nervous system stimulant treatment for cocaine dependence: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled clinical trials. Addiction 2007; 102 (12): 1871-87.

Castells X, Kosten T, Capellà D, Colom J, Casas M. Efficacy of Opiate Maintenance Therapy and Adjunctive Interventions for Opioid Dependence with Comorbid Cocaine Use Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis of Controlled Clinical Trials. Am J Drug Alcohol Abuse 2009; 35:339-49

Castells X, Casas M, Pérez-Mañá C, Roncero C, Vidal X, Capellà D. Efficacy of Psychostimulant Drugs for Cocaine Dependence. CochraneDatabase of Systematic Reviews 2010, Issue 2. Art. No.:CD007380. DOI: 10.1002/14651858.CD007380.pub3.

Ciraulo DA, Sarid-Segal O, Knapp CM, Ciraulo AM, LoCastro J, Bloch DA, Montgomery MA, Leiderman DB, Elkashef A. Efficacy screening trials of paroxetine, pentoxifylline, riluzole, pramipexole and venlafaxine in cocaine dependence. Addiction 2005; 100 (supl. 1): 12-22.

Conklin CA, Tiffany ST. Applying extinction research and theory to cue-exposure addiction treatments. Addiction 2002; 97 (2): 155-67.

Collins CL, Kerr T, Tyndall MW, Marsh DC, Kretz PS, Montaner JS, Wood E. Rationale to evaluate medically supervised safer smoking facilities for non-injection illicit drug users. Can J Public Health 2005 Sep-Oct; 96 (5): 344-7.

Cornelius JR, Salloum IM, Thase ME, Haskett RF, Daley DC, Jones-Barlock A, Upsher C, Perel JM. Fluoxetine versus placebo in depressed alcoholic cocaine abusers. Psychopharmacol Bull 1998; 34 (1): 117-21.

Cornish JW, Manny I, Fudala PJ, Neal S, Poole SA, Volpicelli P, et al. Carbamazepine treatment for cocaine dependence. Drug and Alcohol Dependence 1995; 38 (3): 221-7.

Cornish JW, Maany I, Fudala PJ, Ehrman RN, Robbins SJ, O'Brien CP. A randomized, double-blind, placebo-controlled study of ritanserin pharmacotherapy for cocaine dependence. Drug Alcohol Depend. 2001 Jan 1;61(2):183-9.

Covi L, Hess JM, Kreiter NA, Haertzen CA. Effects of combined fluoxetine and counseling in the outpatient treatment of cocaine abusers. Am J Drug Alcohol Abuse 1995; 21 (3): 327-44.

Coviello DM, Zanis DA, Wesnoski SA, Alterman AI. The effectiveness of outreach case management in re-enrolling discharged methadone patients. Drug and Alcohol Dependence 2006;85(1):56-65.

Crits-Christoph P, Siqueland L, Blaine J, Frank A, Luborsky L, Onken LS, Muenz L.R, Thase ME, Weiss RD, Gastfriend DR, Woody G, Barber JP, Butler SF, Daley D, Salloum I, Bishop S, Najavits LM, Lis J, Mercer D, Griffin ML, Moras K, Beck AT. Psychosocial treatments for cocaine dependence: National Institute on Drug Abuse Collaborative Cocaine Treatment Study. Archives of General Psychiatry 1999; 56 (6): 493–502.

Crosby RD, Pearson VL, Eller C, Winegarden T, Graves NL. Phentoin in the treatment of cocaine abuse: a double blind study. Clinical Pharmacology & Therapeutics 1996; 59 (4): 458-68.

Dackis CA, Kampman KM, Lynch KG, Pettinati HM, O'Brien CP. A double-blind, placebo-controlled trial of modafinil for cocaine dependence. Neuropsychopharmacology 2005; 30(1) :205-11.

Decorte T. Quality control by cocaine users: underdeveloped harm reduction strategies. Eur Addict Res 2001; 7 (4): 161-75.

Di Marino ME, Haberny KA, Felch LJ, Walsh SL, Preston KL, Bigelow GE. Development of a subjective rating scale sensitive to acute administration. National Institute on Drug Abuse Research Monograph Series. Problems of Drug Dependence; Proceedings of 59th Annual Scientific Meeting; 1998-1997. P. 139

Dutra L, Stathopoulou G, Basden SL, Leyro TM, Powers MB, Otto MW. A meta-analytic review of psychosocial interventions for substance use disorders. Am J Psychiatry 2008; 165 (2): 179-87.

EDADES. Informe dels Resultats per a Catalunya de l'enquesta domiciliària sobre alcohol i drogues. 2007. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya.

Ehrman RN, Robbins SJ, Cornish JW, Childress AR, O'Brien CP. Failure of ritanserin to block cocaine cue reactivity in humans. Drug Alcohol Depend 1996; 42 (3): 167-74.

Eiler K, Schaefer MR, Salstrom D, Lowery R. Double-blind comparison of bromocriptine and placebo in cocaine withdrawal. Am J Drug Alcohol Abuse 1995; 21: 65-79.

Elk R,Mangus L, Rhoades H, Andres R,Grabowski J. Cessation of cocaine use during pregnancy: effects of contingency management interventions on maintaining abstinence and complying with prenatal care. Addictive Behaviors 1998;23(1):57–64.

Elkashef A, Fudala PJ, Gorgon L, Li SH, Kahn R, Chiang N, Vocci F, Collins J, Jones K, Boardman K, Sather M. Double-blind, placebo-controlled trial of selegiline transdermal system (STS) for the treatment of cocaine dependence. Drug Alcohol Depend. 2006;85(3):191-7.

Erickson PG, Cheung YW. Harm reduction among cocaine users: reflections on individual intervention and community social capital. Int J Drug Policy 1999; 10 (3): 235-46.

ESTUDES. Informe dels resultats per a Catalunya de l'enquesta estatal sobre consum de drogues en estudiants d'educació secundària. 2008. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Annual Report 2005, the state of the drugs problem in Europe Lisboa: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2005.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Treatment of problem cocaine use: a review of the literature. EMCDDA Literature reviews. Lisboa: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2007.

Faggiano F, Vigna-Taglianti F, Versino E, Lemma P. Methadone maintenance at different dosages for opioid dependence. Cochrane Database of Systematic Reviews 2003, Issue 3. Art. No.: CD002208. DOI: 10.1002/14651858.CD002208.

Feingold A, Oliveto A, Schottenfeld R, Kosten TR. Utility of crossover designs in clinical trials: efficacy of desipramine vs. placebo in opioid-dependent cocaine abusers. Am J Addict. 2002 Spring;11(2):111-23.

Focchi GR, Leite MC, Andrade AG, Scivoletto S. Use of dopamine agonist pergolide in outpatient treatment of cocaine dependence. Subst Use Misuse 2005; 40 (8): 1169-77.

Foltin RW, Ward AS, Collins ED, Haney M, Hart CL, Fischman MW. The effects of venlafaxine on the subjective, reinforcing, and cardiovascular effects of cocaine in opioid-dependent and non-opioid-dependent humans. Exp Clin Psychopharmacol 2003 May; 11 (2): 123-30.

Ford C, Royal College of General Practitioners. Guidance for working with cocaine and crack users in primary care. RCGP: 2004.

Frank DA, Augustyn M, Knight WG, Pell T, Zuckerman B. Growth, development, and behavior in early childhood following prenatal cocaine exposure: a systematic review. JAMA. 2001 Mar 28;285(12):1613-25.

Galicia M, Nogué S, Sanjurjo E, Miró O. Evolución de las consultas relacionadas con el consumo de cocaína durante el periodo 2001-2007. Emergencias 2008; 20: 385-90.

Gates S, Smith LA, Foxcroft DR. Auricular acupuncture for cocaine dependence. Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, Issue 1. Art. No.: CD005192. DOI: 10.1002/14651858.CD005192.pub2.

Gawin FH, Kleber HD, Byck R, Rounsaville BJ, Kosten TR, Jatlow PI, Morgan C. Desipramine Facilitation of Inicial Cocaine Abstinence. Arch Gen Psychiatry 1989; 46: 117-121.

George TP, Chawarski MC, Pakes J, Carroll KM, Kosten TR, Schottenfeld RS. Disulfiram versus placebo for cocaine dependence in buprenorphine-maintained subjects: a preliminary trial. Biol Psychiatry 2000; 47 (12): 1080-6.

Giannini AJ, Malone DA, Giannini MC, Price WA, Loiselle RH. Treatment of depression in chronic cocaine and phencyclidine abuse with desipramine. J Clin Pharmacol 1986; 26 (3): 211-4.

Giannini J, Loiselle RH, Giannini MC. Space-Based Abstinence: Alleviation of Withdrawal Symptoms in Combinative Cocaine-Phencyclidine Abuse. Clin Toxicol 1987; 25 (6): 493-500.

Giannini JA, Folts JD, Feather NJ, Sullivan SB. Bromocriptine and Amantadine in Cocaine Detoxification. Psychiatry Research 1989; 29: 11-16.

Gonzalez G, Feingold A, Oliveto A, Gonsai K, Kosten TR. Comorbid major depressive disorder as a prognostic factor in cocaine-abusing buprenorphine-maintained patients treated with desipramine and contingency management. Am J Drug Alcohol Abuse 2003; 29 (3): 497-514.

Gonzalez G, Sevarino K, Sofuoglu M, Poling J, Oliveto A, Gonsai K et al. Tiagabine increases cocaine-free urines in cocaine-dependent methadone-trated patients: results of a randomized pilot study. Addiction 2003; 98 (11): 1625-32.

Gonzalez G, Desai R, Sofuoglu M, Poling J, Oliveto A, Gonsai K et al. Clinical efficacy of gabapentin versus tiagabine for reducing cocaine use among cocaine dependent methadone-treated patients. Drug and Alcohol Dependence 2007; 87 (1): 1-9.

Gorelick DA, Wilkins JN. Bromocriptine treatment for cocaine addiction: association with plasma prolactin levels. Drug Alcohol Depend 2006; 81 (2): 189-95.

Gowing L, Proudfoot H, Henry-Edwards S, Teeson M. Evidence supporting treatment: The effectiveness of interventions for illicit drug use. ANCD research paper 3. Woden: Australian National Council on Drugs, 2001.

Grabowski J, Rhoades H, Elk R, Schmitz J, Davis C, Creson D, Kirby K. Fluoxetine is ineffective for treatment of cocaine dependence or concurrent opiate and cocaine dependence: two placebo-controlled double-blind trials. J Clin Psychopharmacol 1995; 15 (3): 163-74.

Grabowski J, Roache JD, Schmitz JM, Rhoades H, Creson D, Korszun A. Replacement medication for cocaine dependence: methylphenidate. J Clin Psychopharmacol 1997; 17 (6): 485-8.

Grabowski J, Rhoades H, Schmitz J, Stotts A, Daruzska LA, Creson D, Moeller FG. Dextroamphetamine for cocaine-dependence treatment: a double-blind randomized clinical trial. J Clin Psychopharmacol 2001; 21 (5): 522-6.

Grabowski J, Rhoades H, Stotts A, Cowan K, Kopecky C, Dougherty A, et al. Agonist-like or antagonist-like treatment for cocaine dependence with methadone for heroin dependence: two double-blind randomized clinical trials. Neuropsychopharmacology 2004; 29 (7): 969-81.

Grassi MC, Cioce AM, Giudici FD, Antonilli L, Nencini P. Short-term efficacy of Disulfiram or Naltrexone in reducing positive urinalysis for both cocaine and cocaethylene in cocaine abusers: a pilot study. Pharmacol Res. 2007 Feb;55(2):117-21. Epub 2006 Nov 21.

Green AI, Salomon MS, Brenner MJ, Rawlins K. Treatment of schizophrenia and comorbid substance use disorder. Curr Drug Targets CNS Neurol Disord 2002; 1 (2): 129-39.

Grupo de trabajo sobre GPC. Elaboración de Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud. Manual Metodológico. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud-I+CS 2007. Guías de Práctica Clínica en el SNS: I+CS Nº 2006/0I.

Guyatt GH, Oxman AD, Vist GE, Kunz R, Falck-Ytter Y, Alonso-Coello P, Schünemann HJ, GRADE Working Group. GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. BMJ 2008; 336 (7650): 924-6.

Guyatt GH, Oxman AD, Kunz R, Vist GE, Falck-Ytter Y, Schünemann HJ, GRADE Working Group. What is “quality of evidence” and why is it important to clinicians? BMJ 2008; 336 (7651): 995-8.

Guydish J, Sorenson J, Chan M. A randomised trial comparing day and residential drug abuse treatment: 18-month outcomes. J Consult Clin Psych 1999; 67 (3): 428-34.

Halikas JA, Crosby RD, Pearson VL, Graves NM. A randomized double-blind study of carbamazepine in the treatment of cocaine abuse. Clinical Pharmacology and Therapeutics 1997; 62 (1): 89-105.

Hall SM, Tunis S, Triffleman E, Banys P, Clark HW, Tusel D, Stewart P, Presti D. Continuity of care and desipramine in primary cocaine abusers. J Nerv Ment Dis 1994; 182 (10): 570-5.

Handelsman L, Limpitlaw L, Williams D, Schmeidler J, Paris P, Stimmel B. Amantadine does not reduce cocaine-dependent methadone maintenance patients. Drug and alcohol Dependence. Drug and alcohol Dependence 1995; 39: 173-180.

Handelsman L, Rosenblum A, Palij M, Magura S, Foote J, Lovejoy M, Stimmel B. Bromocriptine for Cocaine Dependence - A Controlled Clinical Trial. The American Journal on Addictions 1997; 6: 54-64.

Hart CL, Haney M, Vosburg SK, Rubin E, Foltin RW. Smoked cocaine self-administration is decreased by modafinil. Neuropsychopharmacology 2008 Mar; 33 (4): 761-8.

Haydon E, Fischer B. Crack use as a public health problem in Canada: call for an evaluation of ‘safer crack use kits’. Can J Public Health 2005; 96 (3): 185-8.

Hersh D, Van Kirk JR, Kranzler HR. Naltrexone treatment of comorbid alcohol and cocaine use disorders. Psychopharmacology (Berl) 1998; 139 (1-2): 44-52.

Hesse M, VanderplasschenW, Rapp RC, Broekaert E, Fridell M. Case management for persons with substance use disorders. Cochrane Database of Systematic Reviews 2007, Issue 4. Art. No.: CD006265. DOI: 10.1002/14651858.CD006265.pub2.

Higgins ST, Budney AJ, Bickel WK, Hughes JR, Foerg F, Badger G. Achieving cocaine abstinence with a behavioral approach. Am J Psychiatry 1993; 150 (5): 763-9.

Higgins ST, Budney AJ, Bickel WK, Foerg FE, Donham R, Badger GJ. Incentives improve outcome in outpatient behavioral treatment of cocaine dependence. Arch Gen Psychiatry 1994; 51 (7): 568-76.

Higgins ST, Wong CJ, Badger GJ, Ogden DE, Dantona RL. Contingent reinforcement increases cocaine abstinence during outpatient treatment and 1 year of follow-up. J Consult Clin Psychol 2000; 68 (1): 64-72.

Higgins ST, Sigmon SC, Wong CJ, Heil SH, Badger GJ, Donham R, Dantona RL, Anthony S. Community reinforcement therapy for cocaine-dependent outpatients. Arch Gen Psychiatry. 2003;60(10):1043-52.

Higgins ST, Heil SH, Dantona R, Donham R, Matthews M, Badger GJ. Effects of varying the monetary value of voucher-based incentives on abstinence achieved during and following treatment among cocaine-dependent outpatients. Addiction 2007; 102 (2): 271-81.

Higgins JPT, Green S (ed.). Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions Version 5.0.0 [updated February 2008]. The Cochrane Collaboration, 2008. Disponible a www.cochrane-handbook.org.

Hunt N. A review of the evidence-base for harm reduction approaches to drug use. Forward thinking on drugs, 2003. Disponible a: www.forward-thinking-on-drugs.org/review2-print.html

Irvin JE, Bowers CA, Dunn ME, Wang MC. Efficacy of relapse prevention: a meta-analytic review. J Consult Clin Psychol 1999 Aug; 67 (4): 563-70.

Jarvis T, Tebbutt J, Mattick R, Shand F. Treatment approaches for alcohol and drug dependence. Chichester: John Wiley & Sons, 2005.

Jenkins SW, Warfield NA, Blaine JD, Cornish J, Ling W, Rosen MI, Urschel H 3rd, Wesson D, Ziedonis D. A pilot trial of gepirone vs. placebo in the treatment of cocaine dependency. Psychopharmacol Bull 1992; 28 (1): 21-6.

Johnson RE, Chutuape MA, Strain EC, Walsh SL, Stitzer ML, Bigelow GE. A comparison of levomethadyl acetate, buprenorphine and methadone for opiod dependence. N Engl J Med 2000; 343 (18): 1290-1297.

Kampman K, Volpicelli, Alterman A, Cornish J, Weinrieb R, Epperson L, Sparkman T, O'Brien CP. Amantadine in the early treatment of cocaine dependence: a double-blind, placebo-controlled trial. Drug and Alcohol Dependence 1996; 41: 25-33.

Kampman KM, Pettinati H, Lynch KG, Sparkman T, O'Brien CP. A pilot trial of olanzapine for the treatment of cocaine dependence. Drug and Alcohol Dependence 2003; 70 (3): 265-73.

Kampman K, Pettinati H, Lynch KG, Dackis C, Sparkman T, Weigley C et al. A pilot trial of topiramate for the treatment of cocaine dependence. Drug and Alcohol Dependence 2004; 75 (3): 233-40.

Kampman KM, Dackis C, Lynch KG, Pettinati H, Tirado C, Gariti P, Sparkman T, Atzram M, O'Brien CP. A double-blind, placebo-controlled trial of amantadine, propranolol, and their combination for the treatment of cocaine dependence in patients with severe cocaine withdrawal symptoms. Drug Alcohol Depend 2006; 85 (2):129-37.

Kampman KM. The search for medications to treat stimulant dependence. Addict Sci Clin Pract 2008; 4 (2): 28-35.

Karila L, Gorelick D, Weinstein A, Noble F, Benyamina A, Coscas S, Blecha L, Lowenstein W, Martinot JL, Reynaud M, Lépine JP. New treatments for cocaine dependence: a focused review. Int J Neuropsychopharmacol 2008; 11 (3): 425-38.

Karila L, Weinstein A, Benyamina A, Coscas S, Leroy C, Noble F, Lowenstein W, Aubin HJ, Lépine JP, Reynaud M. Pharmacotherapies actuelles et immunotherapie dans l'addiction a la cocaine. Presse Med 2008; 37 (4 Pt 2): 689-98.

Killeen TK, Haight B, Brady K, Herman J, Michel Y, Stuart G, Young S. The effect of auricular acupuncture on psychophysiological measures of cocaine craving. Issues in Mental Health Nursing 2002, 23: 445-459.

Knapp WP, Soares B, Farrell M, Silva de Lima M. Psychosocial interventions for cocaine and psychostimulant amphetamines related disorders. Cochrane Database of Systematic Reviews 2007, Issue 3. Art. No.: CD003023. DOI: 10.1002/14651858.CD003023.pub2.

Kolar AF, Brown BS, Weddington WW, Haertzen CC, Michaelson BS, Jaffe JH. Treatment of Cocaine Dependence in Methadone Maintenance Clients: A Pilot Study Comparing the Efficacy of Desipramine and Amantadine. The International Journal of the Addictions. The International Journal of the Addictions 1992; 27 (7): 849-868.

Kosten TR, Morgan CM, Falcione J, Schottenfeld RS. Pharmacotherapy for Cocaine-Abusing Methadone-Maintened Patients Using Amantadine or Desipramine. Archives of General Psychiatry 1992; 49: 894-898.

Kosten TR, Schottenfeld R, Ziedonis D, Falcioni J. Buprenorphine versus methadone maintenance for opioid dependence. J Nervous Mental Disease 1993; 181 (6): 358-364.

Kosten TR, Rosen M, Bond J, Settles M, Roberts JS, Shields J, Jack L, Fox B. Human therapeutic cocaine vaccine: safety and immunogenicity. Vaccine 2002; 20 (7-8): 1196-204.

Kosten T, Sofuoglu M, Poling J, Gonsai K, Oliveto A. Desipramine treatment for cocaine dependence in buprenorphine- or methadone-treated patients: baseline urine results as predictor of response. Am J Addict 2005; 14 (1): 8-17.

Kranzler HR, Bauer LO. Bromocriptine and cocaine reactivity in cocaine-dependent patients. British Journal of Addiction 1992; 87: 1537-1548.

Kranzler HR, Bauer LO, Hersh D, Klinghoffer V. Carbamazepine treatment of cocaine dependence: a placebo-controlled trial. Drug and Alcohol Dependence 1995; 38 (3): 203-11.

Leal J, Ziedonis D, Kosten T. Antisocial personality as a prognostic for pharmacotherapy of cocaine dependence. Drug and Alcohol Dependence 1994; 35: 31-35.

Levin FR, McDowell D, Evans SM, Brooks D, Spano C, Nunes EV. Pergolide mesylate for cocaine abuse: a controlled preliminary trial. The American Journal on Addiction 1999; 8 (2): 120-7.

Levin FR, Bisaga A, Raby W, Aharonovich E, Rubin E, Mariani J, Brooks DJ, Garawi F, Nunes EV. Effects of major depressive disorder and attention-deficit/hyperactivity disorder on the outcome of treatment for cocaine dependence. J Subst Abuse Treat 2008; 34 (1): 80-9.

Lima MS, de Oliveira Soares BG, Reisser AA, Farrell M. Pharmacological treatment of cocaine dependence: a systematic review. Addiction 2002; 97 (8): 931-49.

Lima AR, Silva de Lima M, Soares BGDO, Farrell M. Carbamazepine for cocaine dependence. Cochrane Database of Systematic Reviews 2003, Issue 2. Art. No.: CD002023. DOI: 10.1002/14651858. CD002023.pub2.

Lima MS, Farrell M, Lima Reisser AARL, Soares B. Antidepressants for cocaine dependence. Cochrane Database of Systematic Reviews 2003, Issue 2. Art. No.: CD002950. DOI: 10.1002/14651858. CD002950.

Lipton DS, Brewington V, Smith M: Acupuncture for crack-cocaine detoxification: experimental evaluation of efficacy. J Subst Abuse Treat 1994; 11: 205-15.

Loebl T, Angarita GA, Pachas GN, Huang KL, Lee SH, Nino J, Logvinenko T, Culhane MA, Evins AE. A randomized, double-blind, placebo-controlled trial of long-acting risperidone in cocaine-dependent men. J Clin Psychiatry 2008 Mar; 69 (3): 480-6.

López-Criado A, Cordón-Fernández S, Pascual-Durán T, de Paula-Ruiz M, Berlanga-Panadero B, Miravalles-González E. Drogas de abuso en un servicio de urgencias de Madrid, España. Rev Peru Med Exp Salud Publica 2007; 24 (3): 317-8

Luborsky L, Woody G, Hole A, Velleco A. Manual for supportive-expressive psychotherapy: a special version for drug dependence. University of Pennsylvania, 1977.

Lussier JP, Heil SH, Mongeon JA, Badger GJ, Higgins ST. A meta-analysis of voucher-based reinforcement therapy for substance use disorders. Addiction 2006; 101 (2): 192-203.

Maisonneuve IM, Glick SD. Anti-addictive actions of an iboga alkaloid congener: a novel mechanism for a novel treatment. Pharmacol Biochem Behav 2003; 75 (3): 607-18.

Malcolm R, Phillips JD, Brady KT, Roberts JR. A comparison of pergolide and bromocritine in the initial rehabilitation of cocaine dependence. The American Journal on Addictions 1994; 3 (2): 144-150.

Malcolm R, Kajdasz DK, Herron J, Anton RF, Brady KT. Double-blind, placebo-controlled outpatient trial of pergolide for cocaine dependence. Drug and Alcohol Dependence 2000; 60: 161-168.

Malcolm R,Moore JW, Kajdasz DK, Cochrane CE. PergolydeMesylate adverse events occurring in the treatment of cocaine dependence. The American Journal on Addictions 1997;6:117–123.

Malcolm R, Olive MF, Lechner W. The safety of disulfiram for the treatment of alcohol and cocaine dependence in randomized clinical trials: guidance for clinical practice. Expert Opin Drug Saf 2008; 7 (4): 459-72.

Margolin A, Avants SK, Kosten TR. Mazindol for relapse prevention to cocaine abuse in methadone-maintained patients. Am J Drug Alcohol Abuse 1995; 21 (4): 469-81.

Margolin A, Kosten TR, Avants SK, Wilkins J, Ling W, Beckson M, Arndt IO, Cornish J, Ascher JA, Li SH. A multicenter trial of bupropion for cocaine dependence in methadone-maintained patients. Drug Alcohol Depend 1995; 40 (2): 125-31.

Margolin A, Kleber HD, Avants SK, Konefal J, Gawin F, Stark E, Sorensen J, Midkiff E, Wells E, Jackson TR, Bullock M, Culliton PD, Boles S, Vaughan R: Acupuncture for the treatment of cocaine addiction: a randomized controlled trial. JAMA 2002; 287: 55-63.

Marlatt GA, Gordon JR. Relapse prevention: maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors. New York: Guillford Press, 1985.

Marsden J, Stillwell G, Barlow H, Boys A, Taylor C, Hunt N, Farrell M. An evaluation of a brief motivational intervention among young ecstasy and cocaine users: no effect on substance and alcohol use outcomes. Addiction 2006; 101 (7): 1014-26.

Martell BA, Mitchell E, Poling J, Gonsai K, Kosten TR. Vaccine pharmacotherapy for the treatment of cocaine dependence. Biol Psychiatry 2005; 58 (2): 158-64.

Martin S, Scarpatti S, Frank R. An intensive case management approach for paroled IV drug users. Journal of Drug Issues 1993;23 (1):43–59.

Mash DC, Kovera CA, Pablo J, Tyndale RF, Ervin FD, Williams IC, Singleton EG, Mayor M. Ibogaine: complex pharmacokinetics, concerns for safety, and preliminary efficacy measures. Ann N Y Acad Sci 2000; 914: 394-401.

Mattick RP, Kimber J, Breen C, Davoli M. Buprenorphine maintenance versus placebo or methadone maintenance for opioid dependence. Cochrane Database of Systematic Reviews 2008, Issue 2. Art. No.: CD002207. DOI: 10.1002/14651858.CD002207.pub3.

Maude-Griffin PM, Hohenstein JM, Humfleet GL, Reilly PM, Tusel DJ, Hall SM. Superior Efficacy of Cognitive-Behavioral Therapy for Urban Crack Cocaine Abusers: Main and Matching Effects. J Consult Clin Psychol 1998; 66 (5): 832-7

McCusker J, Bigelow C, Frost R, Garfield F, Hindin R, Vickers-Lahti M. The effects of planned duration of residential drug abuse treatment on recovery and HIV risk behavior. Am J Public Health 1987; 87 (10): 1637-44.

McCusker J, Vickers-Lahti M, Stoddard A, Hindin R, Bigelow C, Zorn M. The effectiveness of alternative planned durations of residential drug abuse treatment. Am J Public Health 1995; 85 (10): 1426-9.

McDowell DM, Levin FR, Seracini AM, Nunes EV. Venlafaxine treatment of cocaine abusers with depressive disorders. Am J Drug Alcohol Abuse 2000 Feb; 26 (1): 25-31.

McDowell D, Nunes EV, Seracini AM, Rothenberg J, Vosburg SK, Ma GJ, Petkova E. Desipramine treatment of cocaine-dependent patients with depression: a placebo-controlled trial. Drug Alcohol Depend 2005 Nov 1; 80 (2): 209-21.

McElroy SL, Weiss RD, Mendelson JH, Teoh SK, McAfee B, Mello NK. Desipramine treatment for relapse prevention in cocaine dependence. NIDA Res Monogr 1989; 95: 57-63.

McKee SA, Carroll KM, Sinha R, Robinson JE, Nich C, Cavallo D, O'Malley S. Enhancing brief cognitive-behavioral therapy with motivational enhancement techniques in cocaine users. Drug Alcohol Depend 2007; 91 (1): 97-101.

Miller WR, Rollnick S. Motivational interviewing: preparing people to change, 2nd ed. New York: Guilford Press, 2002.

Miller WR, Yahne CE, Tonigan JS. Motivational interviewing in drug abuse services: a randomized trial. J Consult Clin Psychol 2003; 71 (4): 754-63.

Mills EJ, Wu P, Gagnier J, Ebbert JO. Efficacy of acupuncture for cocaine dependence: a systematic review & meta-analysis. Harm Reduct J 2005; 2 (1): 4.

Minozzi S, Amato L, Davoli M, Farrell M, Lima Reisser AARL, Pani PP, Silva de Lima M, Soares B, Vecchi S. Anticonvulsants for cocaine dependence. Cochrane Database of Systematic Reviews 2008, Issue 2. Art. No.: CD006754. DOI: 10.1002/14651858.CD006754.pub2

Modesto-Lowe V, Kranzler HR. Using cue reactivity to evaluate medications for treatment of cocaine dependence: a critical review. Addiction 1999; 94 (11): 1639-51.

Moeller FG, Schmitz JM, Steinberg JL, Green CM, Reist C, Lai LY, Swann AC, Grabowski J. Citalopram combined with behavioral therapy reduces cocaine use: a double-blind, placebo-controlled trial. Am J Drug Alcohol Abuse. 2007;33(3):367-78.

Monti PM, Rohsenow DJ, Michalec E, Martin RA, Abrams DB. Brief coping skills treatment for cocaine abuse: substance use outcomes at three months. Addiction. 1997;92(12):1717-28.

Montoya ID, Levin FR, Fudala PJ, Gorelick DA. Double-blind comparison of carbamazepine and placebo for treatment of cocaine dependence. Drug and Alcohol Dependence 1995; 38 (3): 213-9.

Morgenstern J, Blanchard KA, McCrady BS, McVeigh KH, Morgan TJ, Pandina RJ. Effectiveness of intensive case management for substance-dependent women receiving temporary assistance for needy families. Am J Public Health 2006; 96 (11): 2016-23.

Morse GA, Calsyn RJ, Klinkenberg WD, Trusty ML, et al.An experimental comparison of three types of case management for homeless mentally ill persons. Psychiatric Services 1997;48(4): 497–503.

Moscovitz H, Brookof D, Nelson L. A Randomized Trial of Bromocriptine for Cocaine Users Presenting to the Emergency Department. Journal of General Internal Medicine 1993; 8: 1-4.

National Institute for Health and Clinical Excellence (abril de 2008) The guidelines manual. London: National Institute for Health and Clinical Excellence. Disponible a: www.nice.org.uk.

Nemes S, Wish ED, Messina N. Comparing the impact of standard and abbreviated treatment in a therapeutic community. Findings from the district of Columbia treatment initiative experiment. J Subst Abuse Treatment 1999; 17 (4): 339-47.

Nunes EV, McGrath PJ, Quitkin FM, Ocepek-Welikson K, Stewart JW, Koenig T, Wager S, Klein DF. Imipramine treatment of cocaine abuse: possible boundaries of efficacy. Drug Alcohol Depend 1995; 39 (3): 185-95.

Nuttbrock LA, Rahav M, Rivera JJ, Ng-Mak DS, Link BG. Outcomes of homeless mentally ill chemical abusers in community residences and a therapeutic community. Psychiatric Services 1998; 49 (1): 68-76.

O'Brien CP, Childress AR, Arndt IO, McLellan AT, Woody GE, Maany I. Pharmacological and behavioral treatments of cocaine dependence: controlled studies. J Clin Psychiatry 1988; 49 supl.: 17-22.

O'Brien CP, Childress AR, McLellan T, Ehrman R. Integrating systemic cue exposure with standard treatment in recovering drug dependent patients. Addict Behav 1990; 15 (4): 355-65.

Observatorio Español sobre Drogas. Informe 2009. Situación y tendencias de los problemas de drogas en España. Ministerio de Sanidad y Consumo. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2009.

Oliveto A, Kosten TR, Schottenfeld R, Falcioni J, Ziedonis D. Desipramine, amantadine, or fluoxetine in buprenorphine-maintained cocaine users. Journal of Substance Abuse Treatment 1995 Nov-Dec; 12 (6): 423-428.

Oliveto AH, Feingold A, Schottenfeld R, Jatlow P, Kosten TR. Desipramine in opioid-dependent cocaine abusers maintained on buprenorphine vs methadone. Arch Gen Psychiatry 1999 Sep; 56 (9): 812-20.

Òrgan Tècnic de Drogodependències. Tractament de manteniment amb metadona. Manual de pràctica clínica Barcelona: Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya, 2005.

Otto KC, Quinn C, Sung YF: Auricular acupuncture as an adjunctive treatment for cocaine addiction. A pilot study. Am J Addict 1998; 7: 164-70.

Pani PP, Trogu E, Vacca R, Amato L, Vecchi S, Davoli M. Disulfiram for the treatment of cocaine dependence. Cochrane Database of Systematic Reviews 2010, Issue 1. Art. No.: CD007024. DOI: 10.1002/14651858.CD007024.pub2.

Pérez de los Cobos J, Duro P, Trujols J, Tejero A, Batlle F, Ribalta E, Casas M. Methadone tapering plus amantadine to detoxify heroin-dependent inpatients with or without an active cocaine use disorder: two randomised controlled trials. Drug and Alcohol Dependence 2001; 63: 187-195.

Peterson LM, Burns WJ, Widmayer SM Developmental risk for infants of maternal cocaine abusers: evaluation and critique. Clin Psychol Rev. 1995;15:739–776.

Petrakis IL, Carroll KM, Nich C, Gordon LT, McCance-Katz EF, Frankforter T, Rounsaville BJ. Disulfiram treatment for cocaine dependence in methadone-maintained opioid addicts. Addiction 2000 Feb; 95 (2): 219-28.

Petry NM, Peirce JM, Stitzer ML, Blaine J, Roll JM, Cohen A, Obert J, Killeen T, Saladin ME, Cowell M, Kirby KC, Sterling R, Royer-Malvestuto C, Hamilton J, Booth RE, Macdonald M, Liebert M, Rader L, Burns R, DiMaria J, Copersino M, Stabile PQ, Kolodner K, Li R. Effect of prize-based incentives on outcomes in stimulant abusers in outpatient psychosocial treatment programs: a national drug abuse treatment clinical trials network study. Arch Gen Psychiatry 2005; 62 (10): 1148-56.

Pettinati HM, Kampman KM, Lynch KG, Xie H, Dackis C, Rabinowitz AR, O'Brien CP. A double blind, placebo-controlled trial that combines disulfiram and naltrexone for treating co-occurring cocaine and alcohol dependence. Addict Behav 2008; 33 (5): 651-67.Pettinati HM, Kampman KM,

Lynch KG, Suh JJ, Dackis CA, Oslin DW, O'Brien CP. Gender differences with high-dose naltrexone in patients with co-occurring cocaine and alcohol dependence. J Subst Abuse Treat 2008; 34 (4): 378-90.

Prendergast M, Podus D, Finney J, Greenwell L, Roll J. Contingency management for treatment of substance use disorders: a meta-analysis. Addiction 2006; 101 (11): 1546-60.

Poling J, Oliveto A, Petry N, Sofuoglu M, Gonsai K, Gonzalez G, Martell B, Kosten TR. Six-month trial of bupropion with contingency management for cocaine dependence in a methadone-maintained population. Arch Gen Psychiatry 2006; 63 (2): 219-28.

Rapp RC, Siegal HA, Li L, Saha P. Predicting postprimary treatment services and drug use outcome: a multivariate analysis. Am J Drug Alcohol Abuse 1998; 24 (4): 603-15.

Rawson RA, Huber A, McCann M, Shoptaw S, Farabee D, Reiber C, Ling W. A comparison of contingency management and cognitive-behavioral approaches during methadone maintenance treatment for cocaine dependence. Arch Gen Psychiatry 2002; 59 (9): 817-24.

Rawson RA, McCann MJ, Flammino F, Shoptaw S, Miotto K, Reiber C, Ling W. A comparison of contingency management and cognitive-behavioral approaches for stimulant-dependent individuals. Addiction 2006; 101 (2): 267-74.

Reid MS, Casadonte P, Baker S, Sanfilippo M, Braunstein D, Hitzemann R, et al. A placebo-controlled screening trial of olanzapine, valproate and coenzyme Q10/L-carnitine for the treatment of cocaine dependence. Addiction 2005; 100 (supl. 1): 43-57.

Rhodes W, Gross M. Case management reduces drug use and criminality among drug-involved arrestees: An experimental evaluation of and HIV prevention intervention. Washington DC: National Institute of Justice, 1997.

Richard AJ, Montoya ID, Nelson R, Spence RT: Effectiveness of adjunct therapies in crack cocaine treatment. J Subst Abuse Treat 1995; 12: 401-13.

Ritter A, Cameron J. A review of the efficacy and effectiveness of harm reduction strategies for alcohol, tobacco and illicit drugs. Drug Alcohol Rev 2006; 25 (6): 611-24.

Rohsenow DJ, Monti PM, Martin RA, Colby SM, Myers MG, Gulliver SB, Brown RA, Mueller TI, Gordon A, Abrams DB. Motivational enhancement and coping skills training for cocaine abusers: effects on substance use outcomes. Addiction 2004; 99 (7): 862-74.

Roncero C, Casas M. Problemas relacionados con el abuso de sustancias A: Vázquez-Barquero J.L. Psiquiatría y atención primaria. Aula Médica. Madrid, 2007: 441-53.

Roozen HG, Boulogne JJ, van Tulder MW, van den Brink W, De Jong CA, Kerkhof AJ. A systematic review of the effectiveness of the community reinforcement approach in alcohol, cocaine and opioid addiction. Drug Alcohol Depend 2004; 74 (1): 1-13.

Rubio G, Martínez I, Ponce G, Jiménez-Arriero MA, López-Muñoz F, Alamo C. Long-acting injectable risperidone compared with zuclopenthixol in the treatment of schizophrenia with substance abuse comorbidity. Can J Psychiatry 2006 Jul; 51 (8): 531-9.

Sacks S, Sacks JY, McKendrick K, Banks S, Stommel J. Modified TC for MICA offenders: Crime outcomes. Behavioral Sciences and the Law 2004;22(4):477–501.

San L, Arranz B, Martinez-Raga J. Antipsychotic drug treatment of schizophrenic patients with substance abuse disorders. Eur Addict Res 2007; 13 (4): 230-43.

Sánchez-Niubò A, Domingo-Salvany A, Melis GG, Brugal MT, Scalia-Tomba G. Dos métodos para analizar la evolución de la incidencia de consumo de heroína y cocaína en Barcelona. Gac Sanit 2007; 21 (5): 397-403.

Sanjurjo E, Montori E, Nogué S, Sánchez M, Munné P. Urgencias por cocaína: un problema emergente. Med Clin (Barc) 2006; 126 (16): 616-9.

Sayers SL, Campbell EC, Kondrich J, Mann SC, Cornish J, O'Brien C, Caroff SN. Cocaine abuse in schizophrenic patients treated with olanzapine versus haloperidol. J Nerv Ment Dis 2005 Jun; 193 (6): 379-86.

Secades-Villa R, García-Rodríguez O, Alvarez Rodríguez H, Río Rodríguez A, Fernández-Hermida JR, Luis Carballo J. El programa de reforzamiento comunitario más terapia de incentivo para el tratamiento de la adicción a la cocaína. Adicciones 2007; 19 (1): 51-7.

Secades-Villa R, García-Rodríguez O, Higgins ST, Fernández-Hermida JR, Carballo JL. Community reinforcement approach plus vouchers for cocaine dependence in a community setting in Spain: six-month outcomes. J Subst Abuse Treat 2008; 34 (2): 202-7.

Scott CK, Sherman RE, Foss MA, Godley L. Impact of centralized intake on case management services. Journal of Psychoactive Drugs 2002;34(1):31–7

Scottish Intercollegiate Guidelines Network (Enero de 2008). SIGN 50. A guideline developer's handbook. Edimburgh: Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Disponible a: www.sign.sc.uk.

Schmitz JM, Stotts AL, Rhoades HM, Grabowski J. Naltrexone and relapse prevention treatment for cocaine-dependent patients. Addict Behav 2001; 26 (2): 167-80.

Schmitz JM, Stotts AL, Sayre SL, DeLaune KA, Grabowski J. Treatment of cocaine-alcohol dependence with naltrexone and relapse prevention therapy. Am J Addict 2004; 13 (4): 333-41.

Schottenfeld RS, Pakes JR, Oliveto A, Ziedonis D, Kosten TR. Buprenorphine vsMethadonemaintenance treatment for concurrent opioid dependence and cocaine abuse. Arch Gen Psych 1997; 54: 713-720.

Schubiner H, Saules KK, Arfken CL, Johanson CE, Schuster CR, Lockhart N, Edwards A, Donlin J, Pihlgren E. Double-blind placebo-controlled trial of methylphenidate in the treatment of adult ADHD patients with comorbid cocaine dependence. Exp Clin Psychopharmacol 2002; 10 (3): 286-94.

Schünemann HJ, Jaeschke R, Cook DJ, Bria WF, El-Solh AA, Ernst A, et al. ATS Documents Development and Implementation Committee. An official ATS statement: grading the quality of evidence and strength of recommendations in ATS guidelines and recommendations. Am J Respir Crit Care Med 2006; 174 (5): 605-14.

Shannon K, Ishida T, Morgan R, Bear A, Oleson M, Kerr T, Tyndall MW. Potential community and public health impacts of medically supervised safer smoking facilities for crack cocaine users. Harm Reduct J 2006; 3: 1.

Shearer J, Wodak A, van Beek I, Mattick RP, Lewis J. Pilot randomized double blind placebo-controlled study of dexamphetamine for cocaine dependence. Addiction 2003; 98 (8): 1137-41.

Shearer J. Psychosocial approaches to psychostimulant dependence: a systematic review. J Subst Abuse Treat 2007; 32 (1): 41-52.

Shekelle P, Ortiz E, Rhodes S, Morton SC, Eccles MP, Grimshaw JM, Woolf SH. Validity of the Agency for Healthcare Research and Quality clinical practice guidelines: how quickly do guidelines become outdated? JAMA 2001; 286 (12): 1461-7.

Shoptaw S, Kintaudi PC, Charuvastra C, Ling W. A screening trial of amantadine as a medication for cocaine dependence. Alcohol and Drug Dependence 2002; 66: 217-224.

Shoptaw S, Heinzerling KG, Rotheram-Fuller E, Kao UH, Wang PC, Bholat MA, Ling W. Bupropion hydrochloride versus placebo, in combination with cognitive behavioral therapy, for the treatment of cocaine abuse/dependence. J Addict Dis 2008; 27 (1): 13-23.

Silverman K, Higgins ST, Brooner RK, Montoya ID, Cone EJ, Schuster CR, Preston KL. Sustained cocaine abstinence in methadone maintenance patients through voucher-based reinforcement therapy. Arch Gen Psychiatry 1996; 53 (5): 409-15.

Silverman K, Wong CJ, Umbricht-Schneiter A, Montoya ID, Schuster CR, Preston KL. Broad beneficial effects of cocaine abstinence reinforcement among methadone patients. J Consult Clin Psychol 1998; 66 (5): 811-24.

Silverman K, Svikis D, Robles E, Stitzer ML, Bigelow GE. A reinforcement-based therapeutic workplace for the treatment of drug abuse: six-month abstinence outcomes. Exp Clin Psychopharmacol. 2001;9(1):14-23.

Singer LT, Minnes S, Short E, Arendt R, Farkas K, Lewis B, Klein N, Russ S, Min MO, Kirchner HL. Cognitive outcomes of preschool children with prenatal cocaine exposure. JAMA. 2004 May 26;291(20):2448-56.

Sistema d'Informació de Drogodependències de Barcelona (SIDB). Actualització dels indicadors de drogues corresponents al 3r i 4t trimestre de 2007. Barcelona: Agència de Salut Pública de Barcelona. 2008.

Smelson DA, Williams J, Ziedonis D, Sussner BD, Losonczy MF, Engelhart C, et al. A double-blind placebo controlled pilot study of risperidone for decreasing cue-elicited craving in recently withdrawn cocaine dependent patients. Journal of Substance Abuse Treatment 2004; 27 (1): 45-9.

Smelson DA, Ziedonis D, Williams J, Losonczy MF, Williams J, Steinberg ML, et al. The efficacy of olanzapine for decreasing cue-elicited craving in individuals with schizophrenia and cocaine dependence. Journal of Clinical Psychopharmacology 2006; 26 (1): 9-12.

Smelson DA, Ziedonis D, Williams J, Losonczy MF, Williams J, Steinberg ML, et al. The efficacy of olanzapine for decreasing cue-elicited craving in individuals with schizophrenia and cocaine dependence. Journal of Clinical Psychopharmacology 2006; 26 (1): 9-12.

Smith LA, Gates S, Foxcroft D. Therapeutic communities for substance related disorder. Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, Issue 1. Art. No.: CD005338. DOI: 10.1002/14651858. CD005338.pub2.

Schmitz JM, Averill P, Stotts AL, Moeller FG, Rhoades HM, Grabowski J. Fluoxetine treatment of cocaine-dependent patients with major depressive disorder. Drug Alcohol Depend 2001; 63 (3): 207-14.

Schmitz JM, Stotts AL, Rhoades HM, Grabowski J. Naltrexone and relapse prevention treatment for cocaine-dependent patients. Addict Behav 2001; 26 (2): 167-80.

Schmitz JM, Stotts AL, Sayre SL, DeLaune KA, Grabowski J. Treatment of cocaine-alcohol dependence with naltrexone and relapse prevention therapy. Am J Addict 2004; 13 (4): 333-41.

Scott CK, Sherman RE, Foss MA, Godley L. Impact of centralized intake on case management services. Journal of Psychoactive Drugs 2002;34(1):31–7.

Soares B, Lima Reisser AARL, Farrell M, Silva de Lima M. Dopamine agonists for cocaine dependence. Cochrane Database of Systematic Reviews 2003, Issue 2. Art. No.: CD003352. DOI: 10.1002/14651858.CD003352.

Sofuoglu M, Pentel PR, Bliss RL, Goldman AI, Hatsukami DK. Effects of phenytoin on cocaine self-administration in humans. Drug and Alcohol Dependence 1999; 53 (3): 273-5.

Sopeña B, Rivera A, Rodríguez-Domínguez M, Rodríguez-Rodríguez M, Argibay A, Maure B, Gimena B, Martínez-Vázquez C. Complicaciones relacionadas con el consumo de cocaina que precisaron ingreso hospitalario. Rev Clin Esp 2008; 208 (1): 12-7.

Sorensen JL, Dilley J, London J, Okin RL, Delucchi KL, Phibbs CS. Case management for substance abusers with HIV/AIDS: a randomized clinical trial. American Journal of Drug and Alcohol Abuse 2003;29(1):133–50

Sorensen JL, Masson CL, Delucchi K, Sporer K, Barnett PG, Mitsuishi F, et al.Randomized trial of drug abuse treatment-linkage strategies. Journal of Consulting and Clinical Psychology 2005;73(6): 1026–35.

Stine SM, Krystal JH, Kosten TR, Charney DS. Mazindol treatment for cocaine dependence. Drug Alcohol Depend 1995; 39 (3): 245-52.

Stitzer M, Petry N. Contingency management for treatment of substance abuse. Annu Rev Clin Psychol 2006; 2: 411-34.

Stotts AL, Schmitz JM, Rhoades HM, Grabowski J. Motivational interviewing with cocaine-dependent patients: a pilot study. J Consult Clin Psychol 2001; 69 (5): 858-62.

Stoops WW, Lile JA, Lofwall MR, Rush CR. The safety, tolerability, and subject-rated effects of acute intranasal cocaine administration during aripiprazole maintenance. Am J Drug Alcohol Abuse 2007; 33 (6): 769-76.

Review Manager (RevMan) [Computer program]. Version 5.0. Copenhagen: The Nordic Cochrane Centre, The Cochrane Collaboration, 2008.

Tennant F Jr, Tarver AL. Double-blind comparison of desipramine and placebo in withdrawal from cocaine dependence. NIDA Res Monogr 1984; 55: 159-63.

Tennant FS, Sagherian AA. Double-blind comparison of amantadine and bromocriptine for ambulatory withdrawal from cocaine dependence. Archives of Internal Medicine 1987; 147: 109-112.

Terplan M, Lui S. Psychosocial interventions for pregnant women in outpatient illicit drug treatment programs compared to other interventions. Cochrane Database of Systematic Reviews 2007, Issue 4. Art. No.: CD006037. DOI: 10.1002/14651858.CD006037.pub2.

Torrens M, Fonseca F, Mateu G, Farre M. Efficacy of antidepressants in substance use disorders with and without comorbid depression. A systematic review and meta-analysis. Drug Alcohol Depend 2005; 78 (1): 1-22.

Triffleman E, Deluchi K, Tunis S, Banys P, Hall S. Desipramine in the treatment of ¨crack¨cocaine dependence Preliminary results. NIDA Monograph Series 1992; 132: 317.

Trujols J, Luquero E, Siñol N, Bañuls E, Tejero A, Batlle F, Perez de los Cobos J. Técnicas de intervención cognitivo-conductuales para el tratamiento de la dependencia de la cocaína. Actas Esp Psiquiatr 2007; 35 (3): 190-8.

Tsuang JW, Eckman T, Marder S, Tucker D. Can risperidone reduce cocaine use in substance abusing schizophrenic patients? J Clin Psychopharmacol 2002; 22 (6): 629-30.

Tucker JA, Roth DL. Extending the evidence hierarchy to enhance evidence-based practice for substance use disorders. Addiction 2006; 101 (7): 918-32.

Weddington WW, Brown BS, Haertzen CA, Hess JM, Mahaffey JR, Kolar AF, Jaffe JH. Comparison of Amantadine Combined with Psychotherapy for Treatment of Cocaine Dependence. Am J Drug Alcohol Abuse. Am J Drug Alcohol Abuse 1991; 17: 137-52.

Wells EA, Peterson PL, Gainey RR, Hawkins JD, Catalano RF. Outpatient treatment for cocaine abuse: a controlled comparison of relapse prevention and twelve-step approaches. Am J Drug Alcohol Abuse 1994; 20 (1): 1-17.

Werneke U, Turner T, Priebe S. Complementary medicines in psychiatry: review of effectiveness and safety. Br J Psychiatry 2006; 188: 109-21.

Wexler HK, Magura S, Beardsley MM, Josepher H. ARRIVE: an AIDS education/relapse prevention model for high-risk parolees. Int J Addict. 1994;29(3):361-86.

Williamson A, Darke S, Ross J, Teesson M. The association between cocaine use and short-term outcomes for the treatment of heroin dependence: findings from the Australian Treatment Outcome Study (ATOS). Drug Alcohol Rev 2006; 25 (2): 141-8.

Williamson A, Darke S, Ross J, Teesson M. The effect of persistence of cocaine use on 12-month outcomes for the treatment of heroin dependence. Drug Alcohol Depend 2006; 81 (3): 293-300.

Williamson A, Darke S, Ross J, Teesson M. The effect of baseline cocaine use on treatment outcomes for heroin dependence over 24 months: findings from the Australian Treatment Outcome Study. J Subst Abuse Treat 2007; 33 (3): 287-93.

Winhusen TM, Somoza EC, Harrer JM, Mezinskis JP, Montgomery MA, Goldsmith RJ et al. A placebo-controlled screening trial of tiagabine, sertraline and donepezil as cocaine dependence treatments. Addiction 2005; 100 (supl. 1): 68-77.

Winhusen T, Somoza E, Ciraulo DA, Harrer JM, Goldsmith RJ, Grabowski J, Coleman FS, Mindrum G, Kahn R, Osman S, Mezinskis J, Li SH, Lewis D, Horn P, Montgomery MA, Elkashef A. A double-blind, placebo-controlled trial of tiagabine for the treatment of cocaine dependence. Drug Alcohol Depend 2007; 91 (2-3): 141-8.

Winhusen T, Somoza E, Sarid-Segal O, Goldsmith RJ, Harrer JM, Coleman FS, Kahn R, Osman S, Mezinskis J, Li SH, Lewis D, Afshar M, Ciraulo DA, Horn P, Montgomery MA, Elkashef A. A double-blind, placebo-controlled trial of reserpine for the treatment of cocaine dependence. Drug Alcohol Depend 2007; 91 (2-3): 205-12.

Woody GE , McLellan AT, Luborsky L, O'Brien CP. Psychotherapy in community methadone programs: a validation study. Am J Psychiatry. 1995 Sep;152(9):1302-8

Zanis DA, McLellan TA, Alterman AI, Cnaan RA. Efficacy of enhanced outreach counseling to re-enroll high-risk drug users 1 year after discharge from treatment. American Journal of Psychiatry 1996;153(8):1095–6.

Ziedonis DM, Kosten TR. Depression as a prognostic factor for pharmacological treatment of cocaine dependence. Psychopharmacol Bull 1991; 27 (3): 337-43.