



Adicciones

ISSN: 0214-4840

secretaria@adicciones.es

Sociedad Científica Española de Estudios
sobre el Alcohol, el Alcoholismo y las otras
Toxicomanías
España

CARREÑO RENDUELES, JOSÉ EDUARDO; CAMPOS CLOUTE, RAFAEL; BOBES GARCÍA, JULIO
Situación actual de los Programas de Desintoxicación. ¿Cuándo y cómo desintoxicar?

Adicciones, vol. 17, núm. 2, 2005, pp. 205-222

Sociedad Científica Española de Estudios sobre el Alcohol, el Alcoholismo y las otras Toxicomanías
Palma de Mallorca, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=289122022009>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Situación actual de los Programas de Desintoxicación. ¿Cuándo y cómo desintoxicar?

JOSÉ EDUARDO CARREÑO RENDUELES⁽¹⁾; RAFAEL CAMPOS CLOUTE⁽²⁾; JULIO BOBES GARCÍA⁽³⁾.

(1) Director médico de la Clínica Médico Psicológica Asturias de Gijón. Director médico de Eurodetox (España)

(2) Encargado de la Unidad de tratamiento de Adicciones de Mijas.

Exjefe de la Unidad de desintoxicación hospitalaria del Hospital de la Cruz Roja de Málaga

(3) Catedrático de Psiquiatría de la Universidad de Oviedo. Jefe de Servicio del Área Sanitaria IV (Oviedo) de Asturias.

Enviar correspondencia a: Dr. J. Eduardo Carreño Rendueles. Clínica Médico Psicológica Asturias. C/ Asturias, 8 – 5º.
33206 Gijón – Asturias. Tel: 985341607 Fax: 985171553 e-mail: cmedico@telecable.es

RESUMEN

El cambio en los pacientes dependientes de opiáceos que demandan tratamiento en la actualidad, y el mejor conocimiento del trasfondo neurobiológico que subyace en el desarrollo de la adicción a opiáceos, ha provocado un cambio consecuente en los modelos de abordaje de la misma. No obstante, la desintoxicación física continua manteniendo un lugar predominante entre las diversas aproximaciones al paciente opioidependiente.

En el presente capítulo, presentaremos los avances en el conocimiento de los procesos que subyacen en la fisiopatología del sdr. de abstinencia opioide, poniendo en relación los mismos con los elementos de los diferentes programas de desintoxicación existentes en nuestro medio. Se describen cada uno de ellos y se discuten las características de aplicación de los mismos.

En el momento actual, dada la existencia de numerosos protocolos, que han demostrado su eficacia en el proceso de desintoxicación física. El verdadero problema, es definir adecuadamente las indicaciones y contraindicaciones de cada uno de ellos, es decir su marco de uso, basado como es preceptivo en la actualidad en la evidencia científica. En este contexto, se han de resolver aun, una serie de elementos de discusión (indicaciones, complicaciones...) de alguno de estos programas, principalmente los de antagonización rápida, que todavía limitan su aplicación.

Para terminar, se exponen los parámetros, que a nuestro entender, configuraran el marco futuro de los programas de desintoxicación, dentro del cambio que se esta operando en los diversos sistemas de salud.

Palabras clave: Desintoxicación, opiáceos, evidencia científica, protocolos.

ABSTRACT

The change in the dependent patients of opiate who demand treatment at the present time, and the best knowledge in the neurobiology that underlies in the development of the addiction to opiate, has caused a consequent change in the models of boarding of the addiction. Nevertheless, the physical detoxification still has a predominant place among the diverse approaches to the dependent patient of opiate.

In this chapter, we will show the advances in the knowledge of the processes that underlie in the fisiopatological of the abstinence opioide, putting them in relationship with the elements of the different programs of existent detoxifications in our country. Each one of them is described and the characteristics of application are discussed.

Nowadays, given the existence of several protocols, those have proved their efficacy in the physical detoxification process. The real problem consists in defining properly their indications and counter indications that is their field of application. This is based, as it is compulsory now, on the scientific evidence. In this context, we still have to give solution to a series of elements of discussion (indications, problems...) of any these programs specially those of fast antagonization, that still limit their application.

To finish, we expose the parameters that, to our understanding, configured the future mark of the desintoxicación programs, within the change that is operating in the diverse systems of health.

Key words: Heroin, Detoxification, opiate, scientific evidence, protocols.

1.- INTRODUCCIÓN:

El objetivo de los programas de desintoxicación física, es aportar al paciente dependiente de opiáceos, un medio de abandonar el consumo de la sustancia de la cual depende, de un modo que le resulte soportable y sin riesgos. O en palabras del Group for the Advancement of Psychiatry Committee on Alcoholism and the Addictions, el proceso o procesos por los cuales un paciente drogodependiente, deja de consumir la sustancia motivo de dependencia, sin experimentar los efectos del síndrome de abstinencia correspondiente⁽¹⁾.

El modelo de abordaje de las adicciones, y en particular de la dependencia de opiáceos, ha experimentado oscilaciones radicales a lo largo del tiempo. De la extensión de los programas de mantenimiento con agonistas opiáceos, durante las décadas de los 80s y 90s, y entendida sobre todo desde una perspectiva de bienestar social. Se ha pasado, con el avance de los conocimientos en neurobiología de las conductas adictivas, a una perspectiva "reparadora" de los sistemas cerebrales alterados durante el consumo, en cuyo contexto, el estado libre de drogas representa el objetivo óptimo.

El paciente dependiente de opiáceos, que aspire a una abstinencia continuada, bien en un programa libre de drogas, o tras un programa de mantenimiento con agonistas (pues esta claro que estos también pueden tener una limitación temporal y hoy se insiste en el carácter dinámico de las orientaciones de tratamiento), tendrá necesidad de un programa de desintoxicación física, que aumente la efectividad y eficacia de su intento.

Sobre los programas de desintoxicación, pesa una polémica, a la que no son extraños criterios "sociales" que con frecuencia inspiren interpretaciones diferentes a la evidencia científica y que vienen a condicionar los diversos enfoques de la asistencia al drogodependiente. Esta claro que la desintoxicación no es un proceso suficiente por si mismo y que debe considerarse como una fase inicial de un tratamiento integral de duración pro-

longada, pero iniciar el proceso terapéutico con un paciente adicto, mediante una adecuada desintoxicación, presenta indudables ventajas: lograr la desintoxicación haciendo de la abstinencia una experiencia tolerable, produce mayores tasas de retención en esta fase del tratamiento; consigue periodos de abstinencia (limitados pero útiles); refuerza la alianza terapéutica consiguiendo la confianza de los pacientes (recordemos que aun hoy, el "miedo al mono" es uno de los factores que mas limita el acceso de los pacientes al sistema sanitario); y permite que mas pacientes accedan a los siguientes escalones del proceso terapéutico.

En la actualidad, se han desarrollado protocolos eficaces, rápidos y seguros que permiten desintoxicar adecuadamente a cada vez mayor numero de pacientes dependientes de opiáceos, evitando de paso la sobrecarga del sistema de salud y la consiguiente dilación de la asistencia, responsable de una gran parte de recaídas.

2.- FISIOPATOLOGÍA DEL SÍNDROME DE ABSTINENCIA DE OPIÁCEOS:

En otros capítulos de esta monografía, se describen ampliamente tanto el sistema opioide endógeno, como las acciones que sobre el ejercen los agonistas y antagonistas opiáceos. Solo recordaremos aquí brevemente, los cambios morfofuncionales y neuroquímicos que tienen lugar durante el síndrome de abstinencia de opiáceos (en adelante SAO), y cuyo control es el objetivo de los diferentes programas de desintoxicación.

Al cesar el aporte de opiáceos, tras un periodo de consumo mas o menos prolongado, se producen fenómenos de rebote, entre los que destaca el incremento agudo de AMPc mesolímbico y amigdalino y en consecuencia, de los mediadores intracelulares que participan en su vía. Estos cambios son los responsables de la sintomatología somática (conductual y vegetativa) y emocional de la abstinencia.

Durante la abstinencia, se ha observado una hiperactividad en áreas mesolímbicas, de modo semejante a lo que sucede en la fase de consumo, sobre todo en la amígdala y amígdala extendida, así como en otras áreas como el locus coeruleus, la sustancia gris periacueductal y el hipotálamo. Los cambios en las áreas límbicas se relacionan con la sintomatología emocional del SAO, mientras que los otros centros participarían en sintomatología somática (conductual y autónoma) del SAO⁽²⁾.

Durante el SAO, se detecta un gran aumento de dopamina en la corteza prefrontal, junto con una disminución acentuada de la liberación de dopamina en el núcleo accumbens. Los cambios en la corteza prefrontal, son de naturaleza tanto compensatoria como agravante del síndrome. El aumento de DA prefrontal disminuye la gravedad somática del SAO (ejemplo de mecanismo homeostático), pero, de modo reactivo, disminuye la actividad dopaminérgica en el núcleo accumbens, que es la clave del desarrollo de la disforia propia del SAO⁽³⁾. Esta disforia, también se debe al aumento de AMPc intracelular en dicho núcleo, que ocasiona la liberación de dinorfinas que actúan sobre receptores kappa del área tegmental ventral, inhibiendo la actividad de las neuronas dopaminérgicas de esta región.

Además, se detecta un aumento en la tasa de liberación de serotonina en la amígdala extendida y en la corteza cerebral, que responde a un mecanismo homeostático antidisfórico, que justifica (por ejemplo), el uso de fármacos ISRS en los protocolos de control de la abstinencia⁽⁴⁾.

Por otra parte, existe un importante aumento de la actividad noradrenérgica cortical y límbica durante la abstinencia, que se relaciona con la gravedad del síndrome. Antes se creía que este fenómeno se debía a una hiperactividad en el locus coeruleus (fuente principal de noradrenalina del cerebro), pero en la actualidad este hecho se encuentra a discusión pues existen trabajos de investigación a favor y en contra de la influencia de este núcleo en el SAO, tras su lesión o ablación quirúrgica^(5, 6). Si se ha demostrado, que la actividad noradrenérgica que se origina en los núcleos noradrenérgicos espinales (A1-A2) e incide principalmente en la amígdala extendida, es clave en la sintomatología somática del SAO⁽⁷⁾.

Finalmente, en el área gris periacueductal se detecta una hiperactividad gábergica que podría relacionarse con la gravedad vegetativa del SAO, junto con el aumento de la actividad del eje hipotálamo-hipofisario-adrenal, que se manifiesta por el aumento del CRF, de la hormona adrenocorticotropa, y de corticoides sanguíneos⁽²⁾.

La sintomatología típica (pues hay gran variación individual) del SAO, cursa en varias fases (tabla 1), oscilando su duración (en su curso natural) entre 3 y 5 días, con una fase de resolución posterior donde persisten algunos síntomas residuales, como el insomnio y los cambios de temperatura, de hasta 5 días más⁽⁸⁾. El objetivo de los programas de desintoxicación física, es precisamente controlar esta sintomatología, y para ello, nos valdremos de diferentes estrategias como veremos seguidamente.

Tabla 1. SIGNOS Y SÍNTOMAS DEL SAO

| 1ª Fase | 2ª Fase | 3ª Fase | 4ª Fase |
|----------------|-------------------|-------------------|-----------------------|
| De 4 a 8 h. | A partir de 12 h. | De 18 a 24 h. | De 24 a 36 h. |
| Ansiedad | Midriasis | Insomnio | Vómitos |
| Bostezos | Piloerección | T.A. > 160/95 | Diarrea |
| Lagrimo | Dolores O-M | Aumento de Temp. | Leucocitosis |
| Rinorrea | Irritabilidad | Pulso > 90 l/min. | Calambres muscul. |
| Sudoración | | Taquipnea | Fiebre |
| | | Nauseas | Eyacuación espontánea |

3.- MODELOS DE DESINTOXICACIÓN:

Los diferentes abordajes farmacológicos de la desintoxicación de opiáceos, buscan controlar los síntomas, anteriormente descritos, mediante la normalización de los cambios neuroquímicos que se producen durante el SAO, o bien de modo puramente sintomático. Para ello, en la actualidad contamos con los recursos que se describen seguidamente.

Modelos de supresión brusca, libres de fármacos:

La cuestión de medicar o no medicar, con el fin de disminuir la incomodidad de la abstinencia, ha sido muy debatida y existen razones a favor y en contra de ambas posturas. Sin embargo, desde el punto de vista sanitario, no se puede considerar ético, someter a un paciente a todo o parte del SAO, si contamos con los medios necesarios para disminuir o evitar su aparición. Además, el hecho de realizar una correcta desintoxicación suprimiendo el SAO por procedimientos farmacológicos (los únicos posibles por el momento), reúne también una serie de ventajas nada desdeñables y ya enumeradas.

En el momento actual, las terapias “*drug-free*” solo se realizan en el marco de algunas Comunidades Terapéuticas (generalmente no profesionales). El planteamiento, es que la sintomatología del SAO, no es intrínsecamente “mala”, sino que debe verse como una muestra de la liberación de la dependencia, y es una forma de valorar el interés del paciente por conseguir la abstinencia, e implicarse en el tratamiento posterior, atribuyéndosele también efectos supuestamente aversivos contra nuevos consumos. Este planteamiento, tiene tres inconvenientes principales: En primer lugar, que como ya hemos señalado, el miedo al “mono”, es probablemente el factor que mas influye en el retardo a iniciar un programa terapéutico; en segundo lugar, se ha demostrado que los estímulos aversivos (refuerzo negativo), no son los mas implicados en el mantenimiento de la abstinencia⁽⁹⁾; por ultimo, como ya se ha mencionado, para

cualquier profesional sanitario, es prioritario evitar sufrimientos a los pacientes y por tanto, no nos parece ético obligar a los pacientes a experimentar todo o parte del SAO, si existen medios eficaces de controlarlo.

Actualmente, las propias CT que no realizaban desintoxicaciones farmacológicas, asumen cada vez mas la necesidad de realizarlas (incluso con medios externos), y algunas incluso las recomiendan previas al ingreso, lo que indica, que la causa real para no llevarlas a cabo, es no disponer de medios para ello.

Modelos con agonistas opiáceos y agonistas parciales:

Consiste en sustituir el opioide de semivida corta (heroína) por otro agonista (completo o parcial) de semivida mas larga (metadona, buprenorfina, dextropropoxifeno o codeína) y reducir paulatinamente sus niveles, de manera que no se desencadene el SAO, o bien que este se produzca de manera paulatina y con tiempo para la adaptación por parte del paciente. Este método, que desde luego parece el más lógico, presenta indudables ventajas, pero también algunos inconvenientes (tabla 2), que condicionan su uso. Debemos comentar alguno de ellos.

El principal inconveniente de estos programas, es que, dada su larga duración (de siete a 21 días según el consumo y el agonista utilizado), aumentan los riesgos de recaídas en el consumo durante el tratamiento, disminuyendo su efectividad. Además, la necesidad de respetar un intervalo de “*opioid free*” (variable según la vida media del agonista utilizado) antes de comenzar un programa con antagonistas, aumenta aun más la posibilidad de recaída, reduciendo el porcentaje de éxito de estos programas que se sitúa entre el 40 y el 60% según se realicen en medio ambulatorio u hospitalario.

En los protocolos, se utilizan fundamentalmente: metadona, y propoxifeno. La codeína, no presenta ventajas sobre el propoxifeno, y si tiene la desventaja de la gran constipación que produce, y su difícil manejo por su diferente biodisponibilidad. Es importante utilizar

Tabla 2. Ventajas y desventajas de los tratamientos con agonistas

| Ventajas | Inconvenientes |
|---|--|
| • Es un método muy fisiológico | • Duración muy prolongada (entre 7 y 21 días) |
| • Puede realizarse en la mayor parte de los pacientes | • Posibilidad de sobredosificación (accidental o intencionada) |
| • Tiene gran aceptación por parte de los pacientes | • Necesidad de un tiempo libre de tratamiento antes de comenzar programas con antagonistas |
| • Controla muy bien los síntomas de SAO | • Tratamientos regulados por disposiciones legales |
| • Mínima repercusión económica | • Escasa efectividad |

Tabla 3. Equivalencias entre agonistas opiáceos

| Sustancia | (mg) | Duración |
|-----------------------|---------------------------|----------|
| • Morfina | 1 (V.I.V.) | 4-5 h. |
| • Metadona | 2 (V.O.) | 4-8 h. |
| • Propoxifeno | 40 (V.O.) | 4-6 h. |
| • Codeína | 20 (V.O.) | 4-6 h. |
| • Heroína | 0.66 (al 100% vía inhal.) | - |
| • Buprenorfina | 0.013 (V. Sublingual) | 6-8 h |

las equivalencias adecuadas⁽¹⁰⁾ entre fármacos (tabla 3), siendo un gran inconveniente para realizar una correcta dosificación, la diferente pureza de la heroína utilizada por los pacientes. Si añadimos a esto, lo dicho anteriormente acerca de la experiencia subjetiva del "mono", nos encontraremos con tendencias a sobredosificar la medicación para hacer más confortables las pautas, esto, según el agonista utilizado puede presentar complicaciones (p. ej. si utilizamos propoxifeno, no se debe pasar de 1200 mg/día, por el riesgo de aparición de psicosis tóxicas, o si utilizamos codeína, no deberíamos sobrepasar los 500 mg/día), por lo que se añaden habitualmente, benzodiacepinas, neurolépticos sedantes... que también pueden producir problemas por interacción con el agonista utilizado. Un método para disminuir la cantidad de agonista necesaria, puede ser utilizar conjuntamente un agonista α -2-adrenérgico (como se comentará más adelante).

Las pautas utilizadas habitualmente, se resumen seguidamente, pudiendo modificar-

se en función de la experiencia y disponibilidad de los diferentes equipos terapéuticos.

Pautas con Metadona: Los criterios de dosificación para utilizar la metadona en desintoxicación, son algo diferentes a los usados en programas de mantenimiento con este mismo fármaco. La razón es evidente, en la desintoxicación, no estamos buscando una estabilización de niveles plasmáticos, sino un aclaramiento paulatino de los mismos, evitando cuidadosamente la acumulación del fármaco.

Existen en nuestro medio, diversas pautas, pero dos, son las más comúnmente usadas⁽¹¹⁾:

- **Pauta 1:** (solución extemporánea)
 - Ajustar la dosis inicial según equivalencias, administrándola por vía oral fraccionada cada 12 h.
 - Mantener la dosis inicial 48 h.
 - Reducir un 10% diario (repartiendo la reducción entre las dos tomas)
- **Pauta 2:** (comprimidos)

- Ajustar la dosis inicial según equivalencias, fraccionándola cada 8 h.
- Mantener 48 h. (en algunos pacientes puede ser necesario aumentar la dosis en 5-10 mg)
- Reducir 5 mg./día

En el caso de la metadona, es muy importante esperar un intervalo de tiempo, antes del comienzo del tratamiento con antagonistas, en caso de que este se vaya a realizar, hasta la completa desaparición de la metadona de los receptores opioides, con el fin de evitar SAOs diferidos. Este intervalo oscila entre 3 y 7 días según los autores.

Pautas con Propoxifeno y Codeína: Son los fármacos mas comúnmente usados a nivel ambulatorio, por sus excelentes resultados, seguridad y facilidad de manejo⁽¹²⁾. Tienen además la ventaja sobre la metadona, de que el intervalo “*opioid free*” necesario antes de introducir un antagonista, es mucho mas corto (algunos autores contemplan solo 24h. si se acompaña la inducción de Naltrexona con un agonista alfa-2, que minimice posibles reacciones).

La pauta mas común, se presenta seguidamente (tabla 4). Es importante seguir el

esquema de reducción, para asegurar la máxima acción de los fármacos.

La medicación, se puede administrar en forma abierta (conociendo el paciente los fármacos que componen la pauta), o cerrada (la medicación va encapsulada y el paciente desconoce su composición). Este segundo método, es el mas aconsejable según diversos autores⁽¹⁰⁾, ofrece las siguientes ventajas: la medicación actúa en un sujeto libre de perjuicios (dado que la gran mayoría de drogodependientes poseen abundante experiencia en el uso ilegal de estos medicamentos), existe menor riesgo de derivación al mercado ilegal y si se entregan dosis limitadas (para pocos días) hay menos riesgo de sobredosificación. En este caso, es necesario que el paciente firme el correspondiente consentimiento informado, y que la composición de la medicación permanezca a disposición del personal sanitario que la pudiera necesitar (por ejemplo, incluyendo dicha información en un sobre cerrado en poder de un familiar responsable).

Pautas con Buprenorfina: La buprenorfina es un tratamiento particularmente atractivo porque, cuando se compara con otros

Tabla 4. Propoxifeno / Codeína

| <ul style="list-style-type: none"> • Dosificar según equivalencias, hasta un máximo de 1.200 mg/día (propoxifeno), o 500 mg/día (codeína) • Reducir 150 mg/día (p) / 60 mg/día (c) según esquema | | |
|--|------|--------------|
| Posología | DÍA: | Caps. / 8 h. |
| | 1 | 3 - 3 - 3 |
| | 2 | 3 - 2 - 3 |
| | 3 | 3 - 2 - 2 |
| | 4 | 2 - 2 - 2 |
| | 5 | 2 - 1 - 2 |
| | 6 | 2 - 1 - 1 |
| | 7 | 1 - 1 - 1 |
| | 8 | 1 - 0 - 1 |
| | 9 | 1 - 0 - 0 |
| | 10 | 0 - 0 - 0 |
| <ul style="list-style-type: none"> • Utilizar Bzd. de vida media corta durante el día (tipo alprazolam) y de vida media larga, por la noche (tipo Clorazepato). • En caso necesario, se pueden añadir hipnóticos (midazolam) o neurolépticos sedantes. • Si la dosis consumida por el paciente, supera la equivalencia de 1200 mg, se pueden añadir a la pauta α-2-adrenérgicos (clonidina) o imidazólicos (lofexidina) | | |

medicamentos como la metadona, origina efectos opiáceos más débiles y es menos probable que cause problemas de sobredosis. La buprenorfina también produce un nivel menor de dependencia física, por lo que los pacientes que descontinúan el medicamento generalmente tienen menos síntomas de abstinencia que aquellos que descontinúan la metadona. Debido a estas ventajas, la buprenorfina puede ser apropiada para usar en una variedad mayor de ambientes de tratamiento que los medicamentos opiáceos actualmente disponibles en nuestro país⁽¹³⁾.

Como se ha mencionado en capítulos previos de esta monografía, la buprenorfina, es un derivado tebaínico, con efecto agonista μ de larga duración (a dosis bajas y medias), agonista parcial μ (a dosis altas), y antagonista κ (a cualquier dosis)⁽¹⁴⁾. Este perfil farmacológico, nos ofrece muy interesantes alternativas para su uso en desintoxicaciones. En primer lugar, los receptores opiáceos, se van ocupando lentamente por lo que los síntomas del SAO, van apareciendo secuencialmente y son más fáciles de manejar. La ocupación receptorial es duradera, y se liberan muy lentamente, lo que ha posibilitado incluso modelos de desintoxicación con dosis únicas elevadas de buprenorfina⁽¹⁵⁾. El efecto antagonizador sobre los receptores κ contribuye a disminuir la disforia percibida.

Como en todos los casos de tratamiento con agonistas, las pautas de dosificación responden a un esquema, en que se busca una equivalencia inicial con el opiáceo de abuso, y una reducción lenta⁽¹⁶⁾ (que algunos autores señalan que puede ser de hasta el 50% de la dosis diaria). El problema en nuestro país, es que las presentaciones disponibles (comprimidos de 0,2 mg, inyectables de 0,3 y parches transdérmicos de 0,8 1,2 y 1,6 mg) hacen difícil una adecuada dosificación. Esperamos que la próxima introducción en nuestro país de nuevas presentaciones comerciales de este fármaco resuelva el problema.

Quizá el mayor problema del uso de buprenorfina, es que al ser un agonista parcial se acopla a los receptores de forma muy fuerte y en caso (afortunadamente poco frecuente)

de depresión respiratoria el antídoto naloxona actuaría con dificultad.

En aquellos países que al principio optaron por la buprenorfina las razones fueron (a nuestra manera de ver), económicas y políticas, no farmacológicas. La metadona tiene un perfil de seguridad mayor, es más fácil de metabolizar y en España al menos es mucho más barata. No obstante, tanto revisiones Cochrane⁽¹⁷⁾, como trabajos de evaluación coste-eficacia⁽¹⁸⁾, sitúan este fármaco como uno de los mas prometedores en tratamientos de desintoxicación.

Modelos con agonistas α -2-adrenérgicos e imidazólicos: Dado que el predominio noradrenérgico, es clave en el desarrollo de la sintomatología somática de abstinencia, como ya hemos comentado. Parece lógica la utilización de estos fármacos en el control del SAO. A partir de los trabajos de Gold⁽¹⁹⁾ en los años 70s y 80s, su uso se ha generalizado y aun permanecen como los mas usados en nuestro país.

Tras la retirada de la Guanfacina, en 1997, el único representante del grupo de los α -2-agonistas es la Clonidina, fármaco ampliamente utilizado en nuestro país en el tratamiento de la desintoxicación de opiáceos. No obstante esta amplia utilización, el fármaco presenta algunos inconvenientes, principalmente⁽²⁰⁾:

- Aunque controla los síntomas de abstinencia, no bloquea de igual modo la vivencia del SAO, por lo que no es muy confortable para los pacientes, lo que disminuye la efectividad de estas pautas.
- Tiene numerosas interacciones y efectos secundarios, lo que origina contraindicaciones, que muy a menudo no son tenidas en cuenta.
- Puede enmascarar un síndrome de abstinencia a benzodiazepinas, lo que dado lo frecuente del consumo mixto en nuestros pacientes, es un inconveniente importante.

La dosificación de la clonidina en las pautas de desintoxicación (Tabla 5), responde a las características de cantidad de opiáceo consumida y peso del paciente. Esta dosificación por peso es muy importante para evitar pro-

Tabla 5. Protocolos de Desintoxicación con Clonidina

| Día | Pauta 1 Consumo $\leq 1/4$ | Pauta 2 Consumo $1/4-1/2$ | Pauta 3 Consumo $1/2-1$ | Pauta 4 Consumo ≥ 1 |
|--|-------------------------------|------------------------------|----------------------------|-----------------------------|
| Peso del paciente | < 60 Kg // > 60 Kg | < 60 Kg // > 60 Kg | < 60 Kg // > 60 Kg | < 60 Kg // > 60 Kg |
| 1 | 0-2-2 // 0-2-3 | 0-2-3 // 0-2-3 | 0-2-3 | 0-3-3 |
| 2 | 2-2-2 // 2-2-3 | 2-2-3 // 3-2-3 | 3-2-3 | 3-3-3 |
| 3 | 2-2-2 // 2-2-3 | 2-2-2 // 3-2-2 | 3-2-3 | 3-3-3 |
| 4 | 2-1-2 // 2-2-2 | 2-1-2 // 2-2-2 | 3-2-2 | 3-2-3 |
| 5 | 1-1-2 // 2-1-2 | 2-1-1 // 2-1-2 | 3-2-2 | 3-2-2 |
| 6 | 1-1-1 // 1-1-2 | 1-1-1 // 2-1-1 | 2-2-2 | 2-2-2 |
| 7 | 1-0-1 // 1-1-1 | 1-0-1 // 1-1-1 | 2-1-2 | 2-1-2 |
| 8 | 1-0-0 // 1-0-1 | 1-0-0 // 1-0-1 | 2-1-1 | 2-1-1 |
| 9 | 0-0-0 // 1-0-0 | 0-0-0 // 1-0-0 | 1-1-1 | 1-1-1 |
| 10 | | | 1-0-1 | 1-0-1 |
| 11 | | | 1-0-0 | 1-0-0 |
| 12 | | | 0-0-0 | 0-0-0 |
| Dosis expresadas en comprimidos de 0,150 mgr | | | | |

blemas de hipotensión y bradicardia, que son los principales riesgos de estas pautas.

Aunque estos fármacos, sean de los mas usados en nuestro medio, las dificultades de su empleo ambulatorio, los han restringido cada vez mas al ámbito hospitalario, en el que se dispone de mejores recursos. Por ello proponemos que se limite su utilización a la estabilización previa en pautas cortas (como mas adelante comentaremos), o a su uso coadyuvante en pautas con agonistas opiáceos en caso de consumidores de altas dosis.

Los fármacos imidazólicos (lofexidina, moxonidina, rilmenidina...), comparten con los α -2-adrenérgicos, el control de los síntomas de predominio noradrenérgico, mediante el estímulo de receptores presinápticos imidazólicos-1⁽²¹⁾. La lofexidina, no esta por el momento disponible en España, pero ha sido muy utilizada en el Reino Unido⁽²²⁾ tanto en pautas clásicas como en combinación con antagonistas. Su perfil farmacológico es más favorable que el de la clonidina, y presenta menos efectos secundarios, con una dosificación equivalente. La moxonidina ha sido utilizada en España, en un estudio de investigación de nuestro grupo⁽²³⁾ en comparación con clonidina en una pauta de antagonización rápida, es mucho mas dosis dependiente, y

sus resultados clínicos no mejoran a los de los fármacos α -2-adrenérgicos.

Pautas de desintoxicación cortas y ultracortas:

Quizá sean los programas mas controvertidos y sobre los que se ha generado mas polémica en los últimos diez años. Con todo con ello, al contrario que en otros países (lo que no se publica en ingles, no existe para Medline y Cochrane), en España, constituyen una alternativa de tratamiento rutinariamente ofrecida en recursos tanto privados como públicos⁽²⁴⁾ y muchos de los aspectos que fuera de nuestro medio aún se encuentran en revisión, aquí no generan ya ninguna discrepancia.

Estos procedimientos de desintoxicación se basan en cuatro importantes hallazgos clínicos:

- Blachly en 1973(25), comprueba que la administración de naloxona a un dependiente de opiáceos, si bien precipitaba e incrementaba la sintomatología del SAO, también era capaz de reducir la duración del mismo.
- Gold, en 1980(26), demuestra que la clonidina es capaz de reducir o suprimir los síntomas de abstinencia en pacientes dependientes, con supresión brusca del consumo.

- La utilización de naltrexona, precozmente y a dosis altas, disminuye la cantidad de clonidina necesaria para controlar los síntomas, y acorta el síndrome de abstinencia a opiáceos sin aumentar su sintomatología (Kleber et al(27); Vinnig et al(28); Brewer et al(29); Loimer(30).
- Es mas fácilmente controlable (o asumible por el paciente), un SAO moderado y de corta duración, que uno mas leve y prolongado (Brewer et al(29); Oliveros et al(31)).

En esencia, estos procedimientos de desintoxicación, consisten en desencadenar un SAO mediante la administración de un antagonista opioide, y controlar sus síntomas mediante agonistas α -2-adrenérgicos, entre otros fármacos.

Las pautas cortas de desintoxicación, llamadas así por su duración (de tres a cinco días), consisten en una pauta de reducción de agonistas adrenérgicos combinada con una administración de dosis progresivamente aumentadas de Naltrexona, con el uso o no de otros fármacos coadyuvantes. Las mas utilizadas en nuestro medio, son modificaciones de la de Oliveros et al⁽³¹⁾, de 1990. Sin embargo, estas pautas están cada vez mas en desuso, y ya no se recomiendan como de elección en tratamientos de desintoxicación pues presentan una serie de inconvenientes importantes, los principales de los cuales son: el alto riesgo de recaídas en tres o cinco días, sobre todo en pacientes que ya han demostrado su predisposición a las mismas; que los síntomas se reducen en el tiempo, pero no en el tipo ni en la intensidad, lo que origina una sobrecarga asistencial comparativamente mayor; y principalmente, que hasta el final de las mismas,

no se consigue un bloqueo completo, con el consiguiente riesgo de sobredosis en casos de producirse nuevos consumos⁽³²⁾.

El antecedente directo de lo que hoy conocemos como Pautas de Antagonización Rápida (P.A.R.), fue el trabajo de Loimer et al⁽³³⁾, que en 1993, consiguieron una pauta de desintoxicación con la combinación de antagonistas opiáceos (naloxona/naltrexona), y agonistas α -2-adrenérgicos (clonidina), en régimen hospitalario (UCI), con una duración de 24 h. A partir de los trabajos del grupo de Loimer, se sucedieron las publicaciones con adaptaciones de su pauta, a las diferentes realidades asistenciales, pero con una característica común. En todas ellas la desintoxicación se realizaba en unidades de hospitalización completa, y en la mayoría de los casos en UCI.

En 1996, nuestro equipo sistematiza las pautas aplicadas en ámbito ambulatorio⁽³⁴⁾, desarrollándolas durante los siguientes años, hasta los protocolos actualmente usados.

En la actualidad coexisten en nuestro medio protocolos en medio hospitalario y ambulatorio (tablas 6 y 7), siendo su distribución muy variable en el territorio español.

Aunque el presente escrito sea el capítulo de una monografía, y no un estudio de investigación, si nos parece conveniente ofrecer algunas conclusiones que se desprenden de nuestra experiencia en la aplicación de estos protocolos en medio ambulatorio, y que probablemente contribuyan a aclarar algunos puntos que aún se discuten.

1.- Las desintoxicaciones ultracortas, pueden realizarse tanto en medio ambulatorio,

Tabla 6. Pautas de Antagonización, Ventajas e inconvenientes según modelos

| Modelos Hospitalarios | | Modelos ambulatorios | |
|---|--|--|--|
| Ventajas | Inconvenientes | Ventajas | Inconvenientes |
| <ul style="list-style-type: none"> • Mayor control • Manejo de altas dosis • Menos sobrecarga familiar | <ul style="list-style-type: none"> • Alto coste • Mayor riesgo • Mas personal • Disponibilidad de unidades | <ul style="list-style-type: none"> • Menor coste • Muy seguras | <ul style="list-style-type: none"> • Mayor sobrecarga familiar • Menor control • Peor manejo de dosis altas |

Tabla 7. Protocolos de Antagonización Rápida

| <ul style="list-style-type: none"> • Cita a primera hora de la mañana en ayunas • Evaluación de la demanda, constatación objetiva del consumo • Evaluación física completa (gestación, función cardio-pulmonar, analíticas...) • Explicación del protocolo a paciente y familiares • Aceptación y firma del "consentimiento informado" | |
|---|--|
| Modelo Hospitalario | Modelo ambulatorio |
| <ul style="list-style-type: none"> • Ingreso en la unidad • Monitorización • Canalización de vía venosa | <ul style="list-style-type: none"> • Entrega de la medicación al familiar, así como de instrucciones por escrito • El paciente inicia el tto. en su domicilio |
| Premedicación (T = 0): <ul style="list-style-type: none"> - Ondansetrón (4-8 mg) e.v. - Ranitidina (50 mg) e.v. - Clonidina (0.15 mg) s.c. - Atropina (1/2 amp.) s.c. | Premedicación (T = 0): <ul style="list-style-type: none"> - Oxeotrido (200 µg) s.c. |
| + 30 min: <ul style="list-style-type: none"> - Propofol y Midazolam en bolos (3P/1M) hasta conseguir la sedación adecuada - Colocación sonda nasogástrica | + 1 hora: <ul style="list-style-type: none"> - Famotidina (40 mg) v.o. - Ondansetrón (12 mg) v.o. - Midazolam (22.5 mg) v.o. - Clorazepato dp (50 mg) v.o. - Clonidina (0.450 mg) v.o. |
| + 60 min: <ul style="list-style-type: none"> - Naltrexona (75 mg) por la sonda - Almagato (1.5 gr) por la sonda - Clonidina (0.150 mg) s.c. <p>Oxeotrido (0.05 mg) en bolo y (0.05 mg) a perfundir en 2 h. Con la sonda pinzada</p> | + 105 min: <ul style="list-style-type: none"> - Metoclopramida (10 mg) v.o. - Naltrexona (50 mg) v.o. |
| Mantenimiento de la sedación: <ul style="list-style-type: none"> - Propofol y Midazolam en perfusión | + 165 min: <ul style="list-style-type: none"> - Clonidina (0.300 mg) v.o. - Metoclopramida (10 mg) v.o. - Hioscina (20 mg) v.o. |
| + 300 min: <ul style="list-style-type: none"> - Clonidina (0.150 mg) s.c. - Atropina (1/2 amp) s.c. | |
| + 420 min: <ul style="list-style-type: none"> - Naltrexona (25 mg) por la sonda | |
| +540 min: <ul style="list-style-type: none"> - Clonidina (0.150 mg) s.c. - Atropina s.c. | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Al recuperar la conciencia traslado a planta | |
| <ul style="list-style-type: none"> • A las 24 h. Valoración completa del paciente • Medicación sintomática si precisa • Inicio de P.M.N. reglado | |

como hospitalario (hospitalización parcial, total o U.C.I.), dependiendo del nivel de sedación deseado.

2.- El nivel de severidad de la adicción de los pacientes, no condiciona el resultado de la desintoxicación, pudiendo realizar esta, independientemente del mismo. Tampoco el tipo de opiáceo utilizado (heroína, metadona...), si la pauta se continua con una programa de antagonistas, sin solución de continuidad, que evite Saos diferidos. Lo que si la condiciona es el grado de consumo del paciente. En el caso de consumos superiores a 2 gr de heroína diarios, o equivalente, deberían utilizarse otras alternativas.

3.- Con el cumplimiento estricto de los diferentes protocolos, estas pautas son seguras para los pacientes. Nunca se han referenciado accidentes ni eventos graves con el uso de pautas con sedación leve, pero si en el caso de pautas bajo anestesia.

4.- La eficacia, efectividad y eficiencia, de las pautas de antagonización ambulatorias, son muy superiores a las de las pautas clásicas y ultracortas hospitalarias.

5.- La evolución de los pacientes en el tratamiento posterior a la desintoxicación, no depende del tipo de esta, sino del modelo de asistencia que se implemente seguidamente.

Dicho esto, la gran y principal ventaja de estos procedimientos, es el poder acceder a tratamientos posteriores de mantenimiento con antagonistas, sin respetar ningún intervalo "*opioid free*", disminuyendo así las pérdidas de pacientes entre el tratamiento de desintoxicación, y el de deshabituación.

4.- CONTEXTO DE TRATAMIENTO:

Los programas de desintoxicación, pueden llevarse a cabo tanto en dispositivos ambulatorios como hospitalarios. La elección de este contexto se debe basar en las exigencias del plan de tratamiento elaborado para el paciente concreto, en el estado clínico del mismo y en

las características de los diversos contextos disponibles: disponibilidad de diversas posibilidades terapéuticas, limitación relativa del acceso a sustancias o participación en otras conductas de riesgo, las horas de funcionamiento y el ambiente global y la filosofía de tratamiento. Sin olvidar nunca los deseos al respecto de paciente y familiares, dentro de las disponibilidades de la oferta, y teniendo en cuenta, que los pacientes deben ser tratados en el contexto menos restrictivo posible en el que sea probable la aplicación segura y eficaz de las medidas terapéuticas⁽³⁵⁾.

Respecto a la eficiencia del recurso, Growing y colaboradores realizaron una revisión Cochrane de 218 estudios internacionales de desintoxicación y calcularon los porcentajes medios de pacientes internados y en régimen ambulatorio que habían terminado el tratamiento de desintoxicación de opioides siendo del 75% y del 35%, respectivamente, cuando se usaba metadona, y del 72% y el 53%, respectivamente cuando se usaba un agonista adrenérgico⁽³⁶⁾. Describiremos seguidamente ambos modelos.

Unidades de desintoxicación hospitalarias:

La gama de servicios disponibles en los programas de base hospitalaria incluyen la desintoxicación, la evaluación y el tratamiento de los trastornos médicos generales y psiquiátricos; las terapias de grupo, individuales y familiares; la psicoeducación y el consejo o asesoramiento motivacional. Otros elementos importantes de los programas de tratamiento de base hospitalaria son la voluntad y la capacidad de introducir a los pacientes en grupos de autoayuda y elaborar un plan de asistencia posterior al alta del hospital que incluya estrategias para la prevención de recaídas y, cuando ello sea apropiado, para la rehabilitación⁽³⁷⁾.

Los contextos de tipo hospitalario, pueden ser cerrados o permitir la entrada y salida de pacientes y visitantes de una forma supervisada. Los cerrados han de plantearse para los pacientes con trastornos psiquiátricos asociados cuyo estado clínico requeriría habi-

tualmente la asistencia en una unidad de este tipo (p. ej. Pacientes con conductas suicidas activas). En los pacientes con un mal control de los impulsos y con poca capacidad de juicio que en presencia de una “puerta abierta” es probable que abandonen el programa u obtengan drogas, debe utilizarse también probablemente una unidad cerrada.

En general, la duración del tratamiento de base hospitalaria debe venir dada por la necesidad actual del paciente de ser tratado en un contexto restrictivo y por la capacidad que tenga de participar de manera segura y aprovechar el tratamiento aplicado en un contexto menos restrictivo.

En nuestro país, dado el modelo de desarrollo de la red asistencial, competencia de las distintas comunidades autónomas, nos encontramos muy diversos tipos de recursos hospitalarios. En general se encuentran concatenados en la red asistencial pública, como un recurso más de ésta y reciben pacientes derivados de centros de tratamiento ambulatorio para llevar a cabo únicamente el proceso de desintoxicación. Otros reciben pacientes por otras vías diferentes y realizan además seguimiento ambulatorio posterior. Otra particularidad que las hace diferentes de unas comunidades a otras es la diferente adscripción del recurso dentro del hospital. En unos casos dependen de los servicios de psiquiatría (quizás la tendencia mayoritaria), en otros de medicina interna, etc.

Muy diferente También de unas comunidades a otras es la dotación en número de camas, los tipos de tratamientos realizados (desintoxicaciones con pautas clásicas, cortas u ultracortas con o sin sedación) y las características físicas del recurso en cuanto a disponibilidad o no de zonas adicionales para actividades de los pacientes (terapias grupales, talleres, salas de ocio, etc.).

Los criterios para la hospitalización de pacientes⁽³⁶⁾ se exponen seguidamente:

1. Pacientes que han sufrido sobredosis de drogas y no pueden ser tratados con seguridad en el medio ambulatorio o en el servicio de urgencias (por ejemplo, pacien-

tes con depresión respiratoria severa o en estado de coma).

2. Pacientes en abstinencia con riesgo de síndrome de privación complicado (por ejemplo, politoxicómanos, antecedentes de delirium tremens) o en los que no es posible una valoración, monitorización o tratamiento adecuados en un marco alternativo.
3. Pacientes con enfermedades médicas generales, agudas o crónicas, que hacen que la desintoxicación ambulatoria o residencial sea insegura (por ejemplo, pacientes con cardiopatías severas).
4. Pacientes con antecedentes documentados de fracasos en tratamientos en medios menos intensivos (residencial o ambulatorio).
5. Pacientes con comorbilidad psiquiátrica importante que representa un peligro para sí mismos o para otros (por ejemplo, pacientes deprimidos con ideas de suicidio, episodios psicóticos agudos).
6. Pacientes con uso de sustancias u otras conductas que representen un riesgo para sí mismos o para otros.
7. Pacientes que no han respondido a intentos previos de tratamiento en medios menos intensivos y cuyo/s trastorno/s por uso de sustancias representa un riesgo progresivo y permanente para su salud física y mental.

En los últimos años, y según recoge la última memoria publicada del Plan Nacional sobre Drogas, correspondiente a datos del 2002⁽³⁹⁾, se aprecia una estabilización en todas las comunidades autónomas del número de usuarios atendidos en las unidades de desintoxicación. En total, fueron atendidos 4.162 usuarios en ese periodo de tiempo. Si comparamos los datos con los de los ocho años anteriores se observa, al igual que para el resto de los programas llamados “libres de drogas”, un ligero descenso en el número de usuarios que han utilizado las 49 unidades de desintoxicación hospitalaria existentes en nuestro país.

El ingreso en una Unidad de Desintoxicación Hospitalaria, se produce en nuestro país de forma voluntaria, siendo derivado el paciente desde un Centro de Tratamiento Ambulatorio que le ha evaluado previamente y valorado la indicación del recurso.

Desde el centro ambulatorio, se cursa el informe o protocolo de ingreso correspondiente a la unidad de gestión de listas de espera y/o la propia unidad hospitalaria de destino que se encargará de avisar al centro de referencia y al paciente de su fecha de ingreso. Hasta entonces, el centro ambulatorio continuará siendo el referente para el paciente y su familia, manteniéndose activo el proceso de tratamiento que debe centrarse en el trabajo sobre la motivación del paciente al ingreso, conocimiento de la dinámica de su estancia en el hospital, trabajo sobre los objetivos del ingreso, la estabilización en el consumo, normalización del estilo de vida, preparación de la salida del hospital, etc. Con la fecha y hora del ingreso se suele comunicar al paciente qué efectos personales debe y cuales no debe llevar al hospital, siendo conveniente hacerlo por escrito.

Al ingreso, se debe presentar al paciente un modelo de "Consentimiento Informado" en el que, aparte de las explicaciones sobre la modalidad de tratamiento farmacológico a que se va a someter, sus efectos y riesgos, se le informa de las normas de comportamiento y actividades de la Unidad en que deberá participar, advirtiéndole de las consecuencias que el incumplimiento de las mismas pueden traer respecto a su estancia en el hospital, incluida el alta por motivo disciplinario en su caso. La acogida del paciente debería ser neutra, pero no indiferente o falta de afectividad, carente de prejuicios morales, intentando la aproximación y transmitiendo aceptación al enfermo.

A continuación, se procede a la valoración del paciente, informándole claramente primero del motivo del ingreso, de los objetivos del mismo, del tratamiento y su posible evolución, para proseguir con la recogida de información clínica (anamnesis, exploración física por aparatos, toma de constantes,

pruebas complementarias) y, sobre su historia y situación actual respecto al consumo de sustancias: tipo de sustancias, vías de administración, dosis aproximada diaria, etc.

Durante la estancia en el hospital, la relación entre el personal sanitario y el paciente deberá aproximarse a una *relación terapéutica*: se debe proporcionar acompañamiento y apoyo, refuerzo de conductas positivas, reforzar las ideas de normalización y cambio de estilo de vida.

Se debe aprovechar la estancia en el hospital del paciente para valorar, además de los signos y síntomas de privación que pudieran presentarse, la situación psicopatológica del paciente, explorándola de modo activo mediante una valoración psiquiátrica sistematizada si es posible.

Durante la estancia se deben respetar unas normas mínimas, que pueden diferir de unas a otras unidades pero que básicamente deben recoger:

- Evitar el acceso de droga a la unidad.
- En muchos casos no se informa al paciente de los psicofármacos que se le administran, camuflándoles incluso en solución o en cápsulas neutras.
- No recibir visitas, salvo en excepciones autorizadas por el médico.

Las actividades que se realizan durante la estancia en la Unidad⁽⁴⁰⁾ pueden ser:

- Sanitarias:
 - o Desintoxicación, tratamiento y seguimiento médico.
 - o Formación en Educación para la Salud.
 - o Control de la dieta alimenticia.
 - o Normalización de hábitos en cuanto a higiene personal, limpieza del entorno, cumplimiento de normas, etc.
- Complementarias:
 - o Terapias grupales tendentes a reforzar la motivación a la continuidad del tratamiento.
 - o Actividades lúdicas y recreativas que, además, permiten una observación más directa del paciente y su evolución.

Los tipos de Altas que se dan en estos dispositivos podemos sistematizarlas en:

- Alta Terapéutica: se produce al alcanzar total o parcialmente los objetivos propuestos.
- Alta Voluntaria: cuando el paciente decide abandonar el tratamiento sin finalizar su proceso terapéutico.
- Alta Disciplinaria: por incumplimiento grave de las normas de régimen interno de la unidad, el responsable de la misma puede dar por finalizada la estancia del paciente en la misma.
- Alta Derivada: cuando el paciente debe ser derivado a otro dispositivo antes de finalizar el tratamiento debido a circunstancias ajenas al paciente y al personal de la unidad (familiares, sanitarias o judiciales). Al finalizar las circunstancias que la motivaron, se puede continuar el tratamiento, reingresando en la primera vacante disponible.

El paciente dado de alta se deriva a su centro ambulatorio de referencia, para continuar su seguimiento y proceso terapéutico, o bien, a una Comunidad Terapéutica si así estaba previamente acordado con sus terapeutas.

Unidades de desintoxicación ambulatorias:

En este apartado, debemos considerar dos tipos de recursos. Por una parte los centros específicos de tratamiento de las conductas adictivas (tanto públicos como privados), conocidos con diversas siglas según las diversas Comunidades Autónomas (CTA, CAT, CAD, CPD, UCA, UTT...), y por otra los diferentes dispositivos de la red de Atención primaria, que cada vez con mas frecuencia, se hacen cargo de estos tratamientos.

En el caso de las unidades de conductas adictivas. Son centros altamente especializados en el tratamiento ambulatorio de las conductas adictivas y drogodependencias, donde se abordan estos complejos problemas desde todas las perspectivas, derivándose además a centros de internamiento a aquellos pacientes en los que el planteamiento del tratamiento ambulatorio no es posible. Desde la atención primaria se pueden y se deben atender no

obstante los casos menos complejos, para los que es necesario que los médicos de Asistencia Primaria (AP), conozcan tanto los protocolos farmacológicos, como las técnicas psicoterapéuticas.

Ambos tipos de dispositivo reúnen ventajas e inconvenientes. En las UCA, la atención es más compleja que la simple evaluación y desintoxicación. Se incide más y mejor en la posible patología dual del paciente, y la continuidad del entorno de tratamiento con intervenciones posteriores favorece el acceso y cumplimiento de las mismas. Por otra parte, la AP, es seguramente el primer punto de contacto del paciente adicto con el sistema sanitario, bien por consulta directa, o por ser detectada esta patología en el curso de otras consultas. Además, al estar estructurada la AP alrededor de la familia, el profesional de AP, conoce a la perfección el entorno del paciente y es quien mejores condiciones reúne para su evaluación conjunta y derivación en su caso al recurso mas adecuado. Por el contrario, los principales problemas de la AP para hacerse cargo de estos tratamientos, son la actual saturación de las consultas, incompatible con las necesidades de tiempo requeridas para la adecuada atención a este tipo de pacientes, y la falta de formación específica en adicciones de sus profesionales.

Con los protocolos actuales, es posible desintoxicar ambulatoriamente al 90% de los pacientes que lo soliciten, reservando el medio hospitalario únicamente para los casos enunciados en el epígrafe anterior, siendo las actuaciones, evaluaciones y condiciones de alta clínica análogas.

5.- PROTOCOLO DE ACTUACIÓN:

Ante una demanda de desintoxicación física, deberemos seguir un protocolo, claramente estructurado:

Evaluación de la demanda:

Tendremos que considerar varios aspectos:

- Si la demanda es del propio paciente o de un familiar, en cuyo caso basaremos nuestra actuación en obtener una primera consulta con el paciente.
- Estado de consumo del paciente: sustancia, cantidad, vía de administración, tiempo de evolución, otras sustancias, tratamientos anteriores.
- Motivo de la demanda: voluntaria, diferida, por imperativo legal...

Evaluación del paciente:

En orden a tres factores:

- Severidad o gravedad de la adicción, si es posible, incluso con instrumentos objetivos (EuropASI).
- Diagnóstico clínico; tanto de patologías físicas como psiquiátricas. Incluyendo reconocimiento físico completo, y pruebas complementarias (EKG, analítica...) si es posible.
- Situación socio-familiar y legal, medios y recursos del paciente para acoplarse al tratamiento.

Inicio del tratamiento:

Una vez asumida la pertinencia del tratamiento de desintoxicación, y elegido el modelo a aplicar (tipo de programa y contexto del mismo):

- Se explica al paciente y en su caso a los familiares el desarrollo del programa elegido, y las razones de dicha elección.
- Se obtiene el correspondiente documento de Consentimiento informado (preceptivo en todos los casos).
- Se comprueba objetivamente (analítica) el estado de consumo del paciente. Nunca debemos saltarnos esta comprobación, pues se puede dar el caso de someterse a tratamiento para obtener beneficios legales. Siempre haremos constar el resultado en la preceptiva historia clínica.

- Si el contexto elegido es hospitalario. Ingresara el paciente, se cubrirá el correspondiente control de enfermería y se comenzara el tratamiento pautado.
- Si el contexto es ambulatorio, se entregara la medicación correspondiente al familiar responsable, en modo cerrado (enmascarado), con la cantidad justa hasta la siguiente visita de evaluación. En sobre aparte debidamente sellado, y dirigido al servicio de urgencia que lo pudiera necesitar, indicaremos la composición de la medicación suministrada.

- Siempre fijaremos una fecha concreta para la siguiente visita de evaluación. En caso de desintoxicaciones ambulatorias, no es deseable que los intervalos entre evaluaciones sean mayores de 48 h.

Controles sucesivos:

En cada uno de ellos comprobaremos los síntomas de abstinencia (incluso con escalas clínicas si es posible), y ajustaremos la medicación de ser necesario. En cada uno de estos controles continuaremos con la evaluación del paciente, e iremos afianzando nuestra alianza terapéutica con la mira puesta en posteriores intervenciones. Es muy importante aprovechar los controles de seguimiento, para ir motivando al paciente cada vez más, e implicándole en futuras intervenciones.

Alta:

Se ha discutido mucho sobre la conveniencia o no de terminar un tratamiento de desintoxicación con una prueba o test de naloxona, para comprobar si el paciente esta libre de opiáceos antes de comenzar un tratamiento con antagonistas, o simplemente como comprobación objetiva del cumplimiento del tratamiento. En la actualidad, esta comprobación se obvia en la mayoría de los casos, pues con la observación del intervalo *opioid free* correspondiente al opiáceo utilizado, no suelen aparecer síntomas de abstinencia, y si aparecen son leves y fácilmente controlados con fármacos α -2-adrenérgicos.

Siempre es preceptivo entregar un informe de alta, con el desarrollo del tratamiento, sus incidencias, y guardar copia del mismo en la historia clínica.

6.- ALGORITMO DE DECISIÓN EN DESINTOXICACIONES:

Como hemos apuntado, en la actualidad el problema es la elección entre la gran cantidad de opciones disponibles, presentaremos seguidamente (Figura 1) el árbol de decisión utilizado habitualmente en nuestro medio.

7.- A MODO DE COROLARIO:

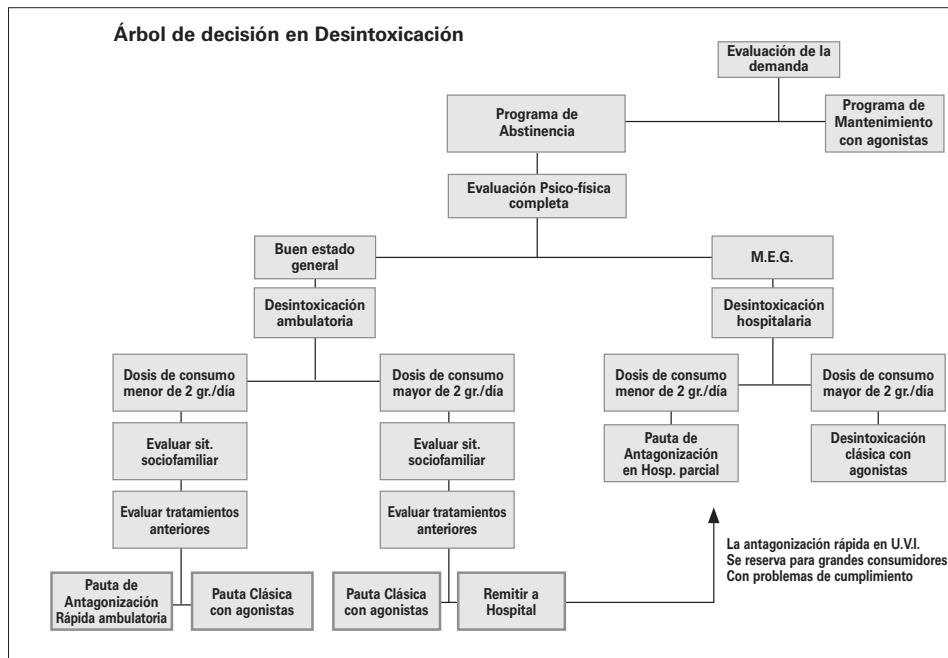
Actualmente nos encontramos en puertas de un profundo proceso de reevaluación de las redes asistenciales para drogodependien-

tes. El papel que van a jugar los diferentes recursos va a cambiar, sin duda, en los próximos años. Las carteras de servicios de estos mismos recursos habrán de ajustarse a la realidad de un fenómeno que, los datos disponibles permiten afirmar, consolidarán el cambio. Este cambio del que hablamos, tiene a nuestro modo de ver, tres componentes:

En primer lugar, los recursos financieros sufren un ajuste, que supondrá un cierto grado de crisis en el sistema. La población drogodependiente, privilegiada en medios asistenciales en comparación con otros colectivos desfavorecidos, habrá de incorporarse a redes normalizadas de servicios generales. En mayor medida en cuanto a que la sociedad, conforme sigue disminuyendo su alarma social ante el fenómeno, cuestiona cada día más el esfuerzo presupuestario en una situación, que entienden, de menor riesgo.

En segundo lugar, la propia evolución del fenómeno de las drogodependencias, ha motivado un cambio en la demanda de tra-

FIGURA 1



tamientos y en la presión asistencial, desplazándola hacia otros consumos y otros tipos de consumidores (incluso dentro de los propios dependientes de opiáceos). La planificación nos señala que sólo tiene sentido hacer funcionar los servicios que tienen razón de ser, es decir, aquellos en que existe, necesidad y demanda de los mismos.

Por último, en tercer lugar, los avances en el conocimiento de la fisiopatología de las conductas adictivas, nos hacen plantear, cada vez con más evidencia, nuevos tratamientos, para los que el contexto y métodos tradicionales han quedado obsoletos.

En este contexto, las unidades de desintoxicación, tienden a jugar un papel más importante dentro de la oferta de las redes asistenciales, por lo que deberá realizarse un esfuerzo en adecuar la cartera de servicios (programas y adicciones a tratar), ante la realidad de las nuevas demandas.

REFERENCIAS:

1. Group for the Advancement of Psychiatry Committee on Alcoholism and the Addictions. "Substance Abuse Disorders: A Psychiatric priority" *Am J Psychiatry* 1991; 148(10): 1291-1300
2. Koob GF, Maldonado R, Stinus L. "Neural substrates of opiate withdrawal" *TINS* 1992; 15: 186-191
3. Nestler E. "Molecular basis of long-term plasticity underlying addiction" *Nature Reviews Neurosci* 2001; 2: 119-128
4. Caillé S, Fernández-Espejo E, Stinus L. "Involvement of serotonin neurotransmission in opiate dependence" *Behav Pharmacology* 1999; 10: S14
5. Caillé S, Fernández-Espejo E, Renier JP, Cador M, Koob GF, Stinus L. "Total neurochemical lesion of noradrenergic neurons of the locus coeruleus does not alter either naloxone-precipitated or spontaneous opiate withdrawal nor does it influence the ability of clonidine to reverse opiate withdrawal" *J Pharmacol Exp Therap* 1999; 290: 881-892
6. Gao G, Wang X, He S, Li W, Wang Q, Liang Q, Zhao Y, Hou F, Chen L, Li A. "Clinical study for alleviating opiate drug psychological dependence by a method of ablating the nucleus accumbens with stereotactic surgery" *Stereotact Funct Neurosurg* 2003; 81 (1-4): 96-104
7. Delfs JM, Zhu Y, Druhan JP, Aston-Jones G. "Noradrenaline in the ventral forebrain is critical for opiate withdrawal-induced aversion" *Nature* 2000; 430: 430-434
8. Kleber HD. "Opioids detoxification" En: Gallanter M. and Kleber HD. "Text book of substance abuse treatment" 1.ª ed. Washington: American Psychiatric Press, 1994
9. Wickler A. "Conditioning factors in opiate addiction relapse." En: "Narcotics" Wilner DM, Kassebaum GG. Ed. McGraw-Hill. New York, 1965
10. Díaz González RJ, Hidalgo I. "Guía de actuación en la clínica psiquiátrica" Ed. You & Us, S.A. Madrid, 1999: 110
11. Carreño JE, Bobes J, Álvarez CE, San Narciso GI, Bascarán MT, Cerceda A. "Programas de desintoxicación física en dependientes de opiáceos." En: Bobes J, Casas M, Gutiérrez M. "Manual de evaluación y tratamiento de drogodependencias" Ed. Ars Médica; Barcelona 2003: 218-231
12. Cabrera Bonet R, Torrecilla Jiménez JM. "Manual de Drogodependencias" 1ª ed. Madrid: Cauce editorial; 1998
13. Jasinski DR, Fudala PJ & Johnson RE: "Sublingual versus subcutaneous buprenorphine in opiate abusers." *Clin Pharmacol Ther* 1989; 45:513-519
14. Heel RC, Brogden RN, Speight TM, et al. "Buprenorphine: A review." *Drugs* 1979;17:82-110
15. Assadi SM, Hafezi M, Mokri A, Razzaghi EM, Ghaeli P. "Opioid detoxification using high doses of buprenorphine in 24 hours: a randomized, double blind, controlled clinical trial" *J Subst Abuse Treat* 2004; 27 (1): 75-82
16. Lintzeris N. "Buprenorphine dosing regime in the management of out-patient heroin withdrawal." *Drug Alcohol Rev* 2002; 21(1):39-45
17. Amato I, Davoli M, Ferri M, Gowing L, Perucci CA. "Effectiveness of interventions on opiate withdrawal treatment: an overview of

- systematic reviews." *Drug Alcohol Depend.* 2004;73(3):219-26
18. Doran C, Shanahan M, Bell J, Gibson A. "A cost-effectiveness analysis of buprenorphine-assisted heroin withdrawal" *Drug Alcohol Rev* 2004, 23 (2): 171-175
 19. Gold MS, Pottash ALC, Extein I, Stoll A. "Clinical hability of Clonidine in opiate withdrawal" En: "Problems of drugdependence" Ed. Harris LS. NIDA Res Monogr. Rockville: 1980: 95-100
 20. Camí J, de Torres S, Solé A, Guerra D, Rodríguez H, Eugenia B. "Cambios cardiovasculares y neuropsicológicos durante la desintoxicación de heroínómanos a base de Clonidina" *Med Clin*, 1984; 82: 429-432
 21. Goodman A, Rall T, Nies A, Taylor P. "Las bases farmacológicas de la terapéutica" 8.ª ed. México: Medicina Panamericana, 1994
 22. Akshurst JS "The Use of Lofexidine by Drug Dependency Units in the United Kingdom:" *Eur Addict Res* 1999; 5(1):43-49
 23. Álvarez CE, Carreño JE, San Narciso GI, Sáiz-Martínez P, Bascarán MT, Bobes J. "Moxonidina Vs. Clonidina en las Pautas de Antagonización Rápida Ambulatoria" *Psiquiatría Biológica*, 2000; 7(2): 57-64
 24. Carreño JE, Bobes J, Sánchez del Río J, Álvarez CE, San Narciso GI, Pérez SF, García M. "Pautas de Antagonización Rápida Ambulatoria en dependientes de opiáceos. Análisis comparativo" *Rev Esp Drogodependencias*, 1998; 23 (3): 261-284
 25. Blachly, PH. "Naloxone for diagnosis in methadone programs." *JAMA*, 1973; 224: 334-335.
 26. Gold, M.S.; Pottash, A.C.; Sweeny, D.R.; Kleber, H.D. "Opiate withdrawal using clonidine." *JAMA*, 1980; 243: 343-346
 27. Kleber, H.D.; Topazian, M.; Gaspari, J.; Riordan, C.E.; Kosten, T. "1987). Clonidine and naltrexone in the outpatient treatment of heroin withdrawal." *American Journal Drug Alcohol Abuse*, 1987; 13 : 1-17
 28. Vining, E.; Kosten, T.R.; Kleber, H.D. "Clinical utility of rapid clonidine-naltrexone detoxification for opioid abusers." *British Journal Addiction*, 1988; 83: 567-575
 29. Brewer, C.; Rezae, H.; Bailey, C. "Opioid withdrawal and naltrexone induction in 48-72 hours with minimal drop-out, using a modification of the naltrexone-clonidine technique." *British Journal of Psychiatry*, 1988; 153: 340-343
 30. Loimer, N. "Similar efficacy of abrupt and gradual opiate detoxification." *American Journal of Drug Alcohol Abuse*, 1991; 17 (3): 307-312
 31. Oliveros, S.C.; Caballero, L.; Iruela, L.M. "Clonidina-naltrexona: una nueva técnica para la desintoxicación de adictos a opiáceos." *Medicina Clínica*, 1990; 95: 627-629
 32. Carreño JE, Pérez SF, Álvarez CE, San Narciso GI, Bascarán T, Bobes J. "Las desintoxicaciones ultracortas en medio ambulatorio" @Boletín IEA [publicación periódica on line] 1998 Nov-Dic [8 pantallas]. Disponible en: URL: <http://WV3.Arrakis.es/iea/boletin.htm>
 33. Loimer N, Hofmann P, Chaudhry H. "Ultrashort Noninvasive Opiate Detoxification" *Am J Psychiatry*, 1993; 150 (5): 839
 34. Carreño JE, Sánchez J, Ortiz R, Calvo R, Álvarez CE, Pérez SF. "Pautas de Inducción Rápida. Modelos ambulatorios en Asturias" *Psiquiatría Biológica*, 1996; 3 (6): 207-216
 35. Sociedad Española de Psiquiatría "Consenso de la Sociedad Española de Psiquiatría sobre Diagnóstico y Tratamiento del alcoholismo y otras dependencias" Madrid: Aula médica; 2000
 36. Gowing LR, Ali RL and White JM, *The Management of Opioid Withdrawal, Drug and Alcohol Review*, n 19, 2000, 309-318
 37. Dackis CA, Gold MS. "Psychiatric hospitals for treatment of dual diagnosis in Substance Abuse: A Comprehensive Textbook." Edited by Lowinson JH, Ruiz P, Millman RB. Baltimore, Williams & Wilkins, 1992
 38. Guía Clínica de la American Psychiatric Association (APA) para el tratamiento de los trastornos por consumo de sustancias, Mirin S M, Presidente del grupo de trabajo, Ars Medica (2001).
 39. Memoria del Plan Nacional Sobre Drogas 2002. Ministerio del Interior.
 40. Programa de Intervención en Unidades de Desintoxicación Hospitalaria en Andalucía. Comisionado para las Drogodependencias. Junta de Andalucía (2003)