

Desintoxicaciones ultracortas: del triunfo de la farmacología a la innovación tecnológica.

Álvarez, F.J. y Del Rio, M.C.

Área de Farmacología y Terapéutica, Facultad de Medicina, Valladolid.

Una de las múltiples lecturas que puede realizarse del proceso de desintoxicación ultracorta a pacientes con dependencia a opiáceos es que el disponer de fármacos altamente selectivos, eficaces y seguros, está permitiendo que en muy pocas horas un paciente pueda desintoxicarse.

Quizás ello sea en gran parte debido a dos fármacos con los cuales se puede conseguir un óptimo nivel de sedación: nos referimos al midazolam y al propofol. El midazolam es una benzodiazepina de vida media ultracorta que utilizada por vía oral se emplea principalmente como hipnótico, y que administrada por vía intravenosa se muestra como un excelente agente anestésico intravenoso, con un nivel de seguridad que permite utilizar dosis mucho más elevadas que las dosis terapéuticas habituales si la situación clínica lo requiere. No es pues de extrañar su uso habitual por parte de los anestelistas y de los intensivistas. La posibilidad de reversión de sus efectos por parte del flumazenilo permite diseñar un nivel «a la carta» de sedación. Una ventaja adicional del midazolam es su marcado efecto amnésico, lo cual hace que muchos pacientes no recuerden los hechos acaecidos durante la sedación, especialmente en intervenciones de corta duración.

El propofol es un agente anestésico intravenoso de acción ultracorta, cuyos efectos

prácticamente dejan de aparecer al cesar la administración del fármaco. Igualmente es una sustancia muy eficaz y segura, y también frecuentemente utilizada en anestesia y cuidados intensivos.

Por las peculiares características de los pacientes dependientes a opiáceos, muchas veces politoxicómanos consumidores de benzodiazepinas y de alcohol, para conseguir una adecuada sedación durante el proceso de desintoxicación la combinación de midazolam y propofol parece la más adecuada, si bien las dosis pueden oscilar según las necesidades del paciente y las preferencias del anestelista o intensivista.

Obviamente en aquellos procederes en los que no se provoca un grado de sedación tan marcado, para sedar al paciente se suelen utilizar benzodiazepinas por vía oral.

Para conseguir la desintoxicación del proceso el fármaco clave es la naltrexona. Un antagonista opiáceo de vida media muy prolongada pero que se absorbe rápidamente e intensamente desde el momento de su administración por vía oral. En condiciones normales una dosis de 50 mg. permite desplazar al agonista opiáceo de su unión a los receptores. Gráficamente muchos de nuestros pacientes y de los familiares lo entendían como «lavado del cerebro», o «lavado de la sangre».



No obstante existen múltiples aspectos a estudiar en este sentido. La experiencia clínica demuestra que en aquellas personas que están consumiendo sólo heroína en muy pocas horas (menos de 6 horas) la naltrexona desplaza totalmente a la heroína de su unión a los receptores. En el caso de la metadona, y si estos pacientes están tomando dosis altas, aunque la desintoxicación ocurra dentro de esas 6-8 horas (la naltrexona desplaza a la metadona), dada la vida media larga que tiene la metadona, durante varias horas, a veces días, metadona y naltrexona siguen compitiendo por su unión al receptor de los opiáceos. De ahí que en general las técnicas de desintoxicación ultrarrápidas presenten peores resultados en pacientes con altas dosis de metadona.

Finalmente los agonistas alfa-2 permiten un adecuado control del síndrome adrenérgico. Los fármacos antieméticos disponibles, bien sea metoclopramida u ondasetrón, permiten evitar y controlar la aparición de náuseas y vómitos. La aparición de diarreas, tan mal toleradas por el paciente, los familiares y los sanitarios, se pueden controlar haciendo que el paciente acuda en ayunas, se pongan enemas, y el empleo de la atropina, si bien en algunas técnicas prefieren el empleo de anti-diarreicos.

Finalmente los ansiolíticos y neurolépticos permiten conseguir un adecuado control de la agitación y ansiedad de estos pacientes. Es, quizás, en el campo de los psicofármacos que se administran a los distintos pacientes según las diferentes técnicas donde más se puede aún progresar.

Uno de los aspectos de gran relevancia de este tipo de técnicas es que en todos los casos se consigue desintoxicar al paciente. Es

decir, su eficacia es del 100%. Con frecuencia nosotros poníamos como ejemplo al paciente y a los familiares el hecho de someterse a una operación de cataratas. Una vez despertado de la operación la persona ha sido intervenida. En este caso la situación es igual: quiera o no el paciente una vez finalizado el proceso, el paciente ya está bajo los efectos de la naltrexona (desintoxicado). Obviamente esto es mas evidente en los casos en los que la intervención se realiza en la unidad de cuidados intensivos o bajo anestesia.

Otra cuestión también muy importante es la gran necesidad de informar extensa y completamente al paciente y los familiares de lo que significa y supone la fase de desintoxicación, y de la necesidad imperiosa de continuar el tratamiento habitual.

Aparte del gran avance que desde la perspectiva farmacológica suponen las técnicas de desintoxicación ultracorta no hay que olvidar que suponen una gran reducción del coste sanitario y permiten una mejor planificación de los recursos sanitarios y sociales que utilizan los drogodependientes. Si bien en estos aspectos no vamos a hacer hincapié.

Durante mucho tiempo ha existido, o al menos eso nos parece, mucho desconcierto y misterio en torno a estos procedimientos. Sin lugar a dudas el presente monográfico contribuirá a despejarlas.

Para finalizar quisiéramos hacer hincapié en el gran interés que ha demostrado tener la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, Instituto de Salud Carlos III, a propuesta de CITA. Parece cada vez más claro que estas técnicas suponen un notable avance, que es necesario incluirlas dentro de las distintas opciones que deben ofrecer los servicios sa-



nitarios y que son muy eficaces: son sin lugar a duda el futuro.

Sin embargo hay que reconocer que existen aspectos que aún necesitan ser clarificados como son cuáles son los pacientes más idóneos de ser desintoxicados por estas técnicas (quizás heroinómanos), y dónde deben realizarse estos procesos (en sus domicilios, en el medio ambulatorio o en el hospital). Este es un aspecto vital por cuanto el sistema sanitario público debe garantizar la máxima calidad, eficacia y seguridad de los servicios prestados. En este contexto se debe ofrecer lo mismo a los drogodependientes que a otro tipo de enfermos.

Puesto que con todas las técnicas parece conseguirse los mismos resultados (desintoxicar al paciente), una de las cuestiones prioritarias, tanto desde el punto de vista ético como desde la eficacia clínica, es determinar desde que ámbitos pueden y deben hacerse estas intervenciones. Nuestra opinión es que deben constituir un recurso más de los ya existentes, y que debe potenciarse.
