

## **Datos preliminares en desintoxicación ultrarrápida en dependientes de heroína.**

Ochoa, E.\*; Poyo-Guerrero, R.\*\*; Prieto, I.\*\*; De Teresa, M.L.\*\*; García-Vicent, V.\*\*\*; Madoz, A.\*\*\*; Baca-García, E.\*\*\*

\*Psiquiatra. Servicio de Psiquiatría.

\*\*Residente de Medicina Intensiva.

\*\*\*Residente de Psiquiatría.

Hospital Ramón y Cajal. Madrid.

### *Resumen*

Se describe la experiencia inicial con los primeros pacientes dependientes de heroína que realizan un tratamiento de desintoxicación rápida bajo sedación consciente monitorizada en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Ramón y Cajal de Madrid. La técnica de desintoxicación consistió en la administración de 50 mg. de naltrexona tras haber recibido 0,300 mg. de clonidina, encontrándose el paciente bajo sedación con pauta de midazolam y propofol. Se describen las incidencias aparecidas en esta experiencia preliminar y las modificaciones de la técnica que se han introducido para controlar diversos problemas presentados.

A pesar de nuestra limitada experiencia, consideramos que este nuevo método de desintoxicación rápida es eficaz y seguro, consiguiendo un 100% de las desintoxicaciones iniciadas, aunque es necesario perfeccionar el método, situación en la que estamos trabajando en contacto con profesionales que cuentan con más experiencia en estos procedimientos.

### *Palabras Clave*

opiáceos; desintoxicación ultracorta; naltrexona.

#### — Correspondencia a:

Enriqueta Ochoa • Servicio de Psiquiatría, Hospital Ramón y Cajal  
Carretera de Colmenar Km 9 - Madrid 28034 (España) • e-mail: enriqueta.ochoa@hrc.es



### *Summary*

The initial experience with the first heroin addicts patients who followed in a rapid opiate detoxification under monitored conscious sedation in the Intensive Care Unit at the Ramón y Cajal Hospital (Madrid) is described. The detoxification technique consisted of administrating 50 mg of naltrexone after having received 0.300 mg of clonidine. The patient was under sedation with midazolam and propofol. The findings in this preliminar experience and the changes introduced in the technique in order to control several problems found are also described.

Despite our limited experience, we consider that this new method is quick, effective and reliable, as it accomplishes a 100% of the started desintoxications. Although more work is needed to improve it, we are actually working on it, and we keep in touch with professionals with more experience on this field.

### *Key Words*

opiate; Ultra-rapid detoxification; naltrexone.

---

### *Résumé*

C'est une description de l'expérience initiale sur les premiers patients dépendants d'héroïne qui sont soumis à un traitement de désintoxicación rapide sous sédation consciente monitorisée. L'expérience a été réalisée à l'Unité de Soins Intensifs de l'Hôpital Ramón y Cajal de Madrid. La technique de désintoxicación consiste à administrer 50 mg. de naltrexone après avoir reçu 0,300 mg. de clonidine ; le patients étaient sous l'effet sédatif du midazolam et du propofol. Nous décrivons les incidences de cette expérience préliminaire et les modifications de cette technique afin de contrôler les problèmes qui avaient surgi.

Malgré notre courte expérience, nous considérons que cette nouvelle méthode de désintoxicación rapide est efficace et sûre, allant réussi à avoir un 100% des désintoxications; la méthode doit être optimisée, et nous y travaillons, étant en contact avec les spécialistes plus expérimentés.

### *Mots clé*

opiacés; désintoxicación ultracourte. naltrexone.



## I. INTRODUCCIÓN

La desintoxicación de la dependencia de opiáceos es el proceso por el que un individuo físicamente dependiente abandona el consumo, pretende eliminar la dependencia fisiológica aguda y disminuir el malestar que aparece en el síndrome de abstinencia, además de contribuir a que los pacientes adictos permanezcan abstinentes y puedan integrarse en programas de deshabituación que precisen de la abstinencia de opiáceos (American Psychiatric Association, 1997).

El mantenimiento con antagonistas opiáceos constituye una alternativa en los programas de deshabituación. La naltrexona provoca un bloqueo completo de los receptores opiáceos durante un largo periodo de tiempo debido a su larga vida media. Se administra a pacientes ya desintoxicados y su objetivo es bloquear los efectos de los opiáceos, facilitando la extinción del deseo condicionado (González y Brogden, 1988).

El intervalo de tiempo transcurrido desde que se suspenden los opiáceos y el inicio del tratamiento con naltrexona es un período de alto riesgo de recaída. Por este motivo, los tratamientos farmacológicos desarrollados en los últimos años tienen en común la reducción del tiempo empleado en el proceso de desintoxicación y la instauración precoz de antagonistas opiáceos (Kleber et al., 1987). Para ello se utilizan estos antagonistas en combinación con agonistas alfa-dos adrenérgicos (clonidina) (Gold et al., 1980, Jasinski et al., 1985), junto con otros fármacos que controlan los efectos indeseables que aparecen en la desintoxicación (Kosten et al., 1989, Vining et al., 1988, García et al., 1995).

El empleo de clonidina (Gold et al., 1978, Washton et al., 1980, Kleber et al., 1985) tiene un papel fundamental al reducir la hiperactividad noradrenérgica que aparece en el síndrome de abstinencia a opiáceos (SAO) y bloquear la sintomatología precipitada por la naltrexona (Charney et al., 1982; Kleber et al., 1985; Vining et al., 1988; Senft 1991). La combinación de clonidina-naltrexona ha mostrado además una aceleración del curso del SAO (Charney et al., 1986; Brewer et al., 1988).

Las pautas de inducción rápida utilizan junto con la clonidina y la naltrexona fármacos sedantes y pueden realizarse en medios extrahospitalarios (Vázquez et al., 1996; Carreño et al., 1997), en hospital de día (Gutiérrez et al., 1995), en planta de hospitalización o en la Unidad de Cuidados Intensivos (Loimer et al., 1991 y 1993; Legarda y Gossop 1994, Seoane et al., 1996 y 1997). Las principales diferencias existentes en las pautas realizadas en los distintos medios se encuentran en la profundidad de la sedación que se aplica y, por tanto, en el control de los distintos efectos secundarios que aparecen.

Estas pautas de inducción rápida permiten realizar el proceso agudo de desintoxicación en 24 horas, a la vez que evitan el elevado abandono del proceso que ocurre en desintoxicaciones más prolongadas (finalizan menos del 50% en los tratamientos ambulatorios y alrededor del 70% en los métodos hospitalarios tradicionales) (Salazar y Rodríguez 1995, Fabregat et al., 1997). Aunque todavía no hay unanimidad sobre la técnica a seguir, existiendo discrepancias sobre cual es la más adecuada (Stephenson 1997; Demaria et al., 1997), los resultados obtenidos por las diferentes modalidades de tratamientos de desin-



toxicación rápida muestran unos resultados cercanos al 100% en las desintoxicaciones iniciadas (Carreño et al., 1997; Seoane et al., 1997).

Desde el inicio de su funcionamiento, el Servicio de Psiquiatría del Hospital Ramón y Cajal cuenta con dos camas para desintoxicación de pacientes remitidos desde los dispositivos comunitarios ambulatorios de tratamiento de drogodependientes. Estos pacientes son evaluados en sus respectivos centros desde donde se realiza la indicación de desintoxicación hospitalaria, y al alta son de nuevo remitidos a su centro de referencia donde se integran en tratamientos de deshabitación (programas ambulatorios "libre de drogas" con o sin apoyo de naltrexona, comunidades terapéuticas, etc.). La desintoxicación realizada hasta ahora tenía una duración media de una semana, se utilizaba clonidina y a partir del cuarto día naltrexona, junto con ansiolíticos e hipnóticos. Con el objeto de disminuir las altas voluntarias, en abril de 1998 y gracias a la disponibilidad del Servicio de Cuidados Intensivos, iniciamos la desintoxicación rápida en régimen de Unidad de Cuidados Intensivos.

## 2. MATERIAL Y MÉTODO

Se realiza la desintoxicación en aquellos pacientes remitidos al hospital que cumplen criterios para ello.

Dado que los pacientes no son evaluados por nosotros hasta su ingreso en el hospital, y no disponemos de datos previos sobre ellos, ingresan directamente en el servicio de Psiquiatría, como se realizaba tradicionalmente. Aquí se realiza la evaluación del paciente y la

indicación si procede de inducción rápida. Esto es así porque no todos los pacientes remitidos a nuestra unidad son dependientes de opiáceos, siendo cada vez más frecuente que nos remitan pacientes con otras dependencias o con patología física o psiquiátrica que aconseje su ingreso en el hospital.

Se excluyen los pacientes que no son dependientes de opiáceos, o cuya droga principal de abuso no son los opiáceos, que presenten patología infecciosa aguda grave o cardiopatía grave, embarazadas y pacientes con graves alteraciones psicopatológicas. Las hepatitis víricas crónicas o la infección por VIH no son criterios de exclusión.

Cuando se realiza la indicación de desintoxicación se informa al paciente del proceso al que se le va a someter, indicándole las características del mismo y los posibles riesgos y complicaciones, y tal y como se describe en el Anexo I, el paciente firma el consentimiento informado y las normas de ingreso en la unidad.

Junto con la historia clínica habitual, se administra la entrevista EuropASI y el test de personalidad IPEDE.

Se solicita analítica básica (hemograma, bioquímica), ECG y Rx Torax.

Se avisa con 24 horas de antelación al Servicio de Cuidados Intensivos de la existencia de un paciente candidato a desintoxicación rápida. El día previo a la inducción (día de ingreso en el hospital) se trata al paciente con 150 mg de ranitidina por la mañana y por la noche. Por la tarde se pone un enema de limpieza, que se repite la mañana de la realización de la desintoxicación. Se utiliza durante este día clonidina (una cápsula de



Catapresam cada 8 horas) junto con alguna benzodiacepina si es preciso (clonazepam 0,5-4 mg en varias tomas).

El día de la inducción el paciente permanece en ayunas, se pone el segundo enema de limpieza, se ducha y se canaliza una vía periférica (esto se realiza para acelerar el tratamiento cuando llega a la Unidad de Cuidados Intensivos). Se solicita tóxicos en orina, y a las 9 horas se lleva a la Unidad de Cuidados Intensivos.

El paciente ingresa en la Unidad de Cuidados Intensivos donde se monitoriza con ECG continuo. Posteriormente se canaliza una vía venosa periférica o central si esta no fuese posible. Se coloca sensor digital para pulsioximetría por infrarrojos con equipo DATEX. Una vez iniciada la sedación se procede a colocar sonda nasogástrica y sonda vesical standard. La tensión arterial es controlada mediante un monitor automático.

Previamente al proceso de sedación y desintoxicación se administran antieméticos (metoclopramida, 10 mg. intravenosa -i.v.-), agonistas alfa2 adrenérgicos (clonidina, 0,300 mg. vía oral -v.o.-), inhibidores de los receptores H2 (ranitidina, 50 mg i.v.) y loperamida 4 mg v.o. Se repite la dosis de ranitidina y metoclopramida a intervalos de 8 horas. 30-45 minutos después se administra 50 mg de naltrexona v.o. No utilizamos perfusión previa de naloxona, ni naloxona posterior a la naltrexona, aunque nos encontramos en proceso de revisión sobre esto.

Tras 5-10 minutos se induce sedación con midazolam (0,05-0,07 mg/kg) o propofol (0,8 mg/kg) ajustando las dosis a la respuesta de cada individuo, y manteniendo después una perfusión continua de estos fármacos. Tras los

primeros pacientes se objetivó una marcada disminución de la efectividad del midazolam respecto al propofol, por lo que la pauta se modificó a propofol o midazolam y propofol. El objeto de la sedación es conseguir la presentación de una escasa o nula reacción de despertar, dolor, respuestas vegetativas y motoras a estímulos nociceptivos, y preservar el reflejo tusígeno y una respiración espontánea. Se utiliza esta sedación hipnagógica a dosis subanestésicas, ya que permite controlar el síndrome de abstinencia agudo de opiáceos inducido por la naltrexona durante la desintoxicación ultracorta (Seoane et al., 1996). Se mantiene al paciente con respiración espontánea, evitando la intubación traqueal y la ventilación mecánica. La sedación es dirigida y controlada por un médico intensivista. El nivel de sedación se ajusta individualmente en función de la escala de Ramsay.

Tras inducir sedación se añade parasimpaticolíticos (atropina i.v., 0,01 mg./kg) cada 4 horas. En las primeras desintoxicaciones esto no se añadía, pero las diarreas que aparecieron en algunos pacientes motivaron que se introdujera en la pauta habitual.

Tras 24 horas de tratamiento se retira sedación, se añade una nueva dosis de naltrexona 50 mg vo y 0,150 mg de clonidina. Se traslada a la planta de psiquiatría, donde hay una cama reservada y permanece hasta el momento del alta médica.

En las primeras desintoxicaciones se añadía tratamiento sintomático según las necesidades del paciente. Desde el inicio se comprobó cómo la mayoría presentaban ligeros síntomas de abstinencia, por lo que se pautó butilbromuro de hioscina (10 mg cada 12 horas durante 2-3 días), clonidina (0,150 mg. cada 8 horas durante 2-4 días con pauta des-



cedente) y clonacepam (0,5-2 mg, si precisa como hipnótico o con ansiolítico).

Se da de alta al paciente a las 24-48 horas cuando está asintomático. Se mantiene el tratamiento anterior si el alta ocurre en el periodo previo a la finalización del tratamiento señalado anteriormente (ver Anexo 2).

### 3. RESULTADOS

En el periodo de abril y mayo de 1998 realizamos 10 desintoxicaciones de estas características, de las que 9 corresponden a varones y 1 a mujer. La edad media fue de 33,7 años (DT=4,6 años), con un promedio de 9,5 años (DT=3,9 años) de dependencia. Todos son adictos a heroína. La vía de consumo es inhalada/fumada en 8 casos. Consumen cocaína de forma regular 5 pacientes (4 de ellos por vía parenteral). 4 pacientes son VIH positivos.

La desintoxicación se realizó en todos los pacientes. La sedación sólo con midazolam fue insuficiente, objetivándose una marcada disminución de la efectividad del midazolam respecto al propofol, lo que nos llevó a modificar la pauta de sedación, utilizando siempre propofol. Esta pauta continúa en proceso de revisión, buscando la dosis mínima eficaz para conseguir la sedación adecuada.

Desde los primeros pacientes se comprobó la necesidad de utilizar alguna técnica para controlar las frecuentes deposiciones que aparecían durante y tras la realización del proceso. Para ello optamos por poner previamente enemas de limpieza y tras inducir sedación añadir atropina i.v. (0,01 mg/kg. cada 4 horas), consiguiendo corregir este problema casi totalmente.

Desde el inicio se trató a los pacientes con ranitidina, y no han aparecido problemas gástricos.

En los primeros pacientes se observó que algunos de ellos, y sin estar relacionado con dosis de opiáceo u otras variables, presentaban síntomas de SAO tras la desintoxicación (diarreas, piloerección y dolores musculares), por lo que se optó por pautar clonidina a dosis decrecientes, junto con butilbromuro de hioscina y clonacepam. A pesar de esto todavía algún paciente presenta varias deposiciones diarreicas y malestar ligero los días siguientes a la inducción, siendo estas complicaciones importantes y prolongadas en el tiempo en un caso.

La estancia media en el hospital fue de cuatro días (con un mínimo de tres días y un máximo de siete días). Es importante considerar que la desintoxicación se realiza al segundo día de ingreso y que se posterga el alta hasta que el paciente está prácticamente asintomático, y al día siguiente de la desintoxicación cuando llegan de nuevo a la planta de psiquiatría casi ninguno lo está.

Durante el proceso de sedación las complicaciones presentadas fueron: dos de los pacientes presentaron un cuadro febril autolimitado que cedió espontáneamente en 24 horas. En un caso no se filió, y en otro se relacionó con atelectasias. Este paciente precisó además intubación endotraqueal, dado la hipersecreción bronquial y el trabajo respiratorio que presentaba. En otro orden de cosas, un paciente se despertó por la noche desorientado y presentó un episodio de agresividad verbal.



## 4. DISCUSIÓN

Este método de desintoxicación asegura la misma en el 100% de los casos, dado que la administración de naltrexona de forma precoz y durante la permanencia del paciente bajo sedación imposibilita el alta voluntaria y la interrupción del proceso de tratamiento. Este es, a nuestro criterio, el gran avance de esta técnica, dado que con otras técnicas el 30% de los que iniciaban la desintoxicación la interrumpían voluntariamente (Fabregat et al., 1997, Plan Regional sobre Drogas, 1994).

Por otra parte, la menor duración del proceso permite disminuir muchos de los conflictos que generan algunos adictos en la sala de psiquiatría durante la estancia de 7 días y disminuir la carga al personal sanitario. Sin embargo, en nuestra limitada experiencia no creemos posible que el ingreso total sea de 24 horas, salvo que contemos con un importante apoyo familiar previo y posterior a la intervención, además de modificar la dinámica de acceso al hospital y al alta. Muchos de los pacientes al alta ingresan en comunidades terapéuticas y es necesario que no presenten síntomas de abstinencia.

La pauta de tratamiento elegida inicialmente fue extraída de la descrita en la literatura. Sin embargo, pronto tuvimos que adaptarla, modificando dosis y añadiendo sustancias para contrarrestar efectos secundarios no muy importantes pero sí molestos para los pacientes y el personal, como se ha descrito anteriormente. Es por ello que describimos con detalle todos los pasos realizados hasta ahora.

La seguridad de este tratamiento es elevada dado el medio donde se desarrolla (Uni-

dad de Cuidados Intensivos) y la sedación hipnagógica que se utiliza.

## 5. CONCLUSIONES

A pesar de nuestra corta experiencia y la necesidad de depurar la técnica y encontrar aquella que se adecue más a nuestras necesidades, creemos que es una alternativa muy importante a los tratamientos de desintoxicación clásicos a los que desplaza por su eficacia (100% de desintoxicaciones).

## BIBLIOGRAFÍA

- American Psychiatric Association. (1997). *Directrices para la práctica clínica en el tratamiento de pacientes con trastornos por consumo de sustancias*. Barcelona. EDIKA MED (Ed Esp).
- Brewer, C.; Rezae, H.; Baily, C. (1998). Opioid withdrawal and naltrexone induction in 48-72h with minimal dropout using a modification of the naltrexone-clonidine technique. *Br J Psychiat* 153: 340-343.
- Carreño, JE; Ortiz, R.; Sánchez, J.; Alvarez, CE; Calvo, JR; Pérez, SF. (1997). Pautas de inducción rápida. Modelos ambulatorios en Asturias. *Psiquiatría Biológica* 6: 207-16.
- Charney, DS; Riordan, CE; Kleber, HD; Murburg, F; Braverman, P; Sternberg, DE; Heninger, GR; Redmond, DE. (1982). Clonidine and naltrexone: a safe, effective and rapid treatment of abrupt withdrawal from methadone therapy. *Arch Gen Psychiatry* 39: 1327-32.
- Charney, DS; Heninger, GR; Kleber, HD. (1986). The combined use of clonidine and naltrexone as a safe, rapid and effective treatment of abrupt withdrawal from methadone. *Am J Psychiatry* 143: 831-7.
- Demaria, PA; Rodgers, C.; Braccia, G. (1997). Propofol for sedation during rapid opiate detoxification. *Am J Psychiatry* 154: 949.



- Fabregat, V.; Ochoa, E.; Denia, M.; Baca-García, E.; Soto, A.; Vázquez, J.J. (1997). Rasgos de personalidad y desintoxicación hospitalaria de la dependencia de opiáceos. *Psiquiatría Biológica*, 4: 96-100.
- García, M.I.; López, C.; Parreño, D. (1995). Desintoxicación rápida en régimen ambulatorio en el centro penitenciario de hombres de Carabanchel. *Adicciones* 7: 441-53.
- Gold, M.S.; Pottash, A.C.; Sweeney, D.R.; Kleber, H.D. (1980). Opiate withdrawal using clonidine: A safe, effective and rapid non opiate treatment. *JAMA* 243: 343-6.
- Gold, M.S.; Redmond, D.E.; Kleber, H.D. (1978). Clonidine blocks acute opiate withdrawal symptoms. *Lancet* 2: 599-602.
- González, J.P.; Brogden, R.D. (1988). Naltrexone: a review of its pharmacodynamics and pharmacokinetic properties and therapeutic efficacy in the management of opioid dependence. *Drugs* 35: 192-213.
- Gutiérrez, M.; Ballesteros, J.; Figuerido, J.L.; Elizagarate, E. (1995). Las desintoxicaciones ultracortas con antagonistas opiáceos. En: Casas, M.; Gutiérrez, M.; San, L. *Avances en drogodependencias*. Barcelona. Ed. en Neurociencia. 93-107.
- Jasinski, D.R.; Johnson, R.E.; Kuchel, T.R. (1985). Clonidine in morphine withdrawal: differential effects on signs and symptoms. *Arch Gen Psychiatry* 42: 1063-76.
- Kleber, H.D.; Riordan, C.E.; Rounsaville, B.; Kosten, T.R.; Charney, D.; Gaspari, J.; Hogan, J.; O'Connor, C. (1985). Clonidine in outpatient detoxification from methadone maintenance. *Arch Gen Psychiatry* 42: 391-394.
- Kleber, H.D.; Topazian, M.; Gaspari, J.; Riordan, C.E.; Kosten, T.R. (1987). Clonidine and naltrexone in outpatient treatment of opiate withdrawal. *Am J Drug Alcohol Abuse* 13: 1-17.
- Kosten, T.R.; Kryystal, J.H.; Charney, D.S.; Price, L.H.; Morgan, C.H.; Kleber, H.D. (1989). Rapid detoxification from opioid dependence. *Am J Psychiatry* 146: 1349.
- Legarda, J.J.; Gossop, M. (1994). A 24-h inpatient detoxification treatment for heroin addicts: a preliminary investigation. *Drug Alcohol Depend* 35: 91-3.
- Loimer, N.; Lenz, K.; Schimth, R.; Presslich, O. (1991). Technique for greatly shortening the transition from methadone to naltrexone maintenance of patients addicted to opiates. *Am J Psychiatry* 148: 933-5.
- Loimer, N.; Hofmann, P.; Chaudhry, H. (1993). Ultrashort noninvasive opiate detoxification. *Am J Psychiatry* 150: 839.
- Plan Regional sobre Drogas. (1994). Memoria. Madrid. Comunidad de Madrid.
- Salazar, I.; Rodríguez, A. (1995). Manejo del drogodependiente en una unidad de desintoxicación integrada en una unidad de hospitalización psiquiátrica de agudos. *Adicciones* 7: 495-508.
- Senft, R.A. (1991). Experience with clonidine-naltrexone for rapid opiate detoxification. *J Subs Abuse Treat* 8: 257-9.
- Seoane, A.; Puiggros, A.; Hernández, E.; Alvarez A. (1996). Estudio de 105 tratamientos de desintoxicación ultracortos (24 horas). *Rev Psiquiatría Fac Med Bara* 23: 98-103.
- Seoane, A.; Carrasco, G.; Cabré, L.; Puiggros, A.; Hernández, E.; Alvarez, A.; Costa, J.; Molina, R.; Sobrepere, G. (1997). Efficacy and safety of two new methods of rapid intravenous detoxification in heroin addicts previously treated without success. *Brit J Psychiatry* 171: 340-5.
- Stephenson, J. (1997). Experts debate merits of 1-day opiate detoxification under anesthesia. *JAMA* 5: 363-4.
- Vázquez, J.M.; Fos, C. (1996). Desintoxicaciones ultracortas ambulatorias. *Ponencia XXIII Jornadas Nacionales Socidrogalcohol*. Oviedo.
- Vining, E.; Kosten, T.R.; Kleber, H.D. (1988). Clinical utility of rapid clonidine-naltrexone detoxification for opioid abuse. *Br J Addict* 83: 567-75.
- Whashton, A.M.; Resnick R.B. (1980). Clonidine for opiate detoxification outpatient clinical trials. *Am J Psychiatry* 132: 1121-2.



## ANEXO I: CONSENTIMIENTO INFORMADO

### DESINTOXICACIÓN HOSPITALARIA. INDUCCIÓN RÁPIDA

(Servicios de Psiquiatría y Cuidados Intensivos. Hospital Ramón y Cajal. Madrid.)

La desintoxicación, proceso por el que un individuo físicamente dependiente abandona el consumo, pretende eliminar la dependencia fisiológica aguda y disminuir el malestar que aparece en el síndrome de abstinencia.

La desintoxicación de la dependencia de opiáceos (FI 1.2, 304.00) puede realizarse con la combinación de antagonistas opiáceos y agonistas alfa-dos adrenérgicos, junto con otros fármacos que controlan los efectos indeseables que aparecen en la desintoxicación. La pauta de Inducción Rápida utiliza para ello fármacos sedantes y en algunas ocasiones precisa de sedación intensa que se realiza en la Unidad de Cuidados Intensivos.

Esta Pauta de Inducción Rápida permite realizar el proceso agudo de desintoxicación en 24 horas.

Precisa seguir las indicaciones médicas, respetando los tratamientos prescritos y la abstinencia de sustancias las 12 horas previas a la realización de la Inducción.

Normas durante la estancia en la Unidad de desintoxicación:

- Durante la estancia en la Unidad está prohibido el consumo, posesión o tráfico de cualquier tipo de producto no prescrito en el tratamiento.

- Al ingresar, durante la hospitalización y en el momento del alta podrán ser revisadas las pertenencias con la finalidad de descartar cualquier tipo de droga, objetos peligrosos o no pertenecientes

al paciente. Al ingreso se retirarán ropa y objetos personales que quedarán en custodia y serán devueltos al alta.

- Los objetos personales que puede mantener consigo serán revisados y autorizados por el personal. Al alta se recogerán las pertenencias en presencia de personal de la Unidad, que acompañara al paciente hasta la salida de la Unidad.

- Está prohibido fumar en la cama y en las dormitorios. También lo está el mantener mecheros u otros objetos potencialmente peligrosos.

- Durante la estancia no se puede abandonar la sala de hospitalización. Cuando sea necesario hacerlo por razones facultativas se hará acompañado por personal sanitario.

- No se pueden recibir ningún tipo de visitas.

DECLARO que he sido informado debidamente por parte del equipo médico dirigido por la Dra. Ochoa de las ventajas e inconvenientes que representa para mi desintoxicación la aplicación de la Pauta de Inducción Rápida, así como de los riesgos que pueden derivarse de los procedimientos médicos durante mi estancia en la Unidad de Cuidados Intensivos.

De acuerdo con lo cual autorizo al equipo médico del Hospital Ramón y Cajal a que me aplique la Pauta de Inducción Rápida

Madrid, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 199\_\_

Fdo.

Fdo. Dr.



## ANEXO 2: PROTOCOLO DE DESINTOXICACIÓN ULTRARRÁPIDA

El día previo a la inducción se realiza valoración médica y psiquiátrica, que incluye analítica general (bioquímica y hemograma), Rx Torax y ECG. El paciente firma consentimiento informado y es informado detalladamente del proceso de desintoxicación.

Contraindicado a pacientes con patología infecciosa aguda, terminales, embarazadas o con patología orgánica severa.

Se avisará con 24 horas de antelación al Servicio de Psiquiatría de la existencia de una cama libre en el servicio de Unidad de Cuidados Intensivos.

El día previo a la inducción se trata al paciente con Zantac<sup>®</sup>, un comprimido por la mañana y otro por la noche. Por la tarde se pone un enema de limpieza, que se repite la mañana de la realización de la prueba. Se utiliza durante el día previo hipnóticos y clonidina (un comprimido de Catapresam cada 8 horas) junto con alguna benzodiacepina si es preciso.

El día de la inducción el paciente permanece en ayunas, se pone el segundo enema de limpieza, se ducha y se canaliza una vía periférica (en el Servicio de Psiquiatría). Se solicita tóxicos en orina. A las 9 horas se lleva a la Unidad de Cuidados Intensivos.

En la Unidad de Cuidados Intensivos se monitoriza al paciente con ECG y saturación arterial. Se valora la vía que trae el paciente y se coloca sonda vesical.

Al ingreso se premedica con ranitidina 50 mg. i.v., metoclopramida 10 mg. i.v., loperami-

da 4 mg. v.o. y clonidina 0,3 mg. v.o. Se repite dosis de ranitidina y metoclopramida a intervalos de 8 horas.

30-45 minutos después se administra 50 mg. de naltrexona v.o.

Tras 5-10 minutos se induce sedación con midazolam (0,5-0,7 mg./kg.) y propofol (0,8 mg./kg.) ajustando las dosis a la respuesta de cada individuo, y manteniendo después una perfusión continua de estos fármacos.

Tras inducir sedación se añade atropina 0,01 mg./kg. cada 4 horas.

Tras 24 horas de tratamiento se retira sedación, se añade una nueva dosis de naltrexona 50 mg. v.o. y 0,150 mg. de clonidina. Se traslada a planta de psiquiatría, donde hay una cama reservada.

En planta de psiquiatría se pauta Buscapina<sup>®</sup> comp: un comprimido cada 12 horas durante 2-3 días; Catapresam<sup>®</sup>, un comprimido cada 8 horas durante 2-4 días con pauta descendente; Rivotril<sup>®</sup> 0,5-2 mg. si precisa como hipnótico o con ansiolítico.

Se da de alta al paciente cuando está asintomático. Se mantiene el tratamiento anterior si el alta ocurre en el periodo previo a la finalización del tratamiento anterior.