

La desintoxicación ultrarrápida a opiáceos en la sanidad pública: aproximación a la experiencia con hipno-sedación profunda.

Salazar, I.*; Campaña, O.**; Pereiro, C.**; Rodríguez, A.*

* Unidad de Desintoxicación Hospitalaria. Servicio de Psiquiatría. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago (CHUS).

** Unidad de Reanimación. Servicio de Anestesia y Reanimación. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago (CHUS).

*** Unidad de Atención al Drogodependiente de la Asociación Ciudadana de Lucha Contra la Droga de La Coruña (ACLAD).

Resumen

Este trabajo estudia la respuesta a un tratamiento de desintoxicación ultra-rápido (DUR) bajo hipnosedación profunda. El propósito fue evaluar los aspectos prácticos y clínicos, así como la eficacia y seguridad de la técnica. Veinte pacientes adictos a la heroína (15 varones y 5 mujeres), seleccionados aleatoriamente entre la población de drogodependientes que demanda tratamiento, fueron admitidos para desintoxicación en un hospital universitario. Todos los pacientes completaron el tratamiento sin presentar complicaciones y la mayoría (85%) destaca su satisfacción con el mismo. El síndrome de abstinencia a opiáceos, precipitado con la administración de naltrexona (100 miligramos/v.o.), se minimiza o elimina con independencia de la dosis de heroína/día, el tiempo de la adicción y la vía de uso. La técnica, que ha resultado útil y segura, estaría especialmente indicada para aquellos que tienen un consumo de opiáceos más alto y fracasan con los métodos de desintoxicación clásicos.

Palabras Clave

drogodependencia; desintoxicación ultrarrápida; anestesia y heroína.

Correspondencia a:

Isabel Salazar Bernard • Departamento de Psiquiatría - Facultad de Medicina. Universidad Santiago de Compostela (España). • Telf. 981 57 32 52 - Fax: 981 52 37 44
e-mail: mrisabel@usc.es • isalaber@teleline.es



Summary

This paper studies the answer to a treatment of ultra-rapid detoxification (URD) under deep hypno-sedation. The purpose was to evaluate the practical and clinical aspects, as well as the effectiveness and security of the technique. Twenty heroin addicts (15 males and 5 women) selected randomly among the drug dependent population that demands treatment were admitted for detoxification in a university hospital. All the patients completed the treatment without presenting complications and most of them (85%) highlights their satisfaction with it. The opiate withdrawal, precipitated with the oral naltrexone (100 mg), was minimized or eliminated with independence of the heroin/day dose, years of addiction and the administration route. The technique that has been useful and safe, would be specially suitable for those that have a consumption of opiate higher and fail with the methods of classic detoxification.

Key Words

drug addiction; ultra-short detoxification; anesthesia; heroin.

Résumé

Dans cet article on étudie la réponse à un traitement de la désintoxication ultra-rapide (DUR) sous la hypno-sédation profonde. Le but était d'évaluer les aspects pratiques et cliniques, aussi bien que l'efficacité et la sécurité de la technique. Vingt patients dépendants d'héroïne (15 mâles et 5 femmes) choisis aléatoirement parmi la population dépendante de drogue qui exige le traitement, ils ont été admis pour la désintoxication dans un hôpital universitaire. Tous les patients ont terminé le traitement sans présenter des complications et la plupart (85%) met en valeur leur satisfaction avec celui-ci. Le syndrome d'abstinence de l'opiacé, précipité avec la naltrexone orale (100 mg), a été réduit au minimum ou a été éliminé avec l'indépendance de la dose d'héroïne/jour, des années d'addiction et de la méthode d'administration. La technique qui a été utile et sûre, serait particulièrement appropriée à ceux qui ont une consommation d'opiacés plus élevée et qui échouent avec les méthodes de désintoxication classique.

Mots clé

dépendance aux drogues; désintoxication ultrarapide; anesthésie; héroïne.



I. INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas han sido numerosos los esfuerzos realizados, tanto desde la clínica como desde el mundo científico, para disponer de un tratamiento efectivo y de fácil aplicación en el campo de las adicciones químicas. En este marco de búsqueda de soluciones para la toxicomanía, durante estos años hemos asistido y participado en la puesta en marcha de procesos que, a pesar de ser sólo un primer eslabón, se han dado en denominar tratamientos de desintoxicación, cuya meta principal es aportar al adicto un medio de abandonar la sustancia de la cual depende de un modo que le resulte soportable y sin riesgos, con el ánimo de aumentar su efectividad y eficacia (Mattick y Hall, 1996), ya que, como es bien conocido, en contraposición con el del alcohol o los barbitúricos, el síndrome de abstinencia a opiáceos (SAO) no representa una amenaza vital. No podemos ignorar que en este período de reajuste biopsicosocial en que se adentra el toxicómano, se produce una tasa importante de abandonos antes de finalizar el tratamiento de desintoxicación: el 24,3% de los hospitalizados y un porcentaje bastante más elevado para los programas que se realizan en régimen ambulatorio (PNsD, 1991; Salazar y Rodríguez, 1995).

En el caso concreto de la desintoxicación a opiáceos, que abordamos en este trabajo, todos los esfuerzos se han concentrado en conseguir un tratamiento farmacológico que sea seguro, relativamente rápido y que garantice el mayor grado de confortabilidad posible al usuario. En esta línea de ayudar al adicto a superar el obstáculo inicial que representa el SAO cuando se interrumpe el

consumo, se han desarrollado diversos protocolos de tratamiento farmacológico (Fishbain *et al.*, 1993) que suponen un paso importante en la práctica clínica de las adicciones y que, en general, pueden realizarse tanto a nivel ambulatorio como hospitalario, e incluso en atención primaria (O'Connor *et al.*, 1992, 1997).

Dentro de las múltiples posibilidades de elección de tratamiento, son los procedimientos de desintoxicación ultrarrápidos (DUR) los que, por diversas razones, están despertando más interés así como un mayor número de publicaciones y controversias (Brewer, 1997; O'Connor y Kosten, 1998). Conscientes de la relevancia actual que ha alcanzado la técnica de este tratamiento, cuyo origen encontramos en los trabajos de Loimer *et al.*, (1988, 1989, 1991a, 1991b, 1993), y de la teórica ventaja que supone en el abordaje clínico de las adicciones, no podemos omitir el dato de que es una técnica no exenta de riesgos (San *et al.*, 1995; Olcina *et al.*, 1996; Seoane *et al.*, 1997), siendo éstos más elevados cuando se realiza fuera del marco adecuado o por manos inexpertas en las técnicas de sedación o analgesia que estos protocolos sin duda requieren, alimentando de esa manera dudas sobre los mismos que necesariamente hay que descartar y aclarar; al tiempo que se ignoran los principios básicos que deben regir durante una desintoxicación.

Dentro de un contexto, en el que se admite y preconiza que el abuso de sustancias es un trastorno crónico recurrente (Casas y Salazar, 1993a), que los motivos por los que los pacientes se acercan a un tratamiento de desintoxicación son variados y que, aunque éste supone frecuentemente el camino hacia tratamientos en programas libres de drogas



(PLD) o de mantenimiento con naltrexona (PMN), muchos adictos no lo completan, realizamos una evaluación de la DUR, cuyos resultados preliminares como modalidad de tratamiento hemos avanzado (Campaña et al., 1998), con la pretensión de consensuar una pauta terapéutica de DUR y establecer conclusiones sobre una técnica que puede representar una opción de tratamiento seguro para un gran número de adictos y dentro del marco sanitario público, facilitando eliminar el miedo y la ansiedad al SAO (Legarda y Gossop, 1994) que, a veces, demora la demanda de inicio de tratamiento.

2. MATERIAL Y MÉTODO

Se utiliza una muestra de 20 pacientes diagnosticados de dependencia a opiáceos según criterios DSM-IV (APA, 1995), seleccionados aleatoriamente entre la población de toxicómanos que demanda tratamiento de desintoxicación durante el último trimestre de 1996, y que aceptan libremente someterse a un programa de desintoxicación ultrarrápida, siendo derivados para ello a la Unidad de Desintoxicación Hospitalaria (UDH) del Complejo Hospitalario Universitario de Santiago (CHUS) por la Unidad de Atención al Drogodependiente (UAD) correspondiente. En la UDH los pacientes y sus familias son informados de las características del procedimiento y sus riesgos, así como de la existencia y posibilidad de otros tratamientos dentro del mismo marco sanitario, dejando constancia de lo anterior a través de la firma del oportuno Consentimiento Informado (Anexo I).

Se trata de pacientes ASA I, a quienes en el momento del ingreso en la UDH, se les

realiza el preoperatorio habitual (ECG, bioquímica, coagulación, recuento, analítica de orina, Rx de tórax y ECO abdominal), así como todo el resto de pruebas rutinarias en este tipo de patologías: inmunoserología de virus (VIH, Hepatitis, HSV, CMV), de bacterias (Lúes y Toxoplasmosis) y test de embarazo en el caso de las mujeres.

Los criterios de exclusión seguidos fueron los siguientes: alergia conocida o sospechada a cualquiera de los fármacos utilizados, síndrome de dependencia a alcohol, ortostatismo y/o hipotensión severa al ingreso, tratamiento con IMAO en los dos meses anteriores, gestación o lactancia, enfermedades somáticas o psíquicas graves, enfermedades vasculo-cerebrales, HTA severa no controlada, insuficiencia renal crónica, EPOC grave, cardiopatía grave, miastenia grave y glaucoma de ángulo cerrado.

El ingreso en la UDH tiene lugar a las 8.00 horas, en condiciones de ayuno absoluto desde las 00,00 horas, realizándose una determinación cuantitativa y cualitativa (ADX-analizador) de tóxicos en orina y una evaluación del SAO. No se les exige abstinencia previa. Profilácticamente se procede a la administración de enemas para la limpieza intestinal (2 con un intervalo de 3 horas), omeprazol, clorhidrato de loperamida y agentes agonistas alfa-2 adrenérgicos.

A las 15.30 horas el paciente es trasladado a la Unidad de Reanimación, donde a las 16.00 horas se inicia el proceso de la DUR con la evaluación del SAO, monitorización y pulsioximetría (canalización de una vía venosa periférica, etc.); una vez administrada la naltrexona oral y 4 mg i.v. de ondansetron, se induce la hipnosedación con midazolam y propofol (tabla I), continuando después la



pauta de sedación con ambos fármacos en infusión intravenosa continua y manteniéndola durante 6 horas. La relajación se realiza con atracurio, procediéndose a la intubación orotraqueal y al sondaje vesical y nasogástrico con el paciente dormido.

Las dosis de propofol se fueron ajustando en función de los signos valorables en un paciente intubado, sedado y relajado, manteniéndose una perfusión de midazolam que asegure la conveniente amnesia del procedimiento, y controlando que exista en todo momento una adecuada estabilidad hemodinámica. Las necesidades de propofol oscilaron entre 2-8 mg./kg./hora dependiendo de la vía de uso, del consumo medio habitual de

heroína y del tipo y cantidad de otras sustancias consumidas. El atracurio se utiliza en dosis de inducción de 0,5 mg./kg./i.v. y dosis de mantenimiento en perfusión continua. Cuando fue necesaria la utilización de flumazenilo, se administró en bolo i.v. de 0,25 mg., repitiéndolo cada 60 segundos hasta obtener la respuesta adecuada o hasta alcanzar los 2 mg. En el caso de que aparezca resedación se opta por nuevos bolos o una infusión IV continua de aproximadamente 0,5 mg./hora (circunstancia que no se nos ha presentado).

La protección de la vía aérea utilizando la intubación, en un paciente en el que pueden estar alterados los reflejos normales a causa del bajo nivel de conciencia, se considera

Tabla 1. Pauta de Sedación y Reversión del Proceso.

PROCESO DE SEDACIÓN Y RELAJACIÓN		
FÁRMACOS	INDUCCIÓN	MANTENIMIENTO
Naltrexona ⁽¹⁾	100 mg oral	
Ondansetron ⁽¹⁾	4 mg iv	
Propofol	2 mg/kg/iv	2 mg/kg/hora f peso
Midazolam	0,1 mg/kg/iv	0,05-0,15 mg/kg/iv f peso
Atracurio	0,5mg /kg/iv	Perfusión continua
PROCESO DE REVERSIÓN DE LA SEDACIÓN Y DE LA RELAJACIÓN ⁽²⁾		
Flumazenilo	bolo iv de 0,25 mg/minuto	Hasta obtener respuesta o alcanzar 2 mg. En la resedación bolos de infusión continua de 0,5 mg/h
Neostigmina	2 mg	
Atropina	1 mg	
Ondansetron	4 mg	

(1) Se administran simultáneamente en el momento de iniciar la sedación.

(2) Sólo se usan en caso de que se consideren necesario de acuerdo con la evolución.



imprescindible para evitar el riesgo de sufrir broncoaspiración y distensión gástrica. Creemos que la práctica de intubación traqueal en manos expertas, en este caso anestesiadas, y con el paciente en ayunas, conlleva menos riesgo que la potencial exposición a una complicación respiratoria secundaria a la elevada incidencia de vómitos en este tipo de tratamientos.

A las seis horas se suspende la pauta de sedación y de relajación, 30 minutos antes de la extubación, administrándose 4 mg. i.v. de ondansetron; se revierte el proceso con 2 mg. de neostigmina y 1 mg. de atropina, susprimiéndose el propofol. En base a la puntuación obtenida en la Escala de Ramsey, se valora la utilización del flumazenilo, procediéndose, según lo recomiende el estado del paciente, a la retirada de las sondas vesical y nasogástrica. Una vez que recupera la consciencia, se realiza la evaluación del SAO, permaneciendo toda la noche en observación en la Unidad de Reanimación y, en el caso de que no se hayan presentado incidencias, se traslada a la UDH del Servicio de Psiquiatría a las 10,00 horas, donde se realiza una nueva evaluación del estado del paciente, que se incorporará a las actividades de dicha unidad hasta el momento de ser dado de alta.

Los síntomas y signos de abstinencia se valoran a través de la escala de Wang *et al.*, (1974), modificada por nosotros (Grupo Murcia-Valladolid-Santiago) para adaptarla a los requerimientos de este tipo de protocolos (Anexo 2); en ella se puede obtener una puntuación máxima de 41, considerando que estamos ante un SAO *leve* cuando se alcanzan entre 1 y 10 puntos, *moderado* para una puntuación de 11 a 22 puntos y *severo* si su-

mos más de 22 puntos; en este último caso, sería necesario reiniciar el procedimiento de sedación y el resultado del procedimiento no podría ser calificado como exitoso. El SAO se mide al iniciar la DUR, después de retirar la sedación con el paciente despierto y cada día hasta el momento del alta hospitalaria, que no se autorizará mientras no se objeive la ausencia de síntomas y signos de abstinencia y de metabolitos opioides en orina (ADX-Analizador).

Para el tratamiento estadístico de los datos se utiliza el paquete SPSS (v. 7.5.2): descripción de frecuencias, tablas de contingencia, medias y análisis de correlaciones, con sus correspondientes pruebas de significación.

3. RESULTADOS

El perfil encontrado en las variables sociodemográficas estudiadas (Tabla 2) nos muestra una predominancia de los varones sobre las mujeres (3/1), fundamentalmente solteros, con residencia urbana y convivencia con la familia parental; respecto a la edad, presentan una media de 26 años ($dt= 4,5$), siendo homogénea para ambos sexos, con un rango de 18-33 años. Los estudios primarios y un escaso nivel profesional, así como el empleo precario definen la situación sociolaboral. No hay una presencia importante de antecedentes psiquiátricos ni de sobredosis.

Respecto a las características del consumo de drogas (tabla 2), son sujetos policonsumidores con una media de 5,8 años ($dt= 3,3$) de antigüedad en el inicio del consumo de heroína y un consumo medio de 750 mg ($dt= 330mg$), una mayor utilización



Tabla 2. Características sociodemográficas y de consumo.

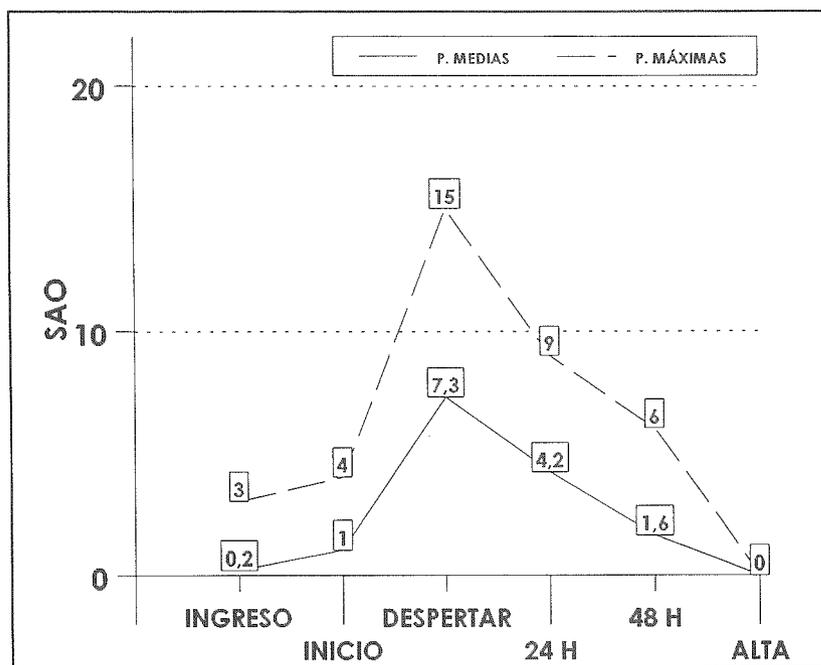
Variable		N	%	Variable		N	%
Sexo	Varón	15	75	Se prostituye	Sí	1	5
	Mujer	5	25		No	19	95
Edad	18-23	6	30	Convivencia	Vive solo	2	10
	24-28	9	45		Con familia	14	70
	29-33	5	25		En pareja	4	20
Estado Civil	Soltero	14	70	Actividad Profesional	No trabajó	4	20
	Casado	3	15		Activo	5	25
	Separado	2	10		En paro	8	40
	Viudo	1	5		Baja laboral	3	15
Residencia	Urbana	14	70	Intentos de suicidio	Sí	1	5
	Rural	6	30		No	19	95
Nivel de Estudios	EGB	12	60	Antecedentes Psiquiátricos	No hay	18	90
	FP	5	25		Leves	1	5
	BUP	3	15		Tfo. ambulat.	1	5
Nivel Profesional	Autónomo	1	5	Episodios de sobredosis	Sí	5	25
	Empleado	8	40		No	15	75
	Obrero	5	25				
	Sin Profesión	6	30				
CARACTERÍSTICAS DEL CONSUMO							
		HEROÍNA		COCAÍNA			
		N	%	N	%		
Antigüedad del consumo:	2-5 años	11	55	7	36,8		
	>5 años	9	45	12	63,2		
Consumo actual:	250-500 mg/día	10	50	4	40		
	500-750 mg/día	5	25	0	0		
	1000-2000 mg/día	5	25	6	60		
Vía de uso actual:	Pulmonar	12	60	10	58,9		
	Endovenosa	8	40	7	41,1		

de la vía pulmonar; con un consumo medio de cocaína de 825 mg (dt= 633 mg) superior a 1 gr en el 60% de los sujetos (N=6), de alcohol y de psicofármacos para mitigar la sintomatología del SAO. Debemos señalar que, si bien el 85% de los sujetos (N=17) son consumidores actuales de cocaína, sólo el 50%

(N=10) de la muestra consume dicha sustancia todos los días, mientras que en el resto la frecuencia del consumo es esporádica. Dos de los sujetos estaban incluidos desde hacía seis meses en un programa de mantenimiento con metadona (PMM). Presentan una media de 4 desintoxicaciones previas,



Gráfica 1. Intensidad del SAO.



predominando el abandono de las mismas antes de terminar el tratamiento. Excepto uno (diagnosticado dentro del proceso actual), todos los sujetos eran negativos al VIH.

Todos los pacientes terminaron el proceso de desintoxicación, necesitando una media de sedación de 6 horas, sin que haya surgido ningún tipo de complicaciones. Desde el momento del ingreso en la UDH y hasta que se inicia la DUR, se administra una dosis media de clonidina de 0,39 mg. ($dt=0,195$), en pacientes con un peso medio de 63,2 kg y sin síntomas iniciales de SAO (Gráfico 1).

Los síntomas del SAO presentes, una vez recuperada la consciencia, fueron mínimos,

alcanzando una media en la puntuación de la escala de 7,3 ($dt=4,4$) en el momento más álgido del mismo, al interrumpirse la sedación, de 4,5 ($dt=2,5$) a las 24 horas y de 1,6 ($dt=1,9$) a las 48 horas del inicio del proceso de desintoxicación (Gráfico 1). El estudio pormenorizado del SAO en función del consumo medio de heroína no establece diferencias estadísticamente significativas, dándose la circunstancia de que las puntuaciones más altas, en cualquiera de los momentos, se corresponden con los consumos más bajos (<500 mg./día). Las mujeres, con un consumo medio de heroína (850 mg./día; $dt=418$) más alto que los varones (600 mg./día; $dt=$



280) presentan una sintomatología de abstinencia significativamente menor al despertar ($F=5,41$; $p=0,03$), a las 24 horas ($F=6,94$; $p=0,01$) y a las 48 horas ($F=5,02$; $p=0,03$).

Todos los pacientes fueron dados de alta a las 72 horas sin sintomatología de SAO, con urinoanálisis negativo para drogas de abuso y por tanto en condiciones de poder seguir sus programas terapéuticos en la UAD correspondiente. El 75% de los sujetos se derivan a un PMN y el otro 25% a un PLD.

En cuanto a la valoración subjetiva del tratamiento por parte de los pacientes, mayoritariamente (55%) fue "muy buena", siendo para un 30% "buena" y sólo para el 15% la calificación era "mala"; ningún sujeto la consideró como "muy mala" y tanto las pruebas de contingencia como las de correlación utilizadas para el análisis no permiten encontrar un perfil diferenciador en las variables utilizadas para este trabajo, salvo en lo que se refiere al consumo concomitante de psicofármacos, ya que aquellos que suelen consumirlos se agrupan en las valoraciones positivas de un modo significativo ($\chi^2=10,695$, $gl=2$ y $p=0,005$; R de verosimilitud=13,275, $gl=2$ y $p=0,001$).

Los resultados del estudio de seguimiento del grupo de pacientes incluidos en este trabajo, realizado a lo largo de un año, reflejan que a los dos meses todos seguían en contacto con el centro y abstinentes. Al año encontramos que el 45% ($N=9$) ha perdido el contacto con la UAD, ignorándose cuál es su situación actual con respecto al consumo: una tercera parte de los mismos pierde el contacto a los 3 meses, el 11,1% a los 6 meses, otro tercio a los 9 meses, mientras que tan sólo el 22,2% lo hace un año después. Del 55% que continúa a tratamiento, 2 sujetos

(18,2%) siguen un PMM, otro (9,1%) continúa con su programa de comunidad terapéutica (PCT) y 8 (72,7%) se mantienen abstinentes dentro de un PMN. Por otro lado, cabe señalar que las mujeres obtienen períodos de abstinencia significativamente más largos que los varones ($F=4,47$; $p=0,05$).

4. DISCUSIÓN

El procedimiento empleado ha resultado eficaz, eficiente y seguro, permitiéndonos resolver el 100% de los casos que demandaron tratamiento bajo esta modalidad sin que se presentasen complicaciones y con una reducción del tiempo de desintoxicación y de los costes muy importante; suponiendo para el adicto ciertas ventajas, rapidez, confortabilidad y seguridad, y para los equipos sanitarios un menor desgaste, capacitándonos para abordar la desintoxicación de ese grupo de pacientes que es incapaz de tolerar las pautas de tratamiento clásicas y que, como los incluidos en este trabajo, abortan los mismos para continuar con el consumo de heroína en aras de evitar la sintomatología del SAO.

Consideramos imprescindible en este tipo de protocolos, a fin de evitar riesgos innecesarios (complicaciones respiratorias, etc.), la protección de la vía aérea a través de la utilización de intubación traqueal por manos expertas (Bartter y Gooberman, 1996).

El perfil de los sujetos que han sido sometidos al procedimiento de DUR se corresponde con el de los usuarios de nuestro dispositivo (UDH), a excepción de la prevalencia de infección por el VIH. Debemos señalar que todos los pacientes del presente estudio eran potencialmente negativos al VIH, no



porque éste fuera un criterio de inclusión/exclusión, sino porque mayoritariamente, el 90%, provienen de una Unidad de Atención al Drogodependiente en la que se han implementado ampliamente los programas de mantenimiento con agonistas, en cualquiera de sus versiones, siendo mucho menor la población de adictos VIH+ que en algún momento requiere la hospitalización para seguir un tratamiento de desintoxicación. El único paciente positivo al VIH se había seroconvertido desde la última determinación realizada en la UAD (últimos 6 meses).

A diferencia de las muestras utilizadas en otros trabajos (Gutiérrez *et al.*, 1995; Carreño *et al.*, 1996), nuestros pacientes son policonsumidores de elevadas dosis de opiáceos y cocaína, así como de benzodiacepinas; refiriéndose dichos consumos a la media diaria durante el mes previo a su ingreso para someterse a la DUR. Los datos recogidos en el relato de los usuarios fueron contrastados y confirmados en el *screening* urinario de sustancias de abuso realizado al ingreso (ADX-Analizador). Por otro lado, no se les requirió una motivación especial para ser admitidos a tratamiento, al considerar este hecho como un criterio de exclusión que implica un claro sesgo en los objetivos de la técnica (Séoane *et al.*, 1997).

La dosis de clonidina utilizada permite mantener a los pacientes sin síntomas relevantes desde el momento del ingreso hasta el momento en que se precipita el SAO, con la administración de naltrexona, y se inicia el proceso de hipnosedación profunda. Para este estudio hemos desechado la utilización de naloxona, que sí se usó en nuestro anterior trabajo (Campaña *et al.*, 1998), al considerar que su uso no está lo suficientemente justi-

ficado cuando se emplea simultáneamente con naltrexona, siendo, en cambio, posiblemente responsable de la mayoría de las complicaciones que se refieren y documentan en otros trabajos (Taff, 1983; Partridge y Ward, 1986; Schwartz y Koenigsberg, 1987; Vitalone y Lopresti, 1992; San *et al.*, 1995). Con la administración de naltrexona, en las dosis que hemos utilizado -el doble (100 mg)- a las recomendadas en otros protocolos, se ha conseguido un bloqueo óptimo de los receptores sin que haya supuesto un aumento del tiempo de sedación, una intensificación del SAO o un rebrote del mismo.

La intensidad del SAO ha sido muy baja, aún teniendo en cuenta la importancia que se le ha prestado en la valoración del mismo a todos aquellos signos de disconfort vivenciados por nuestros pacientes, no habiéndose superado en ningún momento un SAO "moderado". Es necesario recordar que la sintomatología de abstinencia a opiáceos puede estar influenciada, entre otros, por factores psicosociales e individuales con base genética (Gold, 1993; Grunberg, 1994; Berrettini *et al.*, 1997), que explicarían nuestros resultados acerca de que el consumo medio de heroína/día influye poco cuando el tratamiento es adecuado, confirmando los hallazgos de Kosten *et al.* (1989).

El nivel de satisfacción con el resultado del tratamiento al que fueron sometidos es verbalizado como plenamente satisfactorio, refiriendo sus "quejas" fundamentalmente al hecho de haber tenido que permanecer toda la noche en una unidad de las características que reúne la de reanimación debido al perfil de los pacientes que permanecen ingresados



en la misma, compartiendo el habitáculo, que requieren frecuentes y continuos controles, centrandó así su queja más en lo que corresponde al área de lo psicológico que a los aspectos puramente "físicos".

El tiempo medio de estancia en la UDH es independiente del procedimiento específico de desintoxicación utilizado, ya que todos los pacientes estaban en disposición de ser dados de alta a las 24 horas de su ingreso en nuestra Unidad, respondiendo exclusivamente al hecho de habernos planteado como objetivo la comprobación del tiempo en el que desaparecen los metabolitos opioides en orina después de haber sometido al adicto a una DUR, al entender que éste puede ser un punto de fricción a efectos legales sobre todo si se tiene en cuenta que la UDH no vuelve a tener contacto con el paciente una vez que éste ha sido dado de alta y que se encuentra alejada físicamente de la residencia de los mismos, lo que supone una dificultad añadida en el caso de que sea necesaria su intervención. Desde esta perspectiva, reflexionamos acerca de cuándo se puede afirmar que un sujeto está perfectamente desintoxicado: cuando deja de administrarsele medicación, o cuando no presenta síntomas de abstinencia, o cuando su orina deja de ser positiva a una determinada droga... o simplemente, ¿es suficiente que tome naltrexona para suponerle desintoxicado?. La orientación hacia una u otra respuesta puede implicar consecuencias de relevante importancia para algunos tipos de intervención.

Los resultados del seguimiento, con una importante tasa de abandonos a lo largo del tiempo, aunque inferior a la encontrada por

Cuccia *et al.*, (1996) y similar a la de Rabinowitz *et al.*, (1997), ponen de manifiesto que los trastornos adictivos se asemejan a otros trastornos médicos crónicos (O'Brien y McLellan, 1996), que se caracterizan por las recaídas y remisiones, siendo ésta la característica central de las conductas adictivas (Casas y Salazar, 1993b), por todo ello no compartimos la idea que confiere a la DUR el papel exclusivo de inducción rápida a la naltrexona, ni que dicho procedimiento suponga una solución definitiva para la adicción a los opiáceos, tal y como ha sido planteada desde algunos foros profesionales y ampliamente difundida a través de los medios de comunicación de masas. Dada la complejidad de los mecanismos bio-psico-sociales implicados en las adicciones, su abordaje debería consistir en una correcta combinación de aproximaciones terapéuticas adecuadas a las necesidades individuales, contempladas como tratamientos a largo plazo, reconociendo que ver el tratamiento como una simple "cura" hace poco probable la consecución de la abstinencia y estimula la recaída. Como sabemos factores como el estatus socioeconómico, la carencia de apoyo social y/o familiar y la posible comorbilidad psiquiátrica son fundamentales en la adherencia al tratamiento (McLellan *et al.*, 1980; Alterman y Cacciola, 1991).

5. CONCLUSIONES

Una aproximación a la abstinencia de opiáceos más efectiva y que consuma menos tiempo y recursos como la DUR, puede contribuir sustancialmente al manejo social glo-



Anexo I. Consentimiento informado

D/D^o: _____
 ingresado/a en la Unidad de Desintoxicación Hospitalaria (UDH), Servicio de Psiquiatría, del Complejo Hospitalario Universitario de Santiago (CHUS) -Hospital Gil Casares-, con el objetivo de someterme a un tratamiento de desintoxicación a opiáceos, programa "ULTRARRÁPIDO", que será realizado desde la UDH, por el Servicio de Anestesia de este Complejo Hospitalario -Hospital General de Galicia-, a través de un proceso de hipnosedación, relajación e intubación con sondaje nasogástrico y uretral, tras la administración de naltrexona, sustancia que provoca un *síndrome de abstinencia precipitado*, y mediante la utilización de los siguientes fármacos: clonidina (agonista α_2 adrenérgico), midazolam (hipnógeno), propofol (hipnógeno), atracurio (relajante muscular), ondansetron (antiemético), omeprazol (protector gástrico), loperamida (antidiarreico), flumazenilo (antagonista benzodicepínico), neostigmina, atropina y enemas para la limpieza intestinal.

DECLARO haber sido informado/a de un modo comprensible de:

1. Las características del tratamiento de desintoxicación "ultrarrápido", para el que permaneceré relajado/a, intubado/a y sedado/a durante un período mínimo de 6 horas, tras las cuales se me despertará, una vez finalizado el proceso.
2. Los posibles síntomas y signos derivados del procedimiento y de la medicación utilizada, y que pueden incluir: abstinencia a opiáceos, depresión respiratorio, amnesia anterógrada, cefalea, discinesia, debilidad muscular, molestias gástricas, inapetencia, etc.
3. La existencia de otros métodos de desintoxicación diferentes ya sea a nivel ambulatorio como hospitalario: con agonistas, con tto. sintomático...
4. Que toda actuación terapéutica de estas características implica un riesgo que conozco y asumo **VOLUNTARIAMENTE**, sin que exista ningún tipo de coacción.

En consecuencia, otorgo **MI CONSENTIMIENTO** y **AUTORIZO** la realización del referido tratamiento, siendo conocedor/a de que en caso de urgencia o por causas imprevistas podrán realizarse las actuaciones médicas necesarias para mantenerme con vida o evitarme un daño.

Sé que en cualquier momento puedo revocar este consentimiento.

En Santiago de Compostela, a ____ de _____ de 1.99__

Fdo.: _____
 (El/la paciente)

PSIQUIATRA	FAMILIAR RESPONSABLE	TESTIGO
Dr./Dra.	D./D ^o .	D./D ^o .
Fdo.:	Fdo.:	Fdo.



Anexo 2. Escala de Valores del SAO.

SÍNTOMAS (Total máximo: 15 puntos)	
Osteomioartralgias	0-3
Calambres-parestesias	0-3
Distermias-escalofríos	0-2
Espasmos intestinales	0-3
Náuseas	0-1
Palpitaciones	0-1
Deseo de droga	0-2
SIGNOS (Total máximo: 26 puntos)	
Ansiedad (1)/Irritabilidad (2)/Agitación (3)	0-3
Bostezos	0-1
Fiebre >37,9°C	0-1
Temblores. Sacudidas musculares	0-3
Vómitos	0-2
Diarrea	0-3
Piloerección	0-1
Diáforesis	0-1
Estornudos. Rinorrea	0-1
Lagrimeo	0-1
Taquipnea 20-30 resp/m >30 resp/m	1 2
Taquicardia 90-120 lat/m >120 lat/m	1 2
Hipertensión >140/90 mm >160/95 mm	1 2
Midriasis: leve (1)/moderada (2)/intensa (3)	0-3
TOTAL	0-41

SAO LEVE: 0-10 puntos
 SAO MODERADO: 11-12 puntos
 SAO INTENSO: > 22 puntos

bal de la dependencia a este tipo de sustancias, facilitando el acceso a la cadena terapéutica de un amplio número de usuarios cuyas características (de personalidad, laborales, etc.) les alejan de los tratamientos más convencionales, posibilitando un mayor número de tratamientos (disminución de las lis-

tas de espera) y diversificando el espectro terapéutico hacia una mejor calidad asistencial.

Esta técnica ha demostrado ser de utilidad para cualquier tipo de usuarios de opiáceos, no obstante, concluimos que quienes pueden beneficiarse sustancialmente de la misma serán aquellos que presentan perfiles de consumo más elevados y consiguientemente con un mayor número de tratamientos fracasados, es decir, que presentan mayores dificultades para terminar una desintoxicación lo que supone un mayor desgaste personal de los usuarios y de los profesionales, y de medios.

Cuando en la actualidad el paradigma de salud que preconiza la medicina implica la solución definitiva de muchas enfermedades y la lucha por evitar el dolor y el sufrimiento, no parece defendible que la adicción a opiáceos sea "moralmente" penalizada con la obligación de tener que sufrir síntomas de abstinencia molestos -a veces extremadamente molestos-, durante varios días, pudiendo ser evitados de un modo amplio o simplemente acortados con un riesgo aceptable.

Existen suficientes razones para afirmar que los consumidores de opiáceos cambian con el tiempo, que el tratamiento puede dar lugar al cambio y que las intervenciones psicológicas son de gran importancia para el mismo; sin embargo, los procedimientos de desintoxicación a opiáceos vigentes en la actualidad tienen una eficacia altamente mejorable y el mantenimiento con agonistas (metadona, LAAM, buprenorfina, etc.), aunque beneficioso para algunos, no es la panacea capaz de resolver los problemas derivados del consumo. Por todo ello apostamos porque -al



menos durante un largo período de tiempo, tendremos que seguir recurriendo a la combinación de diversos procedimientos que, además del tratamiento de desintoxicación, abarquen los posibles trastornos subyacentes en las adicciones, así como las dificultades laborales y sociales asociadas que no desaparecen cuando el adicto es desintoxicado y que, sin embargo, contribuyen a aumentar el riesgo de recaídas.

Por último, si como hemos afirmado reiteradamente el abuso de sustancias es un trastorno crónico recurrente, tendremos que aceptar que el adicto se desintoxique múltiples veces dentro del proceso de tratamiento de su adicción.

BIBLIOGRAFÍA

- Alterman, A.I.; Cacciola, J.S. (1991). The antisocial personality disorder in substance abusers: problems and issues. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 179: 401-409.
- APA. (1995). *DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona, Masson, S.A.
- Bartter, Th. y Goberman, L.L. (1996). Rapid Opiate Detoxification. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 22: 489-495.
- Berrettini, W.H.; Hoehe, M.R.; Ferraro, Th.N.; DeMaría, P.A. y Gottheil, E. (1997). Human mu opioid receptor gene polymorphisms and vulnerability to substance abuse. *Addiction Biology*, 2: 303-308.
- Brewer, C. (1997). Ultra-rapid, antagonist-precipitated opiate detoxification under general anesthesia or sedation. *Addiction Biology*, 2: 291-302.
- Campaña O., Aneiros F., Salazar I., Ares X., Costa J., Rodríguez A.; Álvarez J. (1998). La desintoxicación a opiáceos: procedimiento en seis horas. Descripción de la técnica. *Revista de Anestesiología y Reanimación* (en prensa).
- Carreño, J.E.; Ortiz, R.; Sánchez del Río, J.; Álvarez, C.E.; Calvo, J.R. y Pérez, S.F. (1996). Pautas de inducción rápida. Modelos ambulatorios en Asturias. *Psiquiatría Biológica*, 3: 207-216.
- Casas M.; Salazar I. (1993a). El fenómeno de las recaídas en el marco del proceso terapéutico: ¿Debe ser considerada como recaída cualquier consumo de opiáceos en un paciente desintoxicado?. En: J. Cadafalch, J. y Casas, M. (Eds). *El paciente heroínmano en el Hospital General*, 43-52. Bilbao: PNsD.
- Casas M.; Salazar I. (1993b). Reflexiones sobre la utilidad y limitaciones de los modelos de prevención de recaídas a partir de la experiencia obtenida en los tratamientos de desintoxicación. En: M. Casas y M. Gossop (Coords.). *Recaída y prevención de recaídas*. Barcelona: Ediciones en Neurociencias, 351-366.
- Cuccia, A.; Bertschy, G.; Monnat, M.; Spagnoli, J. (1996). Ultra-rapid opiate detoxification: a clinical investigation. *European Psychiatry*, 2: Suppl.4, 171S.
- Fishbain, D.A.; Rosomoff, H.L.; Cuttler, R. y Rosomoff, R.S. (1993). Opiate Detoxification protocols. A Clinical Manual. *Annals of Clinical Psychiatry*, 5: 53-65.
- Gold, M.S. (1993). Opiate Addiction and the Locus Coeruleus. The Clinical Utility of Clonidine, Naltrexone, Methadone, and Buprenorphine. *Psychiatric Clinics of North America*, 16: 61-73.



Grunberg, N.E. (1994). Overview: Biological processes relevant to drugs of dependence. *Addiction*, 89: 1443-1446.

Gutiérrez, M.; Ballesteros, J.; Figuerido, J.L.; Elizagárate, E. (1995). Las desintoxicaciones ultracortas con antagonistas opiáceos. En: Casas, M; Gutiérrez, M; y San, L. (Eds). *Avances en Drogodependencias. Tratamientos Farmacológicos*. Barcelona, FISP y Generalitat de Catalunya, 93-100.

Kosten, T.; Jacobsen, L.; Kosten, T. (1989). Severity of precipitated opiate withdrawal predicts drug dependence by DSM-III-R criteria. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 15: 237-250.

Legarda, J.J.; Gossop, M. (1994). A 24-h inpatient detoxification treatment for heroin addicts: a preliminary investigation. *Drug Alcohol Dependence*, 35: 91-93.

Loimer, N.; Schmid, R.; Presslich, O. (1988). Naloxone treatment for opiate withdrawal syndrome. *British Journal of Psychiatry*, 153: 851-852. [Letter]

Loimer, N.; Schmid, W.; Presslich, O.; Lenz, K. (1989). Continuous naloxone administration suppresses opiate withdrawal symptoms in human opiate addicts during detoxification treatment. *Journal of Psychiatry Research*, 23: 81-86.

Loimer, N.; Linzmayer, L.; Schmid, R.; Grünberger, J. (1991a). Similar Efficacy of Abrupt and Gradual Opiate Detoxification. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 17: 307-312.

Loimer, N.; Lenz, K.; Schmid, R.; Presslich, O. (1991b). Technique for Greatly Shortening the Transition From Methadone to Naltrexone Maintenance of Patients Addicted

to Opiates. *American Journal of Psychiatry*, 148: 33-935.

Loimer, N.; Hofmann, P.; Chaudhry, H. (1993). Ultrashort noninvasive opiate detoxification. *American Journal of Psychiatry*, 150: 839. [Letter]

Mattick, R.P.; Hall, W. (1996). Are detoxification programmes effective?. *The Lancet*, 347: 97-100.

McLellan, A.T.; Druley, K.A.; O'Brien, C.P. y Kron, R. (1980). Matching substance abuse patients to appropriate treatments. A conceptual and methodological approach. *Drug and Alcohol Dependence*, 5: 189-193.

O'Brien, Ch.P.; McLellan, A.T. (1996). Myths about the treatment of addiction. *The Lancet*, 347: 237-240.

O'Connor, P.G.; Vaughn, M.E.; Schottenfeld, R.S. (1992). Ambulatory opiate detoxification and primary care: a role for the primary care physician. *Journal of General Internal Medicine*, 7: 532-534.

O'Connor, P.G.; Carroll, K.M.; Schottenfeld, R.S.; Kosten, T.R.; Rounsaville, B.J. (1997). Three Methods of Opioid Detoxification in a Primary Care Setting. A Randomized Trial. *Annals of Internal Medicine*, 127: 526-530.

O'Connor, P.G.; Kosten, T.R. (1998). Rapid and Ultrarapid Opioid Detoxification Techniques. *JAMA*, 279: 229-234.

Olcina, J.; Casas, A.; Soler, E. (1996). Depresión respiratoria en el curso de una desintoxicación ultracorta de opiáceos. *Revista Española de Drogodependencias*, 21: 331-336.

Partridge, B.Ph.; Ward, C.F. (1986). Pulmonary Edema Following Low-dose



Naloxone Administration. *Anesthesiology*, 65: 709-710. [Letter]

PNsD (1991). *Unidades de Desintoxicación Hospitalaria (UDH). Informe Año 1990*. Madrid, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, Ministerio de Sanidad y Consumo.

Rabinowitz, J.; Cohen, H.; Tarrasch, R.; Kotler, M. (1997). Compliance to naltrexone treatment after ultra-rapid opiate detoxification: an open label naturalistic study. *Drug and Alcohol Dependence*, 47: 77-86.

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.

San, L.; Puig, M.; Bulbena, A.; Farré, M. (1995). High-risk of ultrashort noninvasive opiate detoxification. *American Journal of Psychiatry*, 152, 956. [Letter]

Schwartz, J.A.; Koenigsberg, M.D. (1987). Naloxone-induced pulmonary edema. *Ann. Emerg. Med.*, 16: 1294-1296.

Seoane, A.; Carrasco, G.; Cabré, Ll.; Puiggrós, A.; Hernández, E.; Álvarez, M.; 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. *British Journal of Psychiatry*, 171: 340-345.

Taff, R. (1983). Pulmonary edema Following Naloxone Administration in a Patient Without Heart Disease. *Anesthesiology*, 59: 576-577.

Vitalone, V.; Lopresti, C. (1992). Acute pulmonary edema after intravenous naloxone. *Minerva Anesthesiology*, 58: 225-227.

Wang R.I.; Wiesen, R.L.; Lamid, S. (1974). Rating the presents and severity of opiate dependence. *Clinical Pharmacology and Therapeutics*, 16: 653-658.
