

Las desintoxicaciones ultracortas en España. Situación actual*

Ultrashort detoxification in Spain. Present day situation

VALDERRAMA ZURIÁN, J. C.

Unidad de Conductas Adictivas. Alicante. Conselleria de Sanidad. Generalitat Valenciana.

*Trabajo realizado por la Sociedad Española de Toxicomanías (SET) para la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

RESUMEN: *Objetivo:* dar una visión global de los programas de desintoxicaciones ultracortas en la dependencia de opiáceos que se realizan en España.

Material y método: se remitió un cuestionario a 18 Centros que realizaban programas de desintoxicación ultracortas, y en el que se recogían datos de identificación, los recursos humanos y materiales utilizados en las desintoxicaciones ultracortas, desarrollo del proceso de desintoxicación y opinión general sobre las desintoxicaciones ultracortas.

Resultados: las desintoxicaciones ultracortas se suelen realizar en el medio hospitalario, existiendo en todos los programas criterios de inclusión y exclusión de pacientes. El consumo de metadona es motivo de exclusión en algún programa o bien se solicita una abstinencia previa antes de comenzar la desintoxicación. Todos los programas persiguen la sedación del paciente, fundamentalmente por vía oral, y la naltrexona es el fármaco más utilizado para la antagonización. El efecto secundario más frecuente tras la desintoxicación es la inquietud y la mayoría de los profesionales están muy de acuerdo en la eficacia y seguridad de la modalidad de tratamiento.

Conclusiones: el éxito del tratamiento es de un 100% pero existen dos críticas fundamentales a esta modalidad de desintoxicación: la falta de homogeneización en los procedimientos utilizados y que la técnica es útil únicamente para la desintoxicación del paciente, no existiendo relación entre la desintoxicación y los resultados a largo plazo.

PALABRAS CLAVE: Desintoxicación ultracorta de opiáceos. Dependencia de opiáceos. Servicios de salud. Procedimientos de desintoxicación.

ABSTRACT: *Objective:* provide a global view of the ultrashort detoxification programs for opiate dependent patients carried out in Spain.

Material and method: a questionnaire was filled out by 18 Centers that performed ultrashort detoxification programs and data for identification, human resources and material used in the ultrashort detoxification, development of the detoxification process and general opinion on the ultrashort detoxification were compiled.

Results: the ultrashort detoxifications are generally performed in a hospital ambient, and all the programs had patient inclusion and exclusion criteria for the patients. Methadone consumption is a reason for exclusion in any program or previous abstinence can be requested prior to beginning the detoxification. All the programs pursue the sedation of the patient, fundamentally by oral administration, and the naltrexone drug is used most as the antagonist agent. The most frequent side effect after detoxification is restlessness and most of the professionals agree on the efficacy and safety of the treatment modality.

Conclusions: treatment success is 100% but there are two fundamental criticisms for this detoxification modality: the procedures used lack homogenization and the technique is only useful for detoxification of the patient, as relationship has been found between the detoxifications and the long term results.

KEY WORDS: Ultrashort opiate detoxification. Opioid dependence. Health services. Detoxification procedure.

Correspondencia:

JUAN CARLOS VALDERRAMA ZURIÁN.
UCA.
C/ Taquígrafo Martí, nº 14 bajos.
03004 Alicante.
E-mail: valderra@setox.org.

Introducción

Cuando un paciente con dependencia a opiáceos acude a tratamiento hay varios factores que hay que tener en cuenta, en primer lugar cuál es la motivación del paciente para el tratamiento y qué espera del mismo, en segundo lugar y frecuentemente negociándolo con el paciente se determinará en qué programa es incluido: a) un programa de mantenimiento con agonistas opiáceos (metadona, LAAM); b) un programa de mantenimiento con antagonistas (naltrexona); c) un programa libre de drogas (sin tratamiento farmacológico).

Si el paciente opta por el programa de mantenimiento con naltrexona, será necesario que el paciente esté desintoxicado. Para ello se pueden utilizar diversos fármacos y diversos protocolos de desintoxicación, existiendo un alto pluralismo terapéutico que plantea problemas tanto de ética como de aportación científica¹. En esta línea y en los últimos años se han venido utilizando protocolos cuyos principales objetivos eran: a) minimizar el síndrome de abstinencia a opiáceos y b) acortar al máximo el período de desintoxicación. El principal motivo era lograr un menor número de pérdidas de sujetos entre el consumo de opiáceos por parte del paciente y la incorporación de los pacientes a los programas de mantenimiento con naltrexona.

Entre estas técnicas han destacado las desintoxicaciones ultrarrápidas o ultracortas: pautas de inducción rápida que se realizan en un período de tiempo igual o menor de 24 horas y en el que se le administra una dosis de antagonización de 50 mg de naltrexona. Las causas por los que han proliferado estas técnicas son: a) la demanda de los pacientes, b) las mejoras en el abordaje del síndrome de abstinencia y c) «motivos comerciales» de determinadas instituciones que han estado acompañados de falsas expectativas de «curación» de todos los dependientes de opiáceos. Además existe una gran disparidad de técnicas, de Centros, de seguridad de los procedimientos utilizados, de las pautas de actuación, etc...

Por ello, el objetivo de este artículo es presentar los resultados de un estudio realizado en 1998 por la Sociedad Española de Toxicomanías (SET), para la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, en el que se intenta dar una visión global de la situación en España de las desintoxicaciones ultracortas.

Material y método

Población de estudio

Una de las mayores dificultades del estudio era de-

terminar que Centros estaban realizando las desintoxicaciones ultracortas. Para lograr un listado lo más exhaustivo posible se utilizó la siguiente estrategia:

1. Se solicitó información a las Direcciones Generales de Drogodependencias, Comisionados de las diversas Comunidades Autónomas. Para recabar esta información se envió una carta de presentación del estudio y se les pidió información sobre los centros que realizaban desintoxicaciones ultracortas.

2. Se solicitó a la industria farmacéutica que enviase un listado de centros donde se realizan estas desintoxicaciones.

3. Se realizó una revisión bibliográfica de la documentación existente en los Centros de Documentación sobre Drogodependencias (de la Revista Española de Drogodependencias (REDOC), de la FAD, del Observatorio Vasco de Drogodependencias y de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas) y una búsqueda bibliográfica en bases de datos nacionales (IME) e internacionales (MEDLINE, SCI, Psyclit) de publicaciones sobre desintoxicaciones ultracortas realizadas por autores que trabajan en instituciones españolas (ver bibliografía).

Como se observa en la figura 1 la mayor información se obtuvo mediante el tercer método, siendo un total de 30 centros los que posiblemente realizaban desintoxicaciones ultracortas.

Cuestionario

Se constituyó un equipo de profesionales que trabajan en drogodependencias (médicos, psiquiatras, farmacólogos, anestesistas, documentalistas, psicólogos) para la elaboración de un cuestionario lo más multidisciplinar posible. Este equipo se reunió en una ocasión para el diseño preliminar del cuestionario, tras la

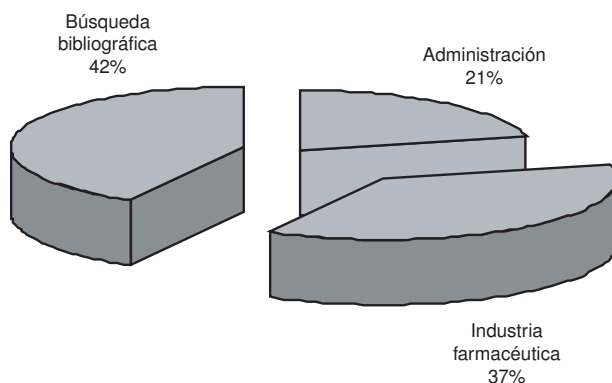


Figura 1. Distribución de los posibles centros donde se realizan desintoxicaciones ultracortas según método obtenido.

elaboración de una primera versión, ésta fue remitida a todos los miembros del equipo. Cada uno, tras revisar el cuestionario remitió las modificaciones que consideraban necesarias. Estas modificaciones fueron contrastadas y se diseñó la versión definitiva del cuestionario que fue de nuevo remitido para su aprobación por la totalidad del equipo investigador.

El cuestionario autoadministrado definitivo constaba de preguntas abiertas, cerradas y escalas tipo Lickert, y estaba estructurado en cinco apartados: datos de identificación, recursos humanos que participan en las desintoxicaciones ultracortas, recursos materiales en las desintoxicaciones ultracortas, desarrollo del proceso de desintoxicación y opinión general sobre las desintoxicaciones ultracortas.

Método

Los cuestionarios fueron enviados por correo postal a los 30 centros, que probablemente realizaban, desintoxicaciones ultracortas. En los sobres se incluía: una carta de presentación del estudio, el cuestionario y un sobre para la devolución del mismo. Tras un período de tres semanas se detectaron aquellos centros que no habían devuelto el cuestionario y se les contactó telefónicamente para que devolvieran el cuestionario.

Se recibieron 22 cuestionarios (73%), de los que cuatro fueron descartados por no realizar desintoxicaciones ultracortas. Si bien se obtuvieron 20 centros el número de programas estudiados fue de 18, pues tres centros del programa CITA contestaron en su globalidad a un solo cuestionario.

Procesamiento y análisis de los datos

Los datos de los cuestionarios fueron introducidos y analizados mediante el programa SPSS versión 7.5.2S para Windows. Se realizó un listado para detectar incoherencias, inconsistencias en las respuestas a grupos de preguntas relacionadas entre sí, omisiones, valores fuera de rango y datos anómalos que podían ser corregidos antes de comenzar el análisis de los datos, o bien obligase a rechazar algunos cuestionarios. Con finalidad descriptiva de la población muestral se utilizó la media y la desviación típica para datos cuantitativos y se expresaron los cualitativos en forma de porcentajes.

Resultados

Como se observa en la figura 2, cada año han ido

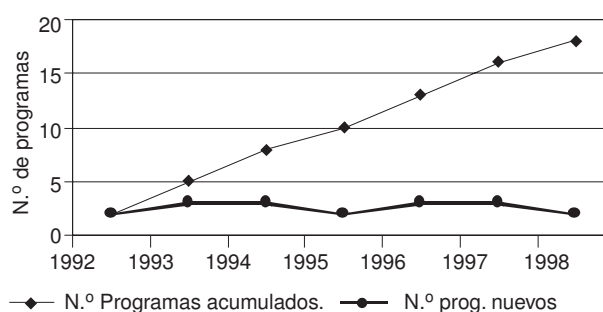


Figura 2. Evolución anual de los programas de desintoxicaciones ultracortas.

apareciendo nuevos centros que realizan desintoxicaciones ultracortas, por lo que es previsible que el número de centros que hoy en día las realizan es superior que los que participaron en el estudio. Por Comunidades Autónomas, Asturias es la Comunidad Autónoma con un mayor número de centros (tabla I). La mayoría de los programas de desintoxicaciones ultracortas se ubican en los hospitales generales ($n = 10$; 50%), le siguen los centros de abordaje específico de las drogodependencias ($n = 7$; 35%), Hospitales psiquiátricos ($n = 1$; 5%) y otros centros [Clínica General ($n = 1$; 5%) y Consulta de psiquiatría ($n = 1$; 5%)].

El 55,6% ($n = 10$) de los programas se financian con fondos privados, de ellos sólo un centro está concertado. El 44,4% ($n = 8$) de los programas se financian mediante fondos públicos [INSALUD ($n = 1$); Comunidad Autónoma ($n = 4$); Ayuntamiento ($n = 1$); y fondos mixtos, es decir, Comunidad Autónoma, Diputación y Ayuntamiento ($n = 1$), INSALUD y Comunidad Autónoma ($n = 1$)].

Las desintoxicaciones ultracortas son las únicas que se realizan en seis centros (30%). En 14 centros

Tabla I. Distribución de los centros por Comunidades Autónomas

Comunidad Autónoma	Número de centros	Frecuencia (%)
Andalucía	2	10,0
Canarias	1	5,0
Castilla-León	2	10,0
Cataluña	2	10,0
Comunidad Valenciana	2	10,0
Comunidad de Madrid	2	10,0
Galicia	1	5,0
Murcia	1	5,0
País Vasco	2	10,0
Principado de Asturias	5	25,0
Total	20	100,0

(70%) se realizan otros programas de desintoxicación, [en 11 centros (78,6%) desintoxicación con metadona u otros agonistas opiáceos, en 11 centros (78,6%) desintoxicación con agonistas alfa-2-adrenérgicos, en 8 centros (57,1%) desintoxicación con agonistas alfa-2-adrenérgicos más naltrexona en régimen de tres a cinco días y en un centro (7,1%) buprenorfina más naltrexona].

La media de pacientes atendidos con estos programas durante 1997 fue de 97 pacientes [DE = 116,1 pacientes; intervalo 3-340 pacientes]. En 1998 uno de los centros no ha realizado desintoxicaciones ultracortas y la media de pacientes atendidos con esta técnica ha sido de 70,6 pacientes [DE = 89,2 pacientes; intervalo 3-350 pacientes].

Por término medio este tratamiento se aplica 3,4 días a la semana (DE = 0,5 días) y los centros están abierto una media de 13 horas 48 minutos (DE = 1 hora 36 minutos). En siete programas (38,9%) había lista de espera, siendo la media de días de espera, de diez (DE = 6,9 días).

Recursos materiales en las desintoxicaciones ultracortas

De los 18 programas en nueve (50%) se realiza la desintoxicación en centros hospitalarios, en cinco (27,8%) en el domicilio del paciente y en cuatro (22,2%) a nivel ambulatorio bajo supervisión sanitaria. De los programas que se realizan en centros hospitalarios, siete (77,8%) se realizan en la Unidad de Críticos (UCI, Unidad de reanimación, etc.), uno (11,1%) en planta convencional, y uno (11,1%) tanto en planta convencional como en Unidad de Críticos.

Diez programas (55,6%) disponen de cama para realizar la desintoxicación. La media de camas por centro es de 2,9 camas (DE = 3,5 camas; mediana = 1 cama). Si surge alguna complicación, el paciente puede continuar ingresado en diez programas (55,6%), en dos programas (10%) existiría disponibilidad de camas si fuera necesario, y en seis programas (33,3%) no existe disponibilidad de camas aunque fueran precisas.

Recursos humanos que participan en las desintoxicaciones ultracortas y nivel profesional del responsable del programa

El tipo de profesional que participa en las desintoxicaciones ultracortas varía de un programa a otro. Las profesiones representadas por orden de frecuencia son: el personal de enfermería (14 programas; 77,7%), auxiliares de enfermería (11 programas; 61,1%); mé-

dicos generales (diez programas; 55,5%), psicólogos (nueve programas; 50%), psiquiatras (siete programas; 38,9%), médicos internistas (seis programas; 33,3%), médicos intensivistas (seis programas; 33,3%), farmacólogos (cuatro programas; 22,2%), otros médicos (tres programas; 16,7%), y anestelistas (dos programas; 11,1%).

Desarrollo del proceso de desintoxicación

A) Criterios de inclusión

Los criterios de inclusión en los diferentes programas de desintoxicación presentan gran disparidad. Fundamentalmente los profesionales refieren como criterios de inclusión: consumo bajo de heroína, recaída reciente en pacientes incluidos en programas de mantenimiento con naltrexona, fracaso en otros tipos de desintoxicación, motivación del sujeto, escasez de tiempo de los pacientes para realizar programas de desintoxicación de mayor duración, no consumo de otras drogas o bien no criterios de dependencia de otras drogas, vía de consumo de los opiáceos, ausencia de patología orgánica o psiquiátrica, presencia de un familiar responsable.

B) Criterios de exclusión

Los profesionales puntuaban de uno a diez el grado de importancia de diferentes criterios de exclusión. El embarazo es criterio de exclusión en todos los programas de desintoxicaciones ultracortas, les sigue como criterios de exclusión más importantes la patología orgánica grave, la insuficiencia renal, la hipertensión arterial grave no controlada, la insuficiencia hepática, las enfermedades cerebrovasculares y la ausencia de control en la medicación (tabla II).

En la mayoría de los programas [13 programas (72,2%)], se suelen admitir pacientes que vienen por iniciativa propia y en cinco programas (27,8%) sólo se admiten cuando vengán derivado de otro recurso de la red asistencial, siendo estos centros los de financiación pública.

En el proceso de inclusión de los pacientes en los programas de desintoxicación, dos programas (11,1%) no aceptan pacientes que provienen de otros centros, en 16 programas (88,9%) se analiza de nuevo la demanda y se decide si procede o no esta desintoxicación. Este análisis lo hace un profesional del programa (n = 8; 50%), todo el equipo terapéutico (n = 7; 43,7%) o indistintamente (n = 1; 6,3%).

En la globalidad de desintoxicaciones ultracortas

Tabla II. Distribución de los criterios de exclusión por orden de importancia para los profesionales

Criterio de exclusión	Media	DE	Mediana
Embarazo	10,0	0,0	10,0
Enfermedad orgánica grave	9,1	1,3	9,5
Insuficiencia renal	8,6	1,7	9,0
Hipertensión arterial severa no controlada	8,3	2,7	10,0
Insuficiencia hepática	8,2	2,2	9,0
Enfermedades cerebrovasculares	8,0	3,0	10,0
Cantidad media de consumo de metadona	7,2	3,4	8,0
Ausencia de control de medicación	6,8	3,6	8,5
Enfermedad psiquiátrica concomitante	6,6	3,3	7,5
Dependencia de múltiples sustancias	6,4	3,5	8,0
Menor de 18 años	5,9	4,1	8,0
Dependencia de alcohol	5,5	3,4	6,0
Cantidad media de consumo de opiáceos	5,4	3,0	6,0
Consumo de metadona	5,4	4,0	6,0
Dependencia de benzodiacepinas	5,2	3,4	5,5
Dependencia de cocaína	5,1	3,5	5,0
Sida	4,7	3,2	5,0
Consumo de benzodiacepinas	4,3	3,2	4,0
Estado serológico frente al VIH	3,6	3,2	3,5
Consumo de alcohol	3,4	2,4	3,5
Otros criterios de exclusión	3,2	4,7	0,0
Consumo de cocaína	3,2	2,4	3,0
Fracaso de tratamientos previos de desintoxicación	2,5	2,5	1,0
Consumo de opiáceos	1,3	1,0	1,0

indicadas hasta el momento, en todos los programas, una media de 3,6 pacientes (DE = 5,6 pacientes), mediana de dos pacientes, por programa no iniciaron el tratamiento. Las causas para no iniciar el proceso son: falta de motivación, ansiedad anticipatoria, no disponibilidad económica (en los programas de titularidad privada), consumo previo de opiáceos y causas excluyentes identificadas antes de iniciar el proceso.

C) Período predesintoxicación

Se dispone de protocolo terapéutico en los 18 programas (100%) y en un sólo programa (5,6%) el paciente no firma el consentimiento informado antes de iniciar la desintoxicación.

Las características del período de predesintoxicación se observan en la tabla III. El test del embarazo y la protección gástrica se realiza en 15 programas (83,3%), en tres programas (16,7%) no se realiza el

Tabla III. Características del período predesintoxicación

Período predesintoxicación	Sí se realiza		No se realiza	
	N.º programas	Frecuencia (%)	N.º programas	Frecuencia (%)
Test de embarazo	15	83,3	3	16,7
Solicitud de abstinencia previa	12	66,7	5	27,8
Estabilización previa con agonistas opiáceos	5	27,8	13	72,2
Enema	6	33,3	12	66,7
Protección gástrica	15	83,3	3	16,7
Determinación de tóxicos en orina	7	38,9	11	61,1

test del embarazo, aunque como se ha mencionado anteriormente en todos los programas el embarazo es un criterio de exclusión.

La abstinencia previa al proceso de desintoxicación no es solicitada en seis programas (33,3%), si bien en uno de ellos sí que se solicita cuando el paciente está tomando metadona. En los restantes 12 programas (66,7%) se solicita, por media, que el paciente esté 15 horas y 24 minutos abstinentes (DE = 6 horas), sin embargo sólo en siete programas (38,9%) se realiza determinación de tóxicos en orina (tabla III).

De los seis programas en los que no se solicita la abstinencia, dos de ellos realizan una estabilización previa con agonistas opiáceos, con una media de 48 horas previas (DE = 17 horas). También en tres programas en los que se solicita al paciente que esté abstinentes se realiza una estabilización previa, con una media de 134 horas y 42 minutos previas (DE = 174 horas 54 minutos).

D) Período de desintoxicación

La monitorización del paciente se realiza en 12 programas (66,7%), siendo continua en siete programas (58,3%) y discontinua en cinco (41,7%). Los parámetros que se monitorizan se observan en la tabla IV, siendo los más frecuentemente monitorizados la presión arterial y la frecuencia cardíaca y respiratoria. Un programa monitoriza el débito gástrico y la micción, otro programa la sintomatología abstinencial y en otro se monitoriza los valores bioquímicos.

Es objetivo de todos los programas obtener en mayor o menor grado la sedación del paciente [cinco programas (27,8%) buscan una sedación superficial, diez (55,6%) una sedación media y tres (16,7%) una seda-

Tabla IV. Monitorización de parámetros durante el proceso de desintoxicación (n = 12)

Parámetros	Sí monitorizado		No monitorizado	
	N.º programas	Frecuencia (%)	N.º programas	Frecuencia (%)
Presión arterial	12	100,0	0	0,0
Frecuencia cardíaca	12	100,0	0	0,0
Frecuencia respiratoria	11	91,7	1	8,3
Electrocardiograma	8	66,7	4	33,3
Saturación de oxígeno	8	66,7	4	33,3
Temperatura corporal	9	75,0	3	25,0
Otros parámetros	3	25,0	9	75,0

ción profunda]. La vía preferente de administración para la sedación es la oral (n = 10; 55,6%), le sigue la intravenosa (n = 7; 38,9%) y la mixta (n = 1; 5,6%); siendo los fármacos utilizados: benzodiacepinas (n = 10; 55,6%), benzodiacepinas y propofol (n = 6; 33,3%), y los neurolépticos (n = 2; 11,1%).

La intubación del paciente se realiza sistemáticamente en tres programas (16,7%) y en otros tres programas (16,7%) se realiza según la evolución del paciente.

La naltrexona es el principal fármaco utilizado para la antagonización del paciente (n.º programas = 13; 72,3%), naloxona y naltrexona se utilizan conjuntamente para la antagonización en cuatro programas (22,2%) y sólo naloxona en un programa (5,6%). En dos programas se utiliza en ocasiones buprenorfina.

La desintoxicación dura una media de 22 horas 6 minutos (DE = 21 horas 36 minutos), siendo la mediana de 12 horas.

En la tabla V se presentan los fármacos que se suelen utilizar en los diversos protocolos terapéuticos.

Los síntomas o efectos adversos durante los programas de desintoxicaciones ultracortas tanto durante la desintoxicación como a las 24 horas posteriores a la desintoxicación se observan en la tabla VI. Los síntomas más frecuentes durante la desintoxicación son la inquietud, los bostezos, el lacrimo y la sintomatología gastrointestinal (diarrea, vómitos, náuseas y epigastralgias). Respecto a las 24 horas posteriores los síntomas más frecuentes son la ansiedad, la astenia y la sintomatología gastrointestinal.

E) Período posdesintoxicación

El 31,9% de los pacientes presentan sintomatología residual del síndrome de abstinencia tras la desintoxi-

Tabla V. Medicaciones incluidas en los protocolos terapéuticos

Período predesintoxicación	Lo incluyen		No lo incluyen	
	N.º programas	Frecuencia (%)	N.º programas	Frecuencia (%)
Agonistas alfa-2-adrenérgicos	18	100,0	0	0,0
Antieméticos	16	88,9	2	11,1
Antidiarreicos	12	66,7	6	33,3
Atropina	8	44,4	10	55,6
Benzodiacepinas	17	94,4	1	5,6
Espasmolíticos	11	61,1	7	38,9
Fármacos para protección gástrica	17	94,4	1	5,6
Neurolépticos	3	16,7	15	83,3
Otros medicamentos	12	66,7	6	33,3

cación, y por término medio son necesario 2,1 días (DE = 1,5 días) mediana de dos días tras la desintoxicación para controlar el síndrome de abstinencia a opiáceos [intervalo 0-6 días].

Los criterios utilizados para considerar si un paciente está o no desintoxicado varía entre los diversos programas: nueve programas (50,0%) consideran que el paciente está perfectamente desintoxicado cuando el sujeto no presenta sintomatología abstinencial, siete programas (38,9%) cuando el paciente comienza a tomar naltrexona, uno (5,6%) cuando el paciente empieza a tomar naltrexona o no presenta sintomatología abstinencial y un programa (5,6%) cuando se obtiene resultado negativo en el estudio de tóxicos en orina.

Tras la desintoxicación 13 programas (72,2%) utilizan un tratamiento estándar, durante un período de 48 horas (mediana), si bien hay programas que continúan el tratamiento de los pacientes durante nueve meses. Los pacientes son incluidos al alta por orden de frecuencia, en programas de mantenimiento con naltrexona (el 100% de los programas suelen incluir pacientes en este programa), programa libre de drogas o en comunidades terapéuticas.

En 16 programas (88,9%) se disponen de datos actualizados sobre la evolución de los pacientes a las 24-48 horas del alta, y en 15 programas (83,3%) se sigue manteniendo, tras la desintoxicación, un control periódico en el centro de la dependencia de opiáceos.

Opinión general sobre las desintoxicaciones ultracortas

Los profesionales que realizan desintoxicaciones ul-

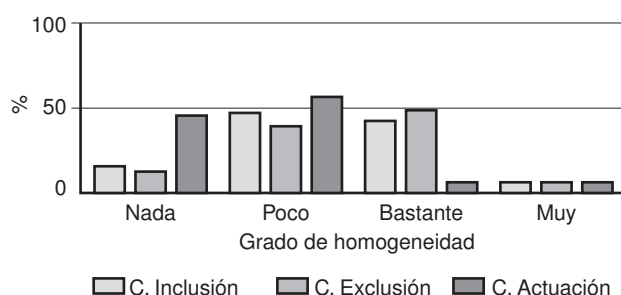
Tabla VI. Sintomatología y efectos adversos observados (porcentajes de pacientes que presentan síntomas o efectos adversos)

Sintomatología y efectos adversos	Durante la desintoxicación (%)			Durante las 24 horas posteriores a la desintoxicación (%)		
	Mediana*	Mínimo	Máximo	Mediana*	Mínimo	Máximo
Agresividad	1,5	0,0	14,0	1,0	0,0	10,0
Ansiedad	4,0	0,0	68,0	11,0	0,0	80,0
Astenia	0,0	0,0	50,0	50,0	0,0	100,0
Atelectasias	0,0	0,0	5,0	0,0	0,0	5,0
Bostezos	15,5	0,0	100,0	4,0	0,0	60,0
Bradipnea	2,0	0,0	80,0	0,0	0,0	5,0
Cuadro confusional	5,0	0,0	79,0	0,0	0,0	1,0
Cuadro febril	0,6	0,0	20,0	4,0	0,0	80,0
Diaforesis	10,0	0,0	90,0	0,0	0,0	15,0
Diarrea	11,0	0,0	86,0	10,0	0,0	100,0
Epigastralgas	10,0	0,0	50,0	2,0	0,0	40,0
Estornudos	5,0	0,0	75,0	0,0	0,0	40,0
Hipertensión arterial	0,5	0,0	100,0	0,0	0,0	5,0
Inquietud	25,0	0,0	90,0	5,0	0,0	50,0
Irritabilidad	2,5	0,0	100,0	6,0	0,0	37,0
Lacrimo	10,0	0,0	90,0	0,0	0,0	25,0
Náuseas y vómitos	10,0	0,0	76,0	8,0	0,0	20,0
Poliuria	4,0	0,0	70,0	0,0	0,0	60,0
Rinorrea	3,0	0,0	50,0	0,0	0,0	10,0
Taquicardia	6,5	0,0	100,0	0,0	0,0	2,0
Taquipnea	7,5	0,0	100,0	0,0	0,0	50,0
Otros	2,1	0,0	80,0	0,0	0,0	14,0

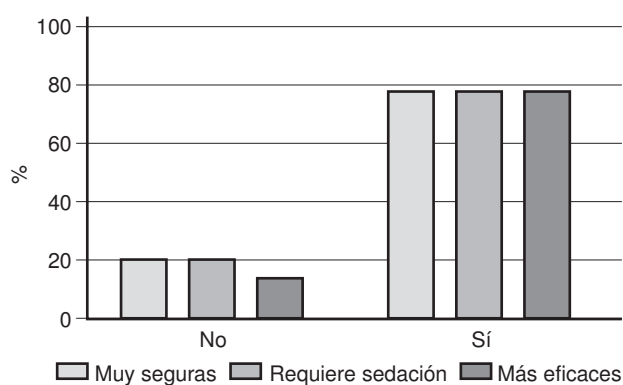
*Mediana: Se especifica la mediana obtenida en las frecuencias.

tracortas consideran que existe un déficit importante de homogeneidad en los criterios que se utilizan en dichos programas en todo el territorio nacional (Fig. 3). Ningún profesional considera que los criterios de inclusión, exclusión y actuación entre los diversos programas sean muy homogéneos y el 94,4% opinan que los criterios de actuación son poco o nada homogéneos.

El 83,3% de los profesionales opinan que las desintoxicaciones ultracortas son los programas de desintoxicación de opiáceos más eficaces, el 82,4% opina que

**Figura 3.** Opinión de los profesionales sobre el grado de homogeneidad de las desintoxicaciones ultracortas (I).

el proceso requiere siempre la sedación del paciente (los programas que no lo opinan son los que realizan las desintoxicaciones ambulatoriamente), y el 88,9% opinan que las desintoxicaciones ultracortas son desintoxicaciones muy seguras (Fig. 4). Menor grado de acuerdo existe en que las desintoxicaciones ultracortas puedan realizarse ambulatoriamente sin problemas ($x = 5,2$ puntos; $DE = 3,7$ puntos) o domiciliariamente ($x = 3,8$ puntos; $DE = 3,1$ puntos) (Fig. 5).

**Figura 4.** Afirmaciones sobre las desintoxicaciones ultracortas (I).

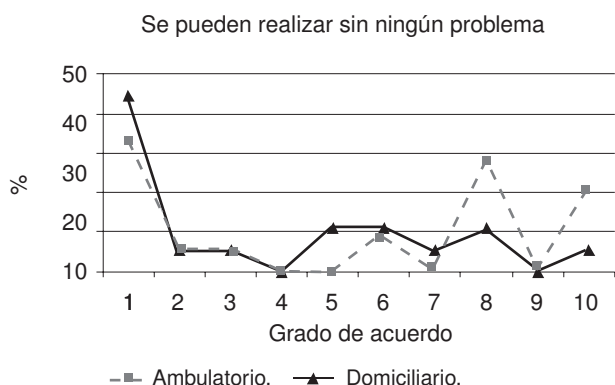


Figura 5. Afirmaciones sobre las desintoxicaciones ultracortas.

Las ventajas que con mayor frecuencia se le atribuyen a las desintoxicaciones ultracortas se pueden observar en las figuras 6, 7 y 8. Los responsables de los programas puntuaban de 1 a 10 el grado de importancia de cada afirmación. Para la mayoría de los programas con esta técnica se obtiene un mayor éxito terapéutico, se minimiza y acorta el síndrome de abstinencia de opiáceos, existe una menor desconexión sociolaboral del paciente y una menor tasa de abandono al alta. En cuanto a la evolución del paciente a los tres, seis y 12 meses tras el alta no existe un gran grado de acuerdo (Fig. 8).

Conclusiones

1. Los resultados obtenidos por las diferentes modalidades de tratamientos de desintoxicaciones ultracortas muestran un éxito en la antagonización cercano

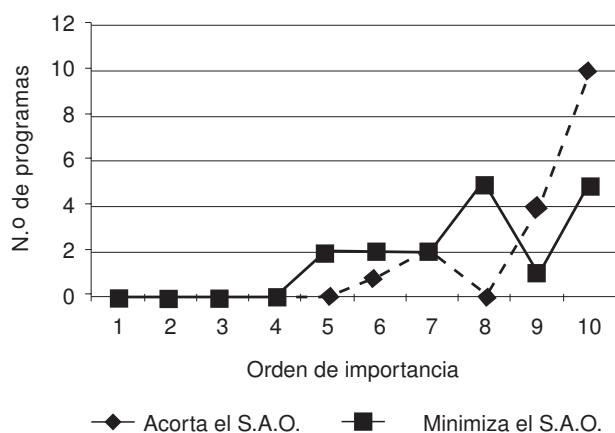


Figura 7. Ventajas de las desintoxicaciones ultracortas (II). Síndrome de abstinencia a opiáceos.

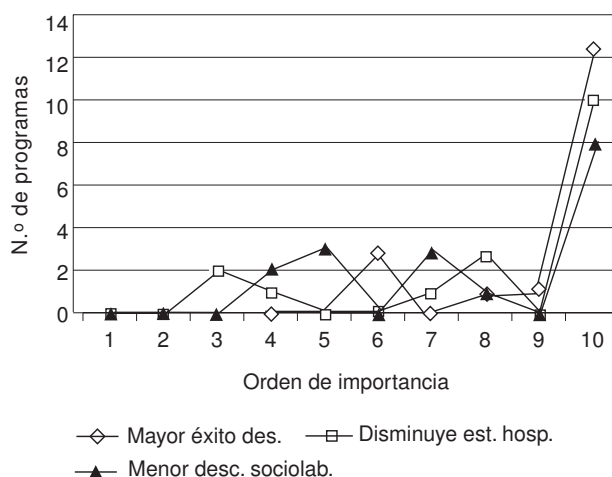


Figura 6. Ventajas de las desintoxicaciones ultracortas (I).

al 100%. Siendo éste uno de los grandes avances de esta técnica.

2. Una falta de homogeneidad en procedimientos y variables analizadas. De ello se deduce la necesidad de ensayos clínicos metodológicamente correctos.

3. Es un método cómodo para el paciente y presumiblemente supone un ahorro de recursos asistenciales. Además tiene un menor coste por el mero hecho de tratar al paciente.

4. En la actualidad todavía existen problemas de seguridad. No están homogeneizados el tipo de sedación, su profundidad, duración de la sedación y el lugar donde se debe realizar.

5. Es necesario el control de los efectos adversos y la prolongación del período de desintoxicación para control de la sintomatología abstinencial hasta algunos días después de la antagonización del paciente.

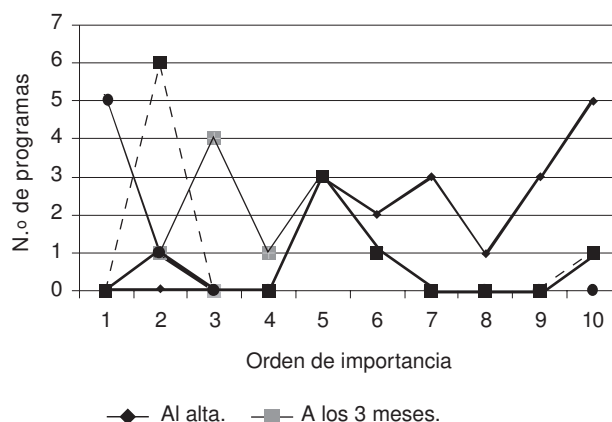


Figura 8. Ventajas de las desintoxicaciones ultracortas (III). Menor tasas de abandono.

6. Las desintoxicaciones ultracortas al igual que otros modelos de desintoxicación es una técnica más para el tratamiento de desintoxicación. Por ello deben coordinarse estos programas con aquellos que vayan a llevar el tratamiento de deshabituación.

7. No parece existir una relación entre realizar las desintoxicaciones ultracortas y que el paciente se mantenga un mayor tiempo en tratamiento y/o abstinente.

Participantes en el estudio: Gaspar Cervera Martínez, José Pérez de los Cobos Peris, Francisco Javier Álvarez González, José Javier Meana Martínez, Fernando Barturen Fernández, Tomás Díaz González, Edorta Elizagarate Zabala, César Pascual Fernández, Emilia

Hernández Piera, Enriqueta Ochoa Mangado.

Revisores del estudio: Luis San Molina, Jordi Camí Morell, Miguel Casas Brugé, Miguel Gutiérrez Fraile, Julio Bobes García.

Agradecimientos: A todos los profesionales que respondieron a los cuestionarios, Edorta Elizagarate Zabala, Fernando San José Pacheco, J. Eduardo Carreño Rendueles, Jesús Sánchez del Río, Julio Bobes García, Roberto Ortiz Jackson, Tomás Díaz González, Alberto Seoane Hening, José María Vázquez Vázquez, Enriqueta Ochoa Mangado, Juan José Legarda Ibañez, Rafael Campos Cloute, José María García Basterrechea, Carlos José Pino Serrano, Miguel Angel Dorta Álvarez, José Olcina Rodríguez, Francisco Javier Álvarez González.

Bibliografía

- Gaughwin MD & Ryan P. Heroin addiction: the science and ethics of the new treatment pluralism. *Med J Aust* 1999;170:129-30.
- Álvarez FJ, del Río MC. Desintoxicaciones ultracortas: del triunfo de la farmacología a la innovación tecnológica. *Rev Esp Drogodepend* 1998;23:197-9.
- Álvarez FJ, del Río MC, Gómez-Herreras J, Soria S, Tamayo E. Desintoxicaciones ultracortas en pacientes dependientes de opiáceos bajo anestesia: evaluación de su eficacia y seguridad. *Rev Esp Drogodepend* 1998;23:396-412.
- Carreño JE, Ortiz R, Sánchez J, Álvarez CE, Calvo JR, Pérez SF. Pautas de inducción rápida. Modelos ambulatorios en Asturias. *Psiquiatr Biol* 1997;6:207-16.
- Carreño JE, Bobes J, Sánchez J, Álvarez CE, San Narciso G, Pérez SF, García M. Pautas de antagonización rápida ambulatoria en dependientes de opiáceos. Análisis comparativo. *Rev Esp Drogodepend* 1998;23:261-84.
- Dorta M, Valenciano R, Morera A, Henry M, Díaz-Flores J. Desintoxicaciones activas. Otro abordaje de los tratamientos ultracortos. *Rev Esp Drogodepend* 1998;23:285-93.
- Elizagarate E, Gutierrez M, Figuerido JL, Gonzalez-Pinto A, Jiménez JM, Fernández C. Antagonización rápida de opiáceos. Eficacia en una muestra de 91 pacientes. *Rev Esp Drogodepend* 1998;23:313-26.
- Espinosa JL, Palazón C, Felices F, Romero H, García F, García JM. Pauta de desintoxicación rápida en pacientes con adicción a opiáceos (DRAO): Resultados preliminares. *Rev Esp Drogodepend* 1998;23:366-79.
- García MI, López C, Parreño D. Desintoxicación rápida en régimen ambulatorio en el centro penitenciario de hombres de Carabanchel. *Adicciones* 1995;7:441-53.
- García-Comas L, Alcaide JF, Amate JM, Conde JL, Legarda JJ. Evaluación de la efectividad del tratamiento «UROD» asociado a rehabilitación en pacientes dependientes de opiáceos. *Rev Esp Drogodepend* 1998;23:201-60.
- Goorberman LL. Rapid opioid detoxification. *JAMA* 1998;279:1871.
- Gutierrez M, Ballesteros J, Figuerido JL, Elizagarate E. Las desintoxicaciones ultracortas con antagonistas opiáceos. En: Casas M, Gutierrez M, San L (Eds). *Avances en Drogodependencias*. Barcelona: Ed. Neurociencias; 1995. p. 93-107.
- Legarda JJ, Gossop M. A 24-h inpatient detoxification treatment for heroin addicts: a preliminary investigation. *Drug Alcohol Depend* 1994;35:91-3.
- Legarda JJ. Ultra-rapid opiate detoxification under anaesthesia (UROD). *Lancet* 1998;351:1517-8.
- Ochoa E, Poyo-Guerrero R, Prieto I, De Teresa M, García-Vicent V, Madoz A, Baca-García E. Datos preliminares en desintoxicación ultrarrápida en dependientes de heroína. *Rev Esp Drogodepend* 1998;23:327-36.
- Olcina J, Miñana J, Martín JL, Salort J, Salor E. Un protocolo de desintoxicación ultracorta de opiáceos en medio hospitalario: Evolución hacia una mayor seguridad y confort para el paciente. *Rev Esp Drogodepend* 1998;23:350-65.
- Oliveros SC, Caballero L, Iruela L. Clonidina-naltrexona: una nueva técnica para la desintoxicación de adictos a opiáceos. *Med Clin (Barc)* 1990;95:627-9.
- Pino-Serrano C. Desintoxicación rápida de opiáceos. Estudio descriptivo sobre 50 pacientes heroínómanos y su seguimiento a uno, tres y seis meses. *Psiquiatr Pub* 1996;8:279-91.
- Rabinowitz J, Cohen H, Tarrasch R, Kotler M. compliance to naltrexone treatment after ultra-rapid opiate detoxification: an open label naturalistic study. *Drug Alcohol Depend* 1997;47:77-86.
- Salazar I, Campaña O, Pereiro C, Rodríguez A. La desintoxicación ultrarrápida a opiáceos en la Sanidad Pública: Aproximación a la experiencia con hipnosedación profunda. *Rev Esp Drogodepend* 1998;23:380-95.
- San L, Puig M, Bulbena A, Farré M. High risk of ultrashort noninvasive opiate detoxification. *Am J Psychiatry* 1995;152: 6.
- Seoane A, Puiggras A, Hernández E, Álvarez A. Estudio de 105 tratamientos de desintoxicación ultracortos (24 horas). *Rev Psiquiatr Fac Med Barc* 1996;23:98-103.
- Seoane A, Carrasco G, Cabré L, Puiggras A, Hernández E, Álvarez A, Costa J, Molina R, Sobrepere G. Efficacy and safety of two new methods of rapid intravenous detoxification in heroin addicts previously treated without success. *Br J Psychiatry* 1997;171:340-5.
- Seoane A, Puiggras A, Hernández E, Álvarez A, Llebot S, Guardia M. Descripción de una técnica de desintoxicación ultracorta bajo sedación consciente monitorizada. *Rev Esp Drogodepend* 1998;23: 337-49.
- Vázquez JM, Fos C. Desintoxicaciones ultracortas ambulatorias. Ponencia XXIII Jornadas Nacionales Sociodrogalcohol. Oviedo 1996.