

# Comparación entre desintoxicaciones ultracortas y convencionales en la dependencia de opioides

## *Comparison between ultrashort and conventional detoxifications in opioid dependence*

PÉREZ DE LOS COBOS PERIS, J.

Unidad de Conductas Adictivas. Servicio de Psiquiatría. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

**RESUMEN:** *Objetivo:* comparar las desintoxicaciones convencionales con las ultracortas en la dependencia de opioides.

*Material y métodos:* ambas desintoxicaciones se comparan respecto a 14 criterios diferentes mediante un análisis conceptual.

*Resultado:* el perfil de ventajas e inconvenientes de ambos tratamientos es diferente.

*Conclusión:* las desintoxicaciones convencionales y las ultracortas no son alternativas terapéuticas excluyentes en la dependencia de opioides.

**PALABRAS CLAVE:** Desintoxicación ultracorta de opiáceos. Dependencia de opiáceos. Procedimientos de desintoxicación.

**ABSTRACT:** *Objective:* to compare conventional and ultra-short detoxifications for opioid-dependent patients.

*Material and methods:* both detoxification procedures are compared with regard to 14 different criteria by means of a conceptual analysis.

*Result:* the profile of advantages and drawbacks of both treatments is different.

*Conclusion:* conventional and ultra-short detoxifications are not exclusive therapeutic options for opioid-dependent patients.

**KEY WORDS:** Ultrashort opiate detoxification. Opioid dependence. Detoxification procedure.

### 1. Método y limitaciones de la comparación

El objetivo de este comentario es comparar las desintoxicaciones convencionales y las desintoxicaciones ultracortas en la dependencia de opioides. Esta comparación no se basa en datos recogidos con algún tipo de encuesta, se realiza mediante un análisis puramente conceptual. No obstante, los criterios de comparación que se utilizan, sí que podrían servir de base para estructurar una encuesta. Además, los resultados que se aventuran son hipótesis que podrían guiar el análisis de los datos recogidos.

Para juzgar adecuadamente las conclusiones de cualquier argumentación es necesario conocer las limitaciones de que adolece el razonamiento seguido. En los informes de investigación y en las revisiones bibliográficas estas limitaciones suelen comentarse al final del texto. En el caso del presente comentario, el autor adolece de una limitación tan importante que considera necesario exponerla al principio del texto.

El autor tiene una dilatada experiencia en las desintoxicaciones convencionales de los dependientes de opioides. Sin embargo, su experiencia en desintoxicaciones ultracortas es nula. Por lo tanto, cuando se refiere a esta forma de tratamiento lo hace siempre con la limitación que supone basarse en suposiciones, inferencias o en la experiencia referida por otros profesionales.

### 2. Criterios de comparación

La comparación se realiza de acuerdo con catorce criterios diferentes, que son fundamentalmente de tipo clínico aunque también se abordan dos, disponibilidad

---

#### Correspondencia:

J. PÉREZ DE LOS COBOS.  
Unidad de Conductas Adictivas.  
Servicio de Psiquiatría. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau.  
Avda. San Antoni M.<sup>a</sup> Claret, 167. 08025 Barcelona.

de recursos y coste económico, relacionados con la viabilidad del tratamiento. Estos criterios se pueden clasificar también según el momento en que se plantea su discusión: antes, durante o después de la desintoxicación. A continuación se enumeran los 14 criterios siguiendo esta clasificación:

**A) Antes de la desintoxicación**

Los siguientes criterios deben ser tenidos en cuenta antes de indicar una desintoxicación convencional o una desintoxicación ultracorta.

**2.1 Ansiedad de expectación del paciente.**

**2.2 Contraindicaciones.**

**2.3 Riesgos médicos.**

**2.4 Disponibilidad de recursos y apoyos.**

**2.5 Análisis de costes y de coste efectividad.**

**B) Durante la desintoxicación**

Los siguientes criterios permiten en su mayoría comparar a corto plazo la eficacia de los dos procedimientos de desintoxicación.

**2.6 Abstinencia de opioides\*.**

**2.7 Otras variables clínicas de resultado.**

**2.8 Trastornos mentales inducidos en el contexto de la abstinencia.**

**2.9 Instauración de tratamiento psicosocial.**

**2.10 Retención.**

**2.11 Desmoralización del equipo terapéutico (*burn out*).**

**C) Despues de la desintoxicación**

Son los más importantes, sobre todo la preparación para la deshabituación (2.13), ya que la desintoxicación no es el tratamiento de la dependencia sino su fase preliminar.

**2.12 Incumplimiento de la indicación de tratamiento para la deshabituación.**

**2.13 Preparación para la deshabituación.**

**2.14 Repercusión sobre las recaídas.**

## 2.1 Ansiedad de expectación del paciente

### Discusión

Muchas personas que sufren dependencia de opioides tienen un gran temor a sufrir la abstinencia de estas sustancias<sup>1</sup>. Este miedo se plantea antes de iniciar las desintoxicaciones convencionales y tiene una gran influencia sobre las valoraciones psicométricas de la abstinencia de opioides. Tal ansiedad de expectación determina, incluso, que algunos pacientes no se desintoxiquen o demoren la realización de este tratamiento.

\*La abstinencia de opioides prolongada que cronológicamente pertenece a la sección C, se expone en este apartado.

La ansiedad de expectación ante el síndrome de abstinencia se reduce con las desintoxicaciones ultracortas. Esta ventaja es suficiente para que muchos pacientes prefieran esta forma de desintoxicación. Así, es frecuente que los pacientes a los que se les ofrece un tratamiento convencional pregunten: «¿Y no me podrían hacer una cura de sueño?» Sin embargo, algunos dependientes de heroína tienen una ansiedad de expectación aún más elevada ante la anestesia general y prefieren la desintoxicación convencional.

### Resultado de la comparación

Las desintoxicaciones ultracortas suscitan probablemente menos ansiedad de expectación a la abstinencia de opioides que las convencionales.

## 2.2 Contraindicaciones

### Discusión

La desintoxicación convencional no tiene contraindicaciones. Sólo a las embarazadas se les recomienda encarecidamente, por razones relacionadas fundamentalmente con un probable sufrimiento del feto, que no se desintoxiquen durante la gestación.

Para las desintoxicaciones ultracortas se tienen en cuenta contraindicaciones como consumo elevado de opioides, dependencia de otras sustancias psicoactivas (por ejemplo, alcohol) y enfermedades que contraindiquen la anestesia o la sedación profunda<sup>2</sup>.

### Resultado de la comparación

Las desintoxicaciones convencionales tienen menos contraindicaciones que las ultracortas.

## 2.3 Riesgos médicos

### Discusión

Los riesgos médicos de la desintoxicación convencional son probablemente escasos, pero no desdenables. Algunas veces, en el transcurso de las desintoxicaciones convencionales efectuadas en régimen ambulatorio, el tratamiento administrado se añade al consumo del paciente en vez de sustituirlo. La prescripción también puede ser mal cumplida en el sentido de que el paciente tome dosis muy superiores a las recomendadas. Estas situaciones pueden dar lugar a accidentes y reacciones adversas cuya cuantía no es bien conocida, posiblemente por un sesgo de publicación.

Los riesgos médicos de la desintoxicación ultracorta son los propios de la anestesia y la sedación profunda. Además, hay que añadir los surgidos por la instauración aguda de una abstinencia de opioides no bien controlada con la consiguiente aparición de vómitos, diarrea y agitación psicomotora. Es posible que con el perfeccionamiento de la técnica de desintoxicación ultracorta los accidentes y complicaciones que se han descrito sean cada vez menos frecuentes<sup>3</sup>.

#### *Resultado*

La desintoxicación convencional entraña menos riesgos médicos que la ultracorta.

### **2.4 Disponibilidad de recursos y apoyos**

#### *Discusión*

Las desintoxicaciones convencionales precisan del apoyo de familiares o allegados cuando no hay hospitalización y de la disponibilidad de camas en una unidad especializada o en otro servicio cuando el paciente es hospitalizado.

Las desintoxicaciones ultracortas suelen precisar también de camas en una unidad especializada o en otro servicio del hospital. Aquí es donde el paciente ingresa y donde recibe el alta al finalizar la posdesintoxicación. Además, se necesitan especialistas en anestesia o en medicina intensiva y, generalmente, un entorno de cuidados intensivos. Con estos recursos humanos y materiales se realiza la desintoxicación ultracorta. Sin embargo, algunos profesionales de las drogodependencias consideran que las desintoxicaciones ultracortas pueden ser llevadas a cabo con seguridad suficiente sin estos recursos e incluso sin la necesidad de que la persona sea hospitalizada<sup>2</sup>.

#### *Resultado*

Las desintoxicaciones convencionales precisan menos recursos que las ultracortas.

### **2.5 Análisis de costes y de efectividad**

#### *Discusión*

Se puede distinguir entre los costes de la desintoxicación en sí misma y los costes derivados del fracaso de la desintoxicación. Si solo se tiene en cuenta la desintoxicación en sí misma, el método más barato es la desintoxicación convencional realizada en régimen

ambulatorio. El coste de la desintoxicación ultracorta es inevitablemente elevado a no ser que no se realice en un hospital como proponen algunos profesionales<sup>2</sup>. Pero el coste de la desintoxicación convencional en régimen de hospitalización también puede ser muy elevado si se prolonga muchos días y durante este tiempo se aplica una gran cantidad de intervenciones diagnósticas y terapéuticas, como una valoración psicopatológica sistematizada o la administración de fármacos antivirales.

Los costes derivados del fracaso de la desintoxicación son probablemente los más importantes aunque también los más difíciles de cuantificar. Como no sabemos qué técnica de desintoxicación es a la larga más eficaz (ver el apartado 2.13 Preparación para la deshabituación), tampoco podemos predecir con fundamento cuál es la técnica de desintoxicación más cara. En el caso de las desintoxicaciones ultracortas, la ineficacia terapéutica repercute probablemente con mayor intensidad sobre el coste de la desintoxicación en sí misma, porque esta técnica puede ser repetida más veces por unidad de tiempo.

#### *Resultado de la comparación*

No es posible predecir cuál es la técnica de desintoxicación más cara.

### **2.6 Abstinencia de opioides**

#### *Discusión*

En las desintoxicaciones convencionales, casi todos los pacientes sufren las manifestaciones subjetivas de la abstinencia de opioides (DSM-IV)<sup>4</sup>. Estas manifestaciones se sufren con mayor o menor intensidad y son vívidamente recordadas. Tras la fase aguda de abstinencia aparece un período de abstinencia prolongada caracterizado por síntomas menos característicos y de más difícil identificación, que también son una fuente de malestar para el paciente.

En las desintoxicaciones ultracortas, las manifestaciones objetivas de la abstinencia de opioides (DSM-IV) están presentes pero la anestesia general o la sedación profunda impiden que sean experimentadas y recordadas. Una vez que remite la anestesia o la sedación, el paciente puede padecer las molestias de la abstinencia<sup>5,6</sup>. Es posible que la administración de dosis elevadas de sedantes produzca también algún grado de amnesia para este período de posdesintoxicación. Queda por dilucidar si con esta técnica aparece o no abstinencia prolongada de opioides. Si la adminis-

tracción abrupta de antagonistas opioides acelerase la desintoxicación, porque la neuroadaptación revierte más rápidamente, la abstinencia prolongada podría no aparecer o ser menos intensa con esta técnica.

#### *Resultado de la comparación*

El sufrimiento de los pacientes debido a la abstinencia de opioides es probablemente menor con las desintoxicaciones ultracortas que con las convencionales.

### **2.7 Otras variables clínicas de resultado**

#### *Discusión*

En el transcurso de las desintoxicaciones convencionales se produce un aumento del *craving*, la ansiedad, la depresión, las distorsiones cognitivas (por ejemplo, suspicacia), la impulsividad y la agresividad de los pacientes. Estas alteraciones psicopatológicas se relacionan entre sí y son fuente de fracasos terapéuticos y de más sufrimiento para las personas atendidas.

Durante las desintoxicaciones ultracortas las molestias descritas, obviamente, no pueden manifestarse. Otra cuestión es si tales molestias aparecen tras remitir la anestesia o la sedación profunda. Es lógico pensar que entonces se instauran pero tal vez lo hacen ya con menor intensidad.

#### *Resultado de la comparación*

El *craving*, la disforia, las distorsiones cognitivas y la impulsividad son posiblemente menos intensos con las desintoxicaciones ultracortas que con las convencionales.

### **2.8 Trastornos mentales inducidos en el contexto de la abstinencia**

#### *Discusión*

El único trastorno mental inducido por opioides en el contexto de la abstinencia, que recoge el DSM-IV es el trastorno del sueño. El trastorno afectivo inducido por opioides en el contexto de la abstinencia de opioides ha sido referido por otros autores<sup>7,8</sup>. Durante las desintoxicaciones convencionales estas alteraciones pueden ser observadas frecuentemente. No existen datos que permitan aclarar si esta frecuencia es comparable a la que se observa tras las desintoxicaciones ultracortas.

#### *Resultado de la comparación*

No es posible predecir con fundamento cuál es la técnica de desintoxicación que se asocia con una menor prevalencia de trastornos mentales inducidos por opioides en el contexto de la abstinencia.

### **2.9 Instauración de tratamiento psicosocial**

#### *Discusión*

Las desintoxicaciones convencionales se desarrollan en un contexto físico y conceptual que facilita la instauración del tratamiento psicosocial. En primer lugar, el paciente se encuentra vigil y es posible que participe en un grupo terapéutico, por ejemplo. Además, durante la desintoxicación se suele producir un contacto repetido y prolongado con el recurso terapéutico. En segundo lugar, esta forma de tratamiento exige que el paciente tenga un cierto grado de control sobre sus ganas de consumir. Si este grado no es suficiente procede indicar intervenciones psicosociales que lo fomenten. En la desintoxicación convencional el médico y el paciente son coautores del tratamiento.

La desintoxicación ultracorta es exclusivamente un acto médico (esta idea se comenta también en el apartado 2.11 Desmoralización del equipo terapéutico). El paciente se limita a recibir pasivamente el tratamiento. Estas circunstancias, junto con la fugacidad del proceso, no facilitan que se ponga énfasis en los tratamientos psicosociales. Éstos, obviamente, sólo pueden ser llevados a cabo después de finalizar la desintoxicación ultracorta.

#### *Resultado de la comparación*

Las desintoxicaciones convencionales facilitan más la instauración del tratamiento psicosocial que las desintoxicaciones ultracortas.

### **2.10 Retención**

#### *Discusión*

En 1997 la tasa de retención en las unidades hospitalarias de desintoxicación de Cataluña fue del 81,4%. Con las desintoxicaciones ultracortas se consigue una retención del 100%. Esta diferencia es clínicamente significativa pero merece un comentario aparte para profundizar en sus implicaciones.

La retención en los tratamientos convencionales es un índice de eficacia, que refleja bastantes actitudes

del paciente respecto al proceso terapéutico de la adicción. Si el paciente completa una desintoxicación convencional podemos presuponer, por ejemplo, que existe un cierto grado de motivación para el tratamiento o una determinada capacidad para controlar el *craving*. En las desintoxicaciones ultracortas la retención es también un índice de eficacia, pero carece de significación pronóstica puesto que no refleja ningún tipo de proceso mental del paciente. En este caso la retención en el tratamiento se produce forzosamente, por incapacidad física del paciente.

#### *Resultado de la comparación*

Se consigue una mayor retención con las desintoxicaciones ultracortas que con las convencionales.

### **2.11 Desmoralización del equipo terapéutico (*burn out*)**

#### *Discusión*

La desmoralización es un grave problema para los equipos terapéuticos que atienden a personas que sufren drogodependencias. No es fácil mantener una relación terapéutica prolongada con personas que se muestran disfóricas o agresivas y sufren un trastorno mental crónico complicado con graves enfermedades y problemas sociales. En esta situación es fácil, por ejemplo, que los profesionales no critiquen adecuadamente los reproches de sus pacientes y trabajen condicionados por un fuerte sentimiento de culpa.

Las desintoxicaciones ultracortas propician un contacto más fugaz con el paciente y ahorran a los equipos terapéuticos mucho tiempo de exposición a la agresividad y la disforia. En otras palabras, la desintoxicación ultracorta reduce la relación interpersonal entre el equipo terapéutico y el paciente, ya que éste no se puede relacionar durante el período más agudo de la abstinencia. Además, es un acto médico que se completa en breve tiempo. Transcurrido este período de tiempo, el equipo, que había asumido toda la responsabilidad del proceso terapéutico, pasa el relevo al paciente. Éste implícitamente asume ahora que en el futuro próximo el mantenimiento de la abstinencia depende casi exclusivamente de él.

Las complicaciones médicas y la repetición muy frecuente y seguida del tratamiento de una misma persona puede contribuir a la desmoralización de los equipos que realizan desintoxicaciones ultracortas. Sin embargo, la desconexión con los recursos terapéuticos encargados de los tratamientos de deshabituación

seguramente contribuye a evitar que el equipo «se quemé».

#### *Resultado de la comparación*

Los equipos terapéuticos que aplican desintoxicaciones ultracortas probablemente tienden a desmoralizarse menos que los que realizan desintoxicaciones convencionales.

### **2.12 Incumplimiento de la indicación de tratamiento para la deshabituación**

#### *Discusión*

Bastantes pacientes modifican la indicación de deshabituación durante la realización de las desintoxicaciones convencionales. Así, algunas personas deciden entonces, en contra de lo acordado con su médico o psicólogo, que no seguirán tratamiento con naltrexona o que no ingresarán en una comunidad terapéutica.

El cumplimiento inicial del tratamiento con naltrexona es excelente cuando se practican desintoxicaciones ultracortas, porque con esta técnica ya se instaura el antagonista opioide. El tratamiento temporal con naltrexona facilita también el mantenimiento de la abstinencia hasta que el paciente ingresa en una comunidad terapéutica o realiza un cambio geográfico. Pero el cumplimiento de estas indicaciones terapéuticas no está necesariamente influido, como los programas con naltrexona, por la realización de una desintoxicación ultracorta.

#### *Resultado de la comparación*

Las desintoxicaciones ultracortas proporcionan un mejor cumplimiento, al menos inicialmente, del tratamiento con naltrexona que las desintoxicaciones convencionales. Respecto al cumplimiento inicial de otras indicaciones de deshabituación no es posible predecir qué técnica resultaría más ventajosa.

### **2.13 Preparación para la deshabituación**

#### *Discusión*

Este es el criterio fundamental para comparar los dos tipos de tratamiento<sup>9</sup>, y a que la mejor desintoxicación es la que mejor prepara al paciente para llevar a cabo la deshabituación.

Es posible que la desintoxicación convencional prepare mejor a los pacientes si es que facilitan un trata-

miento psicosocial más intenso e inciden más profundamente sobre las actitudes de los pacientes. También se podría argumentar que son preferibles las desintoxicaciones ultracortas porque revierten de forma más rápida y completa los indeseables cambios neuroadaptativos producidos por el consumo habitual de heroína. Tal discusión podría ser inacabable y estéril. Ante un criterio tan importante como éste lo más adecuado es zanjar la cuestión con los datos proporcionados por estudios válidos. Sería ideal que estos estudios incluyesen en su diseño los dos aspectos siguientes: la asignación aleatorizada de los pacientes a una de las dos modalidades de tratamiento y el seguimiento posterior durante un período de tiempo suficiente.

#### *Resultado de la comparación*

No es posible predecir cuál es la técnica de desintoxicación que prepara mejor a los pacientes para llevar a cabo el tratamiento de deshabituación.

#### **2.14 Repercusión sobre las recaídas**

##### *Discusión*

Las características de las desintoxicaciones convencionales permiten especular que estas técnicas contribuyen a frenar los procesos de recaída. El recuerdo del sufrimiento vivido por la abstinencia de opioides y otras alteraciones drogoinducidas, ayudaría al paciente a dejar de consumir para evitar una nueva desintoxicación. Por el contrario, las desintoxicaciones ultracortas, al reducir los sufrimientos de la desintoxicación, facilitarían que los pacientes trivializasen las recaídas.

Siguiendo esta línea de argumentación surge otra hipótesis que anula la supuesta ventaja de las desintoxicaciones convencionales. Tras la recaída las personas tratadas con desintoxicaciones ultracortas tardarían mucho menos tiempo en solicitar un nuevo tratamiento, porque su temor a los efectos aversivos de la abstinencia de opioides sería comparativamente menor. Sin embargo, las personas tratadas con desintoxicaciones convencionales tenderían a posponer una y otra vez una nueva interrupción del consumo.

#### *Resultado de la comparación*

No es posible predecir cuál es la técnica de desintoxicación que contribuye más eficazmente a paralizar las recaídas y reducir su duración.

### **3. Conclusión**

Las desintoxicaciones convencionales y ultracortas no son opciones excluyentes. Sus perfiles de ventajas e inconvenientes son diferentes. Por lo tanto, el arsenal terapéutico se amplía cuando existe la posibilidad de aplicar las dos técnicas de desintoxicación.

### **Agradecimientos**

El autor agradece a Joan Trujols, psicólogo, los comentarios y sugerencias que ha aportado tras revisar técnicamente este manuscrito.

### **Bibliografía**

1. Milby JB, Gurwitch RH, Hohmann AA, Wiebe DJ, Ling W, McLellan AT, Woody GE. Assessing pathological detoxification fear among methadone maintenance patients: the DFSS. *J Con Psychol* 1987;43:528-38.
2. Valderrama JC y grupo de trabajo de la Sociedad Española de Toxicomanías. Estudio de las desintoxicaciones ultracortas en España. *Trastornos Adictivos* 1999;1:124-55.
3. Seoane A, Carrasco G, Cabré L, Puiggros A, Hernández E, Álvarez A, et al. 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.
4. American Psychiatric Association. *DSM-IV*, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Washington DC: Masson SA; 1995.
5. Álvarez FJ, Del Río MC, Gómez-Herreras JI, Soria S, Tamayo E. Desintoxicación ultracorta en pacientes drogodependientes de opiáceos bajo anestesia. *Rev Esp Drogodepend* 1998;23:396-412.
6. Tretter F, Burckhardt D, Busello-Spieth B, Reiss J, Walcher S, Büchele W. Clinical experience with antagonist-induced opiate withdrawal under anaesthesia. *Addiction* 1998;93:269-75.
7. Dackis CA, Gold MS. Depression in opiate addicts. En: Mirin SM (Ed). *Substance abuse and psychopathology*. Washington: American Psychiatric Press; 1984.
8. Kanof PD, Aronson MJ, Ness R. Organic mood syndrome associated with detoxification from methadone maintenance. *Am J Psychiatry* 1993;150:423-8.
9. O'Connor PG, Kosten TR. Rapid and ultrarapid opioid detoxification techniques. *JAMA* 1998;279:229-34.