

Consideraciones éticas en las desintoxicaciones ultracortas

Ethical aspects of Ultrarapid opioid detoxification techniques

RUBIO VALLADOLID, G.; JIMÉNEZ-ARRIERO, M. A.; PONCE ALFARO, G.

Unidad de Conductas Adictivas. Servicio de Psiquiatría. «Hospital 12 de Octubre». Madrid.

RESUMEN: en los últimos años han aparecido las desintoxicaciones ultracortas como una estrategia más en el tratamiento de la dependencia de opiáceos. En este artículo se analizan algunos hechos sobre la ética en la aplicación de esta modalidad terapéutica: eficacia, seguridad y que constituyan un fraude para el paciente o la comunidad científica.

Metodología: se han revisado las publicaciones aparecidas en Medline sobre eficacia, seguridad y aquellas en las que se aborden aspectos éticos de estas técnicas.

Resultados: la revisión de las publicaciones indica que las desintoxicaciones ultracortas son muy eficaces a corto plazo, aunque a medio plazo no son más eficaces que las desintoxicaciones clásicas. Sobre la seguridad de las mismas, se han comunicado varios casos de fatal desenlace para los pacientes. De hecho, en opinión del NIDA, estas técnicas únicamente deberían de utilizarse en estudios rigurosamente diseñados. Por último, se han detectado varios casos de fraude para la comunidad científica, como el intento de patentar dicha técnica y de negar información a los pacientes sobre el procedimiento utilizado durante la misma.

Conclusiones: aunque eficaces, no parecen ser el tratamiento de primera elección en la desintoxicación de opiáceos y se echan de menos criterios avalados por la comunidad científica, para evitar la información distorsionada e interesada que a veces llega a los pacientes.

PALABRAS CLAVE: Desintoxicación ultracorta de opiáceos. Ética. Dependencia de opiáceos.

ABSTRACT: in the last few years ultrarapid opioid detoxification techniques (UODT) have been used as a strategy in opiate dependence treatment. Ethical aspects of these techniques such as efficacy, safety and fraud are analyzed.

Methodology: references included on Medline about efficacy, safety and ethical aspects of these techniques have been reviewed.

Results: a review of these papers shows that UODT have short-term efficacy but in the medium-term are no more effective than classical techniques. With respect to its safety several cases of fatal outcome have been reported. In fact, NIDA considers that UODT should only be used in very well designed studies. Finally, several cases of fraud involving the scientific community, such as the attempt to patent this technique and to deny patients information about the pharmacological agent have been reported.

Conclusions: although effective, this does not appear to be the treatment of choice for opioid detoxification. We believe that the scientific community should warn against the possibility of biased information which the patients can receive about this technique.

KEY WORDS. Ultrashort opiate detoxification. Ethic. Opioid dependence.

Introducción

La dependencia a opiáceos tiene una serie de alternativas terapéuticas que son hoy en día incuestionables. De un lado los programas libres de drogas, orientados a la abstinencia de opiáceos, y de otro los programas de mantenimiento con agonistas. En estos últimos se trata de proporcionar un sustitutivo del opiáceo del que se depende, con la finalidad de reducir

Correspondencia:

GABRIEL RUBIO VALLADOLID.
Unidad de Conductas Adictivas..
Servicio de Psiquiatría «Hospital 12 de Octubre».
Ctra. Andalucía, km. 5,400.
28041 Madrid.

o suprimir el consumo de la droga ilegal, mejorar su calidad de vida y disminuir las conductas delictivas. Con relación a los programas libres de drogas, es necesario que el individuo esté desintoxicado antes de iniciar el programa. Existen diferentes modalidades de desintoxicación, aunque el objetivo común es que el sujeto deje de consumir la droga de la que depende con el menor sufrimiento físico y psicológico posible. El tratamiento sustitutivo consiste en utilizar una sustancia opiácea (metadona, codeína, la droga de la que se depende, u otras) a dosis decrecientes para evitar la aparición brusca de la sintomatología del síndrome de abstinencia. Este tipo de abordaje suele utilizarse en el ámbito hospitalario, en pacientes que consumen elevadas dosis de opiáceos, con dificultades para realizar un tratamiento sintomático y/o sujetos con patología psiquiátrica asociada de tipo psicótico. La duración del mismo oscila entre 14-30 días. El tratamiento sintomático consiste en la administración de fármacos que intentan controlar la mayor parte de esta sintomatología. Se utilizan alfa-dos agonistas como la clonidina o la guanfacina, a los que se añaden otros tales como analgésicos y/o ansiolíticos¹. Este tipo de tratamientos pueden realizarse en el ámbito ambulatorio u hospitalario y se prolongan durante 7-10 días. En los últimos años, se constató que la utilización de antagonistas opiáceos como la naloxona o la naltrexona, aumentaba la intensidad del cortejo sintomático pero disminuía la duración de dicho síndrome, dando paso a las desintoxicaciones cortas. En un primer momento se pensó en que podían ser una estrategia adecuada para pacientes consumidores de cantidades moderadas y con situación laboral estable, de forma que pudieran aprovechar el fin de semana para realizar la desintoxicación. Posteriormente estas técnicas se modificaron, incluyendo sedación profunda o anestesia general, denominándose desintoxicaciones ultracortas. Como ya se ha comentado en diferentes capítulos de este libro, existen varias modalidades de desintoxicaciones ultracortas, el objeto de este capítulo es el de analizar algunos hechos sobre la ética en la utilización de este tipo de técnicas.

Es obvio que las técnicas en sí mismas, ni son ni dejan de ser éticas. La ética reside en la actuación del profesional que utiliza dicha técnica o cualquier tratamiento considerado. De ahí que la cuestión que se abordará es: ¿Cuándo consideramos que la instauración de este tipo de técnicas es ética?

En general se admite que la prescripción de un tratamiento se ajusta a las normas éticas vigentes en la sociedad científica cuando hay evidencias sobre su eficacia y seguridad, así como cuando quien lo prescribe no engaña o intenta engañar al paciente o a la comunidad científica.

Eficacia de las desintoxicaciones ultracortas

Según la Real Academia de la Lengua, se entiende por eficacia «cuando se logra hacer efectivo un intento o propósito»². En el caso de la desintoxicación, debe suponerse una «reducción planificada y lenta de la dosis para la retirada de una sustancia, con el objetivo de romper el vínculo con la sustancia sin que aparezcan los síntomas graves del síndrome de abstinencia»³. De la última definición se deriva que la eficacia de la desintoxicación deberá de evaluarse en función de capacidad para que el sujeto pueda permanecer abstinentes y de que no aparezcan síntomas importantes de abstinencia.

El aspecto más importante de este punto es el de su eficacia para «romper el vínculo con la droga». Los estudios recogidos en la tabla I⁴⁻¹⁴ señalan que el grado de eficacia de las desintoxicaciones ultracortas es del 99-100%. No hay dudas de que un paciente bajo los efectos de la anestesia o de la sedación profunda no «se levanta de la cama y abandona el tratamiento». Además, en el caso de que consumiera pasados varios días, se consideraría como una recaída, ya que el tratamiento se prolonga hasta que es dado de alta el paciente, momento este en el que todavía actúa el efecto del bloqueador opiáceo (naltrexona). Por lo tanto la eficacia a corto plazo parece estar asegurada. Por lo que respecta a su eficacia a medio y largo plazo, un único estudio ha abordado este hecho¹³, mostrando que tras año y medio de seguimiento el 43% había recaído.

Tratándose la dependencia opiácea de un trastorno crónico de larga evolución, donde la desintoxicación no es sino el primer paso de un largo proceso, donde el sujeto ha de modificar sus pautas de comportamiento y tomar conciencia de que no debería consumir opiáceos, ¿tiene sentido decirle al paciente que la eficacia es casi del 100%? Es posible que sí. Aunque especificándole también que el «verdadero tratamiento» está por realizar. Hay algunos clínicos que consideran que el hecho de estar profundamente sedados durante las desintoxicaciones ultracortas dificulta el proceso de concienciación y maduración, pero bien es cierto que los avances en medicina han acortado casi todos los procesos y que no podemos mantener esta aseveración con rigor. Nadie desea que su paciente deprimido sufra durante el período previo hasta que el tratamiento antidepressivo es eficaz. Tampoco puede decirse que el acortamiento del sufrimiento haya agravado el pronóstico de la depresión. No obstante, aquí la falta de ética concurre cuando el paciente no es informado de que la desintoxicación no es más que el primer paso en la recuperación y que la «curación» no va a conseguirse por utilizar una u otra determinada modalidad de desintoxicación. De hecho

Tabla I. Características de los estudios sobre desintoxicaciones ultracortas

Referencia	Número de pacientes	Particularidades de la muestra	Lugar de tratamiento	Tratamiento utilizado	Valoración de la eficacia de la técnica	Período de seguimiento
Loimer, et al 1988 ⁴	12	Dependientes de opiáceos (DO)	Hospital	Anestesia general y naloxona	Sintomatología de abstinencia (SAO) y análisis toxicológico de orina	96 horas
Loimer, et al 1989 ⁵	6	DO pretratados con morfina durante 3 días	Hospital	Anestesia general y naloxona	SAO y signos vitales	144 horas
Presslich, et al 1989 ⁶	6	DO pretratados con morfina	Hospital	Anestesia general y naloxona	Signos vitales y niveles plasmáticos de opiáceos	
Loimer, et al 1990 ⁷	18	DO pretratados con morfina durante dos días	Hospital	Anestesia general y naloxona	SAO y análisis toxicológico de orina	
Loimer, et al 1991a ⁸	7	DO tratados con metadona durante más de doce días	Hospital	Naloxona, naltrexona y midazolam	SAO, signos vitales, análisis toxicológico de orina y haber finalizado la desintoxicación	120 horas
Loimer, et al 1991b ⁹	44	DO pretratados con morfina durante 12 horas	Hospital	Naloxona, metadona y anestesia general	SAO, signos vitales, análisis toxicológico de orina y haber finalizado la desintoxicación	20 días
Loimer, et al 1993 ¹⁰	20	DO	Hospital	Clonidina, naloxona, naltrexona, anestesia general y ondasetron	SAO y signos vitales	2 días
Legarda y Gossop, 1994 ¹	11	DO (heroína)	Hospital	Guanfacina, naltrexona, anestesia general, loperamida y ondansetrón	SAO y mantenimiento con naltrexona	30 días
Seoane, et al 1997 ¹²	300	DO	Hospital	Clonidina, naloxona, naltrexona, propofol, midazolam, metoclopramida	SAO, signos vitales, tiempo de sedación, complicaciones	1 mes
Rabinowitz, et al 1998 ¹³	120	DO	Hospital	Protocolo de CITA	Recaídas tras el período de seguimiento	1,5 años
Scherbaum, et al 1998 ¹⁴	22	DO	Hospital	Propofol, naloxona, naltrexona, clonidina, trimipramina y diclofenac	SAO, signos vitales, complicaciones	14 días

los estudios a largo plazo inciden en que no hay datos para afirmar que las desintoxicaciones ultracortas sean más eficaces que las clásicas ¹⁵.

Otro aspecto controvertido en este tipo de técnica es la intensidad y duración del síndrome de abstinencia.

Lo que parece claro es que las desintoxicaciones ultracortas dadas sus condiciones de anestesia o sedación profunda, impiden que el sujeto se dé cuenta de la intensidad de su síndrome de abstinencia, mientras dura

el efecto de la sedación. Pasada la sedación profunda, la mayor parte de autores son coincidentes en que la sintomatología del síndrome de abstinencia se prolonga durante al menos 6 días¹⁶ y la intensidad, durante estos días, es más que leve¹⁷. Por lo tanto, si el argumento para utilizar esta técnica es el temor del paciente al síndrome de abstinencia, se cae en una importante contradicción con la realidad clínica. De hecho, los pacientes deberían conocer el tipo y la duración de los síntomas

de abstinencia que aparecen tras la anestesia.

En resumen los datos disponibles permiten asegurar que este tipo de técnicas no son más eficaces que las clásicas en el pronóstico a medio y largo plazo de la dependencia a opiáceos, y que la ventaja de la intervención en la rapidez con la que se puede instaurar el bloqueante de los receptores opiáceos (naltrexona), puede constituir una ventaja para el proceso terapéutico.

Seguridad de las desintoxicaciones ultracortas

Hasta ahora se han publicado varios casos de complicaciones graves derivadas de la técnica. En Europa se han publicado complicaciones serias en dos trabajos. En el estudio de Pfab, et al¹⁸ tras haber tratado 12 pacientes dejaron de utilizar dicha técnica dado que dos pacientes presentaron insuficiencia renal y otro edema pulmonar. Brewer, et al¹⁹ señalan que otro paciente había fallecido en Londres durante uno de estos tratamientos. Stephenson²⁰ recogió las incidencias publicadas en Estados Unidos y refiere la existencia de un caso de edema pulmonar y de dos muertes. Es difícil con estos datos determinar el porcentaje de complicaciones graves, ya que no se ha realizado un seguimiento estricto de las pacientes desintoxicados con estas técnicas. Además, cada autor tiende a utilizar técnicas diferentes. Alguien puede pensar que tres muertes en el contexto de todas las desintoxicaciones realizadas no son muchas, por el contrario, otros pensarán que son demasiadas. La verdad es que esta información no suele aparecer en los consentimientos informados que firman los pacientes. Algunos pacientes que han sido desintoxicados por diferentes equipos no recuerdan que se les haya mencionado nada de esto. Es más, en algunos casos se les ha comentado que el riesgo es similar al de cualquier intervención con anestesia. Olvidando que el riesgo de la técnica va ligado a las complicaciones médicas que tenga el paciente, que en el caso de los heroinómanos son bastantes. Independientemente de si tres muertes puedan ser consideradas pocas o muchas, cabe formularse la siguiente pregunta: ¿admitiríamos como seguro un fármaco que en fase experimental hubiera tenido el mismo número de complicaciones? La respuesta es que no. De hecho tenemos casos recientes de retirada del mercado de fármacos por tener un menor índice de riesgos graves. En otros casos, como con la clozapina, se lleva a cabo un riguroso seguimiento de los tratamientos realizados, pese a que el porcentaje de complicaciones sea menor que el aportado por las desintoxicaciones ultracortas. Con este razonamiento no

se pretende satanizar la técnica, sino introducir mecanismo de control para evitar complicaciones en su aplicación. Sería pues necesario que estos datos se recogiesen en el consentimiento informado y que las autoridades sanitarias realizasen un control de este tipo de intervenciones. Es inexplicable, para algunos profesionales que trabajan en este campo, la demora de las autoridades sanitarias en regular este tipo de intervenciones, habida cuenta de lo publicado. A veces puede llegarse a pensar que si en lugar de tratarse de toxicómanos, hubieran sido otro tipo de enfermos, estos temas se habrían abordado mucho antes. En Estado Unidos el informe del NIDA (citado en Stephenson²⁰) sobre la eficacia y seguridad de esta técnica era así de taxativo: «sólo debe utilizarse en estudios rigurosamente diseñados», apostillando que «es muy difícil que un tratamiento de desintoxicación sea eficaz a menos que existan posteriormente medidas farmacológicas y psicosociales que apoyen la deshabituación».

Este tipo de técnicas suelen ser utilizadas por algunos profesionales que intentan engañar a la comunidad científica o a los pacientes

Ya se comentó al inicio de este capítulo que las técnicas en sí mismas no son éticas, sino que esta responsabilidad la adquiere el profesional que la administra. Sin embargo no deja de ser curioso que en torno a las desintoxicaciones ultracortas se hayan generado una serie de polémicas, ajenas a otros campos de la medicina. No deja de verse con extrañeza que se haya intentado «patentar» una técnica de desintoxicación y que por medio de condiciones leoninas se intente que los profesionales que trabajan en determinados equipos la divulguen. En el ámbito de la praxis médica, los profesionales suelen estar deseosos de innovar en determinadas cuestiones y que dichas innovaciones sean conocidas y probadas por otros profesionales. Un auténtico clínico no puede entender cómo se pretende patentar una técnica que está siendo utilizada por otros profesionales y cuya única utilidad es que el individuo no pueda consumir el opiáceo del que depende en las 24-48 horas siguientes a la intervención. Tampoco se entienden las campañas de prensa a favor de dicha técnica, cuando los estudios de seguimiento hasta ahora realizados son insuficientes para tanto bombo propagandístico¹⁹. Y por supuesto, no dejan de ser curiosas las polémicas recogidas en revistas médicas, donde un autor acusa a otro de no haber querido participar en un estudio sobre desintoxicaciones ultracortas, y obteniendo por respuesta algo así: «no

es normal que se haga público que un equipo de investigación haya rehusado a participar en un estudio. En este caso se ha debido a que el estudio presentaba serios problemas metodológicos, y a que no se entendía que los fondos del sistema nacional de salud se dirigiesen a un centro privado para este tipo de tratamientos»²¹.

Conclusiones

Las desintoxicaciones ultracortas son técnicas útiles en la desintoxicación de los trastornos por uso de opiáceos, aunque no están exentas de complicaciones y riesgo de los que hay que advertir. La mayor parte de estudios son de períodos de seguimiento muy cortos, cuando el seguimiento es mayor, no parecen ofrecer ventajas respecto de las técnicas clásicas. En la actualidad no parecen ser el tratamiento de primera elección en la desintoxicación de opiáceos y se echan de menos criterios avalados por la comunidad científica, para evitar la información distorsionada e interesada que a ve-

ces llega a los pacientes.

En definitiva, la respuesta de los profesionales a los individuos que transgreden la norma del buen hacer en medicina debería parecerse a la que dio Sancho Panza al médico Pedro Recio, cuando el primero fue hecho Gobernador de la Ínsula de Barataria. Recio le intentaba tomar el pelo haciéndole pasar hambre con criterios basados en la doctrina hipocrática. Tras hacerle ver lo malo que era comer carne, fruta, olla podrida y otros manjares, Sancho le contestó: «Pues señor doctor Pedro Recio de Mal Aguero, natural de Tirteafuera, lugar que está a la derecha mano como vamos de Caracuel a Almodivar del Campo, graduado en Osuna, quíteseme luego delante, si no, voto al sol que tome un garrote y que a garrotazos, comenzando por él, no me ha de quedar médico en toda la ínsula, a lo menos de aquellos que yo entienda que son ignorantes; que a los médicos sabios, prudentes y discretos los pondré sobre mi cabeza y los honraré como a personas divinas». *Don Quijote de la Mancha, tomo II, cap 47. Donde se prosigue cómo se portaba Sancho Panza en su gobierno.*

Bibliografía

1. Rubio G, Pascual J, López-Trabada J, Andreu P. Revisión de la utilización de los alfa agonistas en el síndrome de abstinencia a opiáceos. *Psiquis* 1992;14:143-56.
2. Real Academia Española de la Lengua. Diccionario de la Real Academia de la Lengua. Madrid: Real Academia Española de la Lengua; 1992.
3. Boss N. Diccionario Médico Roche. Barcelona: Doyma; 1993.
4. Loimer N, Schmid R, Presslich O, Lenz K. Naltrexone treatment for opiate withdrawal syndrome. *Br J Psychiatry* 1988;153:851-2.
5. Loimer N, Schmid R, Presslich O, Lenz K. Continuous naloxone administration suppresses opiate withdrawal symptoms in human opiate addicts during detoxification treatment. *J Psychiatr Res* 1989;23:81-6.
6. Presslich O, Loimer N, Lenz K, Schmid R. Opiate detoxification under general anesthesia by large doses of naloxone. *J Toxicol Clin Toxicol* 1989;27:263-70.
7. Loimer N, Schmid R, Lenz K, Presslich O, Grunberger J. Acute blocking of naltrexone-precipitated opiate withdrawal symptoms by methohexitone. *Br J Psychiatry* 1990;157:748-52.
8. Loimer N, Lenz K, Schmid R, Presslich O. Technique for greatly shortening the transition from methadone to naltrexone maintenance of patients addicted to opiates. *Am J Psychiatry* 1991a;148:933-5.
9. Loimer N, Linzmayer L, Schmid R, Grunberger J. Similar efficacy of abrupt and gradual opiate detoxification. *Am J Drug Alcohol Abuse* 1991b; 17:307-12.
10. Loimer N, Hofmann P, Chaudhry H. Ultrashort noninvasive opiate detoxification. *Am J Psychiatry* 1993;150:839.
11. Legarda JJ, Gossop M. A 24-h inpatient detoxification treatment for heroin addicts: a preliminary investigation. *Drug Alcohol Depend* 1994;35:91-3.
12. Seoane A, Carrasco G, Cabre L, Puiggros A, Hernández E, Álvarez M, 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.
13. Rabinowitz J, Cohen H, Kotler M. Outcomes of ultrarapid opiate detoxification combined with naltrexone maintenance and counseling. *Psychiatr Serv* 1998;49:831-3.
14. Scherbaum N, Klein S, Kaube H, Kienbaum P, Peters J, Gastpar M. Alternative strategies of opiate detoxification: Evaluation of the so-called ultra-rapid detoxification. *Pharmacopsychiatry* 1998;31:205-9.
15. O'Connor P, Kosten TR. Rapid and ultrarapid opioid detoxification techniques. *JAMA* 1998;279:229-34.
16. Valderrama JC, et al. Estudio de las desintoxicaciones ultracortas en España. *Trastornos Adictivos* 1999;1:124-55.
17. Pfab R, Hirtl Chr, Hibler A, Felgenheuer N, Chlistalla J, Zilker Th. Der Antagonist-induzierte, Narkose-gestützte Opiat-Schnellentzug (AI-NOS). *MMW* 1996;138:781-6.
18. Brewer C, Williams J, Carreño E, Bobes J. Unethical promotion of rapid opiate detoxification under anaesthesia (RODA). *Lancet* 1998;351:218.
19. Stephenson J. Experts debate merits of 1-day opiate detoxification under anaesthesia. *JAMA* 1997;277:363-4.
20. Strang J, Bearn J, Gossop M. Potential collaborators saw various problems with study of detoxification under anaesthesia. *BMJ* 1999;318:264.