

# **Actualización sobre pautas farmacológicas en el tratamiento del drogodependiente**

*Jesús Fernández Ochoa  
Director de la Unidad de Desintoxicación Hospitalaria  
del Hospital El Tomillar de Sevilla.*

## **Introducción.**

La desintoxicación farmacológica, de una persona que presenta dependencia física a una o varias sustancias, consiste en administrar una serie de fármacos que mitiguen o eliminen la sintomatología de la abstinencia que aparece cuando se deja de consumir la sustancia a la que se es dependiente.

Tenemos que tener siempre presente que en la sintomatología de los cuadros de abstinencia existe un componente físico y otro psíquico.

Y que la desintoxicación tiene que ser una parte del plan terapéutico que conlleva un abordaje de los factores biológicos, psicológicos y sociales que llevan a una persona al consumo de drogas.

## **Consideraciones generales.**

Antes de iniciar un tratamiento de desintoxicación es necesario plantearse una serie de cuestiones básicas:

- Conocer la personalidad del toxicómano y cuál debe ser nuestra actitud ante el paciente.
- Analizar la motivación del paciente para iniciar la desintoxicación.
- Comprobar el apoyo con que cuenta el paciente.
- Intentar cuantificar el grado de dependencia que presenta.
- Realizar una Historia Clínica y Toxicológica, que conlleve exploración física, petición

de pruebas complementarias y marcadores biológicos. Que nos permita realizar un diagnóstico no sólo de dependencia sino también de los procesos patológicos que puede presentar el paciente, tanto por su dependencia, por la vía de consumo utilizada, como de otros procesos patológicos no relacionados con el consumo. Tenemos que prestar especial atención a patología pulmonar, procesos infecciosos, trastornos hepáticos, enfermedades de transmisión sexual.

- Historia psicosocial que nos permita la detección de algún trastorno psiquiátrico, por si es necesario enviarlo a un especialista.
- Establecer, si es necesario, un orden de prioridades, ya que en algunos casos antes de plantearnos la desintoxicación es necesario resolver problemas que pueden ser prioritarios a un tratamiento de desintoxicación.
- La aceptación por parte del paciente del tratamiento a realizar.
- Decidir qué medios vamos a utilizar para realizar el tratamiento, bien sea de forma ambulatoria o intrahospitalaria
- Garantizar la confidencialidad del proceso
- Aclarar, tanto al paciente como a sus familiares, que desintoxicación no es sinónimo de curación.
- Que quede constancia por escrito de la voluntariedad y aceptación del tratamiento por parte del paciente, con la firma del Contrato Terapéutico.

### **Desintoxicación hospitalaria versus ambulatoria.**

Una vez realizado un correcto diagnóstico debemos plantearnos, sobre la base de todas las consideraciones anteriores, cuál es el medio más adecuado para realizar la desintoxicación. En hospital el acceso es más restringido, se puede realizar un mejor ajuste de la medicación, es más fácil abordar problemas y enfermedades concomitantes.

Por el contrario, la desintoxicación de forma ambulatoria se realiza en el medio del paciente es menos costosa, no producimos una discontinuidad en la vida del paciente, y la implicación de la familia en el proceso es mayor.

### **Pacientes subsidiarios de ingreso hospitalario.**

- Pacientes que hayan tenido fracasos en tratamiento ambulatorios.
- Que en el mismo domicilio convivan más toxicómanos.

- Que exista una falta de contención familiar.
- Especiales características de personalidad del paciente.
- Procesos patológicos concomitantes.
- Embarazadas.
- Menores de edad.
- Politoxicómanos y especialmente si alguna de las sustancias que consuma puede producir un síndrome de abstinencia potencialmente peligroso.

### **Objetivos de la desintoxicación.**

Como decía, la desintoxicación debe formar parte de un plan terapéutico, por tanto debemos plantearnos una serie de objetivos complementarios como:

- Ayudar al paciente a que abandone la conducta toxicómana.
- Estudio y tratamiento de enfermedades asociadas al consumo y despistaje de otras.
- Reforzar la motivación para el abandono del consumo.
- Preparación del paciente para su incorporación a programas de larga duración. (comunidades terapéuticas, mantenimiento con Naltrexona...).
- Incorporar al sujeto a un programa de Educación para la Salud.

### **Tratamiento del síndrome de abstinencia.**

Una vez tomada la decisión de iniciar tratamiento de desintoxicación, antes de prescribir los fármacos a utilizar y la dosis, tenemos que tener presente que:

- Si estamos ante un politoxicómano, en muchas ocasiones la droga principal de consumo para el paciente puede no coincidir con la droga que nosotros debemos considerar como principal, debido a la gravedad del síndrome de abstinencia.
- Las enfermedades inflamatorias y los procesos febriles aumentan la tolerancia a los opiáceos y la gravedad del síndrome de abstinencia.

- La colaboración en el tratamiento puede ser muy escasa y no soportan o soportan muy mal las situaciones de tensión, de angustia, de displacer y tienden a la búsqueda inmediata de placer.
- El nivel de tolerancia a la espera y a la frustración es muy escaso.
- Tienen una marcada tendencia a la pasividad.

### **Técnicas facilitadoras del cumplimiento del tratamiento.**

Independiente del tipo de tratamiento a utilizar, debemos tomar una serie de medidas que pueden ayudar al paciente en el cumplimiento del tratamiento:

- La relajación permite al paciente reducir apreciablemente la valoración subjetiva de la severidad de su síndrome de abstinencia.
- Realización de una actividad física moderada.
- Informar al paciente sobre las molestias o síntomas que pueden presentarse durante el proceso e informarle de que dichas molestias son fácilmente tolerables.
- En desintoxicaciones intrahospitalarias, las intervenciones grupales y la cohesión del equipo son fundamentales.
- La información sobre el tratamiento puede favorecer la estrategia terapéutica.
- Cuidar la alimentación con frutas y verduras frescas, no tomar alcohol y picantes, evitar azúcares y alimentos grasos, tomar de preferencia huevos y pescado que carne y leche.
- Baños de agua caliente y sauna.

### **Elección del tratamiento.**

Una vez realizadas todas las valoraciones previas y establecido un diagnóstico lo más certero posible en cuanto al grado de dependencia, tenemos fundamentalmente tres tipos de tratamientos o fármacos que podemos utilizar en la desintoxicación de opiáceos:

- Tratamiento con Agonistas

- Tratamiento con Alfa-2-Adrenérgicos
- Tratamientos Sintomáticos.

### **Tratamiento con Agonistas.**

También se le denomina sustitutivos, pueden realizarse con la misma sustancia de la que se es dependiente, generalmente y por razones (legales, farmacológicas) se utilizan opiáceos de uso legal, el más utilizado es la metadona.

La metadona es un opiáceo de síntesis (pertenece al mismo grupo que el LAAM). Es activo por vía oral, intramuscular y subcutánea, su vida media es entre quince y treinta y cinco horas, se acumula en tejidos desde los que se va liberando lentamente, lo que explica su larga acción.

Se metaboliza parcialmente en hígado y se elimina por riñón en gran proporción (tenemos que tener precaución en casos de insuficiencia renal). La metadona es adictógena por lo que al dejar de usarla aparece un síndrome de abstinencia, que es algo más leve, pero sí más prolongado.

La dosis inicial se debe calcular en función de todos los parámetros valorados anteriormente, así como por la valoración de los síntomas de abstinencia. No existe un método exacto para calcular la dosis inicial, ésta deberá ajustarse tras las primeras veinticuatro horas de tratamiento e ir realizando una disminución progresiva, pudiendo llegar a suspenderla completamente a los cuatro o cinco días y completar la desintoxicación en seis u ocho días.

En tratamientos ambulatorios, la dosis inicial es más difícil de calcular por las dificultades de observación del paciente durante las veinticuatro horas. Aunque debido a la larga vida media de la metadona bastaría con una sola toma diaria, en la práctica es aconsejable fraccionarla en tres o cuatro tomas diarias. Un método para calcular la dosis inicial es el de valorar de cero a dos los síntomas de la abstinencia, cero si no aparecen, uno si aparecen de forma leve y dos puntos si aparecen de forma intensa, se suman todos los puntos y se administra tantos miligramos de metadona como puntos obtengamos.

### **Tratamiento con Alfa-2-Adrenérgicos.**

También denominado método etiopatogénico de la desintoxicación de opiáceos. Se ha comprobado que la estimulación eléctrica o farmacológica del Locus Coeruleus, provoca un síndrome similar al producido por el cese del consumo de opiáceos en consumidores crónicos.

Demostrándose que los principales trastornos del síndrome de abstinencia a opiáceos serían la expresión de una hiperactividad noradrenérgica y que los Alfa-2-Adrenérgicos centrales por estimulación de los receptores adrenérgicos inhiben la hiperactividad de las neuronas adrenérgicas con la consiguiente disminución de la liberación de noradrenalina, con lo que se consigue una modulación de la hiperactividad noradrenérgica que induce al síndrome de abstinencia.

Las ventajas de su utilización frente a agonistas son:

- El paciente identifica el fármaco como no-agonista.
- Se evita el tráfico ilegal.
- Al producir disminución de la presión arterial, origina un mayor contacto con su terapeuta o cuidador.
- Puede acortarse la duración de la desintoxicación y realizar, de una forma más precoz, la inducción con antagonistas.

Los inconvenientes:

- Pueden ser potencialmente peligrosos en tratamientos ambulatorios por la hipotensión y disminución del gasto cardíaco que pueden originar
- Existe un mayor peligro con la automedicación.
- El tratamiento es menos confortable para el paciente con efectos secundarios como: aturdimiento, somnolencia, sequedad de boca...
- Pueden tener un efecto rebote tras la supresión brusca del tratamiento.
- Se deben hacer al menos tres controles diarios de la tensión
- Existen varias contraindicaciones: Insuficiencia renal, hipotensión, trastornos del ritmo cardíaco, antecedentes depresivos.

El Alfa-2-Adrenérgico de primera elección en la actualidad es la Clonidina. La forma activa es el Clorhidrato de 2-(2,6,diclorofenilamina)-2-imidazolina. La dosis de Clonidina que utilizamos para consumidores medios (considerando consumidores medios los que consumen 1/2grs de heroína/día), es de 0,4 mg al día repartidos en cuatro tomas diaria. Vamos efectuando una reducción progresiva diariamente de 0,1 mg hasta suspenderla completamente en el 5º día de tratamiento

### **Tratamientos sintomáticos.**

El tratamiento sintomático del síndrome de abstinencia sólo es recomendable para pacientes con un bajo consumo. Consiste en ir tratando los síntomas conforme se vayan presentando con analgésicos no narcóticos, benzodiazepinas de acción intermedia (para evitar el poder adictógeno de las rápidas), antieméticos, hipnóticos no barbitúricos... Los Neurolépticos también son fármacos utilizados en el síndrome de abstinencia, cada día se suelen utilizar en menor proporción debido en gran parte a los efectos secundarios que presentan, son útiles cuando en la desintoxicación nos encontramos con cuadros psicóticos. La Clotiapina tiene una acción sedante intensa y marcados efectos antipsicóticos (aunque aparecen más tardíamente) y efectos ansiolíticos. Está contraindicada con severa depresión del SNC, hay que utilizarlos con precaución en epilépticos y cuando existe hipertrofia prostática. Con frecuencia nos podemos encontrar cuadros confusionales o de agitación. Los efectos secundarios neurológicos y vegetativos son similares al resto de los Neurolépticos.

### **Duración de los tratamientos.**

En los últimos años, por un prurito no muy bien explicado, se vienen haciendo tratamientos de desintoxicación que persiguen realizarla en el menor tiempo posible, son las desintoxicaciones que se han venido en llamar desintoxicaciones cortas (de tres a cuatro días de tratamiento) y ultracortas (de doce a veinticuatro horas de tratamiento).

Las desintoxicaciones cortas consisten en la asociación de Alfa-2-Adrenergicos, Benzodiazepinas y realizar una inducción con antagonistas opiáceos (Naltrexona) de una forma precoz. Se inicia la toma de Naltrexona a dosis bajas y en los días sucesivos, se va disminuyendo los Alfa-2-Adrenergicos y las Benzodiazepinas y aumentando las dosis de Naltrexona.

Podemos conseguir que el paciente tome 50 mg de Naltrexona en tres o cuatro días sin

que se presenten síntomas de abstinencia. En este tipo de desintoxicaciones es frecuente encontrarse cuadros de hipotensión, podemos prevenirla con la ingesta de líquidos y, si se presenta, utilizar un vasorregulador. La Naloxona, como antagonista opiáceo, también es útil en este tipo de desintoxicaciones, pero tiene el inconveniente de que tiene que ser utilizada por vía endovenosa

Las desintoxicaciones ultracortas, de una duración de doce a veinticuatro horas, se realizan colocando al paciente en una situación de sedación utilizando Midazolam a altas dosis (en ocasiones se recurre a unidades de cuidados intensivos para realizar el tratamiento), Clonidina, Naloxona por vía nasal o endovenosa, Naltrexona por vía oral y Ondasentron por vía oral., pudiendo tomar el paciente 50 mg de Naltrexona a las doce horas y ser dado de alta.

### **Algunas recomendaciones.**

En la práctica y con buenos resultados, se debe utilizar la medicación encapsulada, de forma que el paciente desconozca la medicación que se está utilizando, evitando con ello riesgos de automedicación. Evitamos reforzar su dependencia cuando utilizamos fármacos adictógenos, fracasan los intentos de manipulación por parte de los pacientes al desconocer el fármaco y la dosis utilizada, a la vez que permite la utilización de placebos, que al disminuir o suspender la medicación, evitan los efectos sugestivos negativos en el paciente.

Siempre que sea posible, se debe utilizar la vía oral, evitando de esta forma recuerdos de su ritual de consumo.

### **Fármacos antagonistas.**

Dentro de los fármacos antagonistas opiáceos destaca la Naltrexona que es antagonista competitivo de los receptores opiáceos responsables del efecto gratificante de la heroína, por tanto no produce el efecto positivo (euforia), ni el negativo (síndrome de abstinencia, depresión respiratoria).

Es análogo de la Naloxona, pero tiene mayor afinidad por los receptores opiáceos y buena absorción gastrointestinal (95 %), su metabolización es hepática y la eliminación renal.

La utilización de Naltrexona no significa un tratamiento propiamente dicho, sino que es un instrumento más para favorecer la retención de heroinómanos en programas libres de opiáceos y también como ayuda en los tratamientos de desintoxicación.

Disminuye considerablemente la posibilidad de recaídas en pacientes que han abandonado el consumo de esta sustancia, por tanto su utilización es básica en la deshabitación, bloqueando los efectos opiáceos.

Está contraindicada en:

- Embarazadas.
- Insuficiencia hepática.
- Hepatitis aguda.
- Insuficiencia renal.
- En pacientes que consuman analgésicos opiáceos.

La pauta de utilización en deshabitación puede ser:

- 50 mg diarios.
- 100 mg en días alternos.
- 150 mg los viernes para cubrir los fines de semana.

La naltrexona no produce dependencia, por tanto la supresión brusca no origina síndrome de abstinencia.

Los efectos secundarios de su uso son leves y aparecen durante los primeros días de tratamiento (astenia, somnolencia, discreto aumento de la tensión arterial, náuseas, cefalea...).

Durante el mantenimiento con naltrexona se deben realizar controles:

- Hematológicos.
- Hepáticos.
- Renales.

También deben instaurarse los apoyos psicosociales necesarios al paciente, podemos considerar que un paciente se encuentra en fase de mantenimiento a partir del segundo mes de tratamiento ininterrumpido. La duración del mantenimiento debe estar entre 6 y 12 meses, pero puede durar varios años en pacientes con recaídas frecuentes.