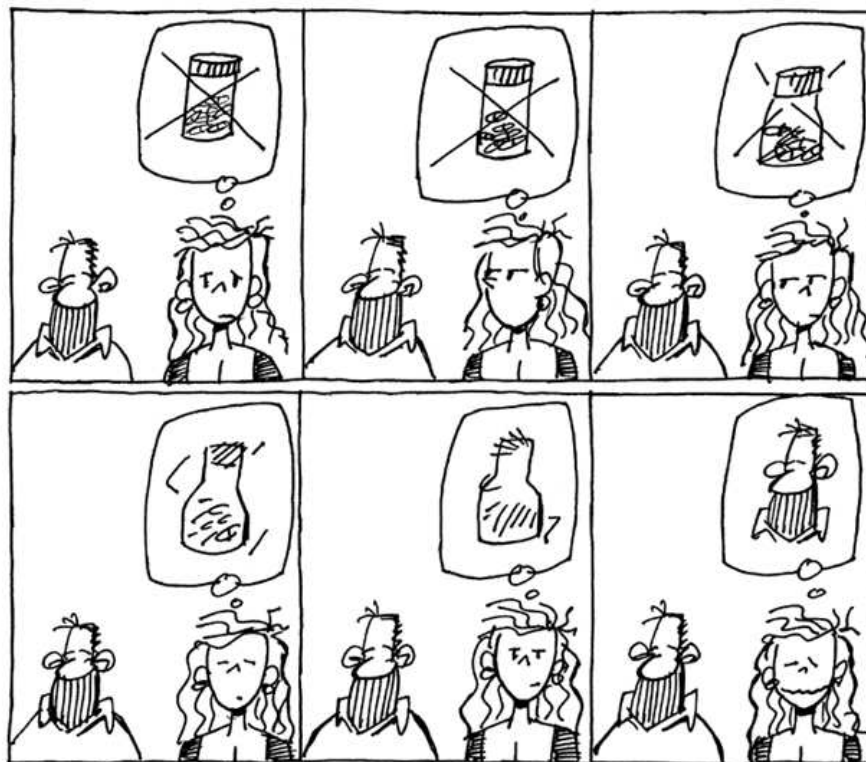


PROTOCOLO DE DESINTOXICACIÓN EN CENTRO RESIDENCIAL

FUNDACIÓN INSTITUTO SPIRAL



Índice

INTRODUCCIÓN	3
CONSIDERACIONES PREVIAS.....	3
OBJETIVOS	5
EVALUACIÓN INICIAL.....	6
PAUTAS HIGIÉNICO DIETÉTICAS	7
TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO SÍNDROMES DE ABSTINENCIA	8
TRATAMIENTO DE LA PSICOPATOLOGÍA ASOCIADA.....	10
ANSIOLISIS E HIPNOSEDACIÓN.....	11
TRASTORNOS DELIRANTES.....	11
AGITACIÓN PSICOMOTRIZ.....	12
MEDIDAS COMPLEMENTARIAS.....	12
ORGANIZACIÓN DEL PROTOCOLO DE DESINTOXICACIÓN.....	13

INTRODUCCIÓN

El tratamiento médico farmacológico en adicciones suele ser un ineludible complemento sustancial y muchas veces imprescindible para la viabilidad de la intervención psico y socioterapéutica. En no pocas ocasiones una certera farmacoterapia es definitiva para el éxito terapéutico. La desintoxicación muchas veces suele ser el primer paso en un tratamiento de adicciones. Permite neutralizar o cuando menos aliviar el síndrome de abstinencia, liberando al paciente del refuerzo negativo toxicofílico permitiendo prevenir y tratar complicaciones del consumo. Dicho tratamiento farmacológico y de medidas complementarias es básicamente sintomático y sindrómico tanto del proceso deprivativo como de los posibles trastornos psicopatológicos con frecuencia asociado al consumo de sustancias.

Lo fundamental antes de iniciar una desintoxicación es valorar lo esencial de la demanda: una cosa es lo que el paciente realmente quiere y otra lo que se le ofrece, lo que necesita pues, aunque éste pueda tener conciencia de su dependencia, difícilmente la valorará en toda su extensión.

En estas circunstancias resulta crucial efectuar un diagnóstico correcto que tenga en cuenta datos tan fundamentales como: tipo de drogas consumidas, dosis lo más aproximadas posibles, antigüedad en el consumo, estado psicofísico del paciente, situación social y familiar, etc.

Atendiendo a lo antes dicho, el proceso de desintoxicación posee un carácter global y multifrontal en el que se tienen en cuenta los siguientes parámetros:

Filiación de la adicción o policonsumo
Parámetros médicos concomitantes
Perfil psicológico y psicopatológico
Circunstancias socioambientales

CONSIDERACIONES PREVIAS

Antes de proceder a su descripción conviene tener en cuenta una serie de consideraciones:

Peculiaridad de la respuesta farmacológica:

Los drogodependientes suelen responder a los psicofármacos de diferente forma que los no consumidores, posiblemente debido al efecto estimulativo crónico de las drogas que inducen alteraciones de las cadenas neurotransmisoras además de otras modificaciones (metabólicas, excretoras, etc.). Las alteraciones más frecuentes pueden ser:

- **CUANTITATIVAS:** hipoergia o arreatividad, cuando se precisan más dosis para obtener los mismos efectos. Por ejemplo, la gran tolerancia a los ansiolíticos que suelen presentar la mayor parte de

consumidores que utilizan estas sustancias. En grado extremo la respuesta anérgica significa que para obtener resultados mínimos hay que recurrir a dosis prácticamente tóxicas, por ejemplo, sujetos que han consumido durante muchos años cantidades importantes de hipnóticos, desarrollando una tolerancia brutal que les hace permanecer insomnes e intranquilos. Ocasionalmente también se observa hiperreactividad o hiperergia si existe una hipersensibilización, frecuente en psicóticos consumidores de estimulantes que con el tiempo pueden desarrollar brotes agudos con la ingesta de pequeñas cantidades de amfetamina, por ejemplo.

- **CUALITATIVAS:** son aquellas que dan lugar a respuestas cualitativamente diferentes a las esperadas y que a veces llegan incluso a ser de naturaleza distinta a la habitual del grupo farmacológico. Por ejemplo, aplicar un tranquilizante y obtener respuesta excitatoria. Se sabe que la combinación flunitracepam (Rohipnol) más alcohol origina un inexplicable estado excitatorio inicial al que sigue el ulterior letargo que en muchos sujetos tarda bastante en producirse. Asimismo no son infrecuentes las respuestas paradójicas que se suelen observar con los neurolépticos incisivos : haloperidol, cloticipina, clozapina, tioproperiziacina, etc. que en lugar de amortiguar los síntomas psicóticos, la respuesta puede llegar a ser un cuadro agitado - oniroide, un episodio desorganizado confusional simple, etc., es decir, desencadenando un síndrome de signo opuesto a la acción farmacológica esperada.

Fadding neurotransmisor.

Otra consideración previa es la derivada de la politoxicomanía: al fenómeno de fadding neurotransmisor debido al consumo crónico y elevado de sustancias psicoactivas enunciado en el apartado 1, cabe añadir el efecto interactivo que tienen drogas que actúan como agonistas unas veces y antagonistas otras consumidas de forma mantenida y que acaban produciendo unas secuelas residuales difíciles de tratar. A todo ello debe añadirse que los efectos de los psicofármacos, como cabe esperar, están notablemente alterados cualitativa y cuantitativamente. A este respecto podemos decir que por lo general estos pacientes desarrollan considerable tolerancia a los derivados benzodiacepínicos, analgésicos y psicodpresores en general, no tanta tolerancia, incluso ninguna, a los neurolépticos (tanto sedativos como incisivos). También se observa una menos eficaz respuesta a los antidepresivos, en tanto que es variable la respuesta a otro grupo de fármacos como las sales de litio, la carbamacepina, el sulpiride, la dipropilacetamida, etc.

Individualización del tratamiento

Tras lo anterior: peculiaridades metabólicas, fadding neuroendocrino, tolerancia incrementada vs tolerancia invertida, respuestas paradójicas, parece una actitud prudente ajustar personalmente el tratamiento, aunque hayan

bases comunes que se puedan aplicar de forma muy genérica pero no concluyente.

En consecuencia procede individualizar en la medida de lo posible cada caso: hay diversas modalidades de dependencias que afectan de diferente manera a cada sujeto, el cual, a su vez, puede presentar un trastorno psicopatológico peculiar ante el que la respuesta terapéutica también puede llegar a serlo.

Con todas las consideraciones anteriores se pretende significar la dificultad de proponer tratamientos genéricos. Aunque la batería de principios activos sea bastante limitada, las posibles combinaciones de fármacos y la pretensión de máxima especificidad deben ser una constante de actuación.

OBJETIVOS

El tratamiento para los procesos adictivos tiene una primera *etapa de desintoxicación* cuya finalidad es eliminar la droga y sus efectos clínicos generales del organismo, paliando las molestias propias del síndrome de abstinencia con el apoyo farmacológico y otras medidas coadyuvantes junto al inicio de cambios comportamentales importantes.

Objetivo general:

El objetivo general de la desintoxicación es ayudar a superar la dependencia (o dependencias) física y síntomas inherentes a la misma, así como las consecuencias psicofísicas asociados a dicho consumo y demás síntomas residuales al objeto de conseguir la plena abstinencia del consumo de drogas en un marco general psicofísico saludable

Objetivos parciales:

La neutralización o atenuación de síntomas secundarios y/o secuelares asociados al consumo de droga/s, por lo general de forma crónica.

Eliminar o disminuir los síntomas y el discomfort asociado a la supresión del consumo y consecuentemente a la abstinencia.

Promover un mayor nivel de bienestar con estrategias precisas mejorando la calidad de vida del sujeto

Detectar y/o tratar interurrencias somáticas o medicas.

Proporcionar un tratamiento seguro que permita al adicto superar las primeras dificultades que surgen al plantearse el abandono del consumo.

Crear un espacio de dialogo y comunicación centrado en la motivación para la obtención de un compromiso mas amplio con el tratamiento.

Aprovechar el momento para educar al paciente en todas aquellas cuestiones relacionadas con la salud y hábitos de autocuidado.

EVALUACIÓN INICIAL

La desintoxicación comienza con un buen estudio previo donde el plano médico adquiere gran relevancia, para evaluar el impacto somático del consumo de drogas en todos los aparatos y sistemas: digestivo, cardiocirculatorio, respiratorio, endocrino, nervioso, sangre, etc.

No menos importantes son las características psicológicas y psicopatológicas así como los antecedentes psiquiátricos personales y familiares.

Por fin, el plano adictofílico: sustancia o sustancias consumidas, vía de administración, magnitud, antigüedad en el consumo, tratamiento médico y neuropsiquiátrico actual, craving presente, disciplina terapéutica, etc

Concedemos relevancia a la prueba VPA-30 variables predictoras de abandono y adherencia al tratamiento, que, entre otros aspectos, mide el nivel motivacional del sujeto junto a otras importantes variables

Antes de intervenir se debe realizar una buena anamnesis, con exploración médica cuidadosa y un chequeo complementario básico

Hemograma completo con vcm (volumen corpuscular medio).

Bioquímica de sangre: glucemia, creatinina, uricemia, colesterol, triglicéridos, transaminasas (GOT y GPT) y GGT, CDT (transferrina deficiente en carbohidratos).

Tiempo de protrombina

Marcadores de hepatitis vírica: ANTI- VHA Ig M, ANTI- VHA total (IgM e IgG), HBs Ag, HBs Ag, ANTI-HBc, HBe Ag, ANTI-HBe, DNA-VHB, RNA- VHC, Anti- VHE, ANTI-VHD

Fosfatasa alcalina Bilirrubina total y directa Hierro sérico Marcadores de hepatitis vírica MANTOUX VIH VDR

PAUTAS HIGIÉNICO DIETÉTICAS

Corresponde a medidas de orden general consistentes en:

La supresión de la sustancia adictiva

Ingesta hídrica suficiente para neutralizar la diaforesis y garantizar el equilibrio hidroelectrolítico

Una dieta equilibrada y digestiva (sin grasas ni nutrientes hepatotóxicos).

Recuperación del ritmo circadiano natural con horarios regulares de comida y una buena higiene de sueño (acostarse y levantarse siempre a la misma hora, no dormir ni dormitar por el día, etc.)

Activación física mediante ejercicio moderado pero lo más continuado posible, paseos, ejercicios suaves

Control basal: durante el periodo que dure la desintoxicación (entre 7 y 15 días), el usuario mantendrá frecuentes consultas con el médico y/o psiquiatra a fin de realizar un exhaustivo control de la medicación administrada, de las constantes vitales y los hábitos higiénico-dietéticos así como practicar las determinaciones analíticas de drogas de abuso que sean necesarias. Después, el usuario seguirá el plan de ejercicio físico y de actividades ocupacionales, lúdicas y de distinta naturaleza que se haya confeccionado teniendo en cuenta cuál es su situación para que empiece a dinamizarse y cobre más vitalidad.

Con esta manera de proceder se procura que el sujeto no sólo vaya completando el proceso de desintoxicación, recuperando la vitalidad perdida y reorganizándose en todos los sentidos sino que resulte posible su integración paulatina en la rutina terapéutica del centro.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE LOS SÍNDROMES DE ABSTINENCIA

Síndrome de abstinencia alcohólico

Es el más grave desde el punto de vista somático. Requiere una rápida y eficaz evaluación del estado psicofísico, de la magnitud del consumo, del nivel de tolerancia y el deterioro neurológico del sujeto.

Las medidas terapéuticas de rigor incluyen intervención médico- **somática** inicial pudiéndose considerar una entidad básicamente médica que suele precisar casi siempre aporte hídrico, dietético (mineral y vitamínico si procede), glucoenergético (siempre bajo control endocrino cuando el paciente es diabético) y hepatoprotección. El uso de preparados que contengan un complejo vitamínico B6-B12 y a veces el ácido fólico es practica rutinaria en la desintoxicación alcohólica ya que los signos clásicos del déficit vitamínico del complejo B (confusión, ataxia, oftalmoplejia, nistagmo, alteraciones de la memoria, hipotermia – hipotensión, y en casos extremos coma) que forman el Síndrome de Wernicke –Korsakov, no se manifiestan abiertamente hasta que el déficit vitamínico es muy intenso y por ello puede ser pasado por alto. Complejo vitamínico B1, (principal) IM por 3-5 días También B6, B12, ácido fólico, ácido nicotínico.

También es importante la ansiolisis (ver apartado correspondiente) junto a la hipnosedación nocturna y el tratamiento antidepresivo (si hay depresión concomitante) o neuroléptico (si se presentan síntomas delirantes, como la alucinosis alcohólica, agresividad o impulsividad).

Se aplicarán antiepilépticos si hay antecedentes convulsivos secundarios a privación enólica y en procesos sospechosos de actividad comicial.

Los interdictotes alcohólicos como el disulfiramo y la carbimida cálcica se aplicarán como prevención de ingesta en las salidas pero no procede su empleo durante la desintoxicación por el medio en que se realiza (residencial bajo control).

En algunos casos pueden ser útiles los denominados preparados anticraving como el acamprosato y la naltrexona

Síndrome de abstinencia a opiáceos (SAO)

La tolerancia cruzada entre los diversos agonistas permite la desintoxicación del consumo de heroína, metadona u otros opiáceos mediante la administración de dichos agonistas a dosis progresivamente decrecientes, aliviando los síntomas de abstinencia y disminuyendo o anulando los deseos de consumo de heroína. Para la componente álgica del SAO (dolor lumbares, articulares, etc) se emplea la codeína y el dextropropoxifeno. Para los síntomas neurovegetativos se usan los antagonistas alfa-2-adrenérgicos como la clonidina, derivado imidazólico utilizado desde hace tiempo como hipotensor y desde 1978 también en el tratamiento de pacientes adictos a opiáceos para controlar y evitar la aparición del síndrome de abstinencia agudo. Reduce de forma importante los síntomas neurovegetativos derivados de la privación de los opiáceos (escalofríos, calambres musculares, mucosecreción, irritabilidad,

inquietud). Es necesaria una vigilancia estrecha sobre las constantes cardiovasculares, dada la intensa hipotensión que se provoca. Otros efectos indeseables que suelen aparecer en los primeros 3 días de administración son somnolencia, astenia y sensación de debilidad. La presencia de bradicardia se observa de forma persistente durante los 7 primeros días de tratamiento.

Otros agonistas como la metadona y la buprenorfina cubren un amplio espectro terapéutico tanto para los dolores como para el síndrome vegetativo reactivo.

Las pautas a seguir varían en función de las dosis de consumo y el peso del paciente

Síndrome de abstinencia a estimulantes (SAE)

Los más frecuentes son los referidos a derivados cocaínicos, anfetamínicos y de drogas de síntesis (MDMA, ketamina). Suelen producir sintomatología de morfología inversa a la provocada por la sustancia. El cuadro clínico cursa con apagamiento de la vitalidad, abulia, insomnio, irritabilidad, disforia y distimia depresiva que a su vez coincide con una florida sintomatología secuelar que va desde la agitación, el cuadro hipomaniaco o deliroide, suspicacia, anorexia, etc.

El tratamiento es puramente sintomático soliendo requerir ansiolisis e hipnosedación. Con frecuencia se administran fármacos antiimpulsivos y eutimizantes y según los casos cobertura antidepressiva o neuroléptica según los casos. Ver repertorio terapéutico.

Síndrome de abstinencia a benzodiazepinas (SAE)

Se caracteriza por un estado de ansiedad permanente con desasosiego, insomnio pertinaz y convulsiones por deprivación benzodiazepínica. El tipo de descargas comiciales suelen ser tónicas y tónico-clónicas. En ocasiones pueden llegar al status epiléptico incluso en sujetos que nunca han padecido epilepsia.

Es una grave contingencia médico- neurológica que requiere intervención decidida e inmediata.

El repertorio terapéutico consiste en administrar ansiolíticos preferiblemente de semivida media-larga con buen perfil anticonvulsivo (diazepan o clonazepam y también, en mucha menor medida, el clorazepato dipotásico) junto a hipnosedantes nocturnos (lorazepam o lormetazepam) junto a hipnóticos z (zopiclona, zolpidem y zapeplon).

Si el riesgo de epilepsia deprivativa es alto está indicado un antiepiléptico de amplio espectro como el valproato sódico.

TRATAMIENTO DE LA PSICOPATOLOGÍA ASOCIADA

La desintoxicación es siempre una intervención crítica que remueve al sujeto, no solo por el tratamiento paliativo de la privación de sustancias, sino por el cambio de ambiente, el pequeño trauma que supone un ingreso en un ambiente en principio extraño que se puede vivenciar como hostil, etc.

Estas contingencias pueden recrudecer la psicopatología asociada al consumo de sustancias o descompensar un proceso psicopatológico previo. O sencillamente, tener que intervenir sobre un sujeto que ya viene trastornado.

Cabe esperar –pues- una reagudización nosológica o un empeoramiento de un proceso crónico. En todo caso suele ser imprescindible al principio un reajuste psicofarmacológico hasta neutralizar la crisis. Suele haber un paralelismo evolutivo entre la desintoxicación propiamente dicha. Hay que tener cuidado con los tratamientos agresivos o muy incisivos, ya que no es infrecuente la respuesta paradójica (agitarse más cuanto más dosis se administra) ni el síndrome de impregnación neuroléptica que puede durar días con gran desasosiego familiar que creen irrecuperable al paciente. Las dosis bajas –por otra parte- bien pautadas son casi siempre eficaces.

Nos referiremos a la intervención complementaria en el marco de la desintoxicación como proceso, no al tratamiento general psiquiátrico del trastorno en general que tiene su propio itinerario. Veamos algunos procesos frecuentes.

ANSIOLISIS E HIPNOSEDACIÓN

Consiste en el el tratamiento coadyuvante ansiolítico del síndrome deprivativo, incluyendo la recuperación del ritmo sómnico normal.

En el resto de pacientes las benzodiazepinas logran un alivio casi inmediato de la ansiedad consiguiendo estabilizar a corto plazo los síntomas de los diferentes subtipos ansiosos incluyendo los de la supresión de droga.

Por su poder anticonvulsivo se suelen emplear benzodiazepinas de vida media larga como el diazepam y el clorazepato dipotásico, incluso el clonazepam (este en menor medida por ser menos ansiolítico) en tres o cuatro tomas repartidas

Como alternativas podemos utilizar benzodiazepinas de vida media intermedia como el lorazepam que presenta una metabolización hepática mas rápida y genera un metabolito inactivo, por lo que es de elección en casos de insuficiencia hepática y en personas de edad avanzada, o el alprazolam a dosis altas durante cortos períodos para aliviar síntomas agudos y a dosis más bajas para neutralizan la tensión que acompaña a los antidepresivos cuando estos son precisos en el tratamiento.

Tratamiento hipnosedante: Para inducir el sueño recurrimos a incrementar la dosis nocturna de las benzodiazepinas diurnas o al empleo concomitante de hipnóticos Z (zolpidem, zopiclona y zapeplón). En casos rebeldes (por ejemplo cuando se trata de un insomnio de conciliación refractario) a veces empleamos benzodiazepinas de vida media corta o ultracorta como el triazolam o el midazolam y para el despertar precoz o sueño.

TRASTORNOS DELIRANTES

Algunas sustancias como los psicodislépticos son directamente alucinógenos. Son frecuentes los delirios entre los consumidores de estimulantes (droga, anfetamina) y algunos psicodeseñadores como el alcohol.

Los procesos más frecuentes son las psicosis cannábicas, las alucinosis alcohólicas y las psicosis paranoides cocaínicas.

Durante la etapa aguda pueden emplearse los derivados butirofenónicos (haloperidol, risperidona y triperidol, mejor en gotas o inyectable). Si existe una componente agitada importante se pueden asociar fenotiazinas de perfil sedativo como la levomepromazina o análogos como la clotiapina. También es frecuente la asociación de benzodiazepinas como el diazepam o el flurazepam como inductor del sueño en la fase aguda

Los neurolépticos atípicos como la olanzapina, quetiapina, amidosulprida, aripiprazol, etc suelen emplearse en segunda instancia, en las etapas subaguda y crónica, resultando poco eficaces como tratamiento de choque.

AGITACIÓN PSICOMOTRIZ

Durante el estado de agitación y/o agresividad extemporánea, utilizamos la asociación de fenotiazinas incisivas y sedantes; por ejemplo la asociación de levomepromazina y butirofenonas como el haloperidol, o análogos como la clotiapina

Si no es muy aparatoso el cuadro puede bastar con risperidona asociada a benzodiazepinas. Generalmente bastan dosis bajas para obtener respuesta favorable. Tanto en uno como en otro caso (psicosis / conducta antisocial) debe garantizarse un sueño reparador. No es bueno que la persona permanezca somnoliento todo el día mientras por la noche está insomne o maldormitando. Es preferible dar la dosis mínima eficaz diurna, para lo que es mejor reservar las fenotiazinas sedativas para posología nocturna y los neurolépticos incisivos (butirofenonas) repartidos según perfil sintomático, asociados, si se precisa, a suaves dosis diurnas de protección fenotiazínica. En procesos agudos no utilizamos risperidona ni olanzapina por parecernos menos eficaces que los neurolépticos antes descritos.

MEDIDAS COMPLEMENTARIAS

Finalmente, durante el tiempo que dura la desintoxicación se intenta concienciar al sujeto y a su familia de que ésta supone el principio de un proceso más amplio de deshabitación que ha de incidir en aspectos psicológicos y sociorelacionales y, en segunda instancia, motivarles para mantener los cambios que se hayan conseguido. Todo este proceso se prorroga hasta que se objetiven signos de que el nuevo usuario está plenamente integrado en la rutina habitual del centro, momento en que finaliza la desintoxicación.

Medidas psicológicas: Apoyo psicológico por parte del equipo técnico del centro, reorientando y tranquilizando al paciente pero adoptando una postura firme sin ceder a las pretensiones y propuestas inadecuadas del mismo, de tal forma que consiga una adquisición progresiva de pautas de conducta saludable y adaptada.

Medidas socioambientales: Se le procura un clima cálido y acogedor y un tratamiento deferencial pero sin privilegios por parte de sus compañeros, animándole y ayudándole en todo momento. Durante el tiempo que permanezca en el centro, el nuevo usuario estará acompañado por otro u otros pacientes que reúnan determinadas características individuales (buena evolución, serenidad, dinamismo, etc.) y que sean capaces de mantenerle distraído y ocupado, evitando así el agobio y los pensamientos obsesivos que suelen ser frecuentes en esta etapa.

ORGANIZACIÓN DEL PROTOCOLO DE DESINTOXICACIÓN DE LA FUNDACIÓN INSTITUTO SPIRAL

