

6. Coupland NJ, Bell CJ, Potokar JP. Serotonin reuptake inhibitor withdrawal. *J Clin Psychopharmacol* 1996; 16: 356-362.
7. Lejoyeux M, Ades J. Antidepressant discontinuation: a review of the literature. *J Clin Psychiatry* 1997;58 (Suppl):11-15.
8. Schatzberg AF, Haddad P, Kaplan EM, et al. Possible biological mechanisms of the serotonin reuptake inhibitors discontinuation syndrome. *J Clin Psychiatry* 1997;58 (Suppl):23-27.
9. Medawar C. The antidepressant web. *International Journal of Risk and Safety in Medicine* 1997;10:75-126 and <http://www.socialaudit.org.uk>.
10. Menezer P, Meneuer Ossial, Bern P. Flamine dependence and tolerance. *Apropos of a case Encephale* 1997;23400-401
11. Kent LSW and Laidlaw JDD. Suspected congenital sertraline dependence. *Br J Psychiatry* 1995;167:412-413.
12. Haddad P, Lejoyeux M, Young A. Antidepressant discontinuation reactions. Are preventable and simple to treat. *Br Med J* 1998;316: 1105-1106.
13. Priest RG, Vize C, Roberts A, Robert A, Tylee A. Lay people's attitudes to treatment of depression: result of opinion poll for Defeat Depression Campaign just before its launch. *BMJ* 1996; 313:858-859.
14. Double DB. Antidepressant discontinuation reactions: dependence on antidepressants is significant. *Br Med J*, May 1998.
15. Klerman GL, Dimascio A, Weissman M, Prusoff B, Paykel ES. Treatment of depression by drugs and psychotherapy. *Am J Psychiatry* 1974;131:186-91.
16. Karl B, Davidow B. Drug abuse patterns of patients on methadone treatment in New York City. *Am J Drug Alcohol Abuse* 1981;12-25.
17. Biggs JT, Chang SS, Sherman WR, Holland WH. Measurement of tricyclic antidepressant levels in an outpatient clinic. *J Nerv Ment Dis* 1976;162:46-51.

Desintoxicación ultrarrápida de opiáceos bajo anestesia

V. Ibáñez Rojo

Psiquiatra. Hospital de Día. Área 6 de Madrid

En los años 70 se empezó a utilizar la naloxona para precipitar y acortar el síndrome de abstinencia a opiáceos (SAO)¹, pero no se desarrolló un procedimiento seguro y útil clínicamente hasta finales de los 80, cuando se describieron tratamientos con agonistas noradrenérgicos, como la clonidina, que bloquean la hiperactividad noradrenérgica del *locus ceruleus*, disminuyendo la sintomatología de abstinencia, y haciendo tolerable el SAO precipitado².

Desde entonces se han desarrollado diversas pautas de desintoxicación rápida, en las que se combina un antagonista opiáceo (naloxona o naltrexona) que desaloja rápidamente los opiáceos de los receptores, precipitando y acortando el SAO, y un agonista alfa-adrenérgico que bloquea la descarga adrenérgica en el *locus ceruleus*³. Además de la clonidina se ha utilizado la guanfacina, lofexidina, y más recientemente antagonistas de los receptores imidazolidínicos tipo 1 como la monoxidina y sobre todo la rilmenidina (agonistas de los receptores alfa 2-D)⁴. También se han ensayado fármacos como el ondansetrón y la somatostatina⁵.

Estas técnicas de desintoxicación son ambulatorias y, según la pauta, pueden producir la desintoxicación en dos o tres días. Tienen una ventaja adicional, además de la rapidez, que consiste en favorecer la abstinencia al estar el paciente desde el primer momento en tratamiento con un antagonista opiáceo, que luego se continúa como mantenimiento. En nuestro entorno son ampliamente utilizadas en muchos centros asistenciales públicos y privados⁶⁻⁸.

Junto con estas técnicas ambulatorias, Loimer⁹ describió una pauta de desintoxicación ultrarrápida, que más tarde fue perfeccionada y ampliada su indicación por Legarda (1994)¹⁰. En esta técnica, llamada de desintoxicación ultrarrápida de opiáceos (UROD) bajo anestesia, el SAO se precipita con altas dosis de antagonistas bajo anestesia, consiguiendo que el síndrome de abstinencia pase mientras el paciente duerme, evitando el sufrimiento, además de acortando todo el procedimiento a un día. La desintoxicación tiene un éxito del 100%, y las series de tratamiento de mantenimiento de hasta un 57% a los 18 meses según los autores del procedimiento. Se utiliza en casos que no han respondido a otros abordajes o se niegan a ellos, y no tiene contraindicaciones más allá que las del procedimiento anestésico. Este procedimiento se ha extendido en los dos últimos años a la vez que se extendía también un debate sobre la eficacia y la ética de aplicarlo. La polémica es doble. Por un lado, sus defensores están divididos dado que Legarda tras describir la técnica, la patentó y creó una empresa llamada Centro de Investigación y Tratamiento de las Adicciones (CITA) que la explota^{4,5}. Un grupo de autores (entre los que destaca Brewer, responsable del Centro de Tratamiento de Drogodependencias, en Londres)^{4,11} ha mantenido una discusión en revistas de prestigio sosteniendo que no es ético patentar un procedimiento médico, además de controlar su expansión mundial creando centros CITA asociados en los que se marcan precios y en los que se limitan las ofertas terapéuticas. Acusan a CITA de hacer publici-

dad engañosa presentando resultados exagerados y poco contrastados de su tratamiento. Legarda¹² se defiende diciendo que no “controla”, sino más bien asesora y ayuda a que la técnica se extienda y se conozca, publicando resultados científicos en revistas médicas. Por otro lado, el desarrollo de este tratamiento suscita otras críticas, ejemplificadas en los recientes artículos de O'Connor y Kosten¹³, y de Strang y Gossop^{14,15}. Para estos autores el procedimiento se aplica sólo en el ámbito privado (de ahí la polémica anterior), resulta muy invasivo y conlleva riesgos (se han producido fallecimientos relacionados con la anestesia que hacen cuestionar su seguridad) en una población con gran morbilidad médica. Si a esto se añade que es muy caro, y su eficacia no está suficientemente demostrada en estudios controlados y con seguimientos amplios, proponen ser cautos antes de recomendar su aplicación. Los que esgrimen estos argumentos resumen que, si bien produce un 100% de desintoxicaciones, los riesgos y el dinero que cuesta más vale invertirlos y sufrirlos donde están los verdaderos problemas: en mejorar las tasas de retención en los programas de mantenimiento. Había que esperar a desarrollar estudios controlados randomizados que demostraran la eficacia de este procedimiento frente a otros, y hacer estudios de seguimiento más amplios. Los defensores de la técnica bajo anestesia, como Brewer¹⁹ y Legarda¹², contra-argumentan que el procedimiento es seguro (el riesgo en la anestesia es bajísimo, y no es mayor en esta población), se ha utilizado en miles de casos sin problemas y mejora las tasas de retención en programas de mantenimiento al facilitar la entrada a pacientes que si no no entrarían. El perfil de estos pacientes es el de aquéllos que han fracasado en otras intervenciones, son policonsumidores rechazados en otros programas, o tienen un miedo insuperable al sufrimiento que les produce el SAO, situación frecuente en pacientes incluidos en programas de mantenimiento con metadona que no se atreven a dejarla por miedo al SAO, pero les gustaría estar abstinentes. Siguiendo la polémica, en el *British Medical Journal*, *JAMA*, *Lancet*, y otras revistas, parece que existe una lucha de poderes entre grupos de influencia en el ámbito de las toxicomanías que se mueven por intereses no científicos sino ideológicos en el mejor de los casos o de control del mercado en otros. Brewer^{20,21} señala que la desintoxicación rápida es un método para aliviar el dolor y debe ser ofertado a aquéllos para los que el dolor es un impedimento en el seguimiento de tratamientos médicos: “el alivio del dolor es una función médica, pero la anestesia fue introducida en tiempos menos sofisticados, sin ensayos randomizados controlados sobre amputación con o sin cloroformo. Si se siguieran los consejos de los detractores de esta técnica,

la cirugía bajo anestesia estaría pendiente de un doble ciego”.

Si bien este argumento puede parecer suficiente, vivimos en tiempos sofisticados, donde antes de ponerse a ganar dinero con tratamientos médicos, se debe acumular suficiente evidencia científica sobre su eficacia y seguridad, y sería conveniente que esta técnica lo hiciera antes de generalizarse.

Bibliografía

1. Blachly P, Casey D, Marcel L, Denney D. Rapid detoxification from heroin and methadone using naloxone. A model for the study of the treatment of the opiate abstinence syndrome. En: Senay E, Shorty V, Alkesne M, eds. *Developments in the field of drug abuse*. Cambridge, Mass: Schenkma; 1975.
2. Charney DS, Heminger GR, Kleber HD. The combined use of clonidine and naltrexone as a rapid, safe, and effective treatment of abrupt withdrawal from methadone. *Am J Psychiatry* 1986; 143:831-837.
3. Brewer C, Rezoë H, Bailey C. Opioid withdrawal and naltrexone induction in 48-72 hours using a modification of the naltrexone-clonidine technique. *Br J Psychiatry* 1988;153:340-343.
4. Bobes J. Antagonizaciones rápidas de derivados opiáceos [editorial]. *Psiquiatría. COM* [revista electrónica] 1998 Marzo [citado 1 Nov 1998]; 2(1): [7 pantallas]. Disponible en: URL: http://www.psiquiatria.com/psiquiatria/vol2num1/art_1.htm
5. Stephenson J. Experts debate merits of 1-day opiate detoxification under anesthesia. *JAMA* 1997;277:5,363-364.
6. Carreño JE, Sánchez J, Ortíz R, Calvo R, Álvarez CE, Pérez SF. Pautas de inducción rápida. Modelos ambulatorios en Asturias. *Psiquiatr Biol* 1996;3:207-216.
7. Gutiérrez M, Ballesteros J, Figueirido JL, Elizagárate E. Las desintoxicaciones ultracortas con antagonistas opiáceos. En: Casas M, Gutiérrez M, San L, editores. *Avances en drogodependencias. Tratamiento farmacológico*, 1. Barcelona: Ediciones en Neurociencias; 1995.
8. Dorta MA, Guigou G, Dávila G, Martín L. Desintoxicación ultracorta de opiáceos en régimen ambulatorio con terapia combinada de guanfacina naltrexona. En: Libro de Actas de las XXII Jornadas Nacionales Socidrogalcohol; 1995; Santiago de Compostela.
9. 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* 1988;23:81-86.
10. Legarda J, Gossop M. A 24-hr inpatient detoxification treatment for heroin addicts: a preliminary investigation. *Drug Alcohol Depend* 1994;35:91-93.
11. Brewer C, Williams J, Carreño Rendueles E, García JB. Unethical promotion of rapid opiate detoxification under anaesthesia (RODA). *Lancet* 1998; 351: 218.
12. Legarda JJ. Ultra-rapid opiate detoxification under anaesthesia (UROD). *Lancet* 1998;351:1517-1518.
13. O'Connor PG, Kosten TR. Rapid and ultrarapid opioid detoxification techniques. *JAMA* 1998;279:229-234.
14. Strang J, Bearn J, Gossop M. Opiate detoxification under anaesthesia. *BMJ* 1997;315:1249-1250.
15. Gossop M, Strang J. Rapid anaesthetic-antagonist detoxification of heroin addicts: what origins, evidence base and clinical justification? *B J Intensive Care* 1997;7:66-69.

16. Simon D. Rapid opioid detoxification using opioid antagonists: history, theory, and the state of the art. *J Addictive Dis* 1997;16:103-122.
17. Cook TM, Collins PD. Rapid opioid detoxification under anaesthesia. *Hosp Med* 1998;59:3,245-247.
18. Kasser C. Current and future prospects for rapid opioid detoxification with opioid antagonists. *J Addict Dis* 1997,16,1-4.
19. Brewer C. The case for rapid opiate detoxification under anaesthesia (RODA): a reply to Gossop and Strang. *Br J Intensive Care* 1997; 7: 137-143.
20. Brewer C; Gastfriend DR. Rapid opioid detoxification. *JAMA* 1998;279:1872.
21. Brewer C. Opiate detoxification under anaesthesia. *BMJ* 1998; 316:1983.

Crítica de Libros

Substance abuse: a comprehensive textbook

J.H. Lowinson, P. Rui, R.B. Millman, J.G. Langrod

Williams & Wilkins. Baltimore, 1997

La tercera edición de esta obra pretende ser un "texto definitivo" en cuanto a abuso de sustancias se refiere, tanto para aquéllos que se inician en el estudio de este campo como para los distintos profesionales que trabajan en drogas, alcohol y otras adicciones.

Desde que a mediados de los años cincuenta en países como EEUU (mucho más tardíamente en España) la medicina comenzara a interesarse por el abuso de sustancias, muchas cosas han cambiado. No ha sido hasta fecha más reciente, las últimas dos décadas, cuando la experiencia clínica, educativa y numerosas investigaciones han hecho hueco al abuso de sustancias como campo con derecho propio dentro de la medicina. Prueba de ello son las tres ediciones que de este manual han aparecido desde 1981, o el elevado número de revistas específicas sobre el tema editadas.

La tercera edición de este libro de texto, pensada como un libro de consulta didáctico, comprensivo y extenso, rectifica las lagunas de las ediciones anteriores, "todo sobre el alcohol y otros abusos de sustancias desde la historia a la política, desde la biología a la conducta, desde la investigación hasta la práctica", afirman sus autores, y no mienten.

Está estructurado en doce secciones y ochenta y siete capítulos, que a lo largo de sus casi mil páginas repasan los aspectos más actuales del saber en esta materia. Los 150 colaboradores, reconocidos expertos en sus campos, han revisado y actualizado todo lo concerniente al abuso de sustancias: medicina interna, farmacología, neurociencia, genética, psicología, sociología,

legislación, ética, educación y formación de profesionales. La actualidad del texto está refrendada por numerosas y recientes referencias bibliográficas (incluso de principios de 1997). De forma novedosa, en esta edición se incorporan ilustraciones. Resulta interesante la sección dedicada a poblaciones especiales que aborda las peculiaridades en el abordaje de niños, ancianos, profesionales de la salud, mujeres o inmigrantes, entre otros.

Otra característica destacable del manual es hacerse eco de las polémicas y controversias existentes entre los profesionales que trabajan en el tratamiento de las adicciones. Así, defensores y detractores de programas libres de droga vs programas de reducción del daño, o de tratamiento farmacológico vs tratamiento psicológico, exponen y argumentan sus posiciones.

Como en otros textos americanos, cabe hacer la misma crítica, o la misma salvedad: la utilidad práctica en nuestro medio de capítulos dedicados a legislación, epidemiología o política sanitaria nacional, es escasa. Por otra parte, el libro se resiente, y más en nuestro país, de la falta de un capítulo dedicado a las complicaciones médicas del alcoholismo.

Esta obra resulta más que recomendable porque pone en nuestras manos un libro de consulta casi completo, con un estilo didáctico y comprensible, que hace sencillo su manejo y lo convierte en imprescindible fuente de consulta para los profesionales dedicados al abuso de sustancias.

Ana González Rodríguez