

# ABORDAJE FARMACOLOGICO EN ADICCIONES

---

**DRA. ISABEL LIZARINDARI ESPINOZA LUNA**

MÉDICO CIRUJANO .ESPECIALIDAD EN PSIQUIATRÍA.

ALTA ESPECIALIDAD EN MANEJO DE ADICCIONES. PERITO EN PSIQUIATRÍA LEGAL Y FORENSE

MAESTRÍA EN TERAPIA FAMILIAR SISTEMICA. DIPLOMADO EN TERAPIA DE PAREJA

PSIQUIATRA ADSCRITA CLINPAD HPFBA

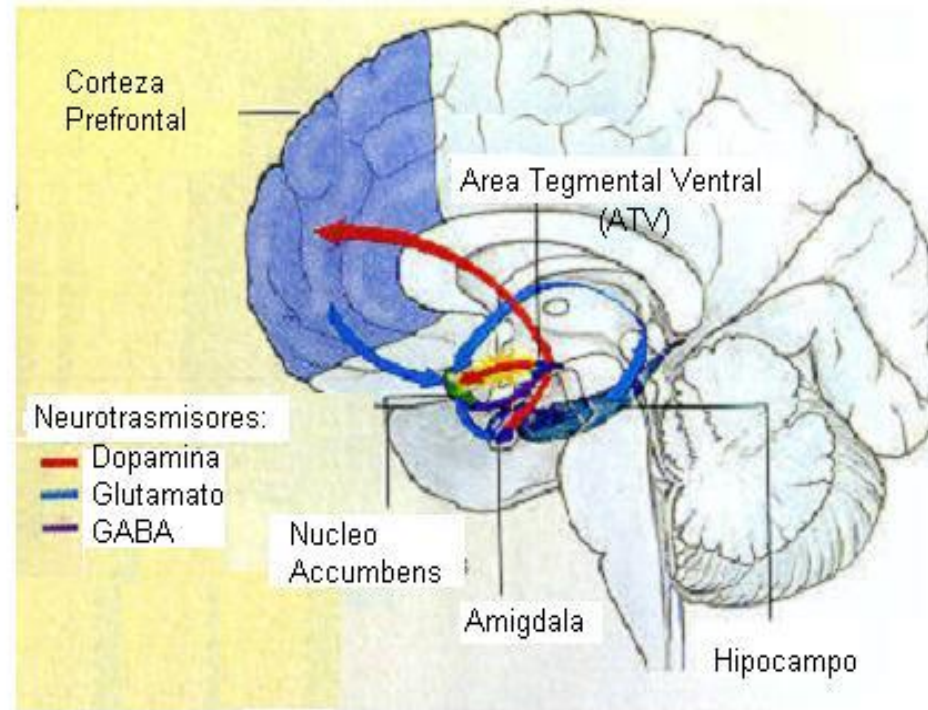
# Orden del día

---

1. Abordaje farmacológico: 4 fases de intervención
2. Patología Dual
3. Avances en el tratamiento 2018

# Sistema de recompensa

---



REDES



# Nicotina

TERAPIA SIN NICOTINA (TSN)	FDA	FDA 2006
<ul style="list-style-type: none"> <li>• parche: 7, 14, 21mg c/24hrs</li> <li>• Chicle: 2-4mg/h</li> <li>• Nebulizador o inhalador: 1mg</li> </ul>	BUPROPION 150mg/d x 7días BUPROPION 300MG: 1-1-0 X 30d	<ul style="list-style-type: none"> <li>• VARENICLINA: iniciar 0.5mg/d</li> <li>• 0.5mg—0— 0.5mg</li> <li>• 1-0-1 hasta 6 meses</li> </ul>



# TRATAMIENTO DE LAS ADICCIONES

---

1. Retirada ( abstinencia inicial)
2. Abstinencia temprana
3. Abstinencia prolongada (Muro)
4. Adaptación y resolución

# TRATAMIENTO DE LAS ADICCIONES

---

1. **Retirada ( abstinencia inicial)**
2. Abstinencia temprana
3. Abstinencia prolongada (Muro)
4. Adaptación y resolución



# Gravedad de abstinencia inicial

Leve	Moderada
<ol style="list-style-type: none"><li>1. Mantener vía oral</li><li>2. Iniciar medicación con <b>Diazepam</b>: 5-10 mg v.o.c./8h/3 días.</li><li>3. Manejar hipertensión e hiperactividad simpática con <b>Atenolol</b>: 50-100 mg/d</li><li>4. Asegurar adecuado aporte de líquidos.</li><li>5. Revalorar continuamente signos vitales. Valorar posibilidad de síndromes o enfermedades subyacentes</li></ol>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Valorar suspensión de vía oral</li><li>2. Iniciar medicación con <b>Diazepam</b>: 15 - 20 mg vía oral/día.</li><li>3. Hiperactividad simpática: igual que la abstinencia leve.</li><li>4. Manejar Agitación con <b>Haloperidol</b>: 5-10 mg i.v.</li></ol>
<ul style="list-style-type: none"><li>- Administrar Tiamina 100 mg i.v. o i.m. a todos los pacientes, salvo en el caso en el que no se sospeche de abstinencia de alcohol o no se compruebe deficiencia de esta vitamina.</li><li>- Manejo sintomático, excepto en abstinencia grave, seguir recomendaciones de la "Tabla 16 Fármacos de utilidad en la deshabitación", pág 57.</li></ul>	



# Gravedad de abstinencia inicial

Leve	Moderada
<ol style="list-style-type: none"><li>1. Mantener vía oral</li><li>2. Iniciar medicación con <b>Diazepam</b>: 5-10 mg v.o.c./8h/3 días.</li><li>3. Manejar hipertensión e hiperactividad simpática con <b>Atenolol</b>: 50-100 mg/d</li><li>4. Asegurar adecuado aporte de líquidos.</li><li>5. Revalorar continuamente signos vitales. Valorar posibilidad de síndromes o enfermedades subyacentes</li></ol>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Valorar suspensión de vía oral</li><li>2. Iniciar medicación con <b>Diazepam</b>: 15 - 20 mg vía oral/día.</li><li>3. Hiperactividad simpática: igual que la abstinencia leve.</li><li>4. Manejar Agitación con <b>Haloperidol</b>: 5-10 mg i.v.</li></ol>
<ul style="list-style-type: none"><li>- Administrar Tiamina 100 mg i.v. o i.m. a todos los pacientes, salvo en el caso en el que no se sospeche de abstinencia de alcohol o no se compruebe deficiencia de esta vitamina.</li><li>- Manejo sintomático, excepto en abstinencia grave, seguir recomendaciones de la "Tabla 16 Fármacos de utilidad en la deshabitación", pág 57.</li></ul>	

Nombre

Expediente

Campo para Información 1

Campo para Información 2

Cédula Profesional

Fecha

# Retirada ( abstinencia inicial) x 5 días

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Diazepam 10mg cada 4 horas x 3 días

Diazepam 10mg cada 6 horas x 2 días

Diazepam 10mg cada 8 horas x 5 días

Antipsicótico (olanzapina, risperidona o haloperidol x 3 meses)

Hospital (Nombre)

Consultorio (No.)

Dirección

Correo Electrónico

Teléfono 1

Teléfono 2

Celular

# TRATAMIENTO DE LAS ADICCIONES

---

1. Retirada ( abstinencia inicial)
2. **Abstinencia temprana**
3. Abstinencia prolongada (Muro)
4. Adaptación y resolución

# TRATAMIENTO DE LAS ADICCIONES: FASE TEMPRANA



1. Benzodiacepinas: **Diazepam 10mg 1-0-1 x 5d.**

2. **Antiepileptico**

Valproato de magnesio: 15mg x Kg

Topiramato: 1mg/kg

Carbamazepina: 10mg/Kg

# TRATAMIENTO DE LAS ADICCIONES: fase Muro

---

- |    |                                      |   |
|----|--------------------------------------|---|
| 1. | Retirada ( abstinencia inicial)      | Benzodiazepinas PRN O <b>ANTIEPILEPTICO DE 2DA GENERACION: Gabapentina o Pregabalina c/8hrs</b> |
| 2. | Abstinencia temprana                 |   |
| 3. | <b>Abstinencia prolongada (Muro)</b> | <b>ANTIEPILEPTICO</b>   |
| 4. | Adaptación y resolución              | <b>ISRS (FLUOXETINA O PAROXETINA) 20-40mg/d</b>   |

# Fase de Muro (3 a 4 meses)

1. Benzodicepinas PRN ó ANTIEPILEPTICO DE 2DA GENERACION: Gabapentina o Pregabalina c/8hrs
2. ANTIEPILEPTICO
3. ISRS (FLUOXETINA O PAROXETINA) 20-40mg/d



# TRATAMIENTO DE LAS ADICCIONES: fase Muro

---

- |                                    |  |
|------------------------------------|--|
| 1. Retirada ( abstinencia inicial) | ANTIEPILEPTICO   |
| 2. Abstinencia temprana            | ISRS (FLUOXETINA O PAROXETINA)                                       |
| 3. Abstinencia prolongada (Muro)   | NALTREXONA 50MG/D o disulfiram 500mg/d<br>o Acamprosato 666mg c/8hrs |
| 4. <b>Adaptación y resolución</b>  |  |

# Fase de Muro (3 a 4 meses)

1. ANTIPILEPTICO
2. ISRS (FLUOXETINA O PAROXETINA)
3. **NALTREXONA 50MG/D o disulfiram 500mg/d o Acamprosato 666mg c/8hrs**

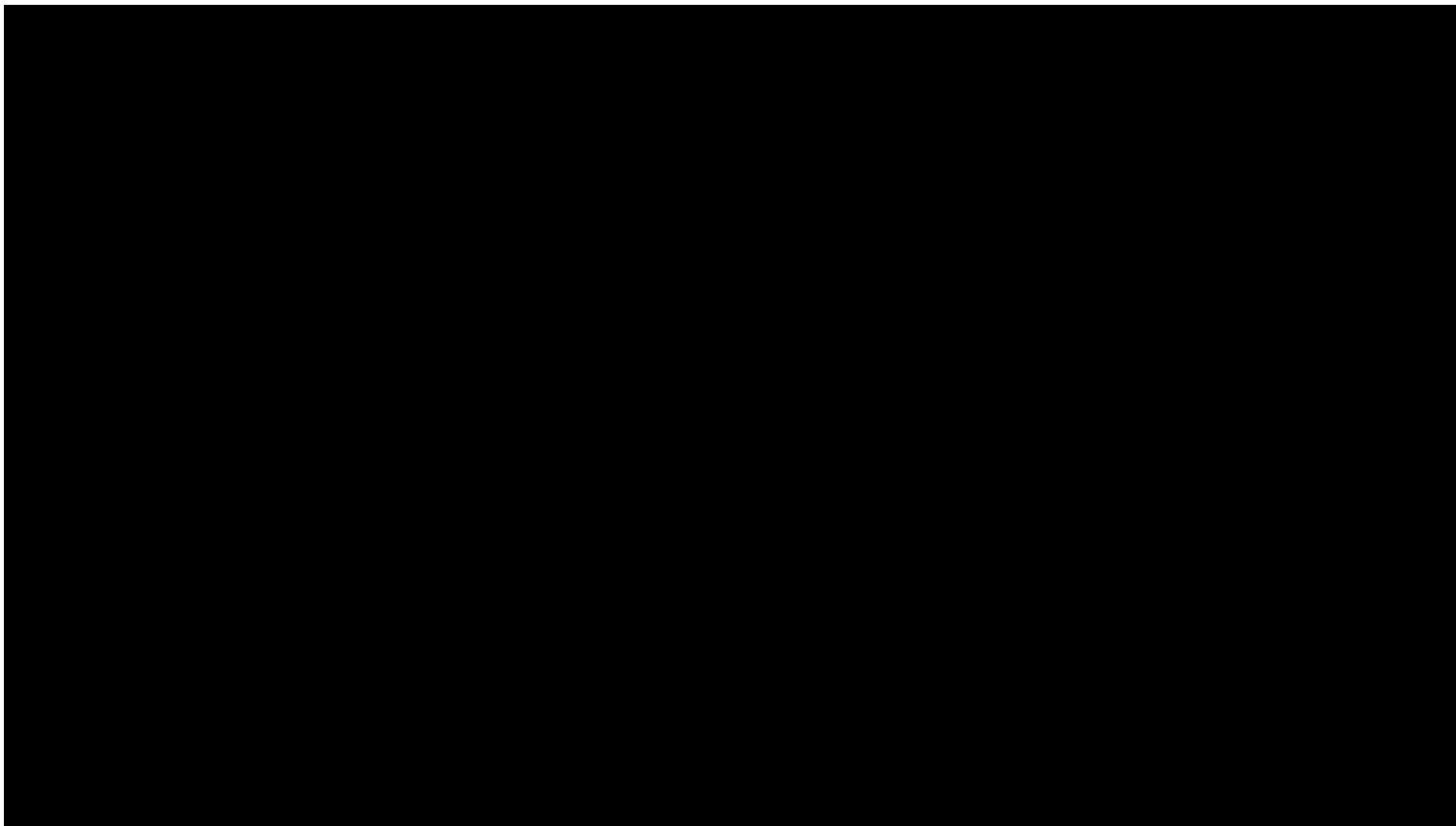




# DESINTOXICACIÓN

---





	RETIRADA	ABSTINENCIA	ADAPTACION y MANTENIMIENTO
ALCOHOL	<ul style="list-style-type: none"> <li>Diazepam 10-20mg c/ 4hrs</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Diazepam</li> <li>Antiepiléptico</li> <li>Beta bloqueador</li> <li>Antipsicótico</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Antiepiléptico</li> <li>Antipsicótico</li> <li>NALTREXONA 50MG/d</li> <li>ACAMPROSATO 666MG/8HRS</li> </ul>
ESTIMULANTES (Schuit 2012 y Alvarez en 2013)		<ul style="list-style-type: none"> <li>Antiepiléptico</li> <li>Benzodiazepina</li> <li>Antipsicótico</li> <li>ISRS: Mirtazapina 15mg/d</li> </ul>	
CANNABIS (Marshal 2014)		<ul style="list-style-type: none"> <li>Gabapentina 300mg/8hrs</li> <li>Trazodona 100mg/D</li> <li>Fluoxetina 40mg/d</li> </ul>	
SOLVENTES (Konghom 2010)		<ul style="list-style-type: none"> <li>Risperidona 2mg/s</li> <li>Carbamazepina</li> <li>Haloperidol</li> <li>Lamotrigina</li> </ul>	

---

# **Las imágenes pueden ser perturbadoras**

Síndrome de abstinencia a la heroína



# Opiáceos: Desintoxicación

METADONA

sustitución

Ambulatorio u Hospitalario

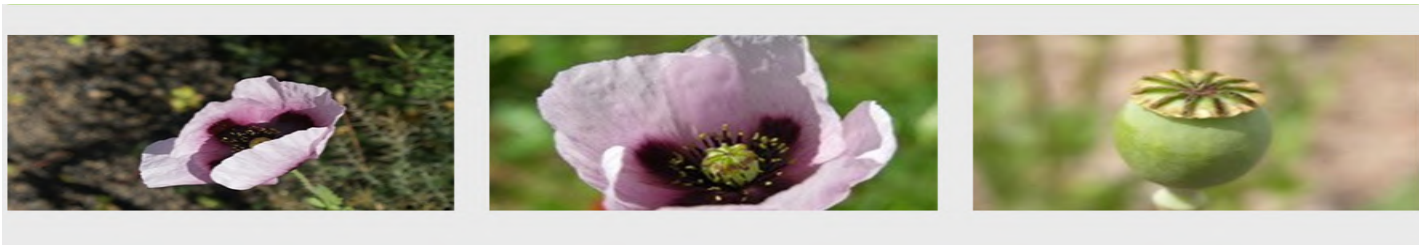
Agonista de receptores  $\mu$

SX ABSTINENCIA AGUDA

Tabla 12. Síndrome de Abstinencia Aguda de Heroína

GRADO I	GRADO II	GRADO III	GRADO IV
Aparece a las 8 horas	Aparece a las 12 horas	Aparece entre las 18-24 horas	Aparece entre las 24-36 horas
	Los síntomas de grado I incrementados en intensidad, más:	Los síntomas de grado II incrementados en intensidad, más:	Los síntomas de grado III incrementados en intensidad, más:
-Bostezos -Lagrimo -Sudoración -Rinorrea -Ansiedad	-Midriasis -Piloerección -Espasmos Musculares -Flashes Frío/calor -Mialgias -Artralgias -Anorexia	-Hipertensión -Taquicardia -Hipertermia -Inquietud -Nauseas -Insomnio	-Facies febril -Vómitos -Diarreas -Eyaculación Espontánea -Orgasmo

Tomado del Manual de Adicciones para Médicos Especialistas en formación, Sociodrogalcohol, España, 2010



# Desintoxicación clásica

---

## METADONA

Iniciar 10-30mg/d

Observar en las siguientes 3 horas

Aumentar a 20-80mg x 2 semanas

Dosis cada 24hrs : diario

Semanal : A partir de la 3ra semana

## CLONIDINA

Iniciar con 75mg previa toma de TA medir cada 30 min los primeros 3días

150-300mg incrementar, cada 8 hrs o cada 12hrs

mantener durante 2 semanas

<b>INDUCCION</b>	<b>20- 30MG +/- 5MG CADA 72HRS</b>	<b>ESTABLECER DOSIS ADECUADA</b>
<b>MANTENIMIENTO</b>	<b>80Mg</b>	<b>Mantener saturación estable</b>

\* CIJ. Guía Técnica del programa de Mantenimiento con Metadona. 2017. México.

\* Fernández Miranda Juan Jose et. Cols. Guía de tratamiento de la dependencia de opiáceos. Ed Socidrogalcohol. 2010. España

\* Romero Mendoza et. Cols. Guía para uso de Metadona en usuarios adultos dependientes de la heroína intravenosa. 2016. INPDEM. México

# fase de mantenimiento

## AGONISTAS OPIACEOS

metadona, buprenorfina, morfina

<b>METADONA</b>	<b>1mg equivale</b>
Heroína	2 mg
morfina	3mg
buprenorfina	0.06mg

## ANTAGONISTAS OPIACEOS

Naltrexona

① Primera dosis	② Primer Ajuste	③ Pauta A	④ Pauta B
12.5 mg	<b>25 mg / día</b>	50 mg/día lunes a viernes	100 mg/día lunes y miércoles
Observar por 3 horas	Mantener por 48 horas	100 mg/día los sábados	150 mg/día los viernes.
Duración de la inducción: 2 semanas		Mantenimiento: 6 semanas en adelante	

Naloxona: 0.01mg/Kg--→2mg



\* CIJ. Guía Técnica del programa de Mantenimiento con Metadona. 2017. México.

\* Fernández Miranda Juan Jose et. Cols. Guía de tratamiento de la dependencia de opiáceos. Ed Socidrogalcohol. 2010. España

\* Romero Mendoza et. Cols. Guía para uso de Metadona en usuarios adultos dependientes de la heroína intravenosa. 2016. INBREM. México

# Deshabitación: Rehabilitación social

---

La fase de seguimiento abarcara un lapso de 12 meses a partir del egreso del programa

Reducción de daños

<b>Deshabitación</b>	Disminuir la dosis de forma paulatina con la finalidad de llegar a la dosis mínima indispensable, siendo el ideal el retiro total.	Disminuir 1-5 mg ó el 10% de la dosis a la semana, por un periodo de 6 meses
----------------------	--	--

Tomada de la "Guía técnica del Programa de Mantenimiento y Deshabitación con Metadona", CIJ, 2011



# 4 fases

---

## ABORDAJE FARMACOLÓGICO

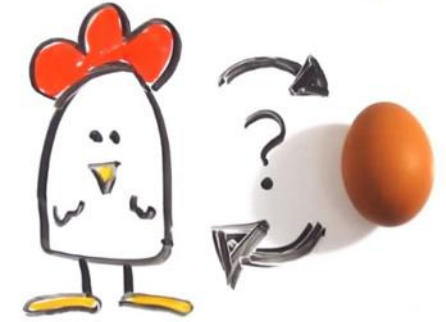
1. **Abstinencia inicial (retirada)**
2. **Abstinencia temprana**
3. **Abstinencia prolongada**
4. **Adaptación y resolución**

## INTERVENCIÓN MULTIDISCIPLINARIA

- Desintoxicación**
- Deshabitación**
- Rehabilitación**
- Reinserción**

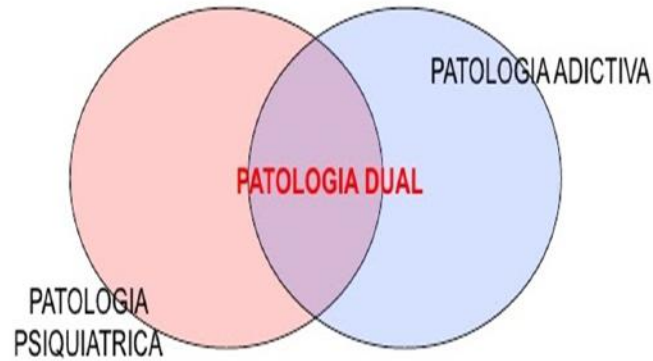


¿EL HUEVO O LA GALLINA?



# Patología Dual

Trast. por consumo de sustancias + otro trast. psiquiátrico



**Tabla I. Trastornos psíquicos en pacientes dependientes de consumo de sustancias**

	Trastornos psicóticos	Trastornos del humor	Trastornos de ansiedad	Trastornos de personalidad
Alcohólicos	3,3	1,9	1,5	21
Heroinómanos	8,8	5	2,8	24,3
Cocainómanos	13,2	5,9	2,9	29,2
Otras sustancias	6,2	4,7	2,5	13,4

**Tabla II. Riesgo de trastornos por consumo de sustancias según trastorno psiquiátrico**

Trastorno	Porcentaje	OR
Trastorno de la personalidad	83	29,6
Trastornos bipolares	60	7,9
Esquizofrenia	47	4,6
Trastornos depresivos	27	1,9
Trastornos de ansiedad	23	1,7
Trastornos fóbicos	23	1,6

Tomada de Miller y Finer, 1997.

# Patología Dual

---

1. Establecer la **relación entre la psicopatología y el uso de drogas**
2. Diferenciar si los **síntomas psiquiátricos manifestados aparecen normalmente durante la intoxicación o abstinencia**
3. **o se trata de síndromes comórbidos o inducidos**, determinando si la psicopatología es más grave de la que suele aparecer durante los episodios de intoxicación o de síndrome de abstinencia
4. diferenciar si se trata de **trastornos inducidos o independientes** para lo cual es muy útil establecer una **cronología de los trastornos** (valorando si el trastorno psiquiátrico comenzó antes que el consumo regular de drogas)

## Posterior hippocampal regional cerebral blood flow predicts abstinence: a replication study

Bryon Adinoff<sup>1,2</sup>, Thomas S. Harris<sup>3</sup>, Hong Gu<sup>4</sup> & Elliot A. Stein<sup>4</sup>

VA North Texas Health Care System, Dallas, TX, USA<sup>1</sup>, Department of Psychiatry, UT Southwestern Medical Center, Dallas, TX, USA<sup>2</sup>, Department of Neurology, UT Southwestern Medical Center, Dallas, TX, USA<sup>3</sup> and Intramural Research Program – Neuroimaging Research Branch, National Institute on Drug Abuse, Baltimore, MD, USA<sup>4</sup>

### ABSTRACT

The posterior hippocampus (pHp) plays a major role in the processing and storage of drug-related cues and is linked to striatal/limbic brain circuits involved with craving and drug salience. We have recently reported that increased basal regional cerebral blood flow (rCBF) in a pHp loci, as measured by pseudo-continuous arterial spin labeling magnetic resonance imaging, predicted days to cocaine relapse following residential treatment. In this secondary analysis, we explored whether rCBF in this same pHp region would successfully predict 30-day point prevalence abstinence 60 days following residential treatment in an independent group of previously studied participants with cocaine dependence. rCBF was assessed with single photon emission computerized tomography during a saline infusion in 21 cocaine dependence and 22 healthy control participants. pHp rCBF was significantly higher in those endorsing substance use ( $n = 10$ ) relative to both abstinent ( $n = 11$ ) ( $p < 0.001$ ) and control ( $p < 0.05$ ) participants. There were no significant differences in measured demographic or clinical variables between the actively using and non-using participants. This replicative finding suggests that heightened pHp activation is a significant predictor of substance use in cocaine-dependent individuals, possibly reflecting a neural susceptibility to continued drug cues.

**Keywords** cocaine dependence, hippocampus, limbic system, regional cerebral blood flow, relapse, SPECT.

Correspondence to: Bryon Adinoff, UT Southwestern Medical Center, 5323 Harry Hines Blvd., Dallas, TX 75390-8564, USA. E-mail: bryon.adinoff@utsouthwestern.edu

### INTRODUCTION

The subjective desire for drug use, or craving, is commonly experienced during abstinence following the chronic use of substances and has recently been added as a diagnostic criteria for Substance Use Disorder in the Diagnostic Statistical Manual 5 (Association 2013). The experience of craving is associated with heightened cocaine use in cocaine-dependent individuals (Epstein *et al.* 2010; Preston *et al.* 2009) and its presumed preclinical analogue, re-instatement, induces increased responding to conditioned cocaine cues in rodent models of addiction

(Sinha *et al.* 2005) cues, and the intensity of this neural response is predictive of subsequent cocaine use (Bell, Garavan & Foxe 2014; Prisciandaro *et al.* 2013).

Empirical studies of craving in the laboratory setting typically utilize the presentation of isolated and discrete cues. This approach, in both individuals with substance use disorders and non-human models of addiction, induces marked amygdalar activation (Chikress *et al.* 1999; Kilts *et al.* 2001; Manchant *et al.* 2014). However, the ecological relevance of this approach is limited given the multiple personal triggers associated with drug use in the addicted individual or in 12-step parlance, the 'trig-

## Addiction Biology, 2016



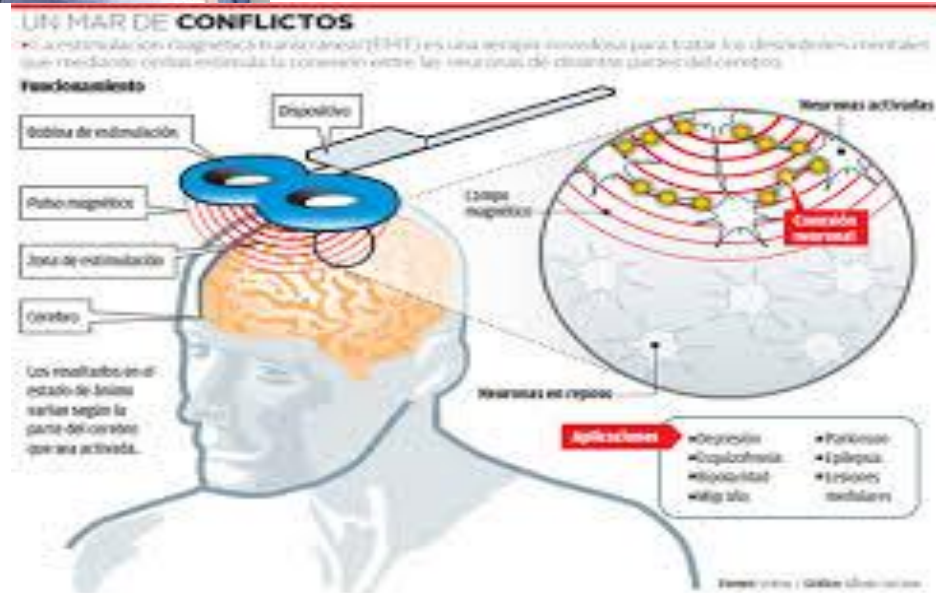
# Estimulación Magnética Transcraneal / EMTr



EMTr como tratamiento para adicción a cocaína /CRACK

Reducción del consumo

Logrando periodos sin consumo por mas tiempo.

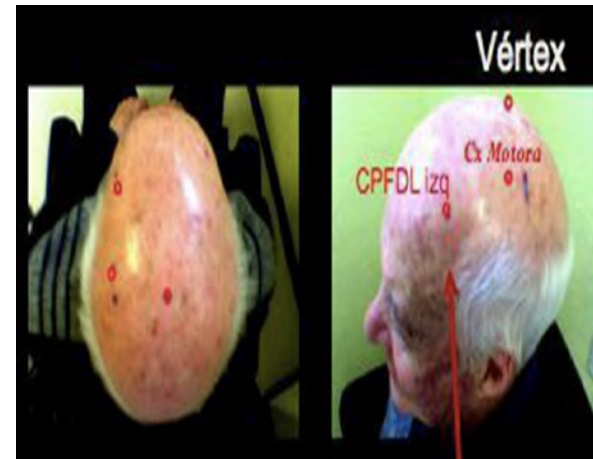


# Estimulación Magnética Transcraneal (EMTr)

Hombres o mujeres de

18-65 años

Usuarios de crack con uso promedio en la actualidad de por lo menos 3 veces a la semana, con períodos de abstinencia durante el último año.



MÁS INFORMACIÓN O SI DESEA PARTICIPAR

Comunicarse a los teléfonos

41605065\*

4160 5354

4160 5351

Dra. Ruth Alcalá Lozano  
Instituto nacional de Psiquiatría  
Investigaciones Clínicas