



CASO CLÍNICO (ORAL) Nº: 1

Ni en sueños

García Morcillo, R. M., Rodríguez López, M.T.

Introducción y objetivos: Objetivar la pertinencia del programa de prescripción de estupefacientes de Andalucía (PEPSA) en cuanto al abandono de la vía venosa fuera del centro para administración de heroína y/o cocaína se refiere, con los beneficios en salud que conlleva, como la inexistencia de abscesos e infecciones tanto locales como sistémicas (VIH, VHC). Presentamos el caso de un chico de 43 años, inyector desde los 18 años que se contagió mediante esta práctica de riesgo del VHC, con numerosos abscesos y episodios de alucinaciones inducidos por los consumos intravenosos de cocaína. Actualmente ha abandonado definitivamente los consumos intravenosos externos y los riesgos que acarrearán.

Material y método: Desde el inicio del programa en el año 2003, se ha observado al usuario día a día, mediante inspección ocular, se han realizado analíticas toxicológicas aleatorias y programadas así como serologías que atestiguan su evolución y estado actual, quedando su registro anotado en el programa informático diseñado para este programa.

Resultados y Discusión: Se demuestra la eficiencia de la inyección intravenosa de Diacilmorfina (DAM) o heroína que en condiciones asépticas se prescribe y dispensa en el programa PEPSA desde el año 2003, hasta el punto del abandono de la vía venosa para consumos ocasionales en la calle. El paciente no tiene abscesos cutáneos, sigue siendo VIH negativo y no mantiene conductas de riesgo, incluso ha dejado los consumos ocasionales de cocaína desde hace 5 años y no se inyecta en la calle "ni en sueños"

Bibliografía: 1. Joan Carles March, Eugenia Oviedo-Joekes, Emilio Perea-Milla, Francisco Carrasco y equipo PEPSA: Controlled trial of prescribed heroin in the treatment of opioid addiction, *Journal of Substance Abuse Treatment*, 31 (2006), 203 - 211. 2. André Seidenberg, Ueli Honegger: Metadona, heroína y otros opioides, Manual para un tratamiento ambulatorio de mantenimiento con opioides



CASO CLÍNICO (ORAL) Nº: 2

Abuso de fentalino sublingual y trastorno por consumo de alcohol

Garijo Garcia, V.

Se trata de un varón de 57 diagnosticado de carcinoma escamoso bronquial inoperable (T4 N0 M0) por afectación de la carina hace dos años tras episodio de hemoptisis. Fumador de 25 cigarrillos al día, en activo actualmente. Se inicia tratamiento con quimioterapia y radioterapia. Entre las complicaciones de la radioterapia aparece una mucositis grado 2-3 e intensa odinodisfagia que obliga a ser tratada con opiáceos en principio vía oral con oxycodona 10 mg cada 12 horas y aumentando a 20 mg cada 12 horas. Al mes el paciente ingresa de nuevo en Oncología por persistencia de la mucositis y se aumenta los opiáceos a fentanilo sublingual 400 mcg 3-4 veces al día. Durante los 7 meses posteriores el paciente aumenta por iniciativa propia las dosis de fentanilo sublingual. A los 8 meses ingresa en Oncología por estenosis esofágica y cirrosis hepática de origen alcohólico manteniéndose al alta fentanilo sublingual. A los dos meses el paciente ingresa en Hospital por disminución del estado de conciencia secundario a abuso de fentanilo sublingual y consumo elevado de alcohol. Contactan con Unidad de Alcoholología y se recomienda suspensión de fentanilo sublingual por transdérmico y pauta descendente de Distraneurine para tratar síndrome de abstinencia de alcohol. Durante el casi año y medio de seguimiento no se le dió importancia al trastorno por consumo de alcohol que presentaba el paciente desde hace más de 20 años. Tras contactar con UA se realiza desintoxicación hospitalaria de alcohol, puesto que el paciente sigue consumiendo alcohol a pesar de los ingresos en oncología. En la actualidad está abstente en el consumo de alcohol y tomando Antabus a diario. Conclusión: el fentanilo sublingual es un buen fármaco para el tratamiento del dolor pero debe controlarse el tratamiento, sobre todo, en paciente que presentan trastorno por consumo de sustancias, en este caso alcohol.



CASO CLÍNICO (ORAL) Nº: 3

Dolor, opiáceos y comorbilidades psiquiátricas, a propósito de un caso.

Mansilla Sánchez, S.; Faulí Prats A.; López Lazcano A.; Lligoña Garreta A.

Introducción/Objetivos La prevalencia del dolor crónico en España es del 12% según el último Congreso Mundial del Dolor. Los opioides forman parte de la escala del tratamiento del dolor definida por la Organización Mundial de la Salud. Padecer dolor crónico conlleva también una peor calidad de vida. Es frecuente la coocurrencia de trastornos psiquiátricos, que modifican la evolución del dolor y la probabilidad de desarrollar trastornos por uso de opiáceos. Según datos de nuestra propia Clínica del Dolor (n=48), hasta un 66% de los pacientes atendidos referían antecedentes psiquiátricos, siendo el diagnóstico más frecuente el de depresión mayor (42%), que a su vez era el diagnóstico más frecuente en el momento de la entrevista (75%).

Material y método Se expone el caso de una paciente de afecta de cervicalgia crónica invalidante por hernia cervical C5-C6, tratada sin éxito quirúrgicamente (diversas rizólisis fallidas, con síndrome postlaminectomía secundario). Refiere antecedentes de lupus y asma, así como trastorno adaptativo mixto e historia de un intento autolítico que requirió ingreso hospitalario, estando en tratamiento y seguimiento psiquiátricos. Al vincularse con los equipos de Unidad del Dolor y Unidad de Conductas Adictivas de nuestro hospital, se detecta un trastorno por dependencia a opioides, por presentar la paciente conductas aberrantes en referencia a la toma de la medicación. Refiere un consumo de opioides equivalente a 2 gramos de morfina diarios sin control del dolor (EVA 7-10/10). En el seguimiento psiquiátrico la paciente es diagnosticada de trastorno somatomorfo, rasgos de personalidad del clúster B y trastorno por uso de hipnosedantes. Desde la Clínica del Dolor se lleva a cabo un abordaje terapéutico simultáneo del dolor y las comorbilidades psiquiátricas: rotación de opioides a metadona e hidromorfona, infiltraciones de anestésicos locales, tratamiento antidepresivo (tríclicos + duales) y ansiolítico (reducción de dosis de benzodiacepinas, adición de fármacos gabaérgicos no benzodiacepínicos: Pregabalina (Lyrica)) y vinculación a psicología. A lo largo del seguimiento, conforme mejora la sintomatología ansioso-depresiva y el control del dolor, se procede a reducir la dosis de opiáceos con buena tolerancia.

Resultados: A partir de los cambios realizados en el abordaje terapéutico del caso referido se analizan los elementos a tener en cuenta tanto en el momento de iniciar un tratamiento con opioides como en el seguimiento. Queda reflejado que la coexistencia de trastornos ansioso-depresivos, de personalidad y de uso de sustancias orienta hacia una menor respuesta al tratamiento del dolor y mayor probabilidad de desarrollar adicción a opioides.

Discusión/Conclusiones: La intervención psiquiátrica y el establecimiento de una buena relación médico-paciente son primordiales para favorecer la identificación de trastornos psiquiátricos con implicación pronóstica, así como la de conductas aberrantes en relación al tratamiento.

Referencias: - Wilsey BL et al. Psychological comorbidities predicting prescription opioid abuse among patients in chronic pain presenting to the emergency department. *Pain Med.* 2008 Nov; 9 (8): 1107-17. - Fishbain DA et al. What percentage of chronic non-malignant pain patients exposed to chronic opioid analgesic therapy develop abuse/addiction and/or aberrant drug-related behaviours? A structured evidence-based review. 2008 May-Jun; 9 (4): 444-59.



CASO CLÍNICO (ORAL) Nº: 4

Tratamiento con heroína

Rodríguez López, M.; García Morcillo, R. M.

Introducción: Mediante la presentación de este caso clínico pretendemos dar a conocer la existencia y pervivencia del Programa de Prescripción de Heroína de Andalucía, único centro en España que, desde el año 2003, prescribe y administra Diacetilmorfina o Heroína, de forma intravenosa como tratamiento sustitutivo en la adicción a opiáceos. Este tratamiento ha demostrado los beneficios para los pacientes hasta el punto de mantener su estabilidad a pesar de la existencia de patologías importantes como sucede en el caso que presentamos: Paciente con Insuficiencia Renal Aguda en tratamiento con diálisis, cuya causa probable sea la toma excesiva y aleatoria de ibuprofeno. Material y método: Desde su inicio en el programa en el año 2003, se ha estudiado el tratamiento administrado al paciente y sus efectos mediante la observación diaria y posterior anotación en la base de datos habilitada para ello. Se han realizado Tiempos de Evaluación periódicamente, al principio cada tres meses y después anuales, estas pruebas incluyen analíticas (baciloscopias, determinaciones toxicológicas, bioquímica, hemograma y serología), electrocardiograma, espirometría, reconocimiento médico, valoración enfermera, etc. En el caso que nos ocupa, se detectan alteraciones en las cifras de creatinina tras la realización de una analítica de control, motivo por el cual se deriva para su estudio siendo diagnosticado inicialmente de Insuficiencia Renal Aguda. Resultados y discusión: La función renal no se recupera por lo que el paciente necesita hemodiálisis tres veces por semana. Permaneciendo estable tras el alta hospitalaria continua con su tratamiento farmacológico: antihipertensivos y antiretrovirales. En cuanto al tratamiento sustitutivo con opiáceos el equipo psp-pepsa valora la posibilidad de reiniciar la prescripción con DAM. Actualmente el tratamiento pautado es: Metadona, los días que acude a diálisis y Diacetilmorfina más metadona, los días que no acude a diálisis, presentando el paciente buena evolución y buen estado general. Bibliografía: 1. Joan Carles March, Eugenis Oviedo-Joekes, Emilio Perea-Milla, Francisco Carrasco y equipo PEPSA: Controlled trial of prescribed heroin in the treatment of opioid addiction, *Journal of Substance Abuse Treatment*, 31 (2006), 203-211. 2. André Seidenberg, Ueli Honnegger: Metadona, heroína y otros opioides: Manual para un tratamiento ambulatorio de mantenimiento con opioides. 3. Johnson Sj.: Opioid safety in patients with renal or hepatic dysfunction, 2007. 4. Mervyn Dean, MB, ChB, CCFP: Opioids in Renal Failure and Dialysis Patients. *Journal of Pain and Symptom Management*.



CASO CLÍNICO (ORAL) Nº: 5

Lo importante no es caer sino saber levantarse

Oprisan, A.A.I.; Peris Campillo, P.; Almenar Almenar, R.; Sierra Serra, R.

INTRODUCCIÓN

Acude a la consulta una paciente de 49 años, de origen hispánica, nivel socio-cultural medio-bajo, que vive con su madre, divorciada sin hijos. Entorno familiar: madre sobreprotectora, depresiva, con fibromialgia; el padre, ya muerto, tenía un carácter agresivo, desvalorizante, que producía conflictos familiares constantes. Trabaja como recepcionista en un hotel desde hace varios años, siempre haciendo el turno de noche para evitar contacto con personas, pero con buena adaptación a las responsabilidades.

Dado su carácter perfeccionista, su baja autoestima y lo antes descrito, desarrolló una fobia social asociada a un trastorno de personalidad por evitación, sin buscar y considerar una ayuda profesional adecuada.

Consulta buscando lograr una desintoxicación.

Dependiente de los opiáceos de más de 10 años de evolución, intentó una primera desintoxicación en 2006 con metadona. Abandonó al poco tiempo, supuestamente por falta de motivación, y por su cuenta empezó a consumir comprimidos de Tramadol diariamente o días alternos, combinado con el consumo de heroína fumada. Todo este tiempo mantuvo en secreto el consumo. Refiere que con el tratamiento se controlaba los "monos" consiguiendo periodos largos de mantenimiento solo con Tramadol oral. Actualmente toma 3 cp de 50 mg cada 6 horas.

Hace una semana recaída de heroína fumada. Al preguntar que fue el desencadenante del inicio del consumo, su única respuesta es "el aburrimiento", sin poder identificar con certeza un trigger.

OBJETIVOS

1. Establecer una relación de confianza y empatía con la paciente.
2. Realizar una adecuada inducción y mantener tratamiento con Buprenorfina/Naloxona .
3. Prevención de recaídas con terapia cognitivo-conductual e intentar tratar la fobia social.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se le plantea la inducción con Buprenorfina/Naloxona, se le entrega toda la información necesaria y al final aceptó. La semana antes de la inducción, disminuye a 100mg cada 6 hrs de Tramadol y la noche anterior de la fecha concertada, se inicia tratamiento con Olanzapina 2.5mg para mejorar la ansiedad y el insomnio.

Tras los primeros días con Buprenorfina/Naloxona a 4 mg/día, Olanzapina 2.5 mg/día, la paciente refiere descanso nocturno adecuado y sin fenómenos de craving. Se aumenta la dosis



a 8 mg/día de Buprenorfina/Naloxona tras cual la paciente refiere la aparición de cefaleas, mialgias generalizadas, pero diferentes a las del “mono” y cansancio. Dado la nueva sintomatología, la paciente solicita el cambio a Metadona. Se considera que el cambio no sería favorecedor para la paciente por el ambiente que se vive en las áreas de recogida, y por la afectación cognitiva que esta puede generar. Se baja la dosis de Buprenorfina/Naloxona y en el futuro se intentara aumentar la dosis más despacio.

Se le plantea terapia para prevención de recaídas, pero se niega a participar, porque “no cree” en terapias y psicólogos.

Se intenta establecer una relación de confianza, dado que la paciente presenta una fobia social y un comportamiento dubitativo hacia cualquier propuesta.

RESULTADOS

En estos momentos la paciente sigue el tratamiento con Buprenorfina/Naloxona, acude cada mes a la consulta siempre intenta solucionar dudas, sigue negándose en participar en terapia y ser visitada por el psicólogo. En cada consulta se insiste en la posibilidad de hablar con el psicólogo y la implementación de una terapia para prevención de recaídas, observando que poco a poco la paciente ha ido abriéndose a esta posibilidad.

DISCUSIÓN

En un paciente con una dependencia, lo ideal sería intentar tratar el conjunto que hizo llegar a ese problema, intentar mejorar sus carencias, sus dudas y acompañarlo en este largo proceso. Muchas veces, lo que conlleva un mal pronóstico y genera un mayor reto es la falta de motivación; la negación de participar en las terapias en grupo o individuales es un problema añadido. En esta situación se realizó una buena conexión médico-paciente que nos permite mantener una buena adhesión al tratamiento hasta ahora. Dadas las consultas constantes con la psicóloga, se intentó pasar hojas de autoinstrucciones, ejercicios de respiración, siempre fortaleciéndose la socialización.

Bibliografía:

1. Counseling plus Buprenorphine–Naloxone Maintenance Therapy for Opioid Dependence. Fiellin D.A., Pantalon M.V., Chawarski M.C., et al. N Engl J Med 2006; 355:365-374.
2. Generalized Anxiety Disorder. Fricchione G. N Engl J Med 2004; 351:675-682.



CASO CLÍNICO (ORAL) Nº: 6

ANTES MUERTO QUE SIN MI FENTANILO

Izquierdo Ros, M.T.; Alonso García, I.; Noguera Moltó, C.; Cantó Martínez, B.; Peñalver Garcerán, I.

INTRODUCCIÓN/OBJETIVOS La prescripción de opiáceos desde Atención Primaria (AP) ha aumentado en los últimos años. Nuestro objetivo es presentar y discutir un caso grave de adicción a fentanilo en un varón de 37 años que ingresa en la Unidad de patología dual para desintoxicación por consumo de dosis muy altas de fentanilo, imposibilidad de contención ambulatoria y riesgo vital. Antecedentes Personales: Antecedentes de múltiples quejas dolorosas continuadas y severas estudiadas por su MAP (Médico Atención Primaria) y múltiples especialistas pero sin ningún diagnóstico concreto. Antecedentes personales psiquiátricos: Trastorno de personalidad límite con historia de 3 gestos autolíticos. Psicobiografía: Convive en pareja. Ha trabajado como técnico de farmacia. Aislamiento social. Pensionista desde 2002. Historia toxicológica: inicio consumo de Fentanilo en 2001 al fracasar otros analgésicos para tratar dolor mandibular y cefalea tensional. Primera desintoxicación en 2009 por autoadministración de 21000 mcg al mes en comprimidos tomándolos cada 15-30 minutos. Al alta: Buprenorfina/naloxona 12 mg/día, se mantiene estable 10 meses hasta que en Unidad del Dolor (UD) se prescribe Fentanilo oral. Su MAP prescribe a petición del paciente hasta 9600 mcg de fentanilo/ día. El paciente omite de manera deliberada la ingesta de extradosis de fentanilo a todos los especialistas a los que acude, en la UD tras estudio polisomnográfico se diagnostica de Apnea Central del Sueño, también es valorado en neurología por hipersomnía diurna y tratado con Metilfenidato que el paciente toma a demanda. **MATERIAL Y MÉTODO** Tras revisar la historia clínica del paciente, registramos los datos de interés para el caso. **RESULTADOS** Durante los ingresos se completa el diagnóstico añadiéndose: Trastorno mental y del comportamiento por consumo de opiáceos, con criterios de dependencia (F11.24), Trastorno de somatización (F45.0) y tras realización de Cuestionario Millon: Trastorno de la personalidad de tipo esquizoide (F60.1) Se realiza desintoxicación según protocolo con sustitutivos, llegando a dosis de opiáceos estable sin presentar síntomas y signos de abstinencia. De acuerdo con el paciente se inicia tratamiento con buprenorfina/naloxona presentado como suboxone; fármaco que permite control analgésico y evita el consumo de otros opioides. **DISCUSIÓN/CONCLUSIONES** Tras el análisis del caso y en nuestra opinión: El paciente aprovecha los fallos del sistema sanitario como la falta de comunicación entre médicos y la supervisión estricta de la prescripción de opioides en beneficio de su trastorno por uso de sustancias, realizando un gasto farmacéutico de aproximadamente 6000 Euros mensuales a costa del sistema público. Este caso invita a trabajar en pro de favorecer las vías de comunicación entre AP y especializada. Se debería estudiar el perfil del paciente al que se van a prescribir fármacos potencialmente adictivos como benzodiazepinas, psicoestimulantes u opiáceos. **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS** Protocolo de patología dual y trastorno de personalidad. Lola Peris, Ariadna Balaguer. Edikamed. Barcelona 2010. Bobes, J; Casas, M; Terán, A; Baño, D; Carreño, E; Fuste, G, et al. Guía para el tratamiento de la Adicción a Opiáceos con buprenorfina/naloxona. Guías Clínicas Socidrogalcohol basadas en la Evidencia Científica. Soci-drogalcohol 2010.



CASO CLÍNICO (ORAL) Nº: 7

Lo que el opio nos dejó...

Gómez Alamán, J.J.; Arenas Tuzón, B.; Muñoz Llacer, A.B.

INTRODUCCIÓN El uso de tratamiento opioide en pacientes fibromiálgicas constituye una práctica extendida, si bien facilitadora de abuso y dependencia por su función distanciadora del entorno cuando se aumenta la dosis de forma aguda, y con un potencial notable para exacerbar la clínica del espectro depresivo que habitualmente concomita. **MATERIAL Y MÉTODOS** Se expone el caso de una paciente de 40 años, argentina, con conflictos familiares que parecen pasar a un segundo plano al centrar estas sus quejas vitales en la clínica álgica. Cabe destacar la íntima relación entre esta clínica álgica y los cambios en la dinámica familiar. La escalada normal de analgesia parecía orientar a la adición de opioides a su tratamiento analgésico habitual, pero el continuo aumento de dosis y la búsqueda de sedación y desconexión del entorno derivaron en un patrón de abuso y dependencia de opioides iatrógeno. **RESULTADOS** Se realizó deshabituación sustituyendo progresivamente el fentanilo transdérmico por buprenorfina/naloxona. Durante el cambio aparecieron diferentes quejas inespecíficas que mejoraron con ajustes menores y tratamiento sintomático. Se retiró simultáneamente el tabaco mediante sesiones grupales, dejando de fumar definitivamente a lo largo de la terapia. A día de hoy, un año después mantiene abstinencia tabáquica y una reducción progresiva de buprenorfina/naloxona. **DISCUSIÓN** Determinados estilos de personalidad desplazan las quejas del funcionamiento personal e interpersonal a clínica somática, presentando quejas inespecíficas que pueden diagnosticarse de fibromialgia, dada la inespecificidad de este diagnóstico. Por este motivo, resulta interesante evitar el tratamiento analgésico con opioides, dado su efecto sobre el humor y su potencial adictivo, intentando potenciar otras estrategias de afrontamiento como son psicofármacos y psicoterapia. **BIBLIOGRAFIA** 1: Sehgal N, Manchikanti L, Smith HS. Prescription opioid abuse in chronic pain: a review of opioid abuse predictors and strategies to curb opioid abuse. *Pain Physician*. 2012 Jul;15(3 Suppl):ES67-92. Review. PubMed PMID: 22786463. 2: Savage SR. Management of opioid medications in patients with chronic pain and risk of substance misuse. *Curr Psychiatry Rep*. 2009 Oct;11(5):377-84. Review. PubMed PMID: 19785979.



CASO CLÍNICO (ORAL) Nº: 8

Mala espina, aunque vaya dormidilla...

Gómez Alamán, J.J.; Arenas Tuzón, B.; Muñoz Llácer, A.B.

INTRODUCCIÓN El uso de analgesia opioide tras intervenciones de raquis está muy extendido, pero la concomitancia con rasgos disfuncionales de personalidad y un ánimo distímico exigen una estrecha supervisión del tratamiento, para evitar un patrón de abuso con la consiguiente disfunción socio-familiar y laboral, más allá del solo control del dolor. **MATERIAL Y MÉTODOS** Paciente de 38 años que dirige un pequeño comercio. Por una lesión de columna se comenzó a introducir medicación opioide buscando un buen control del dolor. Sin embargo, sin una supervisión estrecha, comenzó un progresivo abuso con escalada de dosis cada vez más rápida, generando un serio deterioro del funcionamiento familiar, social y laboral, llegando a quedar prácticamente incapacitada para la gestión de su negocio. El tratamiento analgésico, inicialmente basado en tapentadol de liberación retardada, se completó con fentanilo en forma de caramelo sublingual ("chupachups") de rápida absorción, generándose así una progresiva y rápida escalada de dosis. Dado el deterioro de la paciente, se procedió a unificar la dosis en un solo opioide, centrándonos en el tapentadol de liberación retardada, para realizar después el cambio a buprenorfina/naloxona tras pactar con la paciente una abstinencia de 12 horas desde la última toma de tapentadol. Dieciocho meses tras el cambio, la reducción de buprenorfina/naloxona ha sido casi total, con una notable mejoría del funcionamiento en todos los ámbitos vitales de la paciente, incluida una mayor estabilidad anímica, mejorando la clínica distímica hacia la eutimia. **DISCUSIÓN** En pacientes con potencial riesgo de abuso por sus rasgos de personalidad, debe evitarse la prescripción de opioides sin una estrecha supervisión, dado el perjuicio iatrógeno que puede devenir. Por otro lado, parece razonable realizar un abordaje holístico de la clínica dolorosa, que no se reduce únicamente a lo orgánico, buscando tanto un buen control sintomático como una óptima calidad de vida. **BIBLIOGRAFIA** 1: Sullivan MD, Von Korff M, Banta-Green C, Merrill JO, Saunders K. Problems and concerns of patients receiving chronic opioid therapy for chronic non-cancer pain. *Pain*. 2010 May;149(2):345-53. doi: 10.1016/j.pain.2010.02.037. Epub 2010 Mar 23. PubMed PMID: 20334974; PubMed Central PMCID: PMC3318978. 2: Brown J, Setnik B, Lee K, Wase L, Roland CL, Cleveland JM, Siegel S, Katz N. Assessment, stratification, and monitoring of the risk for prescription opioid misuse and abuse in the primary care setting. *J Opioid Manag*. 2011 Nov-Dec;7(6):467-83. PubMed PMID: 22320029.



CASO CLÍNICO (ORAL) Nº: 9

"Envuelto en dragones". Importancia del concepto de dosis terapéutica en el uso de agonistas opiáceos.

Morant Luján, Y.; Ibáñez Soriano, E.; García Valls J.M.; Macías Lluç, E.

OBJETIVOS Exponer, a través de la descripción de un caso clínico, la posible relación entre el uso de agonistas opiáceos en dosis inferiores a las terapéuticas y la aparición de sintomatología psicótica en pacientes ex-consumidores de sustancias tóxicas. **MATERIAL Y MÉTODOS** Paciente varón de 45 años dependiente a múltiples tóxicos (tabaco, alcohol, cannabis, cocaína, heroína) durante más de 20 años, con un patrón de consumo diario hasta 2006, año en que toma contacto con los circuitos de la red de Toxicomanías (Unidad de Conductas Adictivas y Unidad de Desintoxicación Hospitalaria). Se realiza un abordaje multidisciplinar del caso: tratamiento farmacológico (uso de agonistas opiáceos -metadona 60mg/día-) así como uso de recursos socio-sanitarios, consiguiendo mantener la abstinencia a alcohol, cocaína y heroína durante 10 años, con consumo activo de tabaco y cannabis. En enero de 2014, en uno de los seguimientos en consulta de medicina de conductas adictivas se registra la siguiente clínica: incremento de ansiedad e irritabilidad, aumento de querulancia con el entorno llegando a autolesionarse y con amenazas de heteroagresividad hacia familiares. Refiere, además, aparición de alteraciones sensorio-perceptivas (alucinaciones auditivas en forma de voces de contenido imperativo). Al parecer, en los seis meses previos, ha habido una recaída en el consumo de alcohol (6UBEs/día), cocaína y heroína vía pulmonar, que se podría relacionar con una disminución de la dosis de metadona debido al mantenimiento de abstinencia al consumo de opioides (en ese momento, dosis de metadona de 40mg/día). Ante esta sintomatología, se decide ingreso en Unidad de Hospitalización Psiquiátrica para desintoxicación del consumo de sustancias así como para control de la clínica psicótica. **RESULTADOS** En sala se instaura tratamiento con: -antipsicóticos depot -benzodiazepinas para disminuir el nivel de ansiedad -agonista opiáceo (metadona) en dosis terapéuticas: 85mg/día Al inicio del ingreso predomina clínica de abstinencia a tóxicos (angustia psicógena, temblor de manos, sudoración profusa, insomnio, deseos de consumo) así como alucinaciones auditivas y visuales, que fueron remitiendo a lo largo de su estancia en sala. Al alta, se consigue una desintoxicación de alcohol y cocaína y remisión de la clínica psicótica, con buen insight y compromiso por parte del paciente a la recogida diaria de metadona, así como al seguimiento por UCA y Salud Mental. **CONCLUSIONES** Se destaca la acción antipsicótica de los fármacos agonistas opiáceos, así como su eficacia demostrada en el tratamiento de la dependencia a opioides, resaltando la importancia del uso de los mismos en dosis terapéuticas. De esta forma, junto con un apoyo psicosocial adecuado y un programa de mantenimiento con capacidad de retención en tratamiento, se disminuye el consumo de drogas ilegales, las prácticas de riesgo y criminalidad asociadas, la comorbilidad (enfermedades infecciosas), la mortalidad, y se mejora la calidad global del paciente. **BIBLIOGRAFÍA** Comorbidity: Addiction and Other Mental Illnesses. Research Report Series. NIDA (NIH publication number 10-5771, Diciembre 2008, revisión Septiembre 2010) Manual de adicciones para médicos especialistas en formación. César Pereiro Gómez.