

Porque todos nos merecemos  
una segunda oportunidad

**DEPENDENCIA A OPIOIDES**  
**Actualización y**  
**nuevas opciones terapéuticas**



## INTRODUCCIÓN

**Juan Manuel Barberá**

*Vicepresidente Asociación Nacional de Informadores de la Salud (ANIS)*

España cuadriplica la media europea en el consumo de cocaína y es el cuarto país de la UE con mayor porcentaje de consumo de cannabis, anfetaminas y éxtasis,

aunque es la adicción a la heroína la que motiva el núcleo principal de ingresos hospitalarios.

Todo esto es de singular importancia si se tiene en cuenta que en los últimos años se está observando un incremento del consumo combinado de heroína y cocaína, lo que aumenta las recaídas y las urgencias médicas. De hecho, la mayor parte de los tratamientos por dependencia de sustancias psicoactivas corresponden a ambas drogas, especialmente a la heroína.

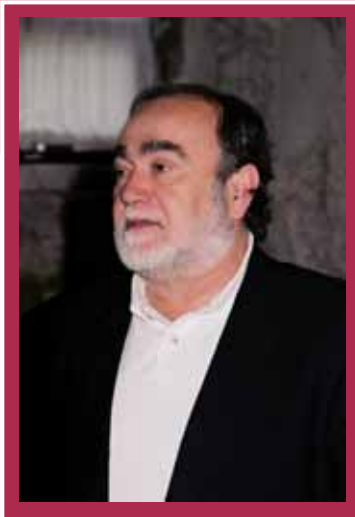
Por otro lado, un 70% de pacientes en tratamiento con metadona consume de forma habitual otras drogas como la cocaína, cannabis o alcohol y aunque en los últimos años se ha estabilizado el número de pacientes que solicitan tratamiento por dependencia a opioides, se ha detectado un importante cambio en las pautas de consumo.

Partiendo de esta situación y ante la necesidad de ampliar las opciones terapéuticas disponibles, integrarlas en el Sistema Nacional de Salud y buscar, en la medida de lo posible, la

normalización de los pacientes, la Sociedad Española de Toxicomanías (SET) y Socidrogalcohol, con el apoyo de la Asociación Nacional de Informadores de la Salud (ANIS) y la organización de Schering-Plough, celebraron en Santiago de Compostela el Seminario Dependencia a opiáceos: actualización y nuevas opciones terapéuticas.

Participaron en el Seminario el Prof. Julio Bobes, presidente de Socidrogalcohol y Catedrático de Psiquiatría de la Universidad de Oviedo; Javier Álvarez, especialista de la Sociedad Española de Toxicomanías; el Dr. Gabriel Rubio, especialista de la sección de adicciones de la Sociedad Española de Psiquiatría; el Dr. Jean Pierre Daulouede, psiquiatra y director del Centro de Tratamiento de Adicciones de Bayona (Francia), y el Dr. Adolfo Rivera, especialista en drogodependencias del departamento médico de Schering-Plough.

Equiparar a los pacientes españoles con el resto de los europeos, que cuentan con alternativas seguras y eficaces a la metadona, como la buprenorfina/naloxona; resolver el problema de policonsumo de drogas por parte de los pacientes que se encuentran en programas de mantenimiento con metadona, así como el crecimiento de la adicción a opioides, y ofrecer una asistencia integral y multidisciplinar dentro del Sistema Nacional de Salud a estos pacientes, fueron algunas de las cuestiones tratadas en el Seminario Dependencia a opiáceos: actualización y nuevas opciones terapéuticas.



## ¿CÓMO HEMOS LLEGADO A LA SITUACIÓN ACTUAL?

**Prof. Julio Bobes**

Presidente de Socidrogalcohol Catedrático de Psiquiatría de la Universidad de Oviedo

Según el Observatorio Europeo de Drogas, más de cuatro millones de europeos consumen opiáceos en Europa (Figura 1). El uso indebido de este tipo de drogas es con más del 60% de los casos, el principal motivo

por el que se solicita tratamiento de desintoxicación en el mundo y es culpable de siete de cada diez muertes por intoxicación aguda producidas en Europa.

*Más de 44.000 hombres y casi 23.000 mujeres han consumido heroína en España en los últimos meses*

Su producción está aumentando, como demuestra la vuelta al cultivo de grandes extensiones de "amapola" en Afganistán, y su presencia se da de forma más elevada a lo largo de su principal ruta de tráfico, que sitúa a España como puerta de entrada a Europa.

*Según la Encuesta Escolar sobre Drogas 2006-2007 del Ministerio de Sanidad y Consumo el consumo de heroína aumentó en los últimos doce meses en 0,4% en estudiantes de Secundaria*



Figura 1

## Consumo de heroína

De los cuatro millones de consumidores europeos de opiáceos, 3.340.000 consumen heroína. También en España el consumo de heroína en los últimos años representa un alto porcentaje: los heroínómanos constituyen el 71% de los consumidores de drogas opiáceas. Según datos del Plan Nacional sobre Drogas, se estima que más de 44.000 hombres y casi 23.000 mujeres en España han consumido heroína en los últimos meses. Además, 86.000 personas están recibiendo tratamiento por adicción a heroína en el sector público, en programas de mantenimiento con metadona.

## Incremento del consumo de heroína



Figura 2

La tendencia al crecimiento del consumo y de la producción de todos los tipos de drogas, que no deja de aumentar desde los años 90, así como también la reducción constante de su precio, conduce a una mayor penetración social del abuso y dependencia de las mismas. Según un informe elaborado por la ONU, se ha reducido el precio de venta al por mayor de heroína en Europa y Estados Unidos de 250 dólares en 1990 a 25 dólares en 2005 (figura 2), lo que también ha tenido su repercusión en los precios manejados en el comercio minorista.

## ¿CÓMO HEMOS LLEGADO A LA SITUACIÓN ACTUAL?

**Prof. Julio Bobes**

*Presidente de Sociodrogalcohol Catedrático de Psiquiatría de la Universidad de Oviedo*

De hecho, la Encuesta Escolar sobre Drogas 2006-2007, realizada por el Ministerio de Sanidad y Consumo en 26.454 estudiantes de Secundaria de 577 centros de toda España, establece que, si bien el consumo de drogas entre los escolares desciende por primera vez en trece años, el porcentaje de escolares de Secundaria (14-18 años) que ha consumido heroína en los últimos doce meses ha aumentado un 0,4%. Incluso en un comunicado al respecto, el Ministerio de Sanidad y Consumo señala que "El incremento de oferta de heroína en el mercado obliga a estar muy atentos a la posibilidad de un repunte en su consumo".

Estos datos indican que en España, hoy día, a pesar de los importantes esfuerzos que se han llevado a cabo durante los

últimos años (programas preventivos, programas de reducción de daños, actuaciones dirigidas a disminuir la oferta de opioides y otras sustancias y de la creación de una red asistencial amplia), no se ha conseguido frenar el inicio de nuevos consumos o retrasar su edad de inicio, de forma que el fenómeno de la adicción a opioides continúa en crecimiento.

Todos estos cambios están provocando, a su vez, en los últimos años, modificaciones en las tendencias asistenciales, jurídicas y sociales en las que prima más el valor de la autonomía de las personas y el derecho a la libertad con el objetivo de alcanzar la total normalización de los pacientes adictos a opioides.



### CONSUMO DE HEROÍNA EN ESPAÑA Y PERFIL DEL PACIENTE ATENDIDO POR ABUSO/ DEPENDENCIA DE HEROÍNA

**Dr. Gabriel Rubio**

*Jefe de los Servicios de Salud Mental de Retiro Departamento de Psiquiatría,  
Universidad Complutense de Madrid*

En el contexto europeo, España ocupa el sexto lugar en el consumo de heroína, por detrás de Italia, Malta, Austria, Finlandia e Irlanda,

pero muy por encima de Alemania, Grecia, República Checa, Países Bajos o Chipre (figura 3).

En España la mayor proporción de pacientes tratados por el uso de heroína, cocaína y cannabis, se debe a la primera sustancia, que representa a alrededor del 60% del total de pacientes admitidos en tratamiento. Este porcentaje es aún mayor en los pacientes inmigrantes en terapia, en los que la admisión por consumo de heroína llega casi al 70%.

### Prevalencias de consumo de heroína en el contexto europeo

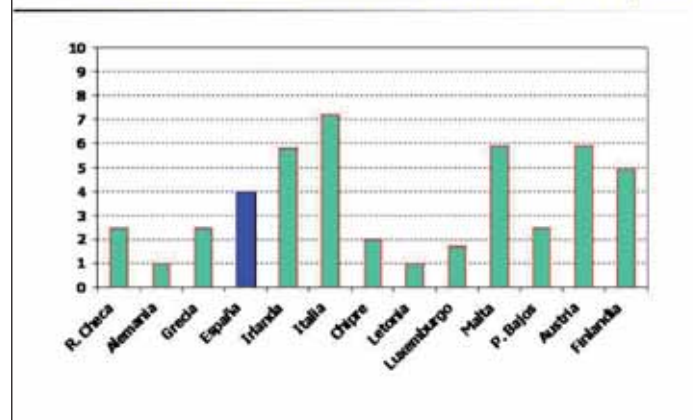


Figura 3

## CONSUMO DE HEROÍNA EN ESPAÑA Y PERFIL DEL PACIENTE ATENDIDO POR ABUSO/DEPENDENCIA DE HEROÍNA

Dr. Gabriel Rubio

Jefe de los Servicios de Salud Mental de Retiro Departamento de Psiquiatría, Universidad Complutense de Madrid

*Cada vez se consume más cocaína combinada con heroína, incluso entre los pacientes que se encuentran en Programas de Mantenimiento con Metadona*

### Perfil del consumidor de heroína en España

En 2004, según datos facilitados por el Plan Nacional sobre Drogas, el perfil de las personas admitidas para tratamiento por abuso o dependencia de heroína en España se caracterizaba por un predominio del sexo masculino (el 84% eran varones), con una media de edad de 33,5 años, con predominio de un nivel de estudios primarios (68%) y una situación laboral de inactividad en el 43% (figura 4). La vía de consumo de heroína predominante era la fumada (en el 64% de los casos) y la otra droga más consumida junto a ésta era la cocaína, presente en el 71% de los pacientes consumidores de más de una droga.

*La atención integral a los pacientes drogodependientes puede pasar también por centros integrados en el Sistema Nacional de Salud además de por los circuitos específicos para dependientes*

### Aumento del consumo de heroína y del policonsumo

También en España diversos hechos conducen a afirmar una tendencia hacia el aumento del consumo de heroína, como la mayor disponibilidad de heroína en la sociedad.

#### CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS CASOS ADMITIDOS PARA TRATAMIENTO POR ABUSO/DEPENDENCIA DE HEROÍNA

DGPNSD, 2004

CARACTERÍSTICAS	
Edad media	33,5
Varones	84%
Nivel de estudios	68% (primarios)
Situación laboral	43% (parados)
Edad inicio en el consumo	20,8
Vía de consumo	64% (fumada)
Otras drogas consumidas	
Cocaína	71%
Cannabis	35,8%
Alcohol	25,5%
BZD	18%

Figura 4

Además, cabe destacar que la población general española consume cada vez más cocaína combinada con heroína, incluidos los pacientes que están en Programas de Mantenimiento con Metadona, lo que produce un aumento de las recaídas, de las urgencias médicas por sobredosis y de la inscripción en programas de desintoxicación complementarios al de la heroína para tratar la nueva adicción.

Este repunte de los casos de dependencia por heroína, añadido al cambio en el perfil de los drogodependientes, entre los que el consumo de drogas se ha convertido en un hecho multigeneracional, intrafamiliar y múltiple, obliga a la búsqueda de otros abordajes para el tratamiento de la dependencia por esta droga que disminuya además el policonsumo de otras sustancias. Además, y para poder recibir una atención integral que contemple todos estos cambios, los pacientes drogodependientes deben ser atendidos en centros de salud o en centros especializados, evitando la derivación a circuitos marginales no integrados en el Sistema Nacional de Salud.



## NUEVAS OPCIONES TERAPÉUTICAS: 20 AÑOS DESPUÉS DE LA METADONA

**Dr. Adolfo Rivera**

Especialista em drogadicções. Departamento Médico de Schering-Plough

Como enfermedad crónica, la drogadicción presenta reagudizaciones y es una patología dinámica, multifactorial y capaz de alterar la salud física, psíquica y social. El consumo ocasional puede

en ocasiones abrir la vía al consumo abusivo y a la aparición de un efecto cascada basado en la tolerancia, el síndrome de abstinencia, la dependencia y finalmente la desestructuración.

Dicho efecto cascada viene determinado por los mecanismos biológicos de la dependencia, establecidos principalmente por la activación supranormal de receptores MÚ, en los que los opioides producen analgesia, euforia, aumento del tono muscular, pero también fuerte depresión respiratoria, hipomotilidad intestinal e intensa dependencia física. Precisamente, el abordaje farmacológico de la adicción a opioides parte del uso de sustancias agonistas completos de estos receptores (heroína, morfina, codeína, metadona), agonistas parciales (buprenorfina y dextropropoxifeno) y antagonistas (naloxona y naltrexona).

La metadona, incorporada desde hace 20 años a los tratamientos de dependencia y que en la actualidad reciben 86.000 pacientes en España, ha mostrado un perfil próximo a la idoneidad. No obstante, es necesario un cambio en el abordaje de los pacientes, lo que incluye ineludiblemente una ampliación de las opciones terapéuticas, más allá de la metadona. En este sentido, el uso de la terapia combinada de buprenorfina y naloxona (Suboxone®) ha demostrado ser una alternativa eficaz y segura a la metadona para el tratamiento de la dependencia a opioides.

### Eficacia y seguridad

Las autoridades sanitarias de la Unión Europea aprobaron en 2006 la administración de Suboxone® para el tratamiento de la dependencia a opioides en el marco de un abordaje médico, social y psicológico. En línea con este tipo de abordaje, el perfil farmacológico de Suboxone® cuenta

*Los ensayos clínicos realizados con Suboxone® demuestran que es una alternativa eficaz y segura a la metadona en el manejo de la dependencia a opioides*

con el respaldo de diferentes estudios que han demostrado su eficacia clínica, perfil de seguridad y flexibilidad para adaptar las dosis a cada paciente, pudiendo ser administrado a diario o en días alternos (figura 5).

La alta afinidad por el receptor opioide de Suboxone® \_permite bloquear el efecto de los agonistas totales evitando el efecto aditivo. Asimismo, cuenta con baja actividad intrínseca, ya que la nueva combinación de fármacos evita el síndrome de abstinencia con un efecto techo (figura 6) sobre la depresión respiratoria (la ingestión de más fármaco del necesario no produce una acumulación del efecto) y su forma de administración por vía sublingual evita el mal uso de este preparado si se inyecta, puesto que la naloxona inyectada induce un síndrome de abstinencia.

Los resultados de un estudio multicéntrico (Fudala PJ, et al. N Engl J Med; 2003) realizado para medir la eficacia y seguridad de Suboxone® frente a buprenorfina en monoterapia y placebo, muestran a través de los análisis de orina que la administración de buprenorfina y naloxona logra evitar en más del 60% el consumo de opioides, con menores síntomas de abstinencia. Asimismo, los pacientes que recibieron Suboxone® durante 52 semanas mostraron un alto nivel de permanencia



Figura 5

## NUEVAS OPCIONES TERAPÉUTICAS: 20 AÑOS DESPUÉS DE LA METADONA

**Dr. Adolfo Rivera**

Especialista en drogadicciones. Departamento Médico de Schering-Plough

en los programas de desintoxicación, sin consumir benzodiazepinas (90% de los casos) ni cocaína (70% de los pacientes).

*La administración de Suboxone® en dosis flexibles y la posibilidad de recogerlo en lugares distintos de los circuitos de entrega de metadona facilitan la normalización del tratamiento de los pacientes*

### Normalización del paciente

La combinación de buprenorfina y naloxona es la terapia de elección en pacientes que no toleran la metadona o que no soportan los programas sustitutivos excesivamente rígidos, así como para los drogodependientes en tratamiento con metadona con evolución positiva y previsible normalización social y terapéutica. Además Suboxone® permite la posibilidad de ofrecer a estos pacientes un fármaco que puede administrarse en dosis flexibles (cada uno, tres o incluso siete días) y que gracias a su perfil de seguridad puede recogerse en lugares plenamente integrados en el Sistema Nacional de Salud, distintos de los vinculados a la dispensación de metadona, lo que permite una normalización más cómoda y rápida.

Los resultados obtenidos en diversos ensayos clínicos muestran que la inducción rápida con Suboxone® facilita la permanencia de los

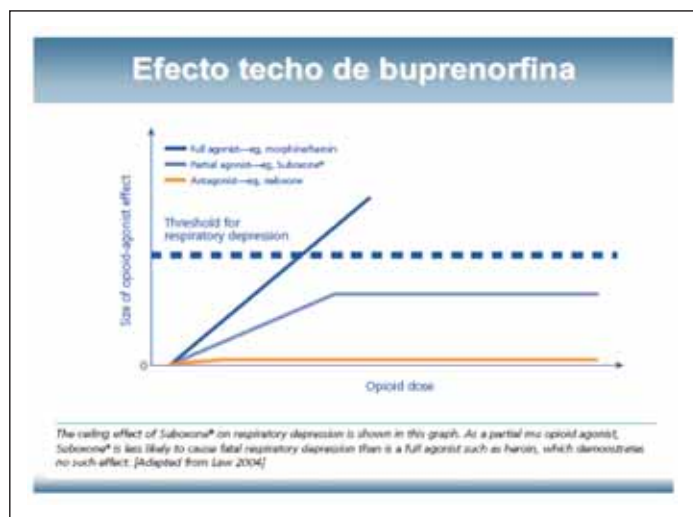


Figura 6

pacientes en los programas de tratamiento. En los casos de consumo de heroína, se sugiere una inducción de manera rápida al menos cuatro horas después de la última dosis y cuando los síntomas de abstinencia han comenzado, de forma que se debe administrar una dosis de 4-8 mg de Suboxone® el primer día y de 8-16 mg el segundo día.

En terapia de mantenimiento, el objetivo clínico es la administración de 8-16 mg de Suboxone® con rango de dosis de 2-24 mg. Tras la estabilización del paciente, la terapia puede administrarse a días alternos o tres veces por semana, sin sobrepasar la dosis diaria de 24 mg de Suboxone®.



### OTROS MODELOS ASISTENCIALES PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES DEPENDIENTES A OPIÁCEOS

**Dr. Jean-Pierre Daulouède**

Director del Centro de Tratamiento de Adicciones de Bayona (Francia)

España, Francia e Italia suman las dos terceras partes de los pacientes adictos a opiáceos en Europa. A mitad de la década de los 80, Francia contaba con más de 300.000 consumidores problemáticos de heroína, de los que sólo un pequeño porcentaje estaba incluido en programas de desintoxicación, a lo que se añadía un constante aumento del número de muertes por sobredosis.

Ante la necesidad de reducir este problema de salud pública, las autoridades sanitarias francesas iniciaron en 1986 las primeras experiencias con buprenorfina dispensada a través de los médicos de Atención Primaria, convirtiendo diez años después a este fármaco en la terapia de elección en los tratamientos

## OTROS MODELOS ASISTENCIALES PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES DEPENDIENTES A OPIÁCEOS

Dr. Jean-Pierre Daulouède

Director del Centro de Tratamiento de Adicciones de Bayona (Francia)

*La utilización de buprenorfina en Francia consiguió duplicar en cinco años el número de pacientes en programas de tratamiento y reducir en un 80% las muertes por sobredosis*

sustitutivos. La administración de buprenorfina permitió que en cinco años, desde 1996 a 2001, se duplicara el número de pacientes adscritos a un programa de tratamiento y se redujera en un 80% el número de muertes por sobredosis (figura 7). En la actualidad, más de la mitad de los consumidores problemáticos de heroína en Francia están tratados.



Figura 7

La drástica reducción de los casos de muerte por sobredosis tras la implantación de programas de sustitución con buprenorfina también se produjo en Finlandia. Además, según los resultados de un estudio realizado entre 1998 y 2003 sobre la evolución del consumo de heroína en pacientes incluidos en programas a largo plazo con buprenorfina, en un periodo de cinco años los pacientes redujeron el consumo de heroína de un 85% a cifras inferiores al 10% (Figura 8).

*Más de diez años de experiencia demuestran que el uso de buprenorfina está relacionado con un menor consumo de heroína, así como con una mayor integración social y laboral de los pacientes*



Figura 8

### Reducción del contagio por VIH

En cuanto al contagio del virus VIH, el otro problema de salud pública asociado al consumo de drogas por vía intravenosa, la utilización de buprenorfina en Francia se tradujo en diez años en una disminución del 90% de nuevos contaminados y también en una drástica reducción en el número de fallecimientos asociados.

A la vista de estos datos y tras más de diez años de experiencia, ha quedado patente que el uso de buprenorfina está relacionado con menor consumo de heroína, un menor riesgo de contagio de enfermedades asociadas al uso de drogas por vía intravenosa y una mayor integración social y laboral del paciente.

Por otra parte, la creciente implicación de los médicos de Atención Primaria en el tratamiento y seguimiento de los pacientes, ha ayudado a los buenos resultados de buprenorfina. De hecho, un reciente estudio elaborado en las ciudades francesas de Burdeos y Bayona muestra que el seguimiento estricto de los pacientes tratados con buprenorfina logra un nivel de permanencia en el programa del 80% y un 86% de orinas negativas seis meses después de iniciado del tratamiento.

Esta experiencia tan positiva con buprenorfina anticipa la mejora de los resultados en salud pública con la inclusión de Suboxone® (combinación de buprenorfina y naloxona) en el arsenal terapéutico contra la dependencia a opiáceos. Asimismo, sin duda, aportará mayor seguridad al paciente y al experto en drogodependencias, al evitar un posible uso indebido de la buprenorfina por vía intravenosa y, por lo tanto, el riesgo de muerte por sobredosis.





**DOCUMENTO DE CONSENSO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE TOXICOMANÍAS SOBRE DISPONIBILIDAD DE NUEVOS TRATAMIENTOS PARA LA DEPENDENCIA DE OPIÁCEOS EN ESPAÑA**

**Dr. Javier Álvarez**

Director del Instituto de Estudios de Alcohol y Drogas Facultad de Medicina. Universidad de Valladolid  
Sociedad Española de Toxicomanías

La buprenorfina produce, frente a la metadona, un síndrome de abstinencia más leve, ofrece mayor seguridad, mayor facilidad para el cambio a otra sustancia opioide y la

posibilidad de administración en días alternos. Estas son las principales conclusiones del Documento de Consenso elaborado en 2005 por la Sociedad Española de Toxicomanías sobre los tratamientos para la dependencia a opiáceos.

Este documento solicita la ampliación de las opciones terapéuticas para tratar la dependencia a opioides para garantizar así una

*El Documento de Consenso de la Sociedad Española de Toxicomanías solicita la ampliación de las opciones terapéuticas para los pacientes dependientes a opioides*

mejor atención al paciente drogodependiente y equiparar a los pacientes españoles con el resto de los europeos. Y es que España es el único país de Europa en el que los profesionales cuentan con la metadona como única opción de tratamiento para la adicción a la heroína; mientras que en los otros países cuentan con alternativas seguras y eficaces como la buprenorfina (figura 9), En España no se ha llegado a autorizar el uso de este fármaco.

**Tabla 1.** Condiciones de prescripción, dispensación y financiación de buprenorfina-Subutex®, en países europeos, Estados Unidos y Australia

	Prescriptores autorizados	Prescripción y dispensación	Tipo de dispensación mayoritaria	Fecha de lanzamiento	Financiación
Francia	Cualquier médico	Prescripción: 28 días Dispensación: 7 días	Farmacia	Febrero 1996	Incluido en la financiación del SNS
Reino Unido	Cualquier médico	Prescripción: 14 días Dispensación: 7 días	Farmacia	Enero 1999	Incluido en la financiación del SNS
Alemania	Cualquier médico (previo entrenamiento)	Dispensación: 7 días/diaria según tipo de paciente	Farmacia y centro	Febrero 2000	Incluido en la financiación del SNS
Portugal	Cualquier médico	Prescripción: 28 días	Farmacia	Junio 2000	Incluido en la financiación del SNS
Bélgica	Cualquier médico (previo entrenamiento)	Prescripción no limitada Dispensación bajo control	Farmacia y centro	Enero 2004	Incluido en la financiación del SNS
Italia	Especialista	Bajo supervisión médica (30-40% de los pacientes reciben medicación para 7 días)	Centro especializado y hospital	Febrero 2000	Centro
Grecia	Especialista	Bajo supervisión médica	Centro especializado y hospital	Julio 2001	Centro
Suecia	Cualquier médico	Prescripción: 6 meses Dispensación: 28 días	Farmacia y centro	Octubre 1999	Información no disponible
Dinamarca	Especialista	Bajo supervisión	Farmacia y centro	Septiembre 1999	Regional
Noruega	Primera prescripción por especialistas; renovación: por especialista o médico general	Dispensación: para 1/3/7 días	Farmacia y centro	Abril 2000	Regional
Estados Unidos	Médico autorizado	Dispensación bajo supervisión del farmacéutico	Farmacia	Abril 2003	Incluido en la financiación del SNS
Australia	Especialista o médico autorizado	Dispensación: para 1/3/7 días	Farmacia	Agosto 2001	Incluido en la financiación del SNS

SNS: sistema nacional de salud.

Figura 9

**DOCUMENTO DE CONSENSO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE TOXICOMANÍAS SOBRE DISPONIBILIDAD DE NUEVOS TRATAMIENTOS PARA LA DEPENDENCIA DE OPIÁCEOS EN ESPAÑA**

**Dr. Javier Álvarez**

Director del Instituto de Estudios de Alcohol y Drogas Facultad de Medicina. Universidad de Valladolid  
Sociedad Española de Toxicomanías

La ampliación de opciones terapéuticas responde además a la obligación de adaptarse a las características sociales y necesidades clínicas de los pacientes, como se hace con cualquier otra patología concomitante que sufran estos mismos pacientes, como la ansiedad, la depresión, la esquizofrenia o la infección por VIH, para cuyo tratamiento no sólo existen varias alternativas, sino que además éstas se encuentran integradas y financiadas por el Sistema Nacional de Salud.

*Los expertos consideran adecuada la financiación con fondos públicos de Suboxone®, una vez que ya ha sido aprobada su comercialización en Europa*

### Tratamiento de elección

Tal y como se desprende del Documento de Consenso de la Sociedad Española de Toxicomanías, la buprenorfina ocupa un espacio terapéutico complementario a la terapia con metadona y ha demostrado su eficacia en el tratamiento de pacientes dependientes de opiáceos, tanto en primera línea de actuación, en pacientes que se incorporan por primera vez a un programa de mantenimiento, como en segunda línea para los que han fracasado previamente a la terapia, además de para los drogodependientes en tratamiento con metadona con evolución positiva y previsible normalización social y terapéutica.

Los niveles de seguridad y eficacia similares a los de la metadona, demostrados en diferentes estudios, y el hecho de ser especialmente útil en determinados perfiles de pacientes (buprenorfina es de elección en, al menos, entre un 5% y un 20% de los pacientes en tratamiento por dependencia a opiáceos), conlleva que este fármaco sustitutivo sea fundamental para ampliar las opciones de tratamiento y disponer de opciones ante los frecuentes casos de fracaso terapéutico a la metadona (figura 10).

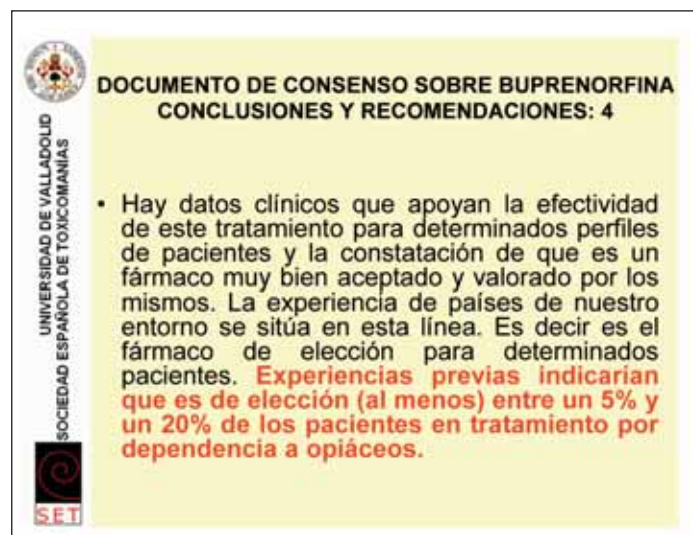


Figura 10

### Suboxone®: un paso hacia el futuro

En la Unión Europea, y tal como ocurría en otros países desarrollados (por ejemplo, Estados Unidos), ya se ha aprobado para su registro y comercialización la terapia combinada de buprenorfina y naloxona (Suboxone®) para uso por vía sublingual. Esta combinación aporta un mayor perfil de seguridad ya que evita el potencial abuso de este preparado si se inyecta, puesto que la naloxona bloquearía el efecto agonista parcial de la buprenorfina, y se reducirían los casos de intoxicación o sobredosis por esta vía (sólo o con tranquilizantes).

Si ya hace tiempo, la Sociedad Española de Toxicomanías, a través de su documento de consenso, urgía a que las autoridades sanitarias promovieran el registro y comercialización de buprenorfina, ahora que ya está aprobada la comercialización de Suboxone® (buprenorfina+naloxona), se considera adecuada su financiación con fondos públicos.



## CONCLUSIONES

### NUEVAS OPCIONES TERAPÉUTICAS PARA EL ABORDAJE DE LA DEPENDENCIA A OPIOIDES

En la actualidad, **España es el único país europeo en el que los profesionales cuentan con una sola opción de tratamiento** para la adicción a opioides, la metadona.

Los pacientes adictos a opioides tienen **varias opciones de tratamiento para otras patologías asociadas**, como la ansiedad, la depresión, la esquizofrenia o la infección por VIH.

Desde mediados de la década de los 90, **todos los países europeos han incorporado y ampliado su arsenal terapéutico contra la adicción a opioides con la buprenorfina utilizando en la actualidad la combinación de buprenorfina/ naloxona**. En muchos países, como Francia, la buprenorfina es la terapia de elección como tratamiento sustitutivo en la adicción a opioides.

La **adicción a opioides constituye en España un grave problema de salud pública. Además, se ha detectado un importante cambio en las pautas de consumo de opioides**, optando por nuevas vías de administración alternativas a la intravenosa y un repunte en el uso combinado de heroína y cocaína.

La utilización de varias drogas de abuso junto a la heroína está generando **problemas en los pacientes que se encuentran en programas de mantenimiento con metadona**. A pesar de los esfuerzos preventivos, de los programas de reducción de daños, de las actuaciones dirigidas a disminuir la oferta y de la creación de una red asistencial amplia, **la adicción a opioides en España continúa en crecimiento**.

Los expertos consideran que los cambios registrados en los hábitos y patrones de consumo implican **adaptar el abordaje de estos pacientes a la nueva realidad: por un lado, integrando plenamente su atención en el Sistema Nacional de Salud, y por otro, ampliando y subvencionando las opciones terapéuticas**

**disponibles y equiparando a los pacientes españoles con el resto de los europeos**, que cuentan con alternativas seguras y eficaces a la metadona, como la buprenorfina.

Diferentes estudios han mostrado unos niveles de seguridad y eficacia de la buprenorfina similares a los de la metadona, siendo especialmente útil en determinados perfiles de pacientes. De hecho, se estima que **la buprenorfina es de elección en, al menos, entre un 5% y un 20% de los pacientes en tratamiento por dependencia a opiáceos**.

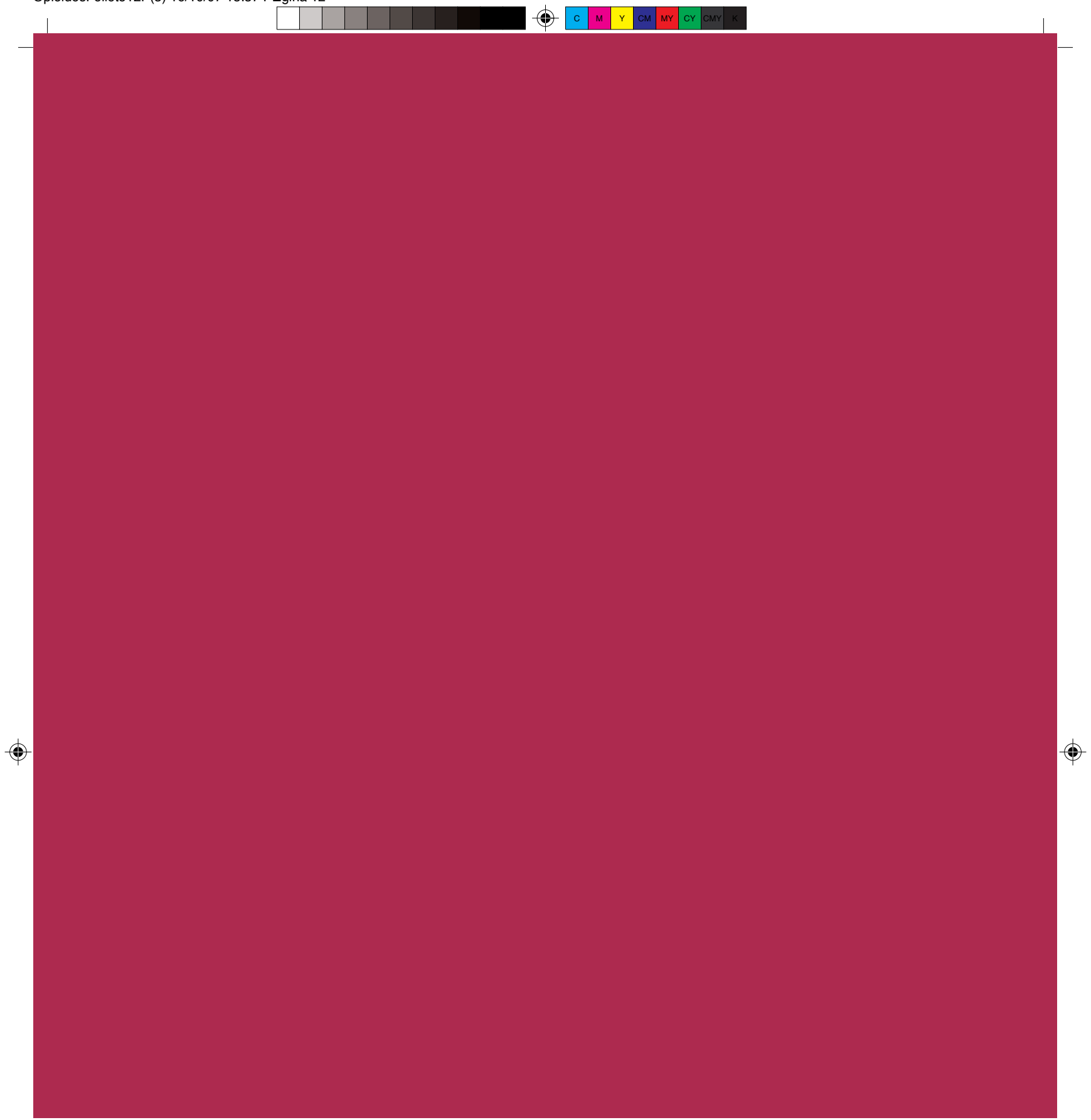
En octubre de 2006, las autoridades sanitarias de la Unión Europea aprobaron la administración de **Suboxone® para el tratamiento de la dependencia a opioides, en el marco de un tratamiento médico, social y psicológico**.

Suboxone®, que combina buprenorfina y naloxona, es **la terapia de elección para los pacientes que no toleran la metadona o los programas sustitutivos excesivamente rígidos**, así como para los drogodependientes en tratamiento con metadona pero con una evolución positiva y previsible normalización social y terapéutica.

Desde el punto de vista farmacológico, Suboxone® cuenta con un **"efecto techo"** (la ingestión de más fármaco del necesario no produce una acumulación del efecto) y su forma de **administración sublingual** permite **flexibilizar y adaptar las dosis** a cada paciente y **evitar su utilización ilícita o el potencial abuso por vía intravenosa**.

La disponibilidad de Suboxone® es una oportunidad para **facilitar la normalización del paciente y mejorar el acceso al tratamiento de sustitución de opioides, integrándolo en el Sistema Nacional de Salud**.





**SOCIDROGALCOHOL**

Sociedad Científica Española  
de Estudios sobre el Alcohol,  
el Alcoholismo y las otras Toxicomanías



**ANIS**  
Asociación Nacional  
de Informadores de la Salud

