

Programas de Tratamiento con sustitutivos opioides en prisión. Otra alternativa a la Metadona

Symposium

Patología Dual y Prisión

Congreso Internacional de Patología Dual

Barcelona octubre de 2011



Dr. José Joaquín Antón Basanta
Servicios Médicos CP. Albolote- Granada

Opioid Dependence Treatment and Guideline

EMCDDA 2000 selected issue

Lance Nicholls, PharmD; Lisa Bragaw, RPh; Charles Ruetsch, PhD

CURRENT DRUG THERAPY



GREGORY B. COLLINS, MD

Section head, Alcohol and Drug Recovery Center, Department of Psychiatry and Psychology, Cleveland Clinic

MARK S. McALLISTER, MD

Alcohol and Drug Recovery Center, Department of Psychiatry and Psychology, Cleveland Clinic



In EMCDDA 2000 Annual report on the state of the drugs problem in the European Union

REVIEW

Annals of Internal Medicine

Buprenorphine maintenance: A new treatment for opioid dependence

Narrative Review: Buprenorphine for Opioid-Dependent Patients in Office Practice

Lynn E. Sullivan, MD, and David A. Fellin, MD

The burden of opioid dependence in the United States is growing, and describes the relatively new practice of

Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy



NIH Public Access

Author Manuscript

JAMA. Author manuscript; available in PMC 2008 November 5; 300(17): 2003-2011. doi:10.1093/jama.2008.09.01

Published in final edited form as:

JAMA. 2008 November 5; 300(17): 2003-2011. doi:10.1093/jama.2008.09.01

Extended vs Short-term Buprenorphine Maintenance in Opioid-Addicted Youth:

A Randomized Trial

George E. Woody, MD, Sabrina A. Poole, MS, CPhD, Michael Bogenschutz, MD, Patrick Abbot MD, Karen McCain, MSN, FNP, Jennifer Sharpe Victoria Vetter, MD, Laura McNicholas, MD, Phil Paul Fudala, PhD

Department of Psychiatry, University of Pennsylvania

Research

Memory function in opioid-dependent patients treated with methadone or buprenorphine along with benzodiazepine: longitudinal change in comparison to healthy individuals

Pekka Rapeli*^{1,2,3}, Carola Fabritius², Hely Kalska³ and Hannu Alho^{2,4}

Address: ¹Unit for Drug Dependence, Department of Psychiatry, Helsinki University Central Hospital, Helsinki, Finland, ²National Institute for Health and Welfare, Helsinki, Finland, ³Department of Psychology, Faculty of Behavioural Sciences, Helsinki, Finland and ⁴Research Unit of Substance Abuse Medicine, University of Helsinki, Helsinki, Finland

Open Access

Rethinking dual diagnosis

Szerman N, Martinez-Raga J, Peris L, Roncero C, Vega P, Basurte I, Torrens M, Didia J, Ruiz P, Casas M.

Comorbidity between addictive disorders and other psychiatric disorders seems to be more the rule than the exception. It is a clinical entity that receives different names by clinicians and researchers: dual diagnosis, dual disorders, co-occurring disorders, mentally ill chemical abusers, or even comorbid disorders. They all may be subsumed under the single term "Dual Pathology" or "Dual Disorders"

Trastornos Mentales en Prisión

- La reforma psiquiátrica puso en la calle a enfermos mentales que la literatura califica como “difíciles de ubicar”.
- El hecho de no recibir la atención ambulatoria necesaria en la comunidad, la carencia de recursos familiares y sociales, la marginalidad de muchos de ellos, unido a determinados rasgos derivados de su patología sin controlar (violencia, conflictividad, drogodependencia), ha favorecido el ingreso en prisión de muchos enfermos mentales.

Trastornos Mentales en Prisión

- Elevada tasa de patología mental. El 25.6% de los internos tienen recogido uno o varios diagnósticos psiquiátricos en su H^a Clínica.
- Si se añaden los antecedentes de abuso o dependencias de drogas el porcentaje se eleva al 49.6%.
- La patología dual asociada al consumo de drogas está presente en el 12.1% de los internos.

Trastornos Mentales en Prisión

- El 17.6% de los ingresos tienen antecedentes de trastornos mentales.
- El 3.2% de los ingresos tiene antecedentes de ingresos en Centros Psiquiátricos, ignorándose con frecuencia esta patología en el proceso judicial.

CP. Albolote

- No hay datos exactos de los internos con trastornos mentales en el CP. Albolote.
- En tratamiento con psicofármacos hay aproximadamente un 25% de la población. La media de población ronda los 1650 internos.
- PAIEM

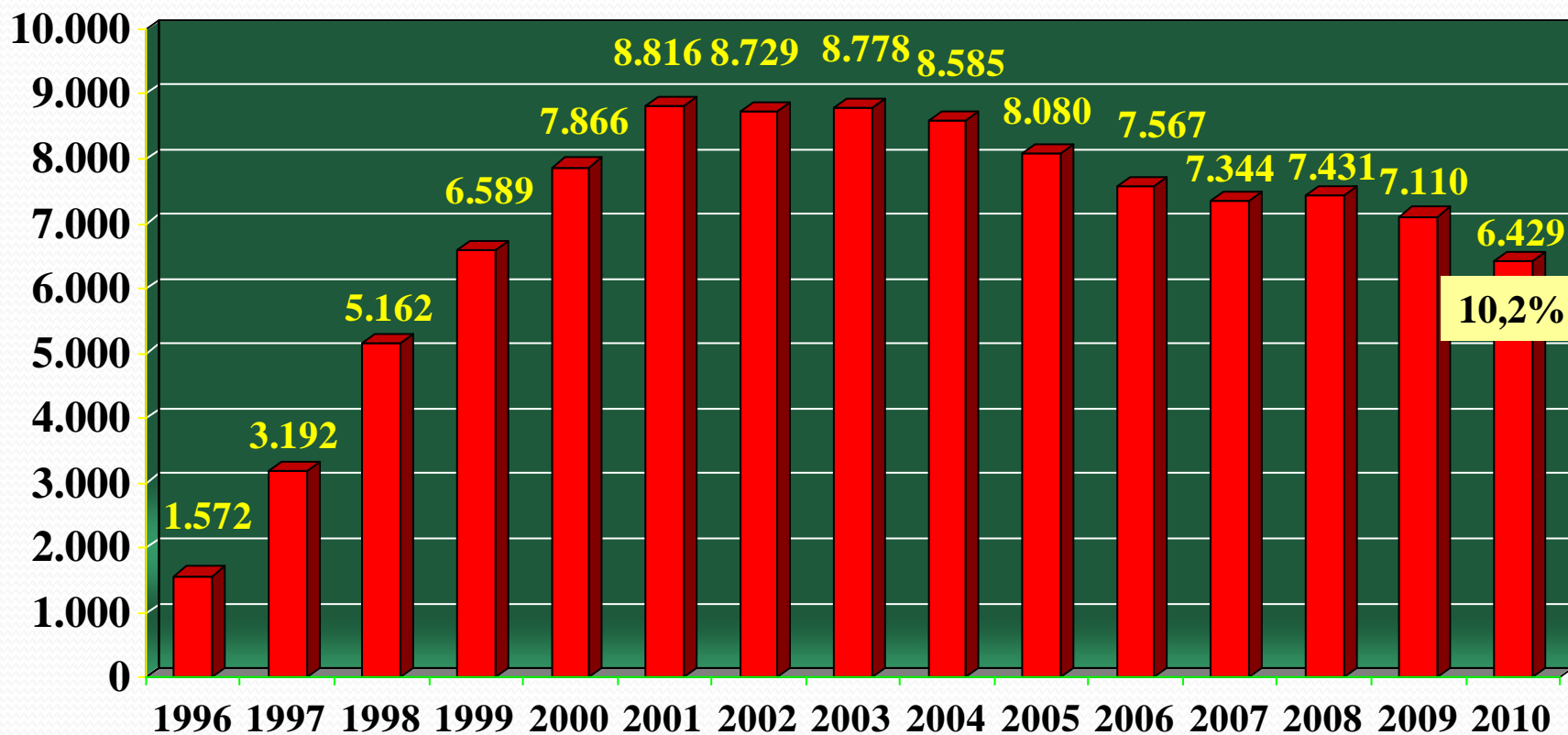
Trastorno Mental Grave

- Situación Clínica que implica:
 - Distorsión grave del contacto con la realidad
 - Afectación en una o más áreas de funcionamiento personal y social
 - De duración prolongada (más de dos años)
- Se incluyen los diagnósticos clásicos de esquizofrenia, trastornos delirantes crónicos y afectaciones graves del estado del humor y los trastornos de personalidad esquizoide, paranoide y límite.

Datos PAIEM CP. Albolote

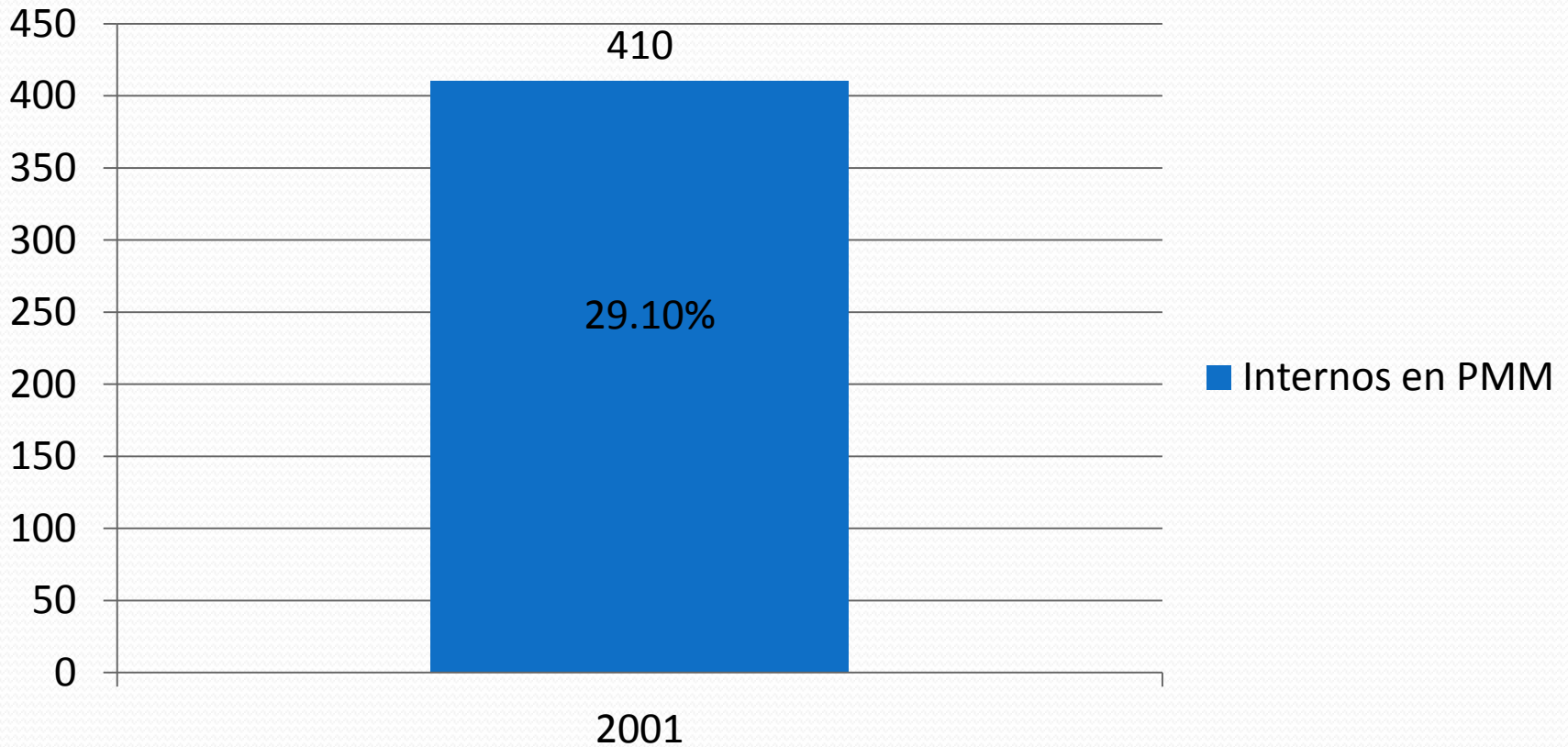
- Internos diagnosticados de Trastorno Mental: 98; 5.93%. Esta cifra no es real. No están incluidos todos los posibles. Proceso lento que precisa mucha implicación.
- Internos diagnosticados de **TMG**: 55; **3.33% del total** y un 56% de los recogidos. Cifra real. Raro que pueda faltar alguno.
- Diagnosticados de patología dual: 62; **63.25%** del total de los recogidos.

Internos en P.M.M. en Prisiones (Prevalencia a 31 de diciembre)

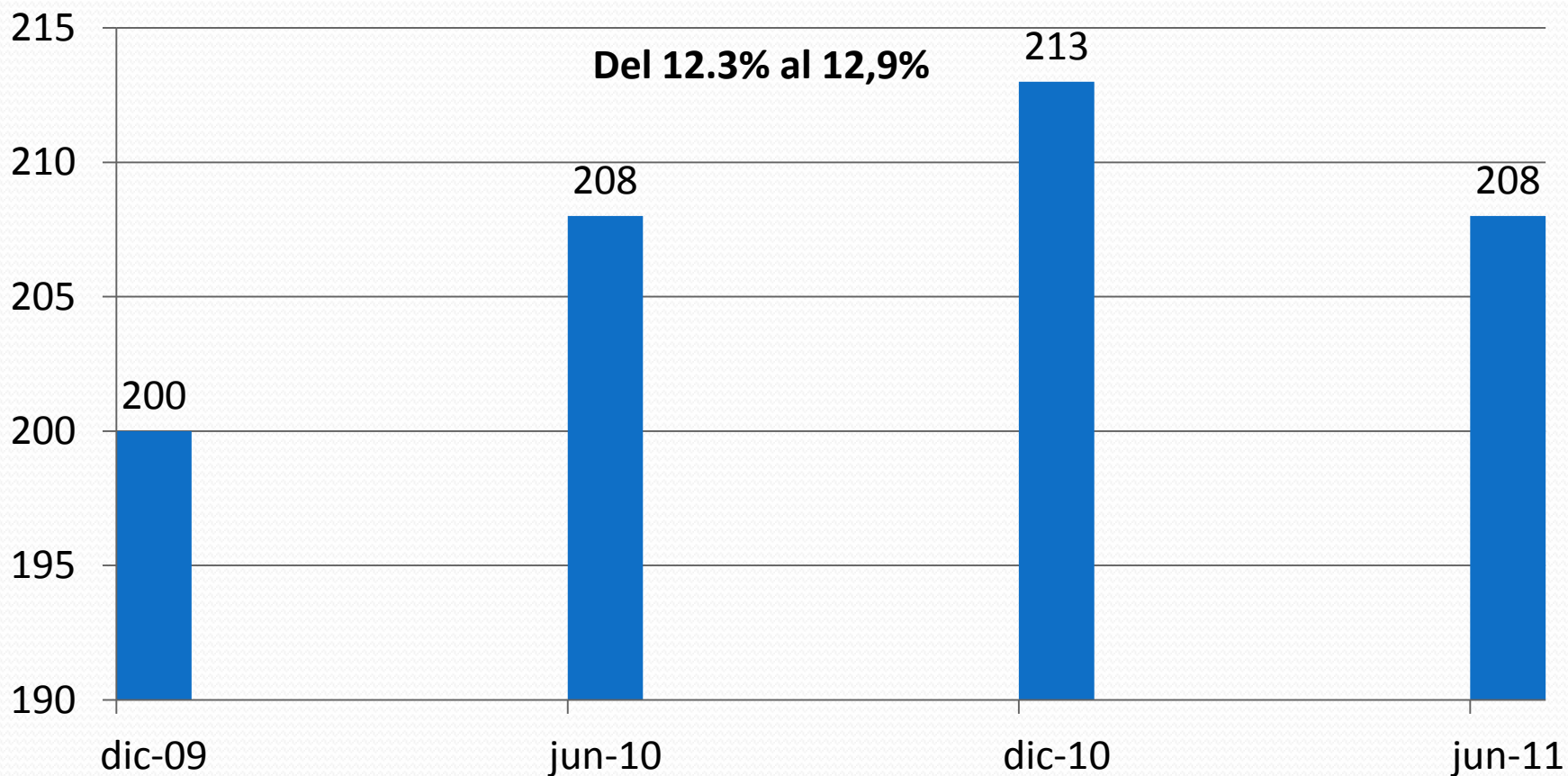


Internos en PMM en CP. Albolote

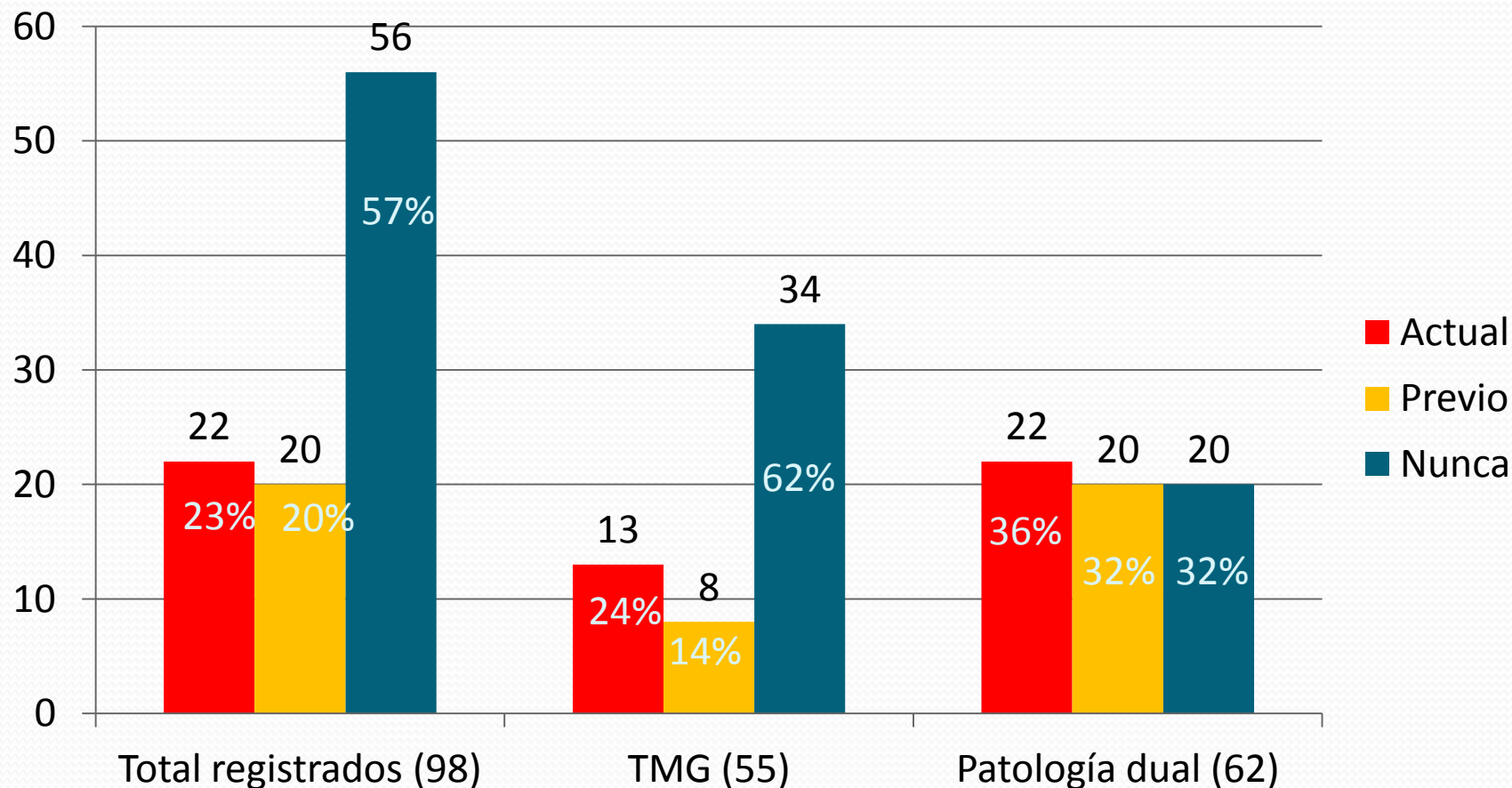
Internos en PMM



Internos en PMM en CP. Albolote



PMM en los internos registrados en PAIEM



Internos con patología dual en PAIEM

- De los pacientes con patología dual que nunca estuvieron en PMM solo tres tenían problemas exclusivos con el alcohol, el resto eran politoxicómanos con una alta incidencia de abuso de cocaína.

Internos en PMM en CP. Albolote

EVOLUCION MENSUAL DE PACIENTES EN TRATAMIENTO CON METADONA

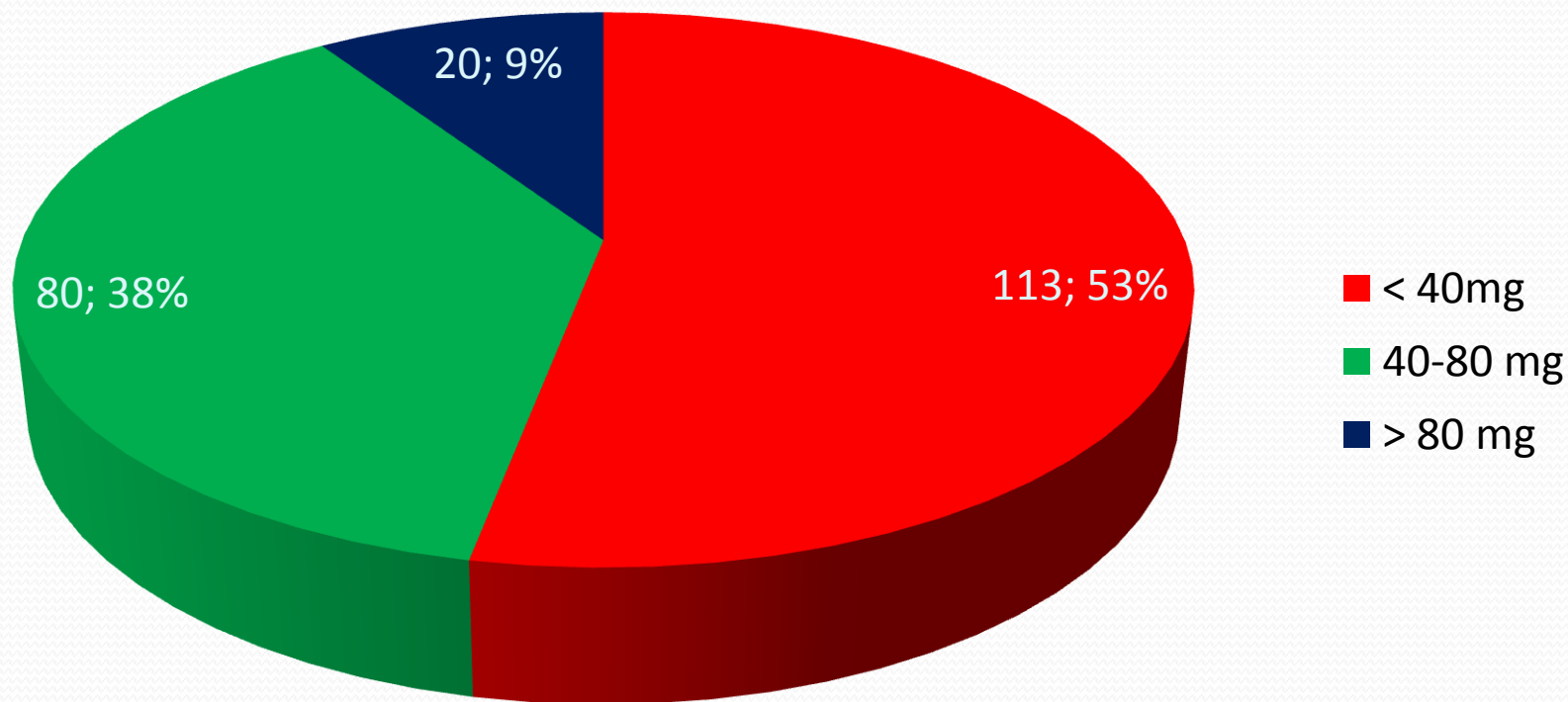
	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	TOTAL
ENTRADAS	31	32	46	17	23	26	32	22	30	33	26	29	347
SALIDAS	25	24	28	21	43	26	29	22	26	28	30	32	334
PRESENTES A FIN DE MES	206	214	232	228	208	208	211	211	215	220	216	213	

Internos en PMM en CP. Albolote

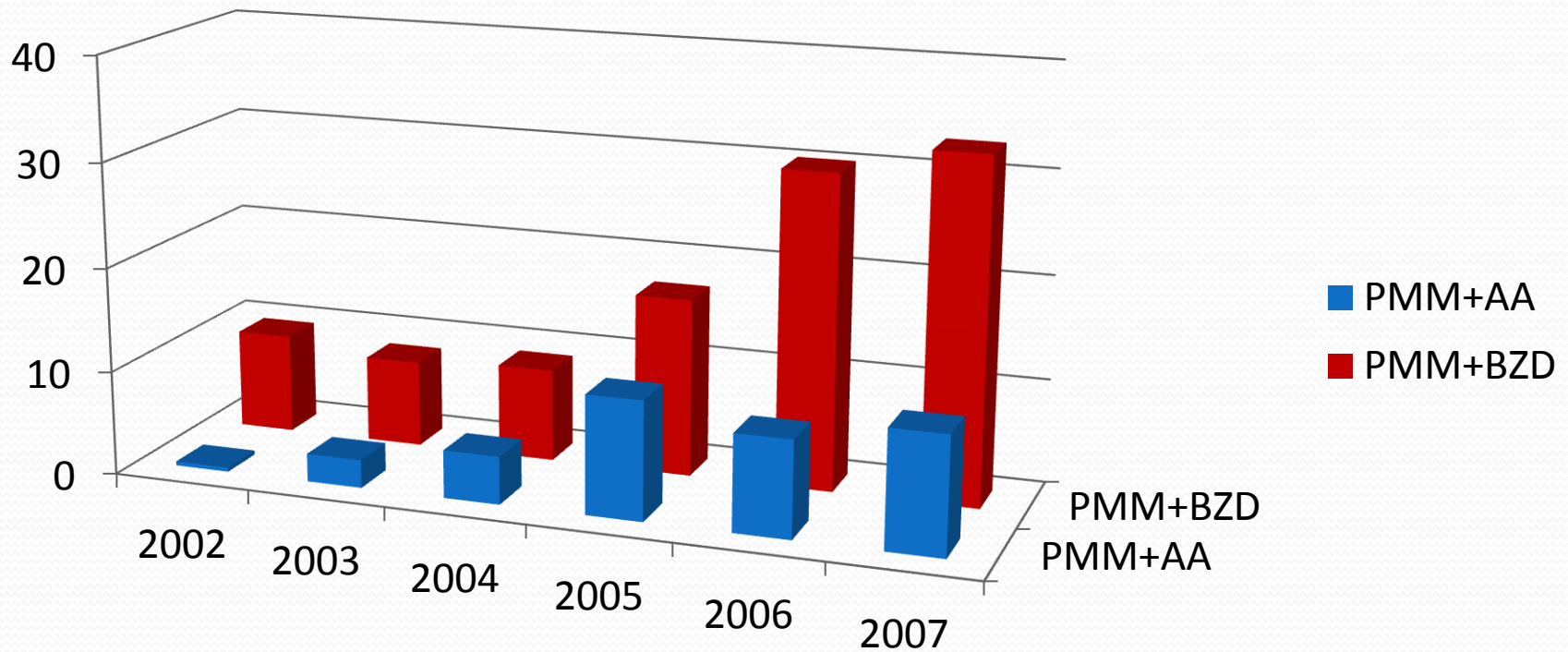
		SEXO		TOTAL
		H	M	
ENTRADAS EN PROGRAMA	TOTAL	291	56	347
	INICIADOS EN EL PROPIO CENTRO PENITENCIARIO	43	10	53
	PROCEDENTES DE CENTRO COMUNITARIO	94	9	103
	POR TRASLADO DESDE OTRO CENTRO PENITENCIARIO	154	37	191
SALIDAS DE PROGRAMA	TOTAL	283	51	334
	POR TRASLADO A OTRO CENTRO PENITENCIARIO	132	17	149
	POR DERIVACION A CENTRO COMUNITARIO POR LIBERTAD	77	16	93
	POR EXPULSION	1	0	1
	POR ALTA VOLUNTARIA	71	18	89
	POR DEFUNCION	2	0	2

26.6%

Dosis de los internos en PMM a 31/12/10



Prescripciones psicofármacos en PMM

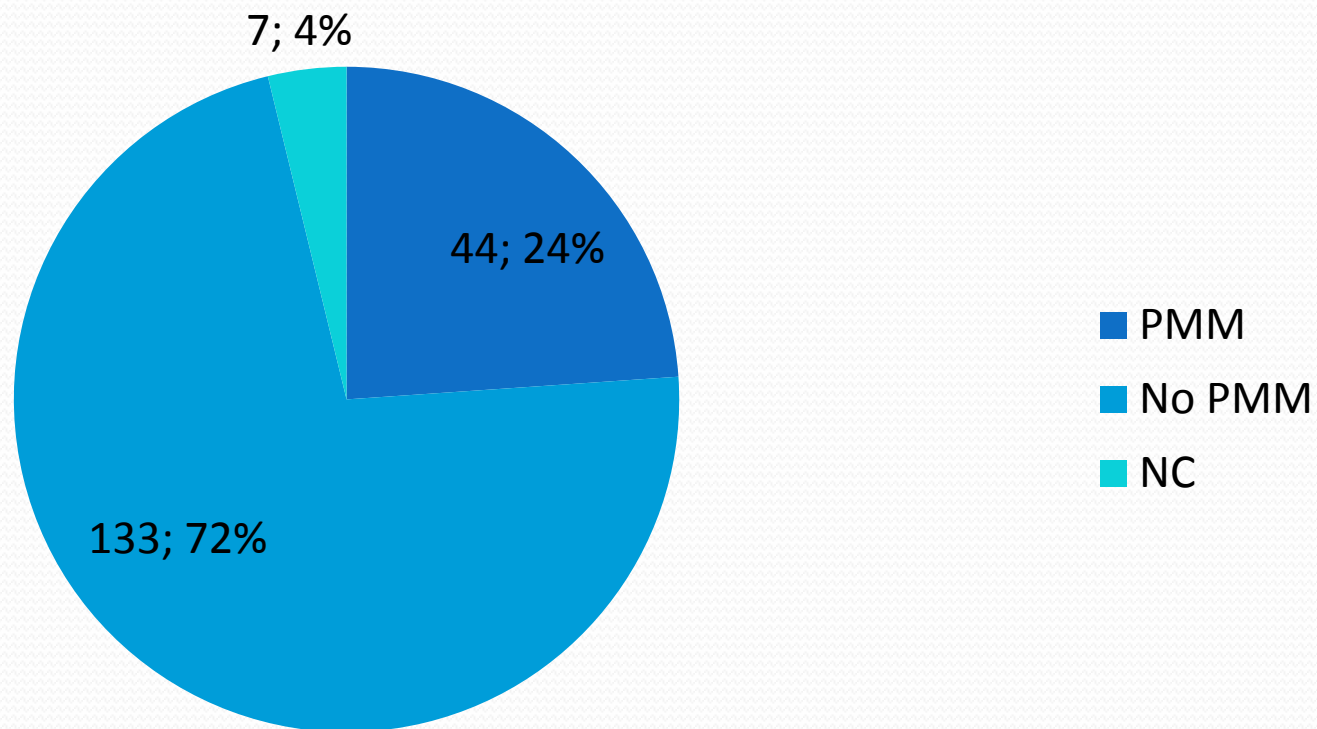


Mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas en prisión

- En los años 2007 a 2009 se produjeron 184 muertes por RASP.
- Supone el 24.7% de todas las muertes en prisión y una tasa de 1.01 fallecimientos por cada mil internos y año.
- De ellas 145 (78.8%) se produjeron bajo custodia de IIPP o de las FS (traslados y hospitales).
- Se tiene resultado toxicológico de autopsia de 76 (52.4%)

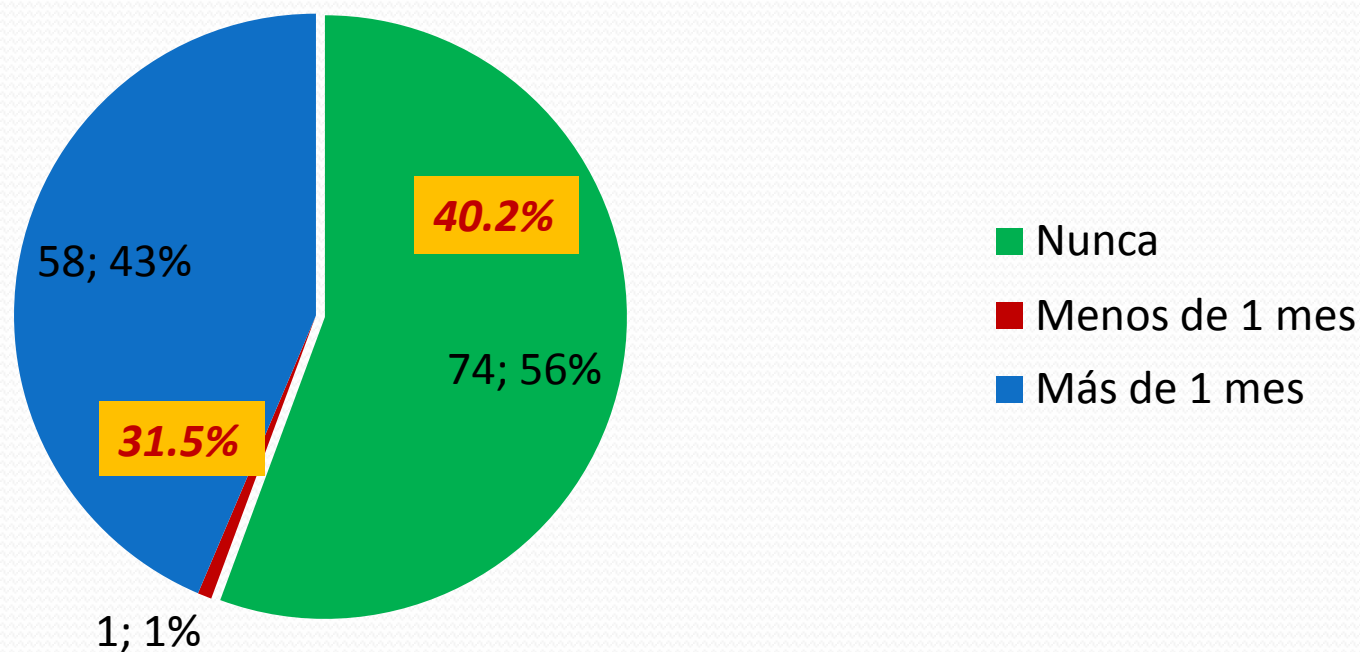
Mortalidad por RASP y Metadona

Total: 184



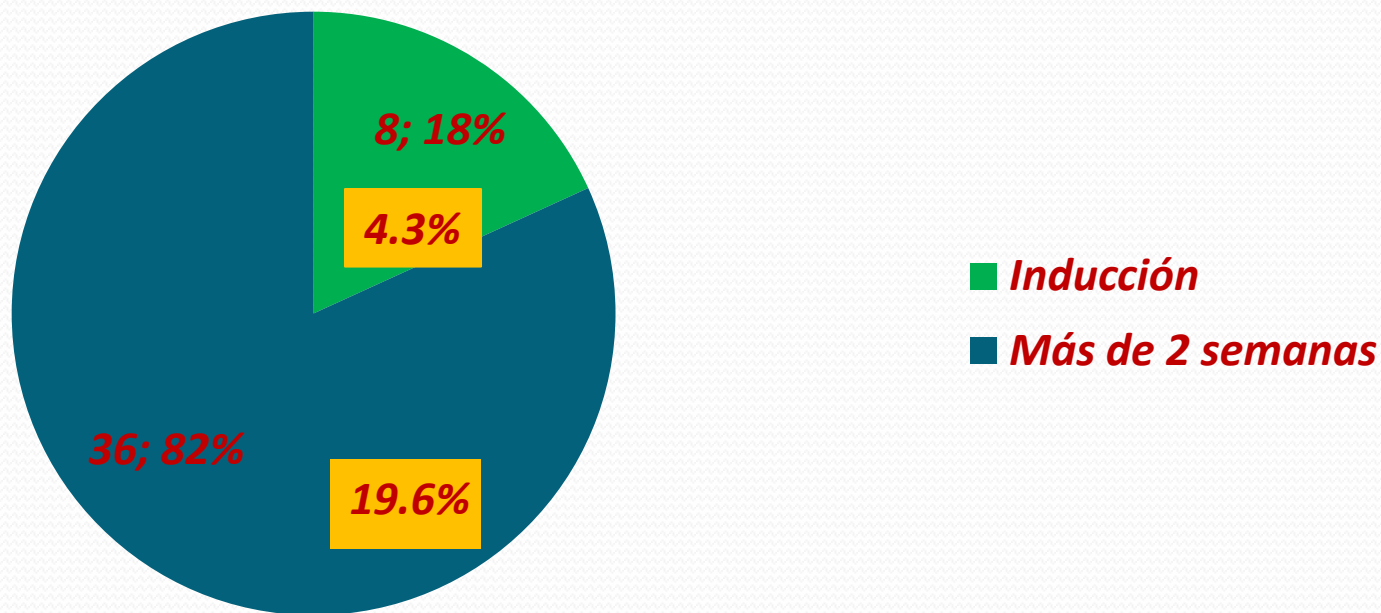
Mortalidad por RASP y Metadona

NO PMM
Total: 133



Mortalidad por RASP y Metadona

PMM
Total: 44

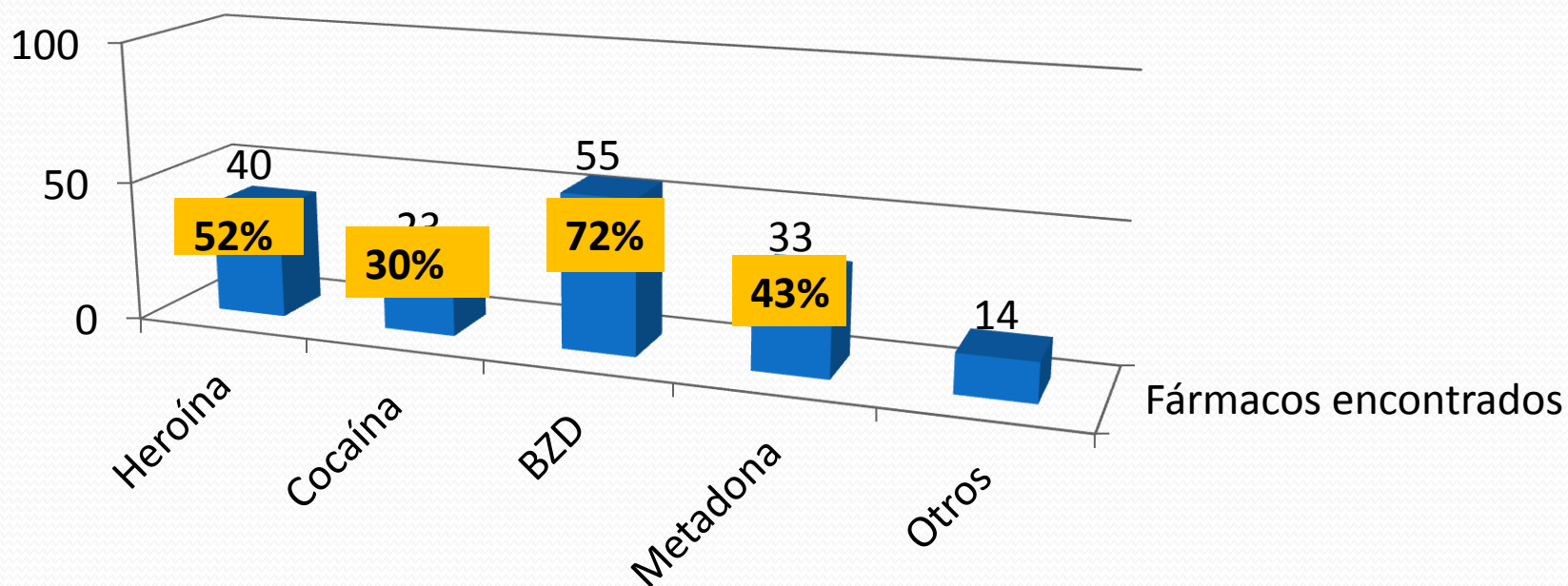


Informes de autopsias

- Del total de autopsias (76):
 - 63 no estaban en PMM (82%)
 - 13 sí estaban en PMM (18%)

Informes de autopsias

Total 76



¿Preguntas respecto a Metadona en prisión?

- ¿Hay cansancio en los pacientes con la metadona?
- La presencia de metadona en las muertes por RASP ¿nos debería hacer reflexionar sobre otros fármacos más seguros?
- ¿Sería beneficioso para algunos pacientes otro fármaco como buprenorfina?.

¿Hay alternativas a la metadona en prisión?

- En 2005 la OMS incorporó a la buprenorfina y la metadona en la lista de medicamentos esenciales para su uso en Terapias de sustitución¹. La mayoría de los pacientes en tratamiento de sustitución en Europa reciben metadona (el 70 %), pero el número de países donde esta constituye la única sustancia recetada está disminuyendo y la buprenorfina se encuentra ahora disponible en prácticamente todos los Estados miembros de la UE.

¿Hay alternativas a la metadona en prisión?

- El perfil farmacológico de la metadona, con una semivida de eliminación estimada en 24 a 36 horas, con una considerable variación dependiendo de los individuos (10 a 80 horas), hace que sea útil como una medicación sustitutiva de opiáceos, porque permite la administración oral, una dosificación única diaria y la obtención de concentraciones plasmáticas estables después sin que aparezca un síndrome de abstinencia tras la administración repetida de una única dosis diaria.

¿Hay alternativas a la metadona en prisión?

- Buprenorfina es un agonista parcial de los receptores opioides μ (mu) y un antagonista de los receptores κ (kappa). Su vía de administración es sublingual y presenta tres características farmacológicas importantes:
 - Produce una menor liberación de dopamina, a diferencia de la heroína y la metadona, que son agonistas completos, y que producen una liberación de dopamina máxima.
 - Presenta una gran afinidad por el receptor μ (mu) por lo que desplaza a la mayoría de los opioides agonistas totales, como la heroína o la metadona, y se separa del receptor lentamente.
 - Presenta una actividad intrínseca reducida, “efecto techo” en el receptor μ (mu). Por si sola no llega a sobrepasar el umbral de depresión respiratoria (aunque hay que tener precaución cuando se administra con otros depresores del SNC).
- Esta farmacología hace que buprenorfina tenga un buen perfil de seguridad, provoque una baja dependencia física y permita flexibilidad en la planificación de dosis.

Johnson RE, et al. Drug Alcohol Depend; May 21;70(2 Suppl):S59-77.2003

¿Hay alternativas a la metadona en prisión?

- La buprenorfina tiene la misma efectividad clínica que la metadona cuando se administra a dosis adecuadas. El efecto está directamente relacionado con la dosis administrada, por lo que debe ser suministrada a dosis medias-altas.
- En los estudios en los que se sugieren diferencias entre ambos fármacos, siempre se señala que la metadona sería más efectiva, especialmente en pacientes que necesitan dosis muy alta, y la buprenorfina sería más segura, con menos interacciones y posiblemente mejor tolerada en la desintoxicación de opiáceos.

¿Hay alternativas a la metadona en prisión?

- Se estima que la mortalidad por sobredosis en los pacientes tratados con metadona es 10 veces superior que la que presentan los tratados con buprenorfina^{1,2}.

1.-Auriacombe M, Fatséas M, Dubernet J, Daulouède JP, Tignol J. French field experience with buprenorphine. Am J Psychiatry. 2004;13 Suppl 1:S17-28.

2. Álvarez FJ. El coste del tratamiento con buprenorfina en los pacientes dependientes de opiáceos. Gastar 4 millones de euros o dejar que mueran 8 pacientes. Conductas Adictivas. 2004;4:1-2

¿Hay alternativas a la metadona en prisión?

- Buprenorfina/naloxona, Suboxone[®], es una combinación 4:1 de buprenorfina y naloxona cuya característica farmacológica más importante es que administrada por la vía recomendada, sublingual, solo tiene actividad la buprenorfina pero en caso de utilización indebida por vía intravenosa la actividad es de la naloxona como antagonista opiáceo. Esto proporciona un mayor perfil de seguridad a la hora de su uso en terapias con adictos a opiáceos.
- Es la única presentación disponible en España para el uso de buprenorfina a dosis adecuadas

¿Hay alternativas a la metadona en prisión?

- Buprenorfina/naloxona es tan buena en terapia de sustitución como buprenorfina sola, con menos posibilidades de uso indebido y los pacientes que la reciben se muestran satisfechos con ella.

1.-Correia CJ, Walsh SL, Bigelow GE, Strain EC: Effects associated with double-blind omission of buprenorphine/naloxone over a 98-h period. *Psychopharmacology (Berl)* 2006;189 (3): 297-306

2.-Barry, DT et al. Patient Satisfaction with Primary Care Office-Based Buprenorphine/Naloxone Treatment. *J Gen Intern Med.* 2007. Feb;22(2):242-5

¿Hay alternativas a la metadona en prisión?

- En algunas prisiones ya se están realizando terapias de sustitución con buprenorfina/naloxona. Fundamentalmente en Galicia
- Problema económico.
- Conocimiento tanto de los pacientes como de los médicos
- Posibilidad de ofertar

Experiencia en CP. Albolote con Buprenorfina/naloxona

- Solo usada para retiradas voluntarias de Metadona
- Pacientes con varios intentos de retirada de Metadona que han fracasado y continúan insistiendo en la misma.
- Pacientes que se van a derivar a Centros externos que, o bien no admiten metadona o bien les proponen allí la retirada

Experiencia en CP. Albolote con Buprenorfina/naloxona

- 14 pacientes
- 12 retirada con éxito. 2 TMG
- El 100% (8) de los que se mantienen en prisión continúan fuera de PMM.
- 2 fracasaron y volvieron a metadona antes de finalizar el periodo de deshabituación.

Experiencia en CP. Albolote con Buprenorfina/naloxona

Esquema de inducción con Suboxone®

Día 1	Dosis inicial	2 mg
	Por la tarde se puede administrar 2-4mg más dependiendo de las necesidades del paciente	2-4 mg
Día 2	Por la mañana dar la misma dosis total que el día anterior y por la tarde incrementar 2mg si lo requiere el paciente	Hasta 8 mg
Desde el día 3 en adelante	Igual que el día anterior con incrementos de 2 mg de dosis progresivamente, según las necesidades del paciente	Hasta 24 mg

Resumen

- Desconocimiento de la situación real de la patología dual (a expensas de los trastornos mentales) en las prisiones, aunque comenzamos a acercarnos.
- Preocupante incidencia de TMG
- Menos internos en PMM.
- Elevada incidencia de retiradas voluntarias de Metadona.
- Dosis bajas de metadona y aumento de prescripción de otros fármacos, en especial BZD
- ¿Cansancio de la metadona?

Resumen

- Elevada incidencia de muertes por RASP, con elevada presencia de metadona y BZD, aunque estar en PMM parece proteger.
- Buprenorfina/naloxona comienza a usarse en terapias de sustitución y es válida también para retirada de metadona.
- Buprenorfina/naloxona es una alternativa real a la metadona y como tal debemos tenerla presente.



Gracias por vuestra atención