



emcdda.europa.eu

Substitution treatment

EMCDDA 2000 selected issue

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

Temas escogidos

En este capítulo se destacan tres temas específicos relacionados con el problema de las drogas en Europa: el tratamiento de sustitución, el procesamiento de los delitos relacionados con la droga y los problemas que afrontan las mujeres consumidoras de droga y sus hijos.

Tratamiento de sustitución

El tratamiento de sustitución surgió por primera vez en la UE a finales de los años sesenta en respuesta al creciente consumo de opiáceos. A medida que se propagó el consumo, también lo hicieron los servicios de sustitución, aún cuando sus métodos variaban —y continúan variando— considerablemente. La legislación en la materia, que recomienda los métodos, y la organización general de los servicios de sustitución también difieren sustancialmente dentro de la UE.

A los consumidores de droga en tratamiento de sustitución se les receta una sustancia «sustitutoria» que puede ser similar o idéntica a la droga normalmente consumida. Se hace una distinción entre la desintoxicación —donde se reduce gradualmente la cantidad de droga hasta llegar a la toma cero— y el mantenimiento —donde se facilita al consumidor la cantidad de droga suficiente para reducir los comportamientos de riesgo y otros daños

relacionados durante un plazo de tiempo más largo—. Los consumidores de heroína (u otros opiáceos) son los principales pacientes, mientras que a los que no son adictos a los opiáceos se les recetan sustancias de sustitución normalmente con fines de desintoxicación. Esta sección se centra exclusivamente en el tratamiento por dependencia de opiáceos.

Sustancias de sustitución

Las sustancias de sustitución son o bien agonistas —es decir, que activan los receptores de opiáceos en el cerebro creando así el efecto del consumo de droga— o agonistas-antagonistas —que mientras activan los receptores de opiáceos en el cerebro, limitan o eliminan al mismo tiempo los efectos de otros opiáceos o derivados que se tomen de forma añadida—. Algunas sustancias, como la buprenorfina, combinan ambas características, la agonista y la antagonista. Las sustancias de sustitución empleadas para tratar el abuso de la heroína o bien son opiáceos —sustancias derivadas de la planta del opio o

Tabla 1

Sustancias de sustitución usadas en la UE

Sustancia de sustitución	Características de la sustancia	Países que han registrado el uso de la sustancia (1)	Precio medio estimado por semana de tratamiento (euros) (2)	Sustancia usada con fines de desintoxicación o mantenimiento
Buprenorfina	Opiáceo agonista-antagonista de acción muy prolongada	Bélgica, Dinamarca, Francia, Italia, Austria, Reino Unido	65	Ambos
Dihidrocodeína	Opiáceo agonístico «débil», semi-sintético de acción rápida	Bélgica, Alemania, Luxemburgo	40	Ambos
Heroína	Opiáceo agonístico «fuerte» de acción rápida	Países Bajos, Reino Unido	200	Mantenimiento
LAAM	Opiáceo agonístico sintético de acción muy prolongada	Dinamarca, Alemania, España, Portugal	45	Ambos
Mephenon®	Opiáceo agonístico sintético de acción prolongada	Luxemburgo	8	Ambos
Metadona	Opiáceo agonístico sintético de acción prolongada	Todos los Estados miembros de la UE	20	Ambos
Morfina de liberación retardada	Opiáceo agonístico de acción prolongada	Austria	40	Ambos

(1) Las sustancias de sustitución registradas en menos de 20 casos no se incluyen en este informe.

(2) Mantenimiento de un consumidor con: 8 mg de buprenorfina al día; 1 500 mg de dihidrocodeína al día; 400 mg de heroína al día; 350 mg de LAAM a la semana; 10 pastillas de Mephenon® al día; 50 mg de metadona al día; o 400 mg de morfina de liberación retardada al día.

adormidera como morfina o codeína, así como también heroína obtenida de morfina— o sus derivados —sustancias sintéticas con efectos similares a los opiáceos, como la buprenorfina o la metadona—.

Las distintas sustancias de sustitución funcionan durante diferentes períodos de tiempo, y esto afecta al modo en que son administradas. La sustancia de más larga duración es levo-alfa-acetil-metadol (LAAM), que puede administrarse incluso sólo tres veces por semana. La morfina de liberación lenta puede administrarse en días alternos, mientras que la metadona y el Mephenon® (metadona en forma de pastilla) deben tomarse diariamente. La heroína y la dihidrocodeína deben tomarse al menos dos veces al día.

La tabla 1 demuestra que la metadona sigue siendo la sustancia de sustitución más frecuentemente empleada en la UE, si bien ya no en exclusiva como antes. Han surgido otras sustancias que, pese a sus diversas características, se usan tanto para desintoxicación como para mantenimiento.

Introducción del tratamiento de sustitución en la UE

Después de un experimento llevado a cabo en 1994-1997 recetando heroína a grandes consumidores crónicos principalmente con fines de mantenimiento, Suiza ha continuado empleando la heroína como alternativa a la metadona. La

prueba realizada en Suiza ha suscitado diversos debates sobre la conveniencia de recetar heroína en todos los Estados miembros de la UE, y aunque se propusieron pruebas similares en varios países, únicamente los Países Bajos las llevaron a cabo en 1997, mientras que en Alemania se aprobó el marco legal para dichas pruebas durante 1999. Las experiencias francesas con la buprenorfina durante 1996 condujeron a experimentos similares a pequeña escala en Dinamarca (1998), Alemania (1999) y Austria (1997) y a la autorización de la sustancia en el Reino Unido en 1999 y en Alemania en 2000. Las pruebas con LAAM se extendieron desde Portugal en 1994 a España en 1997 y a Dinamarca en 1998.

La tabla 2 ilustra nuevamente el predominio de la metadona y a la vez muestra cuánto tiempo tardó la metadona en ser introducida en todos los países de la UE. Si bien en muchos países las nuevas sustancias de sustitución están aún en período de prueba, su importancia va en aumento.

Una evaluación del tratamiento ambulatorio con metadona en Alemania desde 1995 hasta 1999, llevada a cabo por el Instituto para la Investigación Terapéutica (IFT) de Múnich, reveló que el consumo de droga descendía al tiempo que las relaciones sociales mejoraban durante un mismo período.

Un estudio neerlandés de 1997 demostró que hasta el 90% de los pacientes que consumían una dosis media diaria de 50 mg de metadona también consumían cocaína y heroína, y el 70% consumía alcohol. Los primeros resultados del estudio puesto en marcha por el Ministerio de Sanidad sobre el efecto de diferentes dosis de metadona en grupos experimentales demuestran que el grupo que recibía la dosis más alta se volvía más estable, su salud y su capacidad para relacionarse socialmente se deterioraban menos e incluso con frecuencia mejoraban un poco.

En Austria, una evaluación de 1997 llegó a la conclusión de que la buprenorfina puede recetarse a mujeres embarazadas, ya que los niños nacidos de madres que consumen esta sustancia no presentaban síndromes de abstinencia relacionados con los opiáceos, como sucede con los niños nacidos de madres que toman metadona.

Si bien las pruebas de sustitución con LAAM fracasaron en los Países Bajos a principios de los años noventa, debido a que los toxicómanos se negaron a participar, en Portugal se registraron resultados en general positivos, ya que el 64% de los 99 participantes permaneció dentro del programa. En un posterior seguimiento de 38 pacientes, el 61% no había recaído.

Tabla 2

Introducción del tratamiento de sustitución en la UE		
País	Introducción del tratamiento con metadona	Introducción de otras sustancias de sustitución ⁽¹⁾
Bélgica	1994	Consumo ocasional de buprenorfina ⁽²⁾ , dihidrocodeína
Dinamarca	1970	Buprenorfina ⁽²⁾ ⁽³⁾ y LAAM (ambos 1998) ⁽³⁾
Alemania	1992	Dihidrocodeína (1985), heroína (1999) ⁽³⁾ , LAAM (1999), buprenorfina (2000) ⁽²⁾
Grecia	1993	Ninguna otra sustancia prescrita
España	1983	LAAM (1997)
Francia	1995	Buprenorfina (1996) ⁽²⁾
Irlanda	1970	Ninguna otra sustancia prescrita
Italia	1975	Buprenorfina (1999) ⁽²⁾ ⁽³⁾
Luxemburgo	1989	Dihidrocodeína (1994) ⁽³⁾ , méphénon® ⁽⁴⁾
Países Bajos	1968	Heroína (1997) ⁽³⁾
Austria	1987	Morfina de liberación lenta (1997), buprenorfina (1997) ⁽²⁾ ⁽³⁾
Portugal	1977	LAAM (1994) ⁽³⁾
Finlandia	1974	Buprenorfina (1997) ⁽²⁾
Suecia	1967	Ninguna otra sustancia prescrita
Reino Unido	1968	Buprenorfina (1999) ⁽²⁾

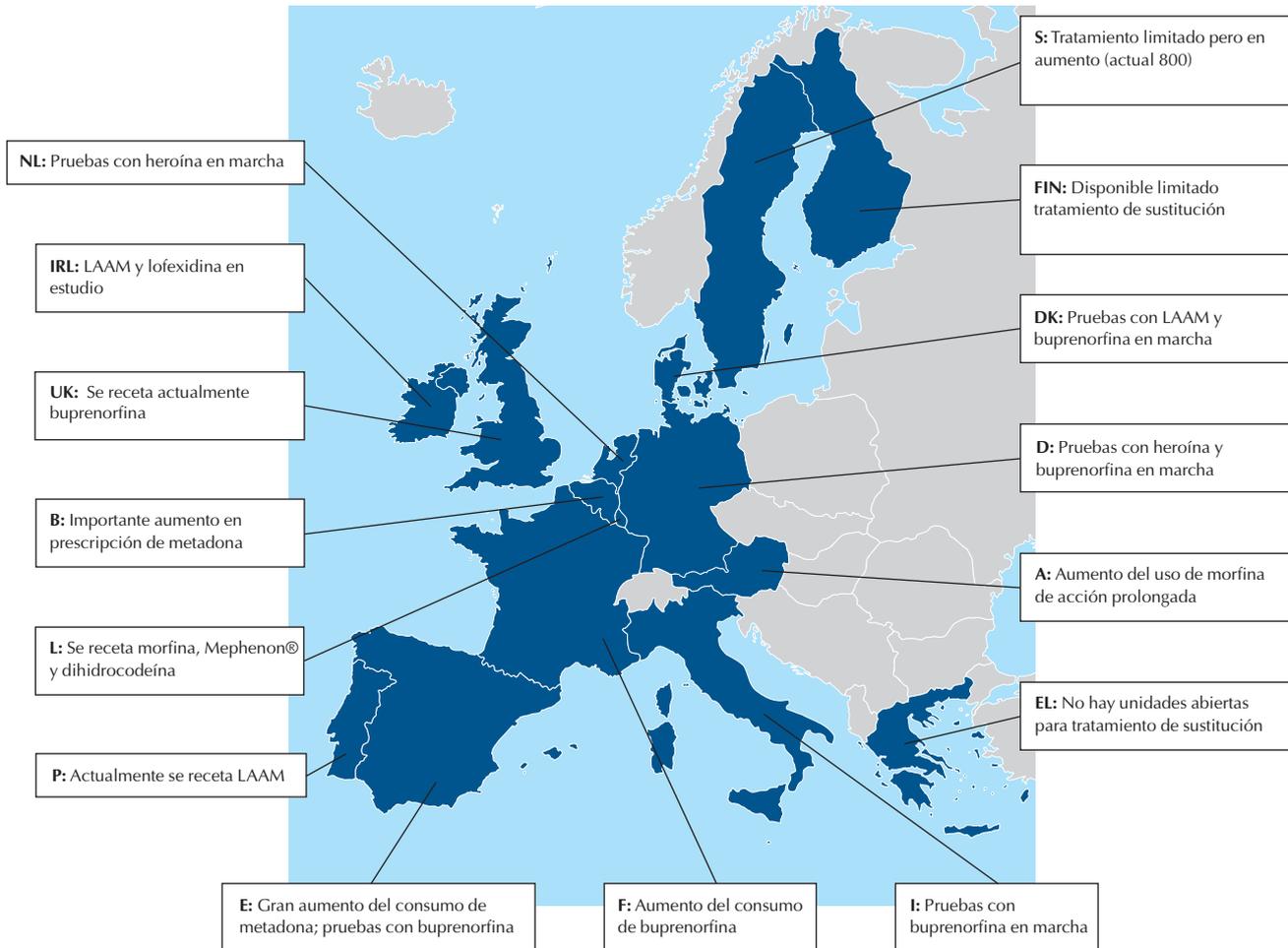
⁽¹⁾ Las fechas se refieren al año en que se tomó la decisión política de recetar la sustancia.

⁽²⁾ La buprenorfina se administra en forma de Subutex® y no Temgesic®, ya que únicamente contiene pequeñas cantidades de la sustancia.

⁽³⁾ Pruebas únicamente.

⁽⁴⁾ Fecha desconocida.

Resumen del tratamiento de sustitución en la Unión Europea



Extensión y centros de servicios de sustitución

A pesar de la expansión general en la UE durante los últimos treinta años, el tratamiento de sustitución todavía es escaso en algunas regiones y centros. Los servicios en Grecia, Finlandia y Suecia, por ejemplo, tienen una cobertura geográfica limitada y no pueden llegar a consumidores potenciales de otros distritos. La accesibilidad al tratamiento de sustitución en centros penitenciarios también varía, tanto dentro de cada Estado miembro como entre Estados.

Pocos son los Estados miembros que registran un tratamiento hospitalario de sustitución aunque sea limitado, si bien la previsión existe, en teoría, dentro de la UE. En su lugar, el tratamiento de sustitución se lleva a cabo casi exclusivamente en servicios ambulatorios, debido posiblemente a que el tratamiento ambulatorio es más barato que el tratamiento hospitalario, pero también debido a que el efecto sobre la vida cotidiana del paciente es mínimo. El tipo de tratamiento ambulatorio, no obstante, no toma en consideración el hecho de que los participantes en tales tratamientos de sustitución

frecuentemente varían, desde individuos con empleo que funcionan relativamente bien hasta toxicómanos marginados y callejeros extremadamente desfavorecidos, que necesitan más cuidados de los que puede ofrecer un servicio ambulatorio.

A pesar de los notables incrementos en la evaluación del tratamiento de sustitución durante los últimos cinco años, la mayoría de los Estados miembros aún adolecen de falta de control de calidad, supervisión y evaluación de los programas individuales.

Procesamiento de los delitos relacionados con la droga

Posesión de heroína

En los once Estados miembros de la UE, las autoridades judiciales que procesan la posesión de pequeñas cantidades de heroína o drogas similares deben evaluar si la sustancia es para consumo propio o no. La posesión exclusivamente para consumo propio se considera menos grave que la posesión para otros fines y la