

# **Manejo clínico de buprenorfina-naloxona: evidencia y experiencia clínica\***

## **Caso clínico 1**

*El caso que se expone es el de una mujer de 35 años de nacionalidad española. Ha vivido durante años en Estados Unidos donde comenzó su adicción a las drogas. Consumía con su marido. En España tiene pocas relaciones sociales.*

*Actualmente está en situación de desempleo. Separada y con una hija. Suele vivir con su madre y su padrastro en una población de la Comunidad de Madrid y otras veces se traslada a casa de su abuela, de avanzada edad, en Madrid capital.*

*El padre alcohólico falleció hace 9 años.*

*Las principales dependencias son a codeína y heroína; también ha consumido de manera habitual fenciclidina (PCP) y esporádicamente, cocaína.*

*En el estudio de enfermedades concomitantes: virus de la hepatitis C (VHC) negativo, virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) negativo, virus de la hepatitis B (VHB) negativo (vacunada). Presenta síndrome ansioso depresivo y ha realizado varios intentos autolíticos.*

*La paciente estuvo en tratamiento con metadona y buprenorfina en Estados Unidos por su adicción a la heroína. Cuando llega a España continúa con el programa de mantenimiento con metadona en un centro de la Comunidad de Madrid, donde se desintoxica en 2004.*

*Está un tiempo abstinerente y empieza a consumir y abusar de la codeína en 2006.*

*A mediados de 2008 acude a nuestro centro después de ser dada de alta, por un intento autolítico.*

*En esos momentos estaba consumiendo 28 pastillas/día de paracetamol/codeína.*

*No había estado anteriormente en tratamiento por su dependencia a opioides legales, aunque sí con buprenorfina por su adicción a heroína en Estados Unidos.*

*La paciente no estaba en tratamiento por su abuso de la codeína (opioides legales) cuando llegó a nuestro dispositivo. Sus terapeutas consideraron que la mejor opción podía ser buprenorfina/naloxona, tratamiento que ella acepta iniciar porque lo conocía de su estancia en Estados Unidos. Por tanto, éste sería el primer tratamiento para su dependencia a codeína.*

*La fase de inducción comienza en octubre de 2008 y duró tres días; con una dosis inicial de 8 mg. Cuando acude al centro tras la primera toma, presenta ciertos síntomas del síndrome de abstinencia como bostezos, rinorrea, midriasis, intranquilidad y ansiedad. Se le ajusta la dosis a 16 mg y la sintomatología desaparece. No se encuentran problemas para comenzar el tratamiento.*

*La paciente continúa con su tratamiento de patologías asociadas que tenía pautado anteriormente.*

*Durante una semana estuvo tomando 16 mg, pero presentaba cierta sintomatología de abstinencia (bostezos, rinorrea) por lo que se le elevó la dosis a 18 mg, a la cual se estabiliza.*

---

\*Texto de la ponencia presentada Durante el XIII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Toxicomanías celebrado del 7 al 9 de octubre de 2009 en las Palmas de Gran Canaria.

*En diciembre, la mejoría personal que presenta permite plantear una disminución de la dosis de 2 mg mensuales. A partir de abril la disminución es de 1 mg/mes. Actualmente está en una dosis de 4 mg de buprenorfina/naloxona.*

*También se ha conseguido descender la medicación complementaria para su sintomatología de base. La medicación complementaria que se le administra es escitalopram, gabapentina, clonazepam, diazepam.*

*No se han presentado dificultades para ajustar la dosis ni la pauta de tratamiento. La paciente mantiene su abstinencia de opioides, según reconoce a sus terapeutas y confirman las analíticas de orina que se le practican cuando acude, semanalmente, por la medicación. Se siente responsable de su tratamiento, que recibe de forma sublingual. Muestra gran empatía con los profesionales del centro.*

*A pesar de la dificultad propia de su patología de base, la paciente presenta una mejoría que también se observa en la mejor relación con su familia.*

*La paciente ha abandonado el uso abusivo de codeína y paracetamol. Con su tratamiento de buprenorfina/naloxona han mejorado sus relaciones familiares y el cumplimiento del tratamiento, ya que solía quedarse dormida en las citas. Recibe atención psicológica.*

*Durante este periodo se le ha diagnosticado hipertiroidismo, patología para la que está en tratamiento.*

## **Caso clínico 2**

*Otro de los casos es el de un paciente varón, de 48 años de edad, nacido en Guinea Conakry, donde reside su familia de origen. Lleva en España aproximadamente 20 años. Tiene un hijo, que estuvo tutelado y con el que no mantiene relación. Tiene estudios hasta COU; realiza cursos de formación.*

*Es derivado a nuestro centro en 2001 desde el servicio de Extranjeros de Cruz Roja Española. En 2008 consigue el arraigo en España por padecer enfermedad no tratable en su país de origen. Percibe una renta mínima de inserción (RMI), al menos desde 2001. Vive en un albergue y envía dinero a Guinea para su familia.*

*Su historial de dependencia se inició con el consumo de heroína con 18 años, cuando todavía vivía en Guinea. Sale de Guinea cuando tenía unos 20 años y estuvo viviendo durante 8 años en otros países africanos, hasta que llega a España. También ha tenido consumos esporádicos de cocaína, aunque está abstinentes desde 2002 y consumo perjudicial-dependencia de alcohol, del que actualmente se abstiene.*

*En cuanto a enfermedades concomitantes: VIH (1995) C3. Ha estado en tratamiento con Trizivir® hasta junio de 2009, cuando le cambiaron el tratamiento a Viramune®. Es un varón heterosexual que contrajo la enfermedad en España por vía sexual. No constan enfermedades de transmisión sexual.*

*Padeció tuberculosis pulmonar en dos ocasiones (en 1990 realiza el tratamiento sólo durante 2 meses; en 1993 termina el tratamiento correctamente).*

*Padeció fiebre amarilla, VHC y VHB (curada).*

*Pancreatitis aguda (dos episodios con ingreso, uno relacionado con alcohol). El último ingreso se produjo en enero de 2009 cuando se le diagnosticó una pancreatitis crónica calcificada.*

*Reacción de adaptación ansioso-depresiva crónica. Recibe atención psicológica a demanda y tratamiento psicofarmacológico.*

*Ingresa en nuestro centro en enero de 2001 por consumo de heroína fumada (esporádicamente mezclada con cocaína). Se inicia desintoxicación con Deprancol®, a petición propia, ya que no admite iniciar tratamiento con metadona, pero no es capaz de mantener la abstinencia.*

*Anteriormente había conseguido desintoxicarse sin apoyo farmacológico.*

*En abril de 2001 comienza en Programa de Mantenimiento con Metadona. Su hepatopatía, su situación clínica general, el vivir en la calle, el consumo esporádico y por su propio rechazo a la metadona, en la que se encuentra con una dosis de 30 mg, se decide su paso a buprenorfina (Subutex®) en diciembre de 2002. Aunque la indicación de prescripción de buprenorfina era para la desintoxicación, dada su evolución se le ha mantenido con la sustancia.*

*El especialista de Medicina Interna que le trata por su hepatopatía en coordinación con el centro también recomienda el cambio de tratamiento de metadona a buprenorfina. Se consigue muy buena adherencia y una buena evolución. Cuando ha estado ingresado se le ha llevado la medicación al hospital para que no interrumpiera su tratamiento.*

*En junio de 2009, al terminarse el programa con Subutex®, se decide pasarle a buprenorfina/naloxona. Comienza el 19 de junio a tomar 4 mg, la misma dosis que hasta el momento tomaba de buprenorfina. Se decide su incorporación por su favorable evolución que había tenido en buprenorfina y por persistir las indicaciones de cuando comenzó el tratamiento en 2002. Entonces, la dosis inicial fue de 4 mg (estaba tomando 30 mg de metadona). Al tercer día se le subió la dosis a 6 mg, por el síndrome de abstinencia que presentaba, dosis en la que se mantuvo estable hasta julio de 2004. En esos momentos se disminuyó a 4 mg, por su buena estabilización. Esta dosis se mantiene hasta junio de 2009.*

*Iniciado el tratamiento con buprenorfina/naloxona en 2009 con 4 mg, comenta a los pocos días el paciente un ligero síndrome de abstinencia, sobre todo dificultad para conciliar el sueño a la hora de la siesta, alguna sudoración. Se plantea el problema de cómo ajustar la dosis, porque después de tantos años con 4 mg, quizá 1 mg de buprenorfina/naloxona sería elevarla mucho. Por otro lado, la sintomatología coincide con el cambio de antirretrovirales. Aunque no existe como tal indicación, se decide darle un comprimido extra de 0,2 mg de buprenorfina (Buprex®) para continuar con la misma sustancia.*

*Posiblemente sea secundario al cambio de tratamiento para el VIH (de Trizivir® a Viramune®). El Viramune® es inductor enzimático de opioides (metadona). Aunque no encontramos referencia sobre la buprenorfina, con el ajuste de dosis el paciente clínicamente encontró bienestar.*

*En la actualidad se ha conseguido disminuir sin problema estos 0,2 mg y está estable en 4 mg, que realiza en 2 tomas al día por la mañana y al mediodía; buen cumplimiento, nunca ha realizado uno indebido.*

*Los tratamientos concomitantes que toma son 15 mg de mirtazapina, 50 mg de clorazepato dipotásico y 20 mg de omeprazol.*

*En cuanto a su evolución, estado general físico aceptable, dentro de su patología de base.*

*Las analíticas de orina realizadas demuestran su abstinencia.*

*Lleva aproximadamente 7 años viviendo en un albergue. Acude a la asociación RAIS, donde participa en sus actividades sociales y de ocio, y colaboró en escribir un libro sobre inmigrantes y exclusión social, que se ha publicado.*

*Este paciente con hepatopatía crónica (VIH+, VHB+, VHC+), sin recursos, únicamente recibe el RMI que emplea para mantener a su familia de origen en Guinea. Tiene permiso de residencia en España por enfermedad, sin posibilidad de trabajar. Al paciente ya le fue indicado el tratamiento con buprenorfina como alternativa terapéutica a la metadona; por su mejoría física, social y psicológica, cuando finalizó el programa de buprenorfina, financiado por estamentos oficiales, el propio paciente estaba dispuesto a sufragarse el tratamiento con su renta de reinserción. Se le mantiene el tratamiento dispensado y financiado desde el centro.*

### Caso clínico 3

*El tercer caso es el de una mujer de 30 años de edad, de nacionalidad española. Madre soltera, con una niña de 7 años, que convive con la abuela materna. La paciente tiene periodos que pasa en casa de su madre y con su hija, y en otras ocasiones convive con parejas. Cuando llega al centro en octubre de 2008 se encuentra en paro y es pareja de un partícipe de nuestro dispositivo.*

*Tiene formación en auxiliar de geriatría.*

*Sus dependencias principales son a heroína, cocaína, benzodicepinas y tabaco.*

*Ha tenido dos episodios de intoxicación aguda por benzodicepinas y opioides que han necesitado ingresos hospitalarios con lavado gástrico.*

*En cuanto a enfermedades concomitantes: VIH (negativo), VHC (positivo) y de VHB (completada vacunación). Mantoux positivo en febrero de 2008, realizó quimioprofilaxis con Cemidon® 300 durante 6 meses.*

*En 2006 sufrió un accidente de tráfico que le provocó un neumotórax, pérdida de conocimiento por conmoción cerebral y una fractura triple costal.*

*Presenta rasgos de personalidad dependiente.*

*En cuanto a su historial, es consumidora de heroína de más de 10 años. Estuvo en Programas de Mantenimiento con Metadona en otros dispositivos, en los que completó las desintoxicaciones y finalizó los tratamientos.*

*También ha estado en programas de reinserción y en un piso de estancia.*

*En octubre de 2008, tras una recaída en el consumo de heroína y cocaína, acude al centro por estar su compañero en nuestro dispositivo. Se le plantea iniciar tratamiento con buprenorfina/naloxona. Acepta el nuevo tratamiento.*

*A veces consume la metadona de su pareja, según la disposición que tenga de heroína, pero prefiere no iniciar de nuevo Programa de Mantenimiento con Metadona.*

*Se comienza el tratamiento con una dosis de 8 mg. El primer día presenta algunos síntomas de síndrome de abstinencia como sudoración, rinorrea, ansiedad. Al segundo día la dosis que se le dispensa es de 16 mg. Esta dosis se mantiene hasta principios de noviembre, cuando manifiesta intranquilidad y se eleva a 18 mg/día de buprenorfina/naloxona.*

*No se han presentado dificultades en la inducción. La paciente comienza el tratamiento al dar negativo en orina a metadona y buprenorfina.*

*La paciente tomó la dosis de 18 mg desde principios de noviembre hasta mediados de diciembre, fecha en la que presentaba una mejoría, mayor confianza y estabilidad personal, por lo que se plantea la disminución de la dosis. En esa fecha la dosis se ajusta a 14 mg. Se continúa la disminución de 2 mg cada dos o tres semanas hasta llegar a 4 mg.*

*Al comenzar a trabajar y realizar un mayor esfuerzo físico, solicitó un aumento de dosis, por encontrarse más cansada. Estos síntomas desaparecen con la nueva dosis de 5 mg, con la que continúa en la actualidad.*

*No se han presentado dificultades para fijar la dosis, la paciente ha tolerado la disminución sin problemas. Siempre se ha mostrado colaboradora y ha realizado correctamente el tratamiento pautado.*

*En la actualidad se encuentra abstinente a opiáceos y cocaína, según se observa en los análisis de orina que realiza en sus visitas al centro.*

*Se le administran comprimidos sublinguales de buprenorfina/naloxona cada 14 días, por motivos laborales. Nunca ha realizado un uso indebido de la medicación.*

*En la actualidad está viviendo en casa de su madre en una población de la Comunidad de Madrid, cerca de su lugar de trabajo.*

*Desde el inicio del tratamiento con buprenorfina/naloxona se ha observado una mejora sensible y paulatina en su aspecto físico y en su vida. En poco más de seis meses ha encontrado trabajo en una residencia de ancianos como auxiliar de geriatría, lo que le permite normalizar su vida. Ha vuelto a casa de su madre, ha mejorado la convivencia entre ambas. Acude al centro regularmente los días que no trabaja a recoger tanto su tratamiento de Suboxone® como la medicación complementaria que se le dispensa y que se le había pautado previamente de olanzapina y topiramato y lormetazepam.*

*Realiza psicoterapia individual. Se mantiene la abstinencia a heroína y cocaína.*

**M. Arance Romera, L. Arribas Arbiol, G. Martín Carmona y A. Picazo Menéndez**  
Unidad de Tratamiento y Estudio de las Dependencias (UTED) Cruz Roja,  
Madrid