



## Tratamientos basados en la evidencia para el ABUSO Y DEPENDENCIA DE OPIÁCEOS

Autora: María Felipa Soriano Alonso.  
Psicóloga Clínica.  
Hospital de Día de Linares. Servicio Andaluz de Salud.

Fecha de creación: mayo de 2009.

Última actualización: enero de 2010.

ISSN 2254-4046.

### Índice:

Breve resumen de la evidencia .....	1
Ha demostrado claramente su eficacia: .....	1
Psicoterapia .....	1
Tratamiento farmacológico con metadona o buprenorfina.....	2
Terapia de mantenimiento con heroína .....	4
Algunos estudios sugieren que es eficaz: .....	6
Naltrexona .....	6
LAAM (levacetilmetadol).....	7
Comunidades terapéuticas .....	7
No ha demostrado su eficacia:.....	8



## Breve resumen de la evidencia

### Ha demostrado claramente su eficacia:

#### Psicoterapia

- **Incorporar intervenciones psicosociales a las intervenciones farmacológicas para la deshabituación de opiáceos parece mejorar las tasas de finalización del tratamiento, uso de opiáceos, resultados de seguimiento y adherencia.**

Revisión Cochrane de 9 ensayos aleatorizados evaluando la combinación de intervenciones farmacológicas y psicosociales en 634 pacientes mayores de 18 años. La ocultación de la asignación a tratamientos era inadecuada o confusa en todos los ensayos.

Las intervenciones incluían 4 tipos de intervenciones psicosociales (manejo de contingencias, refuerzo comunitario, apoyo psicoterapéutico, terapia familiar) y 2 tratamientos de deshabituación farmacológicos (metadona en 7 ensayos, buprenorfina en 1).

Comparando la combinación de cualquiera de las intervenciones psicosociales con cualquiera de las intervenciones farmacológicas con la intervención farmacológica solamente: 42% vs. 25% completaron el tratamiento ( $p=0,02$ ; NNT 5); 64,4% vs. 79% dieron positivo a los opiáceos ( $p=0,003$ , NNT 7).

*Referencia:* [Cochrane Database Syst Rev 2008 Oct 8; \(4\):CD005031](#).

- **Combinación de intervenciones psicosociales y farmacológicas.**

Revisión Cochrane de 28 ensayos evaluando la combinación de intervenciones psicosociales y farmacológicas de mantenimiento en 2945 pacientes. Sólo uno de los ensayos tenía una asignación ciega adecuada.

Comparando la combinación de tratamientos vs. el tratamiento farmacológico solamente: 78% vs. 74,3% de abstinencia ( $p=0,034$ , NNT 25), bastante heterogeneidad en los resultados.

No se encontraron diferencias significativas en el uso de la sustancia y tasas de finalización del tratamiento. Tampoco se encontraron diferencias en estos resultados en análisis de subgrupos entre intervenciones conductuales, manejo de contingencias, o tratamientos orientados psicoanalíticamente.

*Referencia:* [Cochrane Database Syst Rev 2008 Oct 8; \(4\):CD004147](#).



## Tratamiento farmacológico con metadona o buprenorfina

- **La terapia de mantenimiento con metadona o buprenorfina parece incrementar las tasas de abstinencia y disminuir las conductas de alto riesgo relacionadas con las drogas.**

Revisión de 31 revisiones sistemáticas (de ensayos controlados aleatorizados y no aleatorizados) y 28 ensayos aleatorizados. Sólo 2 ensayos informaron de asignación ciega.

Las tasas de abstinencia fueron: más altas con metadona que con ninguna terapia (68% vs. 25%,  $p = 0,02$ , NNT 3), y que con placebo (54% vs. 17%,  $p = 0,001$ , NNT 3); más altas con buprenorfina (6-12 mg) que con placebo o no terapia (65% vs. 38%,  $p < 0,0001$ , NNT 4).

*Referencia:* [Health Technol Assess 2007 Mar; 11\(9\):1.](#)

- **La buprenorfina parece efectiva para la terapia de mantenimiento de la dependencia a la heroína, pero no más efectiva que la metadona.**

Revisión Cochrane de 24 ensayos aleatorizados con 4497 pacientes, de los cuales 20 no describían el ocultamiento de la asignación.

Comparando buprenorfina en dosis flexibles vs. metadona en dosis flexibles: 52,9% vs. 63,3% de mantenimiento en tratamiento, ( $p=0,027$ , NNT 10 a favor de la metadona). Comparando buprenorfina a dosis bajas vs. metadona a dosis bajas: 38% vs. 55,9% de mantenimiento en tratamiento ( $p=0,0027$ , NNT 6 a favor de la metadona). Comparando buprenorfina a dosis medias vs. metadona a dosis medias: 46% vs. 55,6% de mantenimiento en tratamiento ( $p=0,089$ ).

Comparando buprenorfina a dosis bajas vs. placebo: 60,3% vs. 39,5% de mantenimiento en tratamiento ( $p = 0,00054$ , NNT 5). Comparando buprenorfina a dosis medias vs. placebo: 65,3% vs. 37,6% de mantenimiento en tratamiento ( $p= 0,03$ , NNT 5).

*Referencia:* [Cochrane Database Syst Rev 2008 Apr 16;\(2\):CD002207.](#)

- **La buprenorfina podría ser más efectiva que la clonidina como parte de un programa de mantenimiento en adolescentes.**

Ensayo aleatorizado con alta tasa de abandono, con 36 pacientes de edad entre 13 y 18 años aleatorizados a buprenorfina vs. clonidina durante 28 días, dentro de un programa ambulatorio que incluía terapia conductual tres veces por semana e incentivos contingentes a la abstinencia de opiáceos.

Comparando la buprenorfina vs. clonidina, se observó 72% v. 39% de mantenimiento en tratamiento ( $p < 0,05$ , NNT 3), 64% vs. 32% de resultados de pruebas programadas de orina negativas a opiáceos ( $p = 0,01$ ), 61% vs. 5% aceptaron un tratamiento con naltrexona al final del estudio.

*Referencia:* [Arch Gen Psychiatry 2005 Oct; 62\(10\):1157.](#)



- **La terapia de mantenimiento con metadona parece reducir el uso de heroína e incrementar el mantenimiento en tratamiento en comparación con terapia de sustitución con no opiáceos.**

Revisión Cochrane de 6 ensayos (con limitaciones metodológicas) con 954 participantes: 2 ensayos eran doble ciego, solamente un ensayo describía claramente la ocultación de la asignación a tratamientos.

Comparando el tratamiento de mantenimiento con metadona vs. tratamiento de mantenimiento que no incluía metadona, se observó un 68% vs. 25% de mantenimiento en terapia ( $p=0,00009$ , NNT 3), 47% vs. 77% pruebas de orina positivas a morfina ( $p < 0,00001$ , NNT 4), 27% vs. 87% uso de heroína autoinformado ( $p < 0,0001$ , NNT 2).

*Referencia:* [Cochrane Library 2003 Issue 2:CD002209](#).

- **Metadona mientras se espera la entrada en tratamiento comprensivo.**

Un programa de mantenimiento con metadona mientras se espera la entrada en un programa de tratamiento comprensivo aumenta la posibilidad de entrar en el tratamiento comprensivo (76% vs. 21% a los 4 meses, NNT 2), en un ensayo aleatorizado con 319 pacientes.

*Referencia:* [Arch Gen Psychiatry 2006 Jan; 63\(1\):102](#).

- **El mantenimiento con metadona puede ser manejado por médicos de atención primaria en pacientes estables.**

Ensayo pequeño aleatorizado con 47 pacientes dependientes de opiáceos que habían recibido metadona en un programa de tratamiento de narcóticos durante al menos 1 año fueron aleatorizados a mantenimiento con metadona por médicos de atención primaria entrenados vs. continuar en el programa de tratamiento de narcóticos.

Comparando atención primaria vs. programa de tratamiento de narcóticos, 55% vs. 42% informaron o dieron pruebas de orina indicando el consumo de drogas en 6 meses (diferencia no significativa), el 77% vs. 38% informaron estar muy satisfechos con la atención recibida ( $p = 0,01$ ), 91% vs. 58% indicaron su preferencia a recibir medicación por su médico de atención primaria.

*Referencia:* [JAMA 2001 Oct 10; 286\(14\):1724](#).



- **No existe suficiente evidencia comparando los tratamientos de mantenimiento con agonistas en mujeres embarazadas con dependencia a los opiáceos.**

Revisión Cochrane de 3 ensayos aleatorizados con 96 mujeres embarazadas con dependencia a los opiáceos.

Comparando la metadona vs. buprenorfina, no se encontraron diferencias significativas en tasas de abandono, en puntuaciones Apgar o medidas de síndrome de abstinencia neonatal, o en el uso de la sustancia por parte de la madre.

Comparando la metadona vs. morfina oral lenta, el uso de heroína fue de 50% vs. 20,9% ( $p=0,05$ , NNT 4), pero tampoco se encontraron diferencias en el peso al nacer o duración media del síndrome de abstinencia neonatal.

*Referencia:* [Cochrane Database Syst Rev 2008 Apr 16;\(2\):CD006318.](#)

### Terapia de mantenimiento con heroína

- **El tratamiento con ayuda de heroína puede disminuir el uso de drogas ilícitas e incrementar el mantenimiento en tratamiento comparado con el mantenimiento con metadona.**

Ensayo aleatorizado, no ciego, con 1015 pacientes aleatorizados a heroína inyectada a dosis bajas vs. metadona oral durante 12 meses.

Comparando la heroína vs. metadona, 80% vs. 74% mostraban mejorías en la salud física y/o mental ( $p = 0,023$ , NNT 17), 69,1% vs. 55,2% habían disminuido su consumo de drogas ilícitas ( $p<0,001$ , NNT 8), 67,2% vs. 40% se mantenían en tratamiento ( $p < 0,001$ , NNT 4).

*Referencia:* [Br J Psychiatry 2007 Jul; 191:55.](#)

- **Tratamiento de mantenimiento con heroína.**

Revisión Cochrane de 4 ensayos aleatorizados evaluando el tratamiento de mantenimiento con heroína en 577 pacientes con dependencia a la heroína.

Los resultados de 2 de estos ensayos sugerían posibles mejorías en funcionamiento social y delitos en comparación con programas de mantenimiento con metadona, en pacientes en los que había fallado previamente el mantenimiento con metadona.

*Referencia:* [Cochrane Library 2005 Issue 2:CD003410.](#)

- **La incorporación de heroína puede ser más efectiva que la metadona solamente para adictos a la heroína resistentes al tratamiento.**

Dos ensayos aleatorizados no ciegos, con 549 adictos a la heroína que habían asistido regularmente a programas de mantenimiento con metadona durante los previos 6 meses, sin conseguir la abstinencia durante más de 2



meses en el último año, con pobre salud física o mental y pobre funcionamiento social, fueron aleatorizados a metadona sola vs. metadona más heroína (inyectada o inhalada según su vía normal de administración previa) durante 12 meses. Se ofreció tratamiento psicosocial durante todo el estudio.

Comparando metadona más heroína (inhalada) vs. metadona sola, 68% vs. 87% completaron los 12 meses de tratamiento, 50% vs. 27% mostraban un respuesta a los 12 meses ( $p < 0,05$ , NNT 5), 22% vs. 4% mostraban una respuesta sostenida a los 12 meses (habían mostrado respuesta antes y la mantenían en el mes 12) ( $p < 0,05$ , NNT 6).

Comparando metadona más heroína (inyectada) vs. metadona sola, 72% vs. 85% completaron los 12 meses, 56% vs. 31% mostraban una respuesta a los 12 meses, ( $p < 0,05$ , NNT 4), 25% vs. 12% mostraban una respuesta sostenida a los 12 meses ( $p < 0,05$ , NNT 8).

*Referencia:* [BMJ 2003 Aug 9; 327\(7410\):310.](#)



## Algunos estudios sugieren que es eficaz:

### Naltrexona

- **Existe escasa evidencia que apoye el uso de naltrexona oral después del abandono de opiáceos.**

Revisión Cochrane de 10 ensayos controlados de tratamiento de mantenimiento de naltrexona con 696 pacientes. Solamente 2 estudios describieron una adecuada ocultación de la asignación.

La terapia de mantenimiento con naltrexona sola o asociada con terapia psicosocial no resultó significativamente más eficaz en comparación con el placebo en la reducción del riesgo del uso de heroína. Tampoco se observaron beneficios estadísticamente significativos en los grupos de naltrexona en el mantenimiento en tratamiento, efectos secundarios o recaídas en el seguimiento.

*Referencia:* [Cochrane Library 2006 Issue 1:CD001333](#).

- **No existe suficiente evidencia a favor de la naltrexona depot para el tratamiento de la dependencia a opiáceos.**

Revisión Cochrane de ensayos aleatorizados evaluando la naltrexona de liberación prolongada en pacientes con dependencia a los opiáceos.

La naltrexona a dosis altas (384 mg.) incrementó significativamente los días en tratamiento en comparación con la naltrexona a dosis bajas (192 mg.) y el placebo. Los efectos secundarios fueron significativamente más frecuentes con la naltrexona depot que con el placebo.

*Referencia:* [Cochrane Database Syst Rev 2008 Apr 16;\(2\):CD006140](#).

- **No existe suficiente evidencia a favor de la naltrexona depot para el tratamiento de la dependencia a opiáceos.**

Pequeño ensayo aleatorizado, con 60 adultos dependientes de la heroína, aleatorizados a placebo vs. naltrexona depot 192 mg. vs. naltrexona depot 384 mg. Todos los pacientes recibieron terapia de prevención de recaídas 2 veces a la semana.

Comparando placebo vs. 192 mg. vs. 384 mg., se observó un 39% vs. 60% vs. 68% de mantenimiento en tratamiento (NNT 4-5). Tiempo medio antes del abandono 27 vs. 36 vs. 48 días.

*Referencia:* [Arch Gen Psychiatry 2006 Feb; 63\(2\):210](#).



## LAAM (levacetilmetadol)

- **El LAAM parece más eficaz que la metadona en la reducción del uso de heroína, pero tiene tasas más altas de abandono.**

Revisión Cochrane de 15 ensayos aleatorizados y controlados prospectivos con limitaciones metodológicas, con 1454 pacientes dependientes de los opiáceos.

Comparando LAAM vs. metadona, 48% vs. 67% había consumido heroína en el último mes del estudio ( $p = 0,003$ , NNT 6), 45% vs. 54% había consumido heroína durante el estudio ( $p = 0,03$ , NNT 12), 52% vs. 62% dieron pruebas de orina positivas a la heroína ( $p < 0,0001$ , NNT 10). 5 de 6 muertes en 10 ensayos ocurrieron en pacientes que recibían LAAM, pero la diferencia no fue estadísticamente significativa.

*Referencia:* [Cochrane Library 2002 Issue 2:CD002210](#).

## Comunidades terapéuticas

- **Las comunidades terapéuticas pueden ser beneficiosas para los consumidores de drogas pero la evidencia es limitada.**

Revisión Cochrane de 7 ensayos aleatorizados. La mayoría no tenían una adecuada ocultación de la asignación ni realizaron análisis por intención de tratar.

Comparando las comunidades terapéuticas residenciales vs. de día, las residenciales estaban asociadas a tasas de abstinencia significativamente más bajas a los 6 meses. Comparando las comunidades terapéuticas con no tratamiento en contextos carcelarios, las comunidades terapéuticas se asociaban a menores reencarcelaciones 12 meses después del abandono de la cárcel.

Comparando las comunidades terapéuticas con programas de tratamiento de salud mental en contextos carcelarios, las comunidades terapéuticas se asociaban con menores reencarcelaciones, actividad criminal, consumo de alcohol y delitos por drogas 12 meses después del abandono de la cárcel.

*Referencia:* [Cochrane Library 2006 Issue 1:CD005338](#).



## No ha demostrado su eficacia:

- **No existe evidencia suficiente que apoye el uso solamente de intervenciones psicosociales para el abuso y dependencia de opiáceos.**

Revisión Cochrane de 5 ensayos aleatorizados en 389 pacientes, la ocultación de la asignación no era clara en ningún ensayo.

Las intervenciones psicosociales incluían manejo de contingencias, terapia ambulatoria intensiva basada en el reforzamiento breve, terapia de exposición a claves, y un programa alternativo para los abandonos de programa de mantenimiento con metadona.

Los efectos de la terapia ambulatoria intensiva basada en el reforzamiento no se mantenían al mes y 3 meses de seguimiento. El resto de intervenciones no resultaron más efectivas que el grupo control.

*Referencia:* [Cochrane Library 2005 Issue 1:CD004330](#).

- Naltrexona.

Revisión sistemática de 26 ensayos aleatorizados.

No se observó diferencia significativa entre tratamientos en las tasas de mantenimiento en tratamiento. Comparada con el placebo, la naltrexona estaba asociada con tasas significativamente más bajas de abuso de drogas, y recaída en el consumo de opiáceos.

*Referencia:* [Health Technol Assess 2007 Feb; 11\(6\):1](#).