

1 DE OCTUBRE. DÍA HEPATITIS C

# LA DETECCIÓN DE LA HEPATITIS C EN POBLACIONES VULNERABLES HA PERMITIDO DIAGNOSTICAR Y DERIVAR A LA ATENCIÓN SANITARIA A CERCA DE 400 DE PERSONAS USUARIAS DE DROGAS



La sociedad científica Socidrogalcohol empezó en 2019 a trabajar en línea con el objetivo para la eliminación de las hepatitis víricas en España y lo hacía poniendo especial atención a las poblaciones altamente vulnerables que atienden los profesionales de las adicciones. La evidencia científica confirma que las personas con adicción a sustancias tienen una mayor probabilidad de presentar el virus de la Hepatitis C (a), por lo que Socidrogalcohol en su compromiso por mejorar la salud pública, se sumó con la ayuda de Gilead, al proyecto DETECT-C.

El objetivo de DETECT-C es contribuir a facilitar el cribado del Virus de la Hepatitis C (VHC) en el punto de atención a poblaciones vulnerables y la derivación a la atención sanitaria de pacientes positivos en VHC. Hasta la fecha han participado más de 100 centros, de 15 Comunidades Autónomas, siendo las que presentan mayor número de centros participantes Andalucía; Cataluña, Madrid y País Vasco. (b) En total han resultado positivo 465 pacientes, de los que 400 han sido derivados.

Dentro del programa DETECT-C, el cribado se puede hacer mediante dos tipos de test, el Oraquick (prueba oral, para detección de anticuerpo) y las tarjetas DBS (recogida de gota de sangre seca para confirmar viremia, ARN, en laboratorio especializado). Por su facilidad, el 73% de los centros eligieron la primera opción. Además, se han entregado más de 17.000 test.

Adicionalmente, dada la necesidad de mejorar el diagnóstico rápido del ARN del VHC en el punto de atención del paciente, Socidrogalcohol dentro del programa DETECT-C puso en marcha dos proyectos piloto para: (1) facilitar disponer de pruebas rápidas de PCR (Xpert test) y aparato GeneXpert para su análisis en menos de una hora, en un centro de reducción de daños. Se realizaron 117 pruebas y se obtuvo una prevalencia del 31% sobre pacientes con anticuerpo positivo (b). Siendo la mayor parte de los pacientes víremicos (60%), personas que se inyectaban sustancias. Las sustancias más consumidas eran la combinación de heroína y cocaína (31%). Hay que destacar que un 67% de los casos de ARN del VHC detectados fueron reinfecciones. (2) establecer un centro de Referencia para el procesado de ARN en tarjetas DBS, que era una necesidad identificada en los centros.



Para Socidrogalcohol es importante que los profesionales tengan herramientas suficientes para poder mejorar la atención a los pacientes: "Estamos muy contentos de haber podido abrir la puerta, no solo a la micro eliminación entre muchos de los centros donde trabajan profesionales de las adicciones y otros colectivos vulnerables, sino también poner un granito de arena para que se creen los primeros protocolos y circuitos de derivación que contribuyan a la eliminación", según ha explicado Francisco Pascual, presidente de la sociedad.

Gilead mantiene su compromiso con la investigación y la educación en el campo de las enfermedades hepáticas, así como, con el objetivo de la eliminación de la Hepatitis C, en línea, con los objetivos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), y la Alianza para la Eliminación de las Hepatitis Víricas en España (AEHVE) que tienen como reto la eliminación de las hepatitis víricas para 2030. El compromiso y la sensibilidad de Gilead no solo es desarrollar y comercializar fármacos innovadores que están transformando la vida de estos pacientes en el área de las enfermedades hepáticas, como la Hepatitis C, sino también apoyar la puesta en marcha de proyectos colaborativos de diversa índole para favorecer el diagnóstico y acceso a la cascada de cuidado y al tratamiento de todos aquellos pacientes con hepatitis C a lo largo de todos estos años.

Uno de estos proyectos colaborativos innovador y de impacto nacional es el proyecto DETECT-C, en colaboración con Socidrogalcohol y que supone un paso más para conseguir avanzar hacia la eliminación de la hepatitis C en colectivos en situación vulnerable.

Una de las estrategias para llegar a la eliminación de la Hepatitis C en nuestro país es reducir las tasas de infra diagnóstico en poblaciones altamente vulnerables como por ejemplo son los usuarios de drogas que constituyen el colectivo con las mayores tasas de prevalencia de infección por VHC (Virus de la hepatitis C). El problema es la alta tasa de infra diagnóstico por ello, el diagnóstico precoz del VHC es fundamental tanto para evitar la progresión de la enfermedad hepática como para frenar la transmisión de la infección, y DETECT-C permite acercar el diagnóstico a esta población.

## UNO DE CADA CINCO JÓVENES SE CONECTA POR LA NOCHE HACIENDO USO DEL DISPOSITIVO MÓVIL



Los profesionales de las adicciones llevan tiempo atendiendo al mal uso o abuso de las Tecnologías de la Información. El dispositivo móvil es una herramienta con una inmensa disponibilidad que en ocasiones resulta ser una extensión más del propio brazo de los adolescentes. Estos días, cerca de 800 profesionales (del campo de la psicología, psiquiatría, medicina, trabajo social, educación social, etc.) se reúnen en Tenerife en las 49 Jornadas Nacionales y 4th Congreso Internacional de Socidrogalcohol, la sociedad científica de adicciones más antigua de España. Y es precisamente el impacto de las nuevas tecnologías uno de los temas que se abordarán en el evento.

Nacho Guadix García, responsable de Educación y Derechos Digitales de la Infancia de UNICEF España, ha recordado la importancia de acompañar a los niños y niñas y jóvenes en el uso correcto de las tecnologías, tanto en el uso de internet, como de las redes sociales o los videojuegos.

Según el informe publicado por UNICEF, Impacto de la tecnología en la adolescencia, la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN) establece que niños, niñas y adolescentes tienen derecho a la libertad de expresión, de información y al juego, así como también a la privacidad y a la protección frente a cualquier forma de violencia o efectos negativos para su bienestar y correcto desarrollo integral. Por lo que se debe proteger la infancia y la adolescencia también en los entornos digitales: "No todos los contenidos son adecuados para todas las edades y somos los adultos los que tenemos que facilitarle un acceso acorde a su desarrollo".

El primer dispositivo móvil llega a los 10-11 años de media. Los datos del estudio hablan de que un 98% dispone de wifi en casa, un 94'8% tiene conexión a internet y un 90'8% se conecta todos o casi todos los días.

De este estudio se desprenden otros datos sobre los hábitos de uso, como que el 31'5% usan internet más de 5h al día entre semana. Seis de cada diez adolescentes duermen con el móvil y uno de cada cinco se conecta por la noche, con todas las implicaciones que esto puede tener en su día a día, tanto personal como escolar.

Guadix recuerda que la irrupción de nuevas tecnologías condiciona nuestra realidad, nuestros hábitos, la forma de relacionarnos, incluso nuestros derechos: "Los avances tecnológicos conllevan, indudablemente, beneficios y oportunidades para nuestra sociedad, y por tanto también para nuestros niños, niñas y adolescentes. Pero no podemos perder de vista los riesgos que puede entrañar para la infancia y la adolescencia si se produce una exposición temprana y sin acompañamiento".

Algunos de los riesgos son el ciberacoso, el sexting, el uso problemático de redes sociales y las adicciones a videojuegos.

Hugo López, vicepresidente de Socidrogalcohol, ha explicado que "la adicción a las tecnologías aún no está recogido en el DSM V, el Manual de Diagnóstico en el que se basan los profesionales de las adicciones", aunque sí lo está la adicción al juego, donde entrarían por ejemplo las apuestas deportivas: "Nuestro objetivo en los eventos que organizamos es hablar desde las evidencias científicas que tenemos y conocemos, la ciencia va avanzando, y nuestra misión es acercar las novedades a los profesionales que cada día atienden a las personas, en este caso a los jóvenes".

López también ha destacado que este es un congreso (que reúne a 800 personas - Más de 500 presenciales y el resto online) amplio en el que se van a tratar temas muy variados desde el consumo de cannabis (con la presentación de una Guía y un libro, así como diversas mesas), la comorbilidad psiquiátrica (es decir, la coexistencia de un trastorno mental con una adicción), el impacto de la tecnología en adolescentes, analgésicos opioides, la perspectiva de género en adicciones, reducción de daños, etc.



## EL TRABAJO COORDINADO Y EN RED, IMPRESCINDIBLE PARA ADAPTARSE A LA REALIDAD DE LAS ADICCIONES EN EL SIGLO XXI

La sociedad científica Socidrogalcohol celebró los días (Del 6 al 8 de octubre) su XLI Jornadas Nacionales y 4th Internacional Congress en Santa Cruz de Tenerife. La última vez que la sociedad celebró este evento en la isla fue en 1991, justo hace 31 años.

Según destaca Nicolás Perdomo, Técnico del Servicio de Atención a las Drogodependencias de la Dirección General de Salud Pública (DGSP), "en todos estos años, algo hemos tenido que haber aprendido nuevo. Ahora tenemos que adaptarnos a los cambios que se han producido duran-



te todo este tiempo y responder a las necesidades de las adicciones del siglo XXI". Algunas de estas necesidades pasan por atender desde un enfoque integral, con universalidad, equidad, una perspectiva de género, enfoque comunitario y responder a cuestiones como las adicciones sin sustancia o el auge en el consumo de sustancias como los opioides o el cannabis.

Perdomo también ha hecho referencia a la evidencia científica, calidad y eficiencia en la que se tiene que basar cualquier trabajo que se haga. Y es que se acaba de presentar recientemente el nuevo Plan Regional, que engloba cuestiones como las adicciones comportamentales u otras cuestiones como el consumo de drogas en relación con la violencia de género o el consumo de fármacos con alto poder adictivo.

Desde la Dirección General, según ha explicado Amelia Hernández, jefa de Coordinación Técnica del Servicio de Atención a las drogodependencias de la Dirección General de Salud Pública, ha habido una importante implicación por hacer posible que todos los profesionales de las adicciones de Canarias puedan estar presentes en este espacio científico organizado anualmente por Socidrogalcohol. Y también en colaboración con San Miguel Adicciones, entidad que trabaja en Santa Cruz de Tenerife y que organiza también con regularidad su Congreso BioPsicoSocial, que este año comparte escenario con el evento nacional e internacional.

Agradecemos que hayan elegido Canarias, y en particular Tenerife, para organizar este evento científico de repercusión nacional e internacional, que sigue una de las líneas estratégicas del IV Plan Canario de Adicciones recientemente aprobado por el Parlamento, la línea del soporte y apoyo a la formación e investigación de los profesionales que trabajan en el mundo de las adicciones.

Felicitamos a la Sociedad Científica Socidrogalcohol, por la magnífica organización, el gran nivel de los ponentes y temas tratados, entre ellos las nuevas adicciones emergentes, como las comportamentales.

Los datos nos indican la importancia de crear conciencia sobre los riesgos asociado a las adicciones como un problema de salud pública,

por eso desde la DGSP se ha trabajado intensamente para que profesionales de toda Canarias estén en este foro científico: profesionales de la Red Canaria de Drogodependencias y Adicciones, de Atención Primaria y de Salud Mental del Servicio Canario de Salud, de Servicios Sociales de Justicia y de Instituciones penitenciarias.

Las aportaciones realizadas estos días de encuentro tendrán sin duda repercusión en nuestra comunidad, potenciando una sociedad más sana, más saludable, más formada, con más conocimiento, capaz de tomar decisiones responsables, reduciendo los riesgos y daños sobre su salud bio-psicosocial.

Resulta necesario diseñar programas de identificación, educación y prevención específicos que reduzcan la incidencia de las consecuencias más indeseables del consumo de drogas, problemas de salud mental y todo ello teniendo en cuenta la perspectiva de género.

Las intervenciones deberían centrarse en proporcionar información y conocimientos para la prevención del consumo y otras complicaciones para la salud física y psicológica, además de promover un abordaje centrado en las necesidades de quienes consumen, como la abstinencia y la minimización de riesgos y daños.

Por último, es necesario favorecer una evaluación integral de los resultados de salud física y mental por parte de equipos multidisciplinares formados y especializados en adicciones.

Francisco Lorenzo, presidente de Socidrogalcohol Canarias, ha explicado que el objetivo de este evento "es mejorar la atención a la población y potenciar una sociedad más sana".

Francisco Pascual, presidente de Socidrogalcohol, ha querido agradecer la implicación de las instituciones canarias y ha recordado que el principal trabajo que se hace debe hacerse por y para las personas.

El evento ha reunido a cerca de 800 profesionales entre la modalidad presencial (con más de 500) y la online.



## ENTREVISTA A ANDRÉS ZAMORANO



### **Pregunta. ¿El tabaco mata?**

**Respuesta.** El tabaco mata y muta. Con todos los dispositivos que están saliendo en España actualmente se considera que hay alrededor 69.000 muertes prematuras que son evitables, por supuesto producidas por el tabaco, pero de esas 69.000 muertes unas 1.000 muertes son de gente que no ha fumado nunca, son fumadores pasivos. Con lo cual también el humo de segunda mano o el humo ambiental también mata. Esto está demostrado, hay estudios epidemiológicos bien hechos y bien controlados publicados en revistas científicas que lo avalan. Nadie lo duda.

### **P. ¿Como evitarlo?**

**R.** ¿Cómo se evita el consumo de tabaco? Prevenir el consumo de tabaco es estar alerta en los jóvenes y adolescentes. La edad de inicio de consumo en España es lo 14 años, por lo que hay que ir mucho más atrás y, seguramente a los cursos de primaria cuando tienen 8, 9 o 10 años, para hablarles de los peligros del consumo. Cuando cumplen 14 años, que es cuando empiezan a salir con los amigos, salen a los parques y tienen mucho contacto con cigarrillos, con porros, cannabis y actualmente también con los cigarrillos electrónicos. Actualmente en España no se pueden vender este tipo de dispositivos electrónicos, que son realmente un poco ahora el inicio de los chavales. Empieza un poco por los cigarrillos electrónicos, seguramente sin nicotina. Se los venden como inocuos, cosa que no es cierta, porque llevan sustancias que cuando se calientan producen acroleína o formaldeído que son sustancias cancerígenas. La nicotina es, además una droga que afecta al cerebro en formación, y que produce dificultades de concentración, alteraciones del comportamiento, etc. En el caso de que esta no esté presente, hay otras sustancias que también son tóxicas y cancerígenas. Para prevenir este consumo, habría que subir precio, ampliar los espacios sin humo, decretar el empaquetado neutro, controlar la promoción publicidad y patrocinio de todos los productos del tabaco (actualmente todos sabemos que los influencers por las redes sociales están haciendo apología de fumar).

**P. Dicen que el estado gana mucho dinero de impuestos con la venta de tabaco, ¿cuánto pierden las personas con eso?**

**R.** En España el Ministerio de Hacienda recauda 9.300 millones de euros en impuestos. ¿Sabes cuánto se gasta en salud? El triple, 27.000 millones, casi 30.000 millones euros se gasta con todo lo relacionado con enfermedad directas e indirectas del tabaco. Solo con los costes, sin llegar a todos ellos. Estos estudios lo hacen economistas que tenemos en nuestra CNTP. Esto lo tienen esto muy estudiado, está claro que no es ningún negocio para el Estado. Recaudo hoy 9.000 millones de euros, pero luego las comunidades autónomas se gastan 30.000 millones de euros.

### **P. Hablemos de tratamiento, ¿Hay tratamiento para el tabaco?**

**R.** Hay tratamiento para dejar de fumar. Los tratamientos para dejar de fumar son tratamientos aproximadamente al 50 % cognitivos conductuales, donde el fumador tiene que ser consciente de cuando fuma, porque fuma, y en que situaciones de riesgo le producen fumar. Debe ser él, junto con el terapeuta, el que evite esos cigarrillos que son los que le llaman: Después del café, después de la comida, cuando se junta con los amigos, etc. Esto acompañado del tratamiento farmacológico, se consigue que el éxito sea mucho mayor. Actualmente hay un tratamiento farmacológico financiado que es el "Bupropion" con el nombre en España "Cintabac". Hay otro tratamiento que también está financiado pero no está en el mercado "Uterina" famoso Champix y hay otro productor que es el "Todacitan" que es un producto nuevo derivado de la Citisina. En este producto se basó Pfizer para hacer el Champix pero no está financiado y el precio es un poco elevado y hace que muchos fumadores lo dejen un poco como segunda opción. Con el tratamiento farmacológico, junto con el tratamiento cognitivo conductual, se logra que el 30 o 40 % de fumadores sean exfumadores al año.

**P. Ha quedado claro que el tabaco es una droga, una sustancia psicoactiva y no hay dudas en cuanto a esto. Hace daño al cerebro. Y, sin embargo, en las comunidades o las clínicas terapéuticas que tratan los drogadictos o las drogodependencias, se ofrece tabaco a los enfermos. Esto es un poco extraño.**

**R.** Sí, es extraño y, de hecho, nosotros en esta ponencia que ha habido del CNTP hemos hablado del proyecto EVICT, que es el binomio cannabis-tabaco. Esto actúa como puerta giratoria, del tabaco se pasa al cannabis y del cannabis se pasa al tabaco. Nuestra propuesta entonces realmente es que se deje el consumo de ambas sustancias a la vez o que se pueden dejar secuencialmente. Realmente no es de recibo que se ofrezca tabaco, porque claro se está normalizado el fumar. Con esto parece que el fumar es menos importante, cuando el tabaco produce muertes, como ya sabemos. Se debería abordar el tratamiento de estas adicciones también con el tabaco incluido.

**P. ¿Como se hace la reducción del riesgo en esta sustancia tan difícil, que no deja de ser una de las drogas que más mata y que tiene más gente dependiente?**

**R.** Bueno, en el tabaco el concepto de reducción de riesgo yo creo que ha sido un poco secuestrado por parte de las empresas tabacaleras, que se dedican también a sustancias propias de los cigarrillos electrónicos, etc. Realmente lo que sabemos es que del 60 al 90 % de los que fuman cigarrillos electrónicos, son fumadores duales, por tanto, pensamos que no hay ninguna reducción de riesgo. Hay una propuesta de que eran mucho menos dañinos. Esto no salió de ningún estudio científico, sino que salió de un grupo de supuestos expertos que llegaron a unas conclusiones, donde decían que eran mucho menos dañinos. Pero lo que sabemos, es que tienen sustancias tóxicas y cancerígenas como la acroleína o el formaldeído, metales pesados que son sustancias cancerígenas. Por lo tanto, no podemos proponer, yo como médico, no le puedo proponer a

mis pacientes que utilicen algo que también es dañino. Aún suponiendo que lo fuera menos, que tampoco lo tengo claro, porque hay productos como el níquel por ejemplo, que en los cigarrillos electrónicos se encuentran en mayores concentraciones que en el cigarrillo clásico combustible.

**P. Qué ocurre con el tabaco calentado?**

**R.** Hay tabaco calentado donde hay una sustancia que es el acenapteno, que presenta una triple concentración que, en los cigarrillos clásicos combustibles, por tanto, de reducción de riesgo nada. Eso es un concepto que se ha inventado la industria, en este caso para el tabaco y, que nos lo quieren colar para seguir normalizando el uso del tabaco. De hecho, enlaza mucho con un concepto que es siembra la duda para ganar tiempo: Realmente si pensamos en las muertes que produce el tabaco actualmente en España es 69.000. Muertes producidas por tabaco que lleva filtro. ¿Qué significa esto? Que hace 50 años nos vendieron la moto de que el filtro era la solución y de reducción de daños. El filtro no filtra nada, no ha filtrado ninguna muerte.

**P. Estas campañas que se hicieron hace algunos años, de no fumar en los restaurantes, no fumar en los transportes públicos o no fumar en espacios cerrados ¿Ha dado resultado?**

**R.** Sí. Ha dado bastantes resultados. El empaquetado neutro que es otra de las medidas que se puso en Australia por primera vez, se hicieron estudios y se vio que se redujo el consumo. Todo lo que sea desnormalizar, subir el precio, que no se pueda fumar en casi ningún sitio, eso desnormaliza y cuando desnormalizas una cosa, ya ves raro que alguien esté fumando. Por tanto, hay una disminución de la prevalencia. Si subes el precio, no se puede fumar en donde haya niños, por ejemplo, no nos debería ver fumar.

**P. ¿Se ha dejado de fumar en todo este tiempo o no?**

**R.** Claro, lo que importa de dejar de fumar es aumentar también los intentos de cesación, porque la gente que dejar de fumar, no lo suele dejar así a la primera vez, suele hacer un intento, luego, prueba, da una calada vuelve, pero ya en la segunda o en la tercera lo deja definitivamente y todo ese tipo de medidas son medidas que ayudan mucho a los pacientes. Muchos pacientes me vienen diciendo, yo quiero dejar de fumar, pero es que, además, ahora vale tanto dinero y no puedo fumar en ningún sitio, tengo que estar escondiéndome, me miran raro, etc. todo eso se ha conseguido al desnormalizar el uso del tabaco.

**P. es un poco problemática usted lo dice que el aumento del tabaco es una forma de las personas no fumarán y también debería hacer una forma de los jóvenes que no tienen dinero no comprar tabaco, pero no son los jóvenes que están fumando cada vez más?**

**R.** Bueno, los jóvenes ahora están fumando, por ejemplo, cigarrillos electrónicos, pero es que eso es muy barato. A lo mejor cuesta 9 € y puedes tener 200 caladas, entonces se lo compran entre unos cuantos. Hay discotecas en España que han habilitado un córner, un espacio en la discoteca, donde si compras un cigarrillo electrónico por aproximadamente estos 9 €, te regalan un ticket para una copa de alcohol, esto enlaza ya con el congreso que estamos de Socidrogalcohol. Realmente, todo esto va asociado. Por ejemplo, la ley del mercado del Tabaco en España tiene una cosa positiva y es que plantea que todos los cigarrillos electrónicos se deben vender solo en los estancos. Eso sería un gran paso, porque no lo pueden vender en cualquier tienda de chucherías, en cualquier tienda de alimentación o en una gasolinera que puedes comprar un cigarrillo electrónico. Realmente hace falta legislar, y legislaciones valientes.

**P. ¿Una sociedad libre de tabaco es utópica?**

**R.** Sí es bastante utópica de hecho, nadie se plantea que no fume nadie, estamos hablando de que se plantee una sociedad en la que solo

fume un 5 %. Muchos países le han puesto ya fecha y nosotros en España queremos ponerle fecha también para el 2040, para llegar a esa prevalencia del 5 %. Que todo esté muy regulado y que el que fume, lo haga sabiendo que estás comprando una sustancia que mata y por tanto, que es el principal problema de salud pública que tenemos en España. Es la primera causa de muerte evitable. Son frases muy gruesas para no tomar acciones, ¿no? Si no fuera por las industrias tabacaleras esto iría diferente, pero claro, las industrias tabacaleras tienen juntas de accionistas, cotizan en bolsa y se dejan la piel ahí, ¿no?

## ENTREVISTA A TERESA ORENGO



**¿Cómo podemos cambiar el tratamiento si no cambiamos la mentalidad de los profesionales de salud?**

**Teresa Orengo (TO)** - Ese es un problema enorme y en adicciones especialmente, el inmovilismo. Es decir, como estoy cómodo en este tratamiento, no cambio, y a lo mejor puedes mejorar. Los médicos, debemos ser médicos, y a veces se nos olvida, y al igual que en otros campos cambias cosas que funcionan por otras para ver si funcionan mejor, nosotros también.

**Muchas veces los médicos hablan de los enfermos en vez de hablar con los enfermos, ¿esto ocurre muchas veces?**

**TO** - Y tanto que sí, yo insisto en todas las charlas que doy y es que el paciente debe colaborar, si un paciente no se cree o no entiende lo que vas a hacer, se va a resistir. Si tú, como médico crees que es lo mejor, tienes que pactar con él, negociar, explicarle porque crees que va a estar mejor y luego aceptar su decisión. Siempre se puede negociar, se puede decidir hacerlo de una manera y si luego crees que no va bien, cambiamos. No se trata de pelear contra él sino de caminar junto a él.

**¿Qué tiene de distinto el tratamiento con buprenorfina?**

**TO** - Es distinto y no. Es lo mismo. Estamos hablando de buprenorfina con las mismas características, esta es otra forma de administración. Nos da la seguridad de que el paciente lo va a tomar, nos da la seguridad de que el paciente no va a poder hacer mal uso de los comprimidos y al

paciente le da la tranquilidad de que se olvide de tomar todos los días una pastilla. En determinadas situaciones facilita mucho lo que es la logística, es decir, en pacientes que están en prisión, en centros de tratamiento, ingresados, esto evita tener una enfermera todos los días repartiendo metadona. Será suficiente con que se traiga semanal o bisemanalmente. Y te olvidas hasta el mes siguiente. Eso es una gran ventaja.

#### **¿Y el usuario que la toma puede seguir consumiendo drogas?**

**TO** - La gente consume, lo que pasa es que tiene el receptor ocupado, si lleva una dosis correcta pasa como la buprenorfina o desaparece o disminuye muchísimo su efecto. Con la buprenorfina, el paciente lo que hacía, algún día era lo que dicen ellos mismos, que se auto boicotean, se dejan la pastilla y consumen heroína. Con esto no lo pueden hacer y le das una herramienta más. Lo normal es que desaparezca el consumo de opiodes y disminuya mucho el de alcohol, porque el alcohol entra receptor opioide en el circuito de recompensa. Esto no quita que el paciente tenga que hacer su terapia de prevención de recaídas, terapia psicológica, terapia grupal, etc.

#### **¿Una de las ventajas de este tratamiento es la estabilidad del usuario?**

**TO** - Claro, si tú tomas una medicación que te mantiene con un nivel plasmático estable durante todo el día semana tras semana, lo que consigues es no tener picos y valles. Los pacientes me cuentan que antes se levantaban, iban directos a tomarse la pastilla, porque tenían cierto síntoma de abstinencia, mucha ansiedad etc. Ahora no, y esto les da muchas sensación de estabilidad. Luego yo pienso que para el craving ayuda mucho tener un nivel constante, porque no estás dependiendo del nivel que tengas si me la tomo o no a tiempo, si llevas una dosis correcta, te vas a mantener bien.

#### **¿Hay alguna evidencia de un mal uso de esta sustancia?**

**TO** - Que yo sepa no, pero también es verdad que es muy nueva, de la buprenorfina sí, de la vía de administración de este tipo no, no tiene mucho perfil de mal uso, porque con esto no vas a coger una intoxicación importante. Se libera muy despacito, entonces si se ha desviado al mercado negro, imagino que será para personas que dejan la heroína y como tratamiento para sacarlo más barato, pero no tengo noticias que haya problemas de mal uso.

#### **¿Es importante para la reducción de riesgo en las calles, las prisiones, y en las salas de venopunción y todo esto, no sería una ventajas para los usuarios?**

**TO** - Ayer lo comente en la presentación. Un perfil que no me esperaba y va muy bien son los pacientes "sin techo". Viven en la calle en situaciones muy precarias, pierden la medicación, se la roban, la cambian por otras cosas, etc. Si tu llevas la medicación puesta por lo menos, ese frente de batalla que es la heroína no lo tienes, tienes la cocaína, la vida, tienes otras cosas pero ese ya no, y están mucho más tranquilos.

#### **¿Estamos hablando de una sustancia de tratamiento más que de reducción de riesgos?**

**TO** - Yo no distingo tratamiento y reducción de riesgos. La reducción de riesgos es como un enfoque más abierto, pero también es tratamiento y no es excluyente. Un paciente puede estar trabajando reducción de riesgos porque consume cocaína, pero si puedo intervenir en la heroína con tratamiento, voy a intervenir. Porque todo eso le va ayudar a ir entrando en tratamiento de otras sustancias.

#### **¿En el inicio del tratamiento hay que hacer deshabituación?**

**TO** - Normalmente pasamos primero un par de días a buprenorfina oral porque como tiene presentación de 2 ml gramos podemos ajustar

la dosis mejor, entonces es más cómodo. Si el paciente viene con tratamiento con buprenorfina sublingual, lo que hacemos directamente es que lo pasamos al mensual y ya está, se calcula la dosis. Si el paciente viene consumiendo heroína, fentanilo o cualquier otro opioide, pasamos primero a buprenorfina por eso, porque para hacer un ajuste de dosis fino. Lo pasaremos al otro en 2 o 3 días y cuando lo tenemos con una dosis estable, pasamos al sublingual sin más problema.

#### **¿Muchas veces decimos que son enfermos crónicos de la metadona, gente que sigue muchos años tomando metadona, Como cambiamos esto?**

**TO** - Estar muchos años tomando metadona, es muy buena noticia, porque esta persona está viva y normalmente está sana y si tiene complicaciones de salud están aguardadas. Hay otros pacientes con los que podemos hacer algún cambio. A lo mejor, plantearle cambiar a buprenorfina de liberación retardada para que pueda viajar más, tener otro tipo de actividad laboral, eso es algo bueno. Debemos tener de todo y, todas las opciones son buenas siempre que sean para un paciente indicado y se pueda cambiar. Lo que pasa es que a veces estamos muy centrados en este está en metadona ya está bien y ya ha terminado, no, todos los pacientes pueden avanzar de la situación en la que estén, gente que está más avanzada podrás conseguir objetivos de un tipo y gente que esté en una situación más precaria objetivos de otro tipo. Pero siempre se puede cambiar y la metadona es fantástica, nos ha permitido que no se mueran como moscas, como pasaba en la época de la heroína de los años 90, era terrible, la mortalidad ha disminuido muchísimo. Pero no nos podemos quedar aquí, tenemos que seguir avanzando y ofreciendo posibilidades.

#### **Este es un fármaco no tiene costes en España para el consumidor. ¿ Esto es una buena respuesta de invertir en la salud ?**

**TO** - Claro, a ver, yo pienso que los gobiernos no lo entienden, como a lo mejor nosotros. Tenemos que hacer un esfuerzo por explicarnos mejor y por hacerles entender que un paciente sano y un paciente estable, es un paciente barato, una endocarditis de un paciente que consume por vía intravenosa, ya es más caro que 40 tratamientos con buprenorfina, con metadona, o con lo que sea. Quiero decir, que tenemos que hacerles entender eso, primero por el paciente, por su calidad de vida y por su felicidad y su desarrollo personal. Pero segundo nos sale barato. Una UCI, una intervención de una endocarditis, un tratamiento de un VIH, una neumonía, va a salir más caro que un inyectable una vez al mes. Entonces es una inversión, para luego retornar. Son pacientes que van mucho a urgencias, son pacientes que tienen muchos accidentes, son pacientes que tienen muchas enfermedades graves, que requieren ingreso hospitalario, ingresos en la UCI, medicaciones cara, intervenciones, etc. Si tenemos la mirada un poquito más amplia y luego ya no hablamos todo el tema social de ingresos en prisión, gastos judiciales, servicios sociales, pensiones, etc. Si tenemos la mirada un poquito más amplia, ese paciente estable más feliz, puede trabajar y puede hacer un montón de cosas. Entonces, confiemos en nuestros pacientes que son buena gente. Hay que darle la oportunidad de que mejoren.

