

# Propuesta sobre los programas de mantenimiento con metadona para el tratamiento de toxicómanos

JOSE VICENTE ESTALRICH CANET\*

## RESUMEN

Se propone que los programas de mantenimiento con metadona cumplan unos requisitos mínimos para evitar los enormes problemas (mercado negro, toxicomanía primaria, etc.) que causa el actual suministro, y la insuficiencia de la Orden del 20 de mayo de 1983 del Ministerio de Sanidad y Consumo. Sin embargo, estos programas sólo deben contemplarse como segunda opción en un número limitado de toxicómanos.

**PALABRAS CLAVE:** Metadona; programa de mantenimiento con metadona (PMM); programa amplio (PA).

## SUMMARY

The author propose that the methadone maintenance treatment observe a minimal requisites to avoid the problems (black market, primary methadone dependence...) that there is at present, and the inadequacy of the order 20-may-1983 (Health Department). However, the methadone maintenance only must to use in a limited number of addicts as a second option.

## 1. Introducción

La actual dependencia a la heroína y otros opiáceos conlleva características diferentes a la de los «antiguos opiómanos» en lo que respecta a los grupos sobre los que incide (mayoritariamente jóvenes), las motivaciones y las consecuencias sociales. Esto ha tenido también su repercusión en los métodos de tratamiento y reinserción social, ya que aun siendo la abstinencia el objetivo prioritario (con sus consiguientes fases de desintoxicación y deshabituación), en muchos casos

ha sido imposible llevarla a feliz término, por lo que se han propuesto estas alternativas; una de ellas son los «programas de mantenimiento con metadona» (PMM).

Los PMM se basan en la hipótesis de que las supuestas propiedades del producto permitirán estabilizar farmacológicamente al paciente, facilitándole, desde este supuesto, su reinserción social.

Las experiencias nacionales e internacionales aconsejan regular su uso y limitar su administración a aquellos casos que se inscriban en los PMM y cumplan los requisitos de inclusión que luego veremos.

\* Médico Adjunto del Servicio de Alcoholismo y Toxicomanías Hospital Psiquiátrico de Bétera (Valencia).

Recibido: 10-4-85.

## 2. Farmacología

La metadona es un opiáceo sintético de acción similar a la morfina, que se puede administrar por vías oral o parenteral y cuya acción dura 24-36 horas.

Presenta adicción física y la supresión produce un síndrome de abstinencia más largo, pero menos intenso que el de la heroína.

## 3. Efectos secundarios

- Diaforesis en un 50% de pacientes.
- Constipación en un 20% de pacientes, y es el único que puede necesitar tratamiento.
- Disminución de la libido.
- Trastornos del ritmo del sueño.
- Trastornos en la concentración.
- Sedación.
- Potencia la acción de otros depresores del S.N.C.
- Posibilidad de sobredosis: la dosis mortal es de 1-1'5 mg. por Kg. de peso en personas no tolerantes.

Cuando los tratamientos son bien administrados estos efectos secundarios son mínimos y raramente son la causa de que se detenga el tratamiento.

## 4. Objetivos de los PMM

- Apartar al paciente de los problemas que comporta el mundo de la droga.
- Evitar la búsqueda de heroína.
- Evitar los efectos de la vía intravenosa y la adulteración.
- Evitar el síndrome de abstinencia.
- Estabilizarlo con un opiáceo de síntesis con efectos menos acusados.
- Abordar al paciente psicosocialmente con el fin de que abandone todo consumo de drogas, incluida la metadona.

## 5. Principios generales

- Los programas deben ser públicos e interdisciplinarios, como labor de salud pública para disminuir la problemática social de la heroínomanía.

- Estricta normación de los PMM tanto en lo referente a los medios personales como científico-técnicos y administrativos.

- Administración directa en los centros

con PMM como norma general.

- Vigilancia y control de las normas dictadas.

- Creación en el Ministerio de Sanidad y Consumo de una **Comisión Central para los PMM** cuyas competencias serán:

- Resolver las solicitudes de autorización de centros.
- Inscripción de los pacientes en el Registro de Toxicómanos sometidos a PMM.
- Elaborar los criterios generales a que deben responder los PMM.
- Estudio e informe de las propuestas y cuestiones que sean sometidos a su consideración.
- Elaboración de una memoria y estadística anual.

- Creación de **Comisiones Territoriales para los PMM** en cada autonomía que dependerán de la Comisión Central y cuya composición en la autonomía valenciana será la siguiente: director general de Asistencia Sanitaria, director general de Servicios Sociales, director del Centro Coordinador de Drogodependencias, un representante por cada Diputación y un representante del INSALUD.

Esta Comisión Territorial tendrá las siguientes competencias:

- Informar de las solicitudes de autorización de centros a la Comisión Central para su definitiva resolución.
- Autorización provisional del Centro, caso de informe positivo.
- Estudiar los informes de los pacientes que quieran someterse a los PMM y autorizar su inclusión si se adecúan a las normas dictadas.
- Planificar las distribuciones de centros y su capacidad.
- Controlar que dichos centros actúan dentro de las normas dictadas.
- Redactar una memoria y estadística anuales.
- Llevar un registro de los pacientes remitidos a los PMM para evitar su duplicidad (esta función se puede delegar en el Centro Coordinador de Drogodependencias).

## 6. Composición y formación de los centros para PMM

- Deberán ser centros públicos; sólo cuando no existan se podrán autorizar otros

privados previa aceptación del programa marcado y con controles públicos periódicos.

- Los centros deberán estar adscritos, directamente o por convenio, a un hospital general, a fin de garantizar la asistencia médica necesaria.

- Los centros deberán proveerse de metadona a través del servicio de farmacia del hospital al que estén adscritos; cuando ello no sea posible concertarán dichos servicios con cualquier oficina de farmacia de la localidad donde se ubiquen y previa autorización de la Comisión Territorial.

- Tener medios suficientes que garanticen su seguridad.

- Disponer de un sistema técnico-administrativo que permita el conocimiento puntual de cada paciente.

- Estar en condiciones de realizar un seguimiento analítico-urinario o contratar dichos servicios con un laboratorio.

- Solicitar su autorización a la Comisión Territorial, para lo cual debe acompañar:

- Descripción detallada del centro.
- Nombre, dirección, D. N. I. y titulación (copia compulsada del título original) de cada uno de los componentes del equipo.
- Copia de los contratos suscritos con el hospital, farmacia y laboratorio, si los hubiere.

- Remitir periódicamente informe del estado y evolución de los pacientes sometidos a PMM.

- Contar con los medios suficientes para realizar un tratamiento psicoterapéutico y social que favorezca la rehabilitación del paciente y promueva como objetivo final la abstinencia total de drogas; asimismo debe estar en condiciones de diagnosticar y, en su caso, tratar las posibles complicaciones (físicas o psíquicas) que sufran los pacientes sometidos al PMM. Por todo ello debe contar con un personal mínimo (un médico psiquiatra, que será el director, un internista, un ATS, un psicólogo, un ATS y un auxiliar por cada 50 pacientes) o bien concertar con otro centro parte de su personal.

## 7. Criterios de inclusión en los PMM

Los enfermos que quieran entrar en un PMM deberán ser remitidos en primer lugar al Centro Coordinador de Drogodependencias; en dicho centro o en el que se realice el PMM se hará un estudio completo del paciente cuyo informe se remitirá a la Comisión

Territorial, que será la que decidirá si el enfermo puede o no incluirse en dicho programa, según cumpla los criterios de inclusión siguientes:

- Dependencia física a los opiáceos de al menos tres años.
- Al menos tres tentativas serias de abstinencia en un programa terapéutico especializado (aquí se incluye la desintoxicación y/o comunidades terapéuticas).
- Edad mínima de 18 años.
- Tener graves complicaciones orgánicas que impidan un tratamiento libre de drogas.
- Toxicómana embarazada de más de tres meses.
- Ausencia de dependencia a otras sustancias con poder adictivo (alcohol, psicotro).
- Ausencia de patología psiquiátrica grave o de afección hepática activa.
- No se podrán acoger a pacientes derivados de la administración de justicia.
- Domicilio fijo en algún lugar de la provincia.
- No convivir con otros heroinómanos.

## 8. Características del programa

- Cada paciente aceptado firmará un contrato terapéutico donde se le indicarán las normas que debe seguir, el tratamiento a que debe someterse y las posibilidades de exclusión con la imposibilidad de volver en seis meses si queda excluido por no seguir las normas.

- La duración no podrá superar los 12 meses, aunque se podrá renovar si se observa una utilidad terapéutica para el paciente; la renovación debe ser autorizada por la Comisión Territorial, así como la interrupción por no atenerse al contrato terapéutico.

- La metadona debe ser administrada en solución oral y en el mismo centro, salvo casos excepcionales que podrá autorizar la Comisión Territorial.

- La dosis diaria no excederá de 60 mg., excepto los casos excepcionales que autorice la Comisión Territorial.

- Transcurridos seis meses y si se dan las condiciones favorables, a juicio de la Comisión Territorial, se podrán espaciar las visitas diarias con un mínimo de dos veces por semana bajo la responsabilidad del director.

- En casos excepcionales, y si la evolución del paciente lo aconseja, la Comisión

Territorial podrá autorizar el suministro de metadona suficiente para una semana, pero bajo la supervisión del sanitario local al que esté adscrito el paciente.

— En cualquier momento se podrá pedir al paciente orina para su análisis; es aconsejable realizarla una o dos veces por semana al principio, para pasar luego a un mínimo de dos mensuales cuando el paciente está estabilizado. El análisis mínimo debe incluir heroína, metadona y cocaína; en ciertos casos se puede pedir barbitúricos, cannabis y benzodiazepinas.

— Cuando el paciente deba ingresar en un hospital no debe de interrumpirse el tratamiento, para lo cual el director del centro del PMM deberá ponerse en contacto inmediatamente con el director del hospital donde ingrese el enfermo.

## 9. Riesgos de los PMM

Los riesgos de estos programas pueden ser reducidos con unas medidas adecuadas:

— Inducción de una toxicomanía primaria: por ello se debe estudiar al paciente y a su familia; pudiendo incluso realizar la prueba de la naloxona.

— Anulación de la voluntad de abstinencia: pruebas de haber intentado tratamientos serios de abstinencia.

— Consumo de heroína u otras drogas: análisis de orina.

— Venta ilegal de metadona: solución oral y administrada en el centro; reajuste periódico de dosis basándose en medidas objetivas de abstinencia.

— Inclusión en varios PMM: registro autonómico y central de casos; sólo admitir pacientes de la provincia.

— Evolución desfavorable: apoyo y tratamiento psicoterapéutico y psiquiátrico.

— Evolución desfavorable: apoyo y tratamiento psicoterapéutico y psiquiátrico.

— Demanda continua de aumento de dosis: realizar abstinencia física y empezar de nuevo con dosis reducidas.

— No observación de las normas: estudio psicosocial y, en su caso, exclusión del programa.

— Tratamientos insuficientemente cualificados: necesidad de un equipo pluridisciplinario e impedir la distribución por médicos generales.

## 10. Consideraciones finales

Conscientes de los múltiples problemas que está causando la actual dispensación de metadona y conscientes de las complicaciones que incluso los programas bien llevados pueden tener, es necesario que la Administración contemple la posibilidad de programas amplios en los cuales el objetivo prioritario será la abstinencia total de tóxicos, y los PMM sólo deberán contemplarse como segunda opción para un número reducido de toxicómanos que previamente hayan fracasado en otras alternativas.

Estos programas amplios deberán contar con las máximas posibilidades: dispensarios especializados, centros de desintoxicación, hospitales de día y/o noche, comunidades terapéuticas, tratamiento con antagonistas, casas a medio camino, centros de postcura, etcétera..., que impidan que aumente el número de enfermos sometidos al PMM o bien recojan a los que estando sometidos a dicho programa deseen abandonar su consumo.

## BIBLIOGRAFIA

- Propuesta que eleva a la consideración del Excmo. Sr. Ministro de Sanidad y Consumo la comisión asesora Gobierno-Generalitat (1984), Barcelona, 29 mayo 1984.
- Rapport sur la méthadone* (1984), Suisse, Commission fédérale des stupefiants-groupe de travail «méthadone» de la Sous-commission «drogue».
- MASFERRER, J. et al. (1984), *Programas de mantenimiento con metadona*, XII Jornadas Sociodrogalcohol de Granada.
- GMÜR, M. (1983): «Les limites du traitement à la méthadone des héroïnomanes», *Bul. des médecins suisses*, 64, 1975-1977.
- Secretario de Estado para Asuntos de Bienestar, Salud y Cultura de Holanda (1983), *Suministro legal de heroína*, Holanda, comité especial sobre Política en Drogodependencias.
- CAMI, J. (1984): «Aspectos farmacológicos de la dependencia de heroína», *Farmacoterapia* 1 (5), 291-296.
- DI FIANDRA, T. (1984): «Personnel médicale et traitement à la méthadone. En: Groupe Pompidou», *Symposium sur le personnel s'occupant de toxicomanies ou de problèmes liés à la toxicomanie*, Strasbourg, Conseil de l'Europe, pp. 102-105.
- EGE, P. (1984): «Traitement prolongé à la méthadone au Danemark. En: Groupe Pompidou», *Symposium sur la prise en charge des toxicomanies lourdes*, Strasbourg, Conseil de l'Europe, pp. 109-110.
- DUGARIN, J. (1984): «Programme de substitution par la méthadone en France». En: Id., pp. 111-113.
- HECKMANN, M. W. (1984): «Abstinence ou maintenance?» En: Id. pp. 114-123.