

Utilización de metadona en el tratamiento de las personas dependientes de opiáceos. Una experiencia hasta el año 1988 en el Centro de Dispensación de Metadona de Valencia

Roig Moliner, Angeles
Directora del Programa de Toxicomanías
de Cruz Roja.
Comunidad Autónoma de Madrid

RESUMEN

La metadona es un tratamiento de los adictos a opiáceos que seguramente está infrutilizado en nuestro país. Sin entrar en disquisiciones morales, este artículo pretende ser una guía práctica para los médicos que crean útil disponer de una posibilidad más dentro del arsenal terapéutico ante la drogodependencia. La experiencia adquirida por la autora en el Centro de Dispensación de Metadona de Valencia le sirve para repasar la bibliografía y dar unas normas básicas de utilización de este agonista opiáceo.

Palabras clave: *Toxicómanos, tratamiento, metadona. Abstract.*

SUMMARY

Methadone is a treatment for opiate addicts which is not widely used in our country. Without entering into moral disquisitions, this article is intended to be a practical guide for doctors who think that it is useful to have another option available to add to their arsenal against drug addiction. The experience acquired by the author in the "Centro de Dispensación de Metadona de Valencia" enables her to revise the bibliography and give some basic norms for the use of this opiate fighter.

Key-words: *Drug-addicts, treatment, methadone.*

Correspondencia a:
A. Roig Moliner
C/. Jaime Roig, 19, 5.º-A - Valencia-46010

INDICE

1. Introducción. Breve reseña histórica.
2. Farmacología de la metadona
 - 2.1. Mecanismo de acción
 - 2.2. Efectos secundarios
 - 2.3. Contraindicaciones
3. Selección de pacientes
 - 3.1. En tratamientos de desintoxicación
 - 3.2. En tratamientos de deshabitación
 - 3.3. En tratamientos de mantenimiento
4. Fases del tratamiento
 - 4.1. Inicio
 - 4.1.1. Protocolo de inclusión
 - 4.2. Estabilización
 - 4.2.1. Dosis
 - 4.2.2. Modos de administración
 - 4.2.2.1. Informar de su dosis al paciente
 - 4.3. Mantenimiento
 - 4.4. Finalización
5. Programas de apoyo psicológico y social.
6. Resultados
 - 6.1. Eficacia terapéutica
 - 6.2. Tasas de retención
7. Bibliografía

INTRODUCCION

La metadona está infrautilizada en nuestro país. No solamente como medicamento para los adictos a opiáceos, sino incluso como fármaco analgésico potente para enfermedades terminales muy dolorosas como diferentes tipos de neoplasias, politraumatizados, quemados, etc.

Esto puede derivarse de los trámites legales que hasta ahora se requieren para su prescripción y de otras causas en las cuales no vamos a entrar. La causa citada parece ser que se va a paliar con la nueva legislación sobre prescripción de estupefacientes, y esperemos que sea suficiente de cara a hacer más fácil su utilización con la finalidad de un uso más racional de los morfínicos.

También quizás son medicamentos poco conocidos por los sanitarios y que crean cierto reparo en su utilización debido a la dependencia que crean y el desconocimiento

del manejo de esta posible adicción yatrogénica. Tampoco queremos aquí pasar por alto la regla de oro de la medicina que desde el descubrimiento de la heroína y la morfina como tratamiento de la morfomanía y de la adicción al opio respectivamente causó tanto daño: "Nunca se administrará a un paciente droga alguna que sea más peligrosa que la enfermedad que padece." (Citado por Milton Silverman en "Drogas Mágicas", 1947.)

En este artículo voy a centrarme en su utilización como tratamiento de las adicciones, refiriéndome a la heroínomanía, aunque espero que sea también clarificador respecto a sus efectos para otro tipo de aplicaciones.

Aproximación histórica al uso de este agonista

La metadona es un producto sintético que se produce por manipulaciones químicas en laboratorio. Fue elaborada por químicos alemanes durante la segunda guerra mundial y químicamente es la 6-dimetilamino-4,4-difenil-3-heptanone.

Se elaboró en Alemania, como decimos, y Kleiderer et al., en 1943, fueron los primeros que lo publicaron. "El conocimiento de los compuestos tipo morfínico preparados por los químicos alemanes durante la guerra venían pequeños después de la victoria de los aliados en Europa. Entre esos compuestos estaba el 6-dimetilamino-4,4-difenil-3-heptanone designado como Amidon con el número de serie alemán 10820 (Scott and Chen 1946; Eddy 1947). Amidon o Methadone (originalmente Methadon) duplicaba los efectos de la morfina (...), pero tenía varias diferencias importantes en su acción en humanos" y fue utilizada como analgésico. Es, por lo tanto, conocida desde hace más de cuarenta años.

Desde el principio se supuso su acción sobre los centros nerviosos específicos de la morfina por la similitud de su acción y de sus propiedades.

Dole, V. fue el primero en utilizar la metadona como tratamiento de mantenimiento de las personas dependientes a la heroína, teniendo como base una teoría que se ha dado en formular "metabólica". El comparó la heroinodependencia con la diabetes y supuso que las personas necesitaban del opiáceo como

los diabéticos necesitan de la insulina, es decir, por una falta metabólica de la sustancia en su organismo, y que la metadona venía a cumplir ese papel. A partir de esa hipótesis propuso el tratamiento con metadona como se conoce actualmente en EE.UU., es decir, a largo plazo.

En nuestro medio la actualidad del tema es sabida. El Gobierno, y en su nombre el P.N.D., está modificando desde hace unos años las normas que regulan este estupefaciente e incluso el tipo de tratamientos posibles con él y tiene previsto realizar experiencias piloto en algunas cárceles españolas, según nos hemos podido enterar por la prensa diaria.

Sin embargo, el debate sobre tratamientos con metadona en nuestro país todavía no se ha realizado. Ni está contestada con un mínimo consenso la cuestión previa: ¿debería ser usada la metadona como tratamiento de heroínomanos?, ni, por lo tanto, se han planteado los problemas derivados del anterior: ¿cómo debería usarse la metadona en un tratamiento eficaz de drogodependientes?, o ¿a qué tipo de población heroínomana debería ir dirigido este tratamiento?, etc.

El objetivo de este artículo es colaborar en lo posible en la clarificación de tan controvertido tema y facilitar una guía a los médicos que estén interesados en la utilización del fármaco como tratamiento de las personas adictas a opiáceos.

2.1. Mecanismo de acción de la metadona

La metadona es una sustancia blanca, cristalina y amarga con muchas propiedades del tipo morfina y con una estructura química de configuración cíclica que puede explicar la similitud de acción con los opiáceos. Como éstos tiene efecto analgésico y a dosis altas produce sedación pudiendo llegar a producir depresión respiratoria como agonista opiáceo que es.

Es efectiva por vía oral (a diferencia de la morfina), aunque también subcutánea o I.V., y se absorbe en el tracto gastro-intestinal en el plazo de una o dos horas el 85% del total. Después de su metabolización hepática se difunde por todos los tejidos. Atraviesa la ba-

rrera placentaria y la hematoencefálica y llega al S.N.C. sólo la parte libre, la no ligada a las proteínas del plasma. La hipótesis generalmente admitida es que actúa en los receptores opiáceos al igual que la morfina y los opiáceos endógenos (encefalinas, endorfinas), es así como ejerce sus acciones tipo-morfínicas. La propiedad de la metadona de fijarse en los tejidos y liberarse progresivamente permite mantener unas tasas sanguíneas estables durante al menos 24 horas, lo que le proporciona una de sus cualidades terapéuticas.

La vida media puede aumentarse alcalinizando la orina (por ejemplo, tomando bicarbonato). Existen fármacos como la fenitoina y la rifampicina que aceleran su metabolismo pudiendo provocar un SAO en los adictos a metadona.

Su eliminación es en forma de sus metabolitos por la orina, el sudor y la bilis.

El clorhidrato de metadona produce tolerancia cruzada con los opiodes, lo que puede explicar el llamado efecto de "bloqueo" ante consumos de heroína en personas bajo tratamiento con dosis altas de metadona. Esto es, no notar los efectos buscados (euforizantes) de la inyección de heroína en pacientes en tratamiento con dosis de 120 y más mg. de metadona al día.

2.2. Efectos secundarios

Si dejamos de lado la dependencia, la metadona presenta mínimos efectos secundarios en comparación con otro tipo de tratamientos o de uso de drogas. Siempre que se utilice la dosis adecuada para cada paciente, la mejoría de la heroínomanía es rápida y yo diría que espectacular en algunos casos. El "drug-craving" o "hambre" o la querencia (así podríamos denominarlo en castellano, ampliando su acepción, y sin recurrir a anglicismos) de la heroína desaparece durante 24 horas y la apatía, anergia, agresividad o tensión interior además de todos los efectos derivados del uso de drogas I.V., dejan de estar en el centro de la vida del paciente.

No tiene efectos perniciosos sobre un hígado dañado previamente por una hepatitis crónica o unas transaminasas elevadas o por presencia de Hbs (+). Tampoco tiene ningún

efecto negativo en pacientes que tengan afectación renal crónica ni en relación a un mayor aumento de la tasa sanguínea de metadona, pues se elimina también por la bilis.

Produce una disminución de la FSH y de la LH y un aumento de la prolactina que se traduce en tensión mamaria y aumento del tamaño de las mamas. También suele aparecer amenorrea o reglas irregulares, pero todas estas alteraciones se normalizan al poco tiempo de tratamiento o disminuyendo la dosis. Provoca también, como los narcóticos, estreñimiento, náuseas, vómitos, somnolencia, sedación y euforia que desaparecen si se disminuye la dosis o al tiempo de tratamiento. Los vómitos suelen indicar una dosis demasiado alta si no son atribuibles a otra causa y el estreñimiento es el efecto más pertinaz. La presencia de diarrea suele indicar una dosis demasiado baja si no existe otra causa que lo justifique.

Los efectos a más largo plazo suelen ser la transpiración exagerada y la constipación. Produce también una disminución de la libido, impotencia, eyaculación retardada, aunque me imagino que con dosis altas, pues en mi experiencia de dosis de 40 mg. o menos la mayoría de los pacientes niegan estos síntomas.

Sobre el apetito los efectos no son constantes, pues puede aumentarlo o que llegue a desaparecer y es también muy frecuente el insomnio.

2.3. Contraindicaciones

No puede hablarse de contraindicaciones sino de riesgos del uso. Un posible riesgo es la sobredosis que provoque parada respiratoria con peligro de muerte como con cualquier otro opiáceo. Como es sabido, una dosis que no es mortal para un heroínmano, sí lo es para una persona no dependiente a la heroína. La dosis letal para una persona no dependiente es aproximadamente de 1 a 1,5 mg. por kg. de peso, pero debido al fenómeno de la tolerancia, un heroínmano puede tomar más de 120 mg. sin sufrir una sobredosis. Sin embargo, hay ciertos medicamentos que potencian la acción de la metadona como los antidepresivos, los barbitúricos, las benzodiazepinas y también el alcohol y, por supuesto, la heroína. Como la acción

de la metadona dura 24 horas, conviene prevenir al paciente de que no tome nada de esto en este tiempo. También hay que tenerlo en cuenta en la primera dosis que se vaya a administrar.

Otro de los riesgos mayores sería el crear una dependencia de tipo morfínico en personas que anteriormente no fueran dependientes a la heroína, sino que "tontearan" de vez en cuando. Se podría evitar con el control, por parte del equipo responsable del tratamiento, de la inclusión en el Programa de pacientes dependientes durante bastante tiempo y con la realización sistemática de análisis de orina para detectar opiáceos, cada vez que se crea conveniente, antes de incluirlo en un programa de metadona. También conviene exigir al paciente que acuda al Dispensario una vez iniciado el S.A.O. para tomar su primera dosis y de esta forma poder evaluar los signos y síntomas antes de iniciar el tratamiento definitivamente.

3. Selección de pacientes

Para no caer en los peligros antes citados, conviene hacer una selección de los pacientes para los cuales la metadona está indicada. Hasta ahora las indicaciones que regían los Programas de metadona puestos en marcha eran:

- Ser mayor de 18 años.
- Tener una dependencia de la heroína de al menos 3 años de duración.
- No concomitancia con otros consumos (politoxicómanos)
- No tener una enfermedad psiquiátrica grave.
- Haber realizado al menos dos tratamientos previos libres de drogas.

Y las indicaciones que hoy está aplicando la Comisión Reguladora de los Tratamientos con Metadona de la Comunidad Valenciana para ingreso urgente al Programa son dos: el estar embarazada y no asegurar una abstinencia a la heroína durante el periodo de embarazo y el tener una enfermedad grave como el SIDA (no el VIH (+), sino el Síndrome).

Puesto que estas condiciones han cambiado, me permito hacer algunas consideraciones basadas en mi experiencia en el Dispensario de metadona de Valencia.

Tanto la edad exigida como los dos años de dependencia me parecen medidas acertadas como regla general. Sin embargo creo que el médico o equipo terapéutico debe de tener la suficiente flexibilidad para considerar la posibilidad de saltárselas, siempre que los riesgos que corra el paciente, que sigue inyectándose varias dosis diarias de "algo" que además lleva heroína, sean mayores que la ventaja de tomar metadona bajo control sanitario.

La no concomitancia con otros consumos simplemente me parece un supuesto utópico. La absoluta mayoría de heroínomanos consume o ha consumido otras sustancias y aunque su mayor dependencia e incluso su preferencia esté centrada en la heroína, casi siempre que no la consigue va a intentar consumir otras cosas; y a veces, en ciertos heroínomanos de grupo donde el consumo es, por llamarlo así, social, consumen generalmente también haschish entre ellos y, cómo no, tabaco y cuando hay, cocaína, etc., etc.

Pienso, como Deglon, que los pacientes psicóticos se pueden beneficiar del tratamiento con metadona. Y no sólo para mejorar su toxicomanía sino también para evitar crisis psicóticas posteriores. Además, otras patologías psiquiátricas, como las neurosis, también son susceptibles de tratamiento con metadona quizá por otros motivos que los psicóticos, pero también mejoran tanto su dependencia de la heroína como su neurosis sin entrar en su mejora laboral, social, etc., que luego comentaremos.

El exigir al menos dos tratamientos previos libres de drogas le daba al Programa de Metadona un cierto aire de premio paradójico. Esto es así porque, en la práctica, el paciente que quería un tratamiento con metadona y directamente lo solicitaba, si no cumplía esas condiciones, el médico le informaba que él no se encontraba entre los supuestos de la Comisión para estar indicado en él ese tratamiento. Que debería intentar una desintoxicación con medicación habitual (ansiolíticos, analgésicos y un hipnótico) y que si no le iba bien ("fracaso" en el tratamiento), entonces ya tendría los dos tratamientos necesarios para entrar en el Programa de Metadona. Esa condición era, por tanto, insostenible en sí

misma. Sólo si fracasaba se le premiaba (o se le proporcionaba lo que pedía) con lo cual me parece un mal comienzo, no sólo para un tratamiento, sino también para una relación, la de médico-paciente, que debería ser terapéutica.

La selección de pacientes para tratamientos de DESINTOXICACION, sean ambulatorios o domiciliarios, puede hacerse de forma mucho más amplia que para el otro tipo de tratamientos. No creo que tenga ninguna contraindicación, pues las dosis que se utilizan son muy bajas y el tiempo de toma muy corto y si el paciente está motivado a desintoxicarse es una de las formas más inocuas y cómodas de realizarla. Haciendo tratamientos de 15, 20 y hasta 30 días y comenzando con dosis de 25, 30 ó 35 mg. al día, se puede ir disminuyendo de 5 mg. en 5 mg. cada día y los últimos 5 mg. ir más lentamente, pues el síndrome de abstinencia de metadona empieza al cuarto día y no puede dejarse en la calle o habiendo "terminado" el tratamiento cuando el paciente todavía se encuentra mal. Posteriormente se puede añadir un hipnótico suave, pues el insomnio es pertinaz. Todo esto, por supuesto, acompañado de todas las demás medidas de apoyo que se requiere en drogodependencias. Las tomas es muy importante que sean controladas, bien por acudir a un Centro a tomar la dosis, bien por serle proporcionada por el D.U.E. o A.T.S. que acuda a la visita domiciliaria.

Sin embargo, creo que existen en el mercado otras opciones de tratamiento igualmente válidas, pues también mantienen al paciente libre de síntomas como son la clonidina, la guanfacina o incluso la buprenorfina que tienen más ventajas para el tratamiento de desintoxicación.

La selección de pacientes para este tratamiento no es necesaria más que la voluntariedad y todas las condiciones que se exigen para iniciar cualquier otro tipo de tratamiento de desintoxicación, pero teniendo en cuenta si merece la pena usar metadona u otros fármacos.

Sí es necesaria la selección para incluir un paciente en tratamiento de DESHABITUACION y ésta se refiere a los comentarios anteriores. Que haya intentado dejar la heroína

por otros medios y no haya sido capaz de controlar la querencia me parece fundamental. Que tenga una patología orgánica grave que va a empeorar si continúa el uso de heroína y que tenga intención y posibilidad de conseguir rehacer su vida con un trabajo o familia, etc., y que no pueda hacerlo sin tomar un opiáceo, pero que se le podrá motivar lo suficiente, cuando tenga su vida más encauzada, a que deje también la metadona.

Para seleccionar a los pacientes de cara a un tratamiento de MANTENIMIENTO deben valorarse también que su vida no pueda reorganizarse a corto plazo y que no tenga ninguna motivación para hacerlo por sus circunstancias, sobre todo sociales y familiares: no tener familia, ni trabajo, ni un grupo social y que todo su círculo se reduzca al mundo de la heroína y de la delincuencia y/o marginalidad. Que su deterioro, en fin, tanto físico como social, aconsejen el mantener a esa persona apartada de esos círculos para evitar males sociales mayores como contagio I.V. y/o venéreo de enfermedades. Aquí estarían incluidos muchos delincuentes (interesante la metadona en las cárceles) y prostitutas.

A pesar de todo lo dicho, la delimitación entre personal apropiado para deshabitación o mantenimiento no es tan clara y muchas veces lo que se ha propuesto como un enfoque más corto de deshabitación, conviene prolongarlo tanto que ya se asemeja a mantenimiento y viceversa. La versatilidad es conveniente cuando de lo que se trata es de conseguir una estabilización y una mejora en las condiciones del paciente.

4. Fases del tratamiento.

4.1. Inicio

Antes de iniciar el tratamiento propiamente dicho y después de considerar a ese paciente apropiado para entrar en el Programa, se realiza un protocolo y se firma el contrato terapéutico donde consten diversos datos de interés para el paciente y de interés para el médico.

El contrato que firma el paciente debe tener explicado los peligros que conlleva este tratamiento y a lo que el paciente se compromete. Y en el resto debe constar los datos

personales, a poder ser de forma que se mantenga la confidencialidad, sociodemográficos, clínicos, analíticos, jurídicos y psicológicos. También tendrá una parte final con los datos relativos al tratamiento que se solicita: dosis, tiempo de duración, revisiones, y compromiso de seguimiento del médico a lo largo de todo el tratamiento. En el anexo 1 se resume el protocolo utilizado hasta ahora por la Comisión de Metadona de la Comunidad Valenciana.

4.2. Estabilización.

4.2.1. Dosis

La dosis inicial es un tema importante. ¿Cómo acertar con la dosis que es más conveniente para ese paciente determinado? Sobre esta cuestión hay diversas opciones (como en casi todo) y voy a hacer algunos comentarios al respecto.

Es muy importante no empezar nunca con la dosis total que se prescriba al paciente, con 25-35 mg. suele ser suficiente para la primera dosis. Y otra consideración, no conviene empezar cuando el paciente presente síntomas de intoxicación por otras drogas, medicamentos o alcohol.

Como es lógico suponer, depende en gran medida de lo que esté consumiendo el paciente antes de entrar al tratamiento, de su grado de dependencia. Pero no sólo es eso. Está publicaco que 1 gr. de heroína considerado de una pureza del 8% puede ser contrastado con 20 mg. de metadona. Es decir, un paciente que esté consumiendo 1 gr. al día en varias dosis (generalmente 3), no necesitará más que 20 mg. de metadona en una dosis única al día para evitar que aparezcan síntomas de abstinencia. Sin embargo, en la práctica vemos que no sólo es fundamental que no aparezcan síntomas de abstinencia, sino que se elimine el "drug craving", la querencia de la heroína. Para esto es imprescindible utilizar dosis más altas. De todas las maneras, en todos los países con programas de metadona tienen por norma el uso de las llamadas dosis "de bloqueo". Con dosis de aproximadamente 100 mg. se evita que la inyección de heroína produzca ningún tipo de efecto (*i*), debido a que todos los receptores específicos cerebrales están saturados, con lo

cual, y por ineficacia, el paciente deja de consumirla. Sería un poco el mismo sistema que con naltrexona, aunque al revés. En lugar del antagonista se provoca un efecto de saturación con un agonista.

En algunos países europeos no se cree necesario una dosis alta y en el nuestro, en la práctica, no se están utilizando dosis tan altas. Entre otras cosas porque la ley no lo permite, aunque deja la posibilidad de que la Comisión Reguladora de los Tratamientos con Metadona de cada comunidad valore si hay casos en los que merece la pena. De hecho no se está haciendo. Yo pienso que serían sólo casos excepcionales y que previamente debería intentarse mantener al paciente con dosis más bajas. En la práctica la mayoría de los pacientes se mantienen con la dosis legislada de 40 mg. al día. Esto sería lo más correcto para tratamientos en los que el objetivo es la deshabitación. Si conseguimos mantener al paciente en el programa con 40 mg. durante seis meses, a partir de ese momento puede empezar a pensarse en ir disminuyendo poco a poco, por ejemplo, es una buena pauta disminuir 1 mg. semanal. Con pacientes cuyo perfil sea de mantenimiento, que voluntariamente acepten tiempos más largos (años) de tratamiento y que tengan una predisposición a acudir a diario a tomar su jarabe; junto con todas las características de ser un paciente crónico, con múltiples intentos y recaídas cuyo principal motivo de recaída sea el no control de la que-
rencia, con este tipo de pacientes es conveniente mantenerlos con 60 ó 80 mg. al día durante al menos dos años.

Todo este larguísimo tiempo puede parecer exagerado al que no esté familiarizado con estos pacientes, pero con toxicómanos y más con tratamientos con metadona, es muy importante la retención en el tratamiento, pues mejora el pronóstico y debe no tenerse prisa en la obtención de resultados, ya que esto no quiere decir que no se vayan a obtener, sino que la medida del tiempo es mucho más larga.

4.2.2. Modos de administración

La administración debe hacerse *en todos los casos* por vía oral. Lo más conveniente se-

ría hacer un jarabe de metadona disolviendo clorhidrato de metadona (la metadona no es soluble en disolventes orgánicos) en agua destilada al 0,2% para que la conversión de la medida sea fácil. Otros farmacéuticos prefieren la solución al 0,5% y así la medida es de 5 mg. por 1 cc., con lo que la cantidad de jarabe a administrar es menor. Como es bastante amarga, el jarabe de metadona al 0,2% puede medirse con una jeringuilla de 5 cc. por la mitad de la dosis que se quiera administrar y a esa cantidad se le añade un jarabe simple o cualquier otro líquido dulce como zumo hasta llenar el vaso. De esta forma es cómo se está realizando en muchos centros en nuestro país.

La absorción y metabolización del jarabe es más rápida y los pacientes notan una "subida" del efecto que puede ser beneficiosa para retenerlos en el programa, pero que les puede molestar a "los pacientes más estabilizados y liberados de los reflejos condicionados de la toxicomanía". En otros sitios se dispensa en forma de pellets, de comprimidos o de supositorios precisamente por evitar estas características farmacocinéticas.

4.2.2.1. Informar de su dosis al paciente

Desde su inauguración, en el C.D.M.V. se siguió una norma: no se le informaba al paciente de la dosis que tomaba. Tras 2 años de funcionamiento y habiéndose estabilizado y aceptado por los pacientes las reglas de dispensación y control del Centro, se hicieron numerosas excepciones a la regla general. La medida fue tomada para eliminar la preocupación de los pacientes cuando se les disminuyera la dosis, pero posteriormente se ha visto que esta preocupación aumenta, pues creen no tener suficiente dosis o que ésta está mal dispensada. Estos resultados coinciden con la experiencia del MMTP de Nueva York.

4.3. Mantenimiento

Una vez se han estabilizado los pacientes, después del primer o segundo mes en tratamiento con la dosis de 40-50 mg., muchos de ellos con algo más, conviene ir aumentando la dosis de forma mucho más lenta que al principio en el grupo de pacientes que no se

ha logrado controlar la querencia y que sean adecuados en principio para el mantenimiento. Yo soy partidaria de aumentar la dosis lentamente por dos motivos, uno de ellos por evitar que la tolerancia que produce la metadona haga que llegue un momento que sea insuficiente en una fase en la que todavía no ha dado tiempo al paciente a perder unos hábitos y un modo de vida alrededor de la heroína y pueda recaer en el consumo, y el otro motivo, que si el aumento es rápido y sólo al principio le estamos provocando una sensación de "subida", un efecto que le puede recordar demasiado el producido con la inyección de heroína y eso hacerle también querer repetirlo varias veces al día y, por lo tanto, recaer en el consumo. Creo que el aumento de 1 mg. a la semana evita las dos cosas y permite llegar a la dosis de 60-80 mg. a los seis meses de tratamiento en la que puede mantenerse.

Es fundamental los frecuentes análisis de orina y el enfoque personalizado del TMM, pues dependerá de ello el éxito o fracaso del tratamiento.

4.4. Finalización

Puede hacerse de forma hospitalaria o ambulatoria.

En el mismo Centro se empiezan a reducir las dosis muy lentamente para que el paciente note la menos falta posible, muchas veces será con 1 mg. al mes o 1 mg. cada 15 días y estar algún tiempo una vez se ha alcanzado la dosis de 15 ó 20 mg. (con 15 es preferible, pues pueden llevársela a casa y acudir al centro 2 veces por semana, siempre que le den negativos los análisis de opiáceos en orina). Cuando se llega a una dosis de 2 mg. puede ser necesario pasar a 1,5 mg. y mantener 1 ó 2 meses y luego pasar a 1 mg. y mantener también otros 2 meses, pues notan la falta y pueden tener conatos de SAO que les hagan recaer o haber adquirido como una fobia a vivir sin metadona que les provoca ansiedad. Es importante el apoyo psicoterapéutico si es solicitado por el paciente y puede hacerse también un apoyo farmacológico con clonidina o lofexidina para poder hacer una desintoxicación de la metadona más rápida.

De forma hospitalaria es mucho más rápido, pero tiene que estar en una dosis ase-

quible a la desintoxicación en 15, días que es el tiempo que suele estar ingresado. Por esto yo no recomiendo ingresar a nadie con dosis mayores de 30-40 mg. Debemos recordar que el SAO de metadona empieza de forma masiva a los cuatro días de la última dosis y tiene una duración de unos 15 días, por lo que no debe darse el alta nunca sin estar el paciente al menos 2 semanas sin tomar metadona, cuando viene de un TMM. Otra cosa diferente son los que se les desintoxica con dosis pequeñas de metadona en hospital sin que anteriormente la hayan consumido. También puede ayudarse con clonidina, lofexidina o difenoxilato hidrocloreto administradas solas o con naltrexona.

5. Programas de apoyo psicológico y social

Es fundamental para que un TMM funcione con unas mínimas perspectivas. Sin estos dos tipos de programas de seguimiento me atrevo a decir que no se consigue casi nada.

Es curioso que el enfoque tan biologicista que hacen Dole y Nyswander del TMM como que es el metabolismo del paciente "dañado" el que necesita de la metadona para volver al equilibrio de sus funciones, vaya, sin embargo, acompañado de forma insistente de la importancia de estos dos tipos de apoyo que comentamos. Qué no será entonces de las ideas que tienen los especialistas que no tienen un enfoque tan biológico sino más psico y/o sociológico. La OMS también ha insistido mucho en este punto, ya que el objetivo del tratamiento es la readaptación social y personal del drogodependiente. Yo sólo quiero remarcarlo, pues aunque algún trabajo (Desmond, D.P. citado por Bronet) considera inútil la ayuda psicoterapéutica y otros obtengan resultados dispares respecto al beneficio de los pacientes en TMM de un tratamiento psicoterapéutico, aludiendo a la dificultad del diagnóstico psiquiátrico de las toxicomanías, me parece fundamental que no sólo los pacientes con otros diagnósticos además del diagnóstico de adicto sean los que se puedan beneficiar de una psicoterapia. Lo que sí es cierto es que hay pacientes con otras patologías psíquicas que se benefician del fármaco metadona. La interpretación que puede

darse a esa observación clínica será diferente si la observación se hace desde el punto de vista biológico o el psicológico. Por mi profesión y también por mi formación y elección voy a dar una hipótesis desde el nivel psíquico.

El drogodependiente con una estructura neurótica se encuentra en un círculo vicioso con el uso de la droga. Esto es común a todos los drogodependientes, pero en el neurótico influyen, creo yo, más los sentimientos de culpa para poder manejar la cura. Al inyectarse una droga ilegal y con todos los peligros que conlleva esa vía de administración y esa ilegalidad, la personalidad neurótica calma o acalla los sentimientos de culpa, pues está produciéndose un daño a sí mismo que simbólicamente puede entenderse como un castigo necesario para dejar de culpabilizarse. Calma así la angustia, con lo cual se retroalimenta la situación, pues obtiene el efecto deseado y deberá continuar con el consumo cada vez que la angustia o la culpabilización aparezcan.

Al dar metadona se rompe ese círculo, pues es el médico el responsable de proporcionar el fármaco sin ningún peligro y sin ninguna connotación de castigo en esa toma. Reaparecen los sentimientos de culpa y de ahí lo frecuente en la clínica de observar una depresión en los pacientes que dejan, aun temporalmente, el consumo I.V. de heroína. Esta angustia y la culpabilidad es lo que se va a poder manejar en las entrevistas psicoterapéuticas con una finalidad curativa. También por este motivo hay que tener cuidado con posibles suicidios al iniciar una psicoterapia con pacientes que toman metadona. Este suicidio quedaría oculto por ser en forma de inyectarse una sobredosis de heroína lo más frecuente, pero, quitando la parte "accidental", de ese hecho es conveniente no culpabilizar más de lo que ya por sí mismo el tratamiento lo hace y en muchos casos ofrecer un apoyo para desculpabilizar pues esa situación puede llevar al abandono del tratamiento o a un acting out que le lleve hasta el suicidio.

El proceso en las psicosis no sería el mismo, pero también se observa la mejoría. Se espacian las crisis psicóticas o desaparecen si la dosis es adecuada y si tienen un segui-

miento psicoterapéutico, que es al fin y al cabo donde se valora la sintomatología.

Por todo esto, la psicoterapia, enfocada como un apoyo al paciente, es fundamental. Es voluntaria. Esta posibilidad deben tenerla, y si no la utilizan, tampoco se debe penalizar respecto a la dispensación de metadona (creo que eso se está haciendo en algún Centro).

Lo mismo debe hacerse con el apoyo de una consulta de asistente social, donde se trabaje la reinserción laboral, familiar, etc.

6. Resultados

La eficacia terapéutica de los Programas con metadona es muy controvertida. Sobre todo porque no se sabe qué pedirle al tratamiento. Si el objetivo es aumentar la calidad de vida de los pacientes solamente (tanto física como psíquica), sin exigir la desintoxicación de metadona ni la abstinencia absoluta a otros tóxicos (alcohol), puede hablarse de unos resultados. Si el objetivo es sacar de la marginalidad e integrar laboral y socialmente al drogodependiente y evitar la delincuencia, serán otros. Si se refiere a la retención en el tratamiento o a su abandono. O si se refiere a la vida integrada una vez se ha dejado el TMM. Todos estos y más parámetros pueden valorarse a la hora de hablar de eficacia terapéutica.

La experiencia del CDMV no permite evaluar muchos de estos parámetros y sólo valoraré, sin un estudio pormenorizado, los aspectos más generales que pueden observarse sin referirme a porcentajes.

La mayor conquista se refiere al objetivo propuesto inicialmente que tenía que ver con beneficios sociales más que individuales. La metadona ha desaparecido del mercado negro de la ciudad y sólo la pueden tomar los pacientes bajo un control médico y farmacéutico. Gracias a esto muchos pacientes se han beneficiado de la normativa de control que se impuso al iniciar el Programa y acuden diariamente desde hace dos años a tomar su dosis, esto hace que su vida se organice alrededor de esta circunstancia al igual que antes la organizaban alrededor de la heroína, pero con todas las ventajas sobre su salud física y mental que de ello se deriva. También otro grupo ha dejado de traficar con metadona,

Utilización de metadona en el tratamiento de las personas dependientes de opiáceos. _____

aunque esto no le haya hecho mejorar en otros aspectos, pues siguen traficando con drogas legales y/o ilegales, siendo ésta su casi única fuente de ingresos. En cambio, otros han dejado definitivamente el tráfico, también de drogas ilegales. Muchos han iniciado lo que puede llamarse un proceso de socialización, buscando trabajo, etc. Y muchos continúan con una vida irregular, pero se mantienen en TMM, lo que hace tener la esperanza

de que cambie con el tiempo. Un porcentaje alto respecto al total de pacientes que han pasado por allí ha muerto por enfermedades orgánicas, sobre todo SIDA.

El índice de retención, que fue bajísimo al principio de abrir el Centro (7% en el primer año), ha aumentado bastante hasta el 40% si dejamos de contar los 3 primeros meses desde la apertura.



PROTOCOLO Nº (II*)

1º - Fecha Solicitud

Resultado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
F. Inic. Tratam.	<input type="text"/>								

2º - Fecha Solicitud

Resultado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
F. Inic. Tratam.	<input type="text"/>								

3º - Fecha Solicitud

Resultado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
F. Inic. Tratam.	<input type="text"/>								

4º - Fecha Solicitud

Resultado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
F. Inic. Tratam.	<input type="text"/>								

5º - Fecha Solicitud

Resultado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
F. Inic. Tratam.	<input type="text"/>								

6º - Fecha Solicitud

Resultado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
F. Inic. Tratam.	<input type="text"/>								

PROTOCOLO PLAN TERAPEUTICO INDIVIDUAL TRATAMIENTO CON METADONA

PACIENTE: NOMBRE 1º APELLIDO 2º APELLIDO

NOMBRE MEDICO RESPONSABLE

CENTRO PRESCRIPTOR

TELEFONO PROFESIONAL

LOCALIDAD

Nº. COLEGIADO

* A rellenar por la "Comisión Central de Control de los Tratamientos con Metadona de la Comunidad Valenciana".

CONTRATO TERAPEUTICO DEL PLAN INDIVIDUAL CON METADONA

Yo D./Dña°

Por la presente autorizo y doy mi consentimiento para que se me administre o prescriba la metadona como una parte del tratamiento de mi dependencia a la heroína o a otras drogas opiáceas.

Se me ha explicado que el tratamiento incluye la toma diaria de la dosis prescrita de metadona, en el lugar que se me indique, con el fin de ayudarme a controlar mi dependencia a la heroína u otros opiáceos.

Se me ha advertido que la metadona es una droga narcótica que puede ser peligrosa si se toma sin la correspondiente supervisión médica.

Sé también que la metadona es una medicación que crea dependencia como la heroína y otros opiáceos y que puede provocar, como otros medicamentos utilizados en la práctica médica, efectos adversos.

He recibido una completa información sobre los otros métodos de tratamiento y, a pesar de los riesgos y las posibles complicaciones; deseo recibir el tratamiento con metadona para evitar los problemas derivados del uso de la heroína y de otros opiáceos.

La meta final del tratamiento con metadona es la total rehabilitación del paciente y el abandono de todo tipo de drogas, incluida la metadona.

Sé que podré suspender el tratamiento con metadona en cualquier momento, si así lo deseo, y que se me proporcionarán los medios para realizar una cura de desintoxicación, bajo supervisión médica.

Me comprometo a informar a cuantos médicos me asistan por otras enfermedades, de mi condición de toxicómano y de que estoy tomando metadona, ya que el uso simultáneo de otros medicamentos puede ser nocivo.

Doy mi consentimiento para ser sometido a análisis de orina o de sangre sin previo aviso con el fin de determinar la existencia de otros opiáceos, además de la metadona.

De acuerdo con el artículo 4.º, 3.b. de la Orden del «B.O.E.» del 9 de diciembre de 1985, reconozco la facultad de la Comisión para suspender o revocar el plan cuando se aprecie falta de colaboración del paciente o se evidencie que utiliza sustancias generadoras de adicción.

Firma del paciente:

Fecha:

Firma del padre, madre, tutor/a:

Fecha:

Firma de un testigo:

Fecha:

CONTRATO TERAPEUTICO PARA MUJERES EN EDAD DE PROCREAR

Yo D./Dña.

En el momento actual, si no estoy embarazada, según me consta.

Se me ha informado adecuadamente y he comprendido que además de los riesgos derivados del uso a largo plazo de la metadona, la información que se posee sobre los efectos de la metadona en la embarazada y el feto es insuficiente para garantizar la absoluta inocuidad de la misma.

Sé que la metadona ingerida por la madre llega al feto a través de la placenta y puede dependencia física. Por tanto, si quedo embarazada y suprimo bruscamente el tratamiento con metadona, el feto padecerá como yo el síndrome de abstinencia pudiendo ello tener efectos adversos sobre mi embarazo o sobre el niño.

Me comprometo a no utilizar otros medicamentos sin la autorización del médico, dado que pueden interferir con la metadona causando daño al niño o a mí misma. Informaré, además, a cualquier médico que me atienda durante mi presente o futuro embarazo y a quien atienda al niño, tras el parto, de mi participación en este plan terapéutico con metadona.

Se me ha dicho también que cuando nazca el niño, no podré amamantarlo, ya que la metadona se elimina también por la leche y puede provocar dependencia física, y sé que durante un breve período de tiempo, después de nacer, el niño puede mostrar irritabilidad u otros fenómenos patológicos debidos al uso de la metadona, siendo esencial para el pediatra conocer mi participación en el plan terapéutico con metadona para que pueda proporcionar al niño un tratamiento adecuado.

Se me ha explicado que en la actualidad no se han realizado aún suficientes estudios e investigaciones como para garantizar completamente la salud de mi futuro hijo si tomo la metadona.

Con el completo conocimiento de todo lo anterior, yo consiento utilizar la metadona y prometo informar al médico responsable del plan terapéutico individual con metadona, si quedara embarazada en el futuro.

Firma de la enferma:

Fecha:

Firma del padre, madre, tutor/a:

Fecha:

Firma de un testigo:

Fecha:

DATOS IDENTIFICACION PACIENTE:

Iniciales: 1º Apellido 2º Apellido Nombre.....
 Sexo..... Estado civil..... Hijos nº.....
 Fecha de nacimiento:
 Lugar de nacimiento: Municipio..... Provincia.....
 Domicilio: Municipio..... Provincia.....
 C/.....
 Teléfono de contacto.....
 Nivel educativo.....
 Profesión.....
 Ocupación actual.....
 Ingresos..... ¿del subsidio?
 Beneficiario de: S. Social Beneficencia Otros

CONOCIMIENTO DEL PROGRAMA POR:

Profesionales Sanitarios Hospital Serv. Sociales
 Policía-Juez Iniciativa propia Padres o familiares
 Asoc. afectados familiares Amigos

DATOS FAMILIARES:

— Antecedentes familiares:

	Grado parentesco	Tipo de patología
• Alcoholismo.....		
• Opiáceos.....		
• Otras toxicomanías.....		
• Pat. Psiquiátrica.....		
• Pat. Orgánica.....		
• Otros.....		

— Constelación familiar actual: (especificando el lugar que ocupan entre los hermanos y situaciones especiales: separación padres, adopción, etc).

.....

* Solamente si su residencia habitual es en la capital de provincia.

— **EVALUACION DE LA SITUACION FISICA:**

• Análítica reciente (adjuntar hoja de analítica):

• GOT.....

• GTP.....

• Hbs Ag.....

• V.I.H. + -

..... Fecha

• Señalar patologías somáticas actuales:

.....
.....
.....
.....

— **EVALUACION DE LA SITUACION PSIQUICA:**

• Intentos de suicidio.....

• Desórdenes psíquicos mayores.....

.....

— **DIAGNOSTICO DE LA TOXICOMANIA ACTUAL:**

.....
.....
.....
.....

— **MOTIVOS DEL INICIO DEL TRATAMIENTO MEDICO CON METADONA:**

.....
.....
.....
.....

Consumo de otras drogas:	Edad 1º contacto	Consumo en los últimos 90 días
• Tabaco		
• Alcohol.....		
• Cánnabis.....		
• Alucinógenos		
• Anfetaminas		
• Tranquilizantes		
• Hipnóticos.....		
• Cocaína.....		
• Metadona.....		
• Codeína.....		
• Heroína		
• Otros opiáceos		
• Otras drogas especificar.....		

— S.A.O. anteriores..... nº.....

— **Tratamientos previos acreditados**

	Fecha	Centro, Servicio o Establecimiento	Tiempo de tratam.	Duración abstinencia
1º.				
2º.				
3º.				
4º.				
5º.				
6º.				

— **EVALUACION DE LA SITUACION FISICA:**

- Analítica reciente (adjuntar hoja de analítica):

- GOT.....

- GTP.....

- Hbs Ag.....

- V.I.H. + -

..... Fecha

- Señalar patologías somáticas actuales:

.....
.....
.....
.....

— **EVALUACION DE LA SITUACION PSIQUICA:**

- Intentos de suicidio.....

- Desórdenes psíquicos mayores.....

.....

— **DIAGNOSTICO DE LA TOXICOMANIA ACTUAL:**

.....
.....
.....
.....

— **MOTIVOS DEL INICIO DEL TRATAMIENTO MEDICO CON METADONA:**

.....
.....
.....
.....

PROTOCOLO N° (IIª)
— 3ª —

TRATAMIENTO SOLICITADO

- **Desintoxicación en 21 días**
 - Dosis inicial
 - Pauta de disminución.....
 -
 - Fecha finalización

- **Programa de tratamiento mayor de 21 días**
 - Dosis inicial Dosis de mantenimiento
 - Tiempo solicitado
 - Pauta de administración prevista.....
 -
 -
 - Pauta de asistencia psicosocial.....
 -
 -

• **Observaciones del facultativo solicitante:**
.....
.....
.....

Fecha:.....

El médico prescriptor

Fdo: D/Dña.....

Nº. Colegiado

BIBLIOGRAFIA

- BRONET; J.R. et RAMON, M.A. (1984). *Tratamientos con metadona*. Direcc. Gral. Acción Social y Asamblea de Madrid de Cruz Roja Española. Madrid.
- CORTY, E. et BALL J.C. (1987). *Admissions to Methadone Maintenance: Comparisons between programs and implications for treatment*. Journal of Substance Abuse Treat., vol. 4, 181-187. USA.
- DEGLON, J.J. (1982). *Le traitement à long terme des héroïnomanes para la méthadone*. Ed. Médecine et Hygiène. Genève.
- DENIKER, P. et al. (1975). *A propos d'une expérience française de la méthadone*. L'Encéphale, I, 75-91. París.
- DE TORRES, S. (1986). *Los programas de tratamiento con metadona en España*. Comunidad y drogas, n.º 1, Madrid.
- DOLE, V. et NYSWANDER, M.E. (1965). *A medical treatment for Diacetylmorphine (heroin) Addiction*. Jama, vol. 193, n.º 8, 80-84. NY. USA.
- DOLE, V.; NYSWANDER, M.E. et al. (1966). *Narcotic Blockade*. Arch. Intern. Med. Vol. 118, oct., 304-309. NY. USA.
- DOLE, V. et NYSWANDER, M.E. (1967). *Heroin Addiction. A metabolic disease*. Arch. Intern. Med. vol. 120, july, 19-24. NY.
- DOLE, V. et NYSWANDER, M.E. (1976). *Methadone maintenance treatment. A ten year perspective*. Jama, vol. 235, n.º 19, NY.
- DOLE, V. et NYSWANDER, M.E. (1980). → *Methadone maintenance. A theoretical perspective*. Nat. Just. drug abuseres monogr. Sec. 30, 256-261. NY.
- DOLE, V. (1987). *Programas de Mantenimiento con Metadona en U.S.A.* Ponencia de la Reunión Internacional de expertos → en tratamientos de toxicómanos con metadona. Consell. Sanit. Valencia.
- FERRARA, S.D. (1982). *Significatività del dosaggio degli stupefacenti nella terapia della tossicodipendenza*. Istituto Medicina Legale della Università di Padova.
- HARTNOLL, R.L. et al. (1980). *Evaluation of heroin maintenance in controlled trial*. Arch. Gen. Psychiatry, vol. 37, 877-884. London.
- HES, J. Ph. (1972). *Methadone treatment in opiate addiction*. Drug Abuse and Social Issues. 2nd Int. Symp. Int. Pharmacopsychiat. 7, 78-81, Jerusalem. Israel.
- KLEBER, H.D. (1984). *Is there a need for 'Professional Psychotherapy' in Methadone Programs?* Journal of Substance Abuse Treatment, vol. 1, 73-76. USA.
- LIPSEGE, M.S. et COOK, C.C.H. (1987). *Prescribing for drug-addicts*. The Lancet (letter), may, 30, 1265. London.
- LIPTON et MORRIS, A. (1982). *Psicofarmacología a los 30 años de progreso*. Ed. Espaxs. Barcelona.
- MARKS, J. (1987). *Prescribing for drug addicts*. The Lancet (letter), july, 4, 46. London.
- MILBY, J.B. (1989). *Methadone maintenance to abstinence. How many make it?* The journal of nervous and mental disease. Vol. 176, n.º 7, 409-422. USA.
- PUBLIC HEALTH SERVICE (1977). *Methadone diversion: Experiences and Issues*. Services Research Monograph Series. Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health Administration. Maryland. U.S.A.
- ROCA, F. (1986). *Valoración de los programas de mantenimiento con metadona de la heroïnomanía en la provincia de Valencia según la O.M. de 20 de mayo de 1983*. Tesis de licenciatura. Fac. Medicina. Univers. Valencia. Valencia.
- ROIG-MOLINER, A. et BEDATE, J. (1987). *Uso del colirio ciclopentolato por vía intravenosa y/o intramuscular por adictos a metadona*. Rev. Esp. Drog., vol. 12, n.º 4, 233-241. Valencia.
- ROIG-MOLINER, A. et al. (1988). *Evolución del Centro de Dispensación de Metadona de Valencia*. Rev. Esp. Drog. vol. 13, n.º 2, 141-144. Valencia.
- ROIG-MOLINER, A. (1987). *Criterios de dispensación y control en los Programas de Metadona. A propósito de la experiencia del C.D.M.V.* Comunicación a la Reunión Internacional de Expertos en Tratamientos de Toxicómanos con Metadona. Valencia.

- ROUNSAVILLE, B.J. et al. (1983). *Short-term Interpersonal Psychotherapy in Methadone-Maintained Opiate Addicts*. Arch. Gen. Psychiatry, vol. 40, 629-636. USA.
- SAN, L. (1986). *Programas de Mantenimiento con agonistas*. Hospital Ntra. Sra. del Mar. Dado en mano por el autor.
- SENAY, E.C. et al. (1977). *Withdrawal from Methadone Maintenance*. Arch. Gen. Psychiatry, vol. 34, 361-367. USA.
- SMART, R.G. et al. (1980). *A methodology for student drug-use Surveys*. W.H.O. Offset Publication N.º 50. Geneve.
- STEFANI, S. et al. (1982) *Esperienza clinica sull'uso associato di metadone cloridato e clorazepato dipotasico nel trattamento della tossicodipendenza*. Quaderni di Medicina Ospedaliera 2, 83-98. Roma.
- VAN DEN KLINKENBERG, T. (1986). *The Amsterdam drug administration*. Short survey for the 15th International Institute on the prevention and treatment of Drug Dependence. ICAA, Noordwijkerhout. Amsterdam.
- VILALTA, J. et. al. (1987). *Metadona, clonidina y levomepromacina en el tratamiento del síndrome de abstinencia a opiáceos: ensayo clínico a doble ciego en pacientes heroínómanos ingresados por patología orgánica en un Hospital General*. Med. Clin, 88, 674-676. Barcelona.
- WARREN, K.B. et al. (1988). *A clinical trial of Buprenorphine: comparison with Methadone in the detoxification of heroin addicts*. Clinical Pharmacology and Therap., vol. 43, N.º 1, 72-78. USA.
- WILMARTH, S.S. et GOLDSTEIN, A. (1974). *Eficacité thérapeutique des programmes de traitement continu par la méthadone aux Etats-Unis d'Amérique*. O.M.S. Geneve.
- WILLIAMS, A. (1985) *When the client is pregnant: Information for counselors*. Journal of Substance Abuse Treatment, vol. 2, 27-34. N.H. USA.