

TOXICOLOGÍA

Deshabitución de opiáceos (I)

M.^a CARMEN VIDAL CASERO

Profesora titular de Historia de la Farmacia y Legislación Farmacéutica. Facultad de Farmacia. Universidad de Valencia.



En las últimas dos décadas, el consumo de opiáceos alcanzó un nivel preocupante entre los drogodependientes españoles. Pasado el punto álgido adictivo y con una tendencia a la baja en el consumo de heroína, los esfuerzos se están centrado en los programas de deshabituación con metadona, que son abordados en el presente trabajo.

El objetivo de toda intervención en desintoxicación debe ser conseguir la eliminación de la sintomatología que provoca la abstinencia, así como el restablecimiento del estado físico del individuo, para conseguir una situación drug-free, que ponga al mismo en las mejores condiciones posibles para iniciar el proceso de deshabituación, que debe ser el paso siguiente¹.

En este trabajo se analiza los tratamientos que más frecuentemente se utilizan en los últimos años.

Tratamiento con agonistas de los receptores opiáceos

En este tipo de tratamiento es necesario averiguar la dosis diaria aproximada de opiáceos y otros depresores del SNC que ha consumido el paciente durante los 7 días anteriores al ingreso.

Si está en tratamiento en un centro específico de atención al drogodependiente, se debe contactar con el médico responsable para valorar la

medicación prescrita (clonidina, benzodiacepinas, agonistas opiáceos, etc.) con la finalidad de reconducir el tratamiento o desestimarlo durante su ingreso, y en caso de estar incluido en Programa de Mantenimiento con Metadona, hay que conocer la dosis.

Sólo en el caso de que el paciente sea adicto a opiáceos activos se valorará la dosis diaria inicial de agonista opiáceo, en base a la cantidad de heroína que está tomando. Hay que valorar también la

TOXICOLOGÍA

utilización de benzodiazepinas, considerando de elección las de vida media larga, como el diazepam. Para ello hay que reemplazar las que el paciente esté tomando, prescritas de abuso, por diazepam².

Tratamiento con metadona

El clorhidrato de metadona es un agonista opiáceo sintético con la actividad preferente sobre los receptores mu. Se presenta como un polvo blanco de sabor amargo, soluble en agua y alcohol.

Fue desarrollado por químicos alemanes e introducido como analgésico para sustituir a la morfina en 1945, durante la Segunda Guerra Mundial.

Los efectos farmacológicos observados tras una única administración de esta sustancia son cualitativamente similares a los de la morfina, destacando su actividad analgésica, su eficacia por vía oral y su capacidad para suprimir de forma prolongada la sintomatología de abstinencia de opiáceos.

Evolución del uso de metadona

La metadona no fue introducida en la farmacopea hasta 1946 y se utilizó inicialmente para tratar abstinencias acusadas por la supresión de la administración de morfina en personas con uso crónico. A los pocos años de su introducción empezó a detectarse un importante consumo de metadona. Así en Bélgica, en 1954, el 25% de los farmacodependientes lo eran a la metadona, y en Alemania Federal en el mismo año se calcula que lo eran el 23%.

En 1964, Dole y Nyswander empiezan a usarla en forma de mantenimiento, entendiendo que era preferible a la dependencia a la heroína la dependencia a una sustancia que, como la metadona, tiene una buena absorción por vía oral y, en consecuencia, puede obviarse la vía parenteral, y que posee un tiempo de vida media que permite una administración suficientemente espaciada. A partir de esa fecha, y hasta la actualidad, el uso de metadona en programas de mantenimiento ha sufrido oscilaciones diversas, contabilizándose en decenas de miles los pacientes que han estado

o están en la actualidad englobados en los referidos programas. Independientemente de la valoración que cada centro o cada profesional especializado en la materia realice de sus ventajas, lo que acepta la inmensa mayoría es que si no existe una terapia coadyuvante de otro tipo (ya sea psicoterapia individual, grupal, familiar o programas de reinserción) los porcentajes de éxitos son escasos, al mismo tiempo que para aumentar el porcentaje de éxitos o de retención en programa se debe definir de forma detallada el perfil del paciente que puede beneficiarse de ese tipo de tratamiento.

La dependencia de drogas, en concreto la adicción a opiáceos, ha sido reconocida como un trastorno serio, desadaptativo y crónico

Dole y Nyswander proponen un modelo metabólico de la enfermedad para la dependencia de la heroína, según el cual los adictos presentarían un desequilibrio fisiológico que solamente se equilibraría con la administración sostenida de opiáceos, para lo que propusieron a la metadona como fármaco de elección. Dieron un giro de 180° al uso terapéutico de la metadona, presentándola como el fármaco de elección para realizar programas de mantenimiento en pacientes dependientes de opiáceos, durante un tiempo indeterminado.

Utilización de la metadona

La dependencia de drogas, en concreto la adicción a opiáceos, ha sido reconocida como un trastorno serio, desadaptativo y crónico. Actualmente la dependencia de opioides, y de heroína en concreto,

afecta a millones de individuos en todo el mundo.

Los objetivos específicos del tratamiento con metadona varían de su uso en tratamientos cortos de desintoxicación (desintoxicaciones menores de un mes) o en desintoxicaciones prolongadas (desintoxicaciones de 6 meses), mantenimientos con metadona cortos (donde la metadona se administra en una dosificación más o menos constante de 6 a 12 meses), y mantenimientos con metadona prolongados (en los cuales la medicación se administra a dosis similares por períodos superiores a 12 meses).

Referente a las dosis se pueden utilizar altas dosis para ejercer el llamado efecto de bloqueo, mientras que en otros casos sólo se utilizan pequeñas dosis para conseguir una mejora sintomática durante períodos cortos de tiempo³.

Programas de mantenimiento con metadona en España

La asistencia a los toxicómanos en España hasta 1983

En este tiempo los tratamientos con metadona se llevaban a cabo mediante la solicitud por parte del paciente de un carné de extradosis, que regulaban los colegios de médicos y que en su origen estaban orientados fundamentalmente a pacientes terminales que recibían opiáceos de forma continuada. A través de este sistema, se empezaron a realizar en la asistencia médica del sector privado numerosos programas o pseudoprogramas de mantenimientos con metadona. Programas que, salvo excepciones, consistían tan sólo en la prescripción de la correspondiente receta, sin ninguna terapia coadyuvante o reforzadora de la finalidad última del tratamiento. El desarrollo de este método asistencial fue errático, y en algunas ciudades se expansionó de tal forma que pasó a constituir el primer sistema de tratamiento de elección por parte de los toxicómanos, por delante incluso de los programas libres de fármacos o drogas⁴.

Como consecuencia de todo ello, empezó a circular metadona por circuitos extraterapéuticos, creándose un verdadero mercado ilegal

de la misma, cuyos beneficios eran utilizados en ocasiones para la adquisición de heroína.

Orden Ministerial de 23 de mayo de 1983
Mediante la Orden de 23 de mayo de 1983⁵ se creó una normativa relativa a la prescripción, uso y dispensación de metadona para el tratamiento de toxicómanos dependientes de opiáceos. La referida Orden Ministerial hacía referencia a la necesidad de realizar para cada paciente un plan terapéutico individual, haciendo responsables de su aprobación a los servicios correspondientes de Salud Pública. La finalidad última de la Orden sería determinar la necesidad de englobar el uso de la metadona en un plan terapéutico más amplio, en el que el fármaco fuese considerado como una herramienta técnica más que como un método terapéutico *per se*.

Al mismo tiempo, al contemplar la fórmula farmacéutica de solución extemporánea como forma de administración y la necesidad de acudir cada cuatro días a retirar las dosis correspondientes, se intentaba poner una barrera a la desviación al mercado ilícito de metadona.

Hay que reconocer que en el año 1983 eran también escasos otros recursos diferentes y los que existían obligaban a los pacientes, deseosos de ser asistidos, a soportar largas esperas, y, en consecuencia, en algunos lugares la metadona seguía constituyendo el único sistema posible de asistencia.

Orden Ministerial de 31 de octubre de 1985
La evolución de la situación y la experiencia acumulada desde el año 1983 obligó a elaborar una nueva orden ministerial que situase el problema al nivel de las exigencias del momento, y sobre todo que concretase algunos de los aspectos que la práctica cotidiana había puesto de relieve.

Las principales innovaciones que introdujo la Orden de 31 de octubre de 1985⁶ se referían a la definición de las competencias en la regulación de estos programas. Así, se estableció que debía crearse en cada comunidad autónoma una comisión paritaria Administración Central-Administración Autónoma, que velara por el buen cumplimiento de los



preceptos contemplados en la normativa ya que en el caso de la metadona, la custodia y disposición de la misma es competencia de la Administración central, en la medida en que se trata de un estupefaciente, pero en lo concerniente a la dispensación es competencia autonómica.

La custodia y disposición
de la metadona es
competencia de la
Administración central,
en la medida en que se
trata de un estupefaciente,
pero en lo concerniente
a la dispensación es
competencia autonómica

La orden determinó que la dispensación de la sustancia debía realizarse «in situ», es decir, que el paciente debía consumirla en centros determinados a fin de impedir el desvío de metadona al tráfico ilícito y, al mismo tiempo, asegurar que la dosis prevista por el terapeuta fuera correctamente administrada. La norma se completó con una resolución de la Dirección General de Salud Pública en la que se daban unos criterios de dosificación de la sustancia y de las características de los pacientes que podían beneficiarse de estos tratamientos. Se indicó la necesidad de ser mayor de 18 años, presentar una dependencia de al menos tres años de evolución,

ausencia de patología psiquiátrica grave, la no concomitancia con politoxicomanías graves y garantizar el haber realizado previamente, al menos, dos tratamientos libres de drogas. Se consideró como criterio de inclusión la presencia de complicaciones orgánicas graves.

Real Decreto de 9 de enero de 1990
La especial situación de desorganización y uso indiscriminado de la metadona condujo a configurar una regulación restrictiva en algunos aspectos; sin embargo la aparición del síndrome de inmunodeficiencia adquirida, así como la experiencia acumulada después de la última Orden Ministerial de 1985, obligó a reconsiderar algunos enfoques terapéuticos. En el RD de 9 de enero de 1990⁷ se mantenía la administración en forma de solución extemporánea siempre que fuera posible, la exigencia de las comisiones de acreditación, evaluación y control de centros o servicios, los criterios para acreditación de centros o servicios de tratamiento, la exigencia de un plan terapéutico individualizado y el sistema de notificación del número de pacientes en tratamiento.

En cuanto a la admisión a tratamiento, se exige previamente el diagnóstico confirmado de dependencia de opiáceos y haber realizado al menos un intento de tratamiento en otra modalidad terapéutica, exceptuando aquellas personas dependientes de opiáceos que hayan contraído la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana o se encuentren afectados por patología orgánica severa. Sin embargo, quizás la innovación más importante es que los centros de tratamiento o prescriptores tendrán la posibilidad de actuar como centros de dispensación en un intento por desbloquear la situación creada en los centros de dispensación actualmente existentes, que han quedado saturados por la demanda, de forma que en algunas CCAA existen listas de espera de más de un año para ser incluidos en programa. A su vez, existe una relación con los principios activos que pueden utilizarse para el tratamiento de estos pacientes que incluye sustancias como la bupre-

norfina, dextropropoxifeno o codeína entre otros.

En definitiva, se han ido definiendo de forma mucho más exacta todos los elementos a tener en cuenta para realizar debidamente un programa de mantenimiento de metadona. Ha quedado reflejado el hecho de que el uso de metadona expresaba, en cierto sentido, un déficit asistencial a otros niveles. La evolución del número de pacientes en programa de mantenimiento con metadona indica que el fenómeno se encuentra en proceso de normalización.

Cabe señalar que en muchas comunidades autónomas tan sólo pueden iniciar el programa aquellos pacientes con una patología orgánica grave (p. ej., sida) o las embarazadas, con lo cual el perfil de pacientes en tratamiento con metadona no es representativo de ningún colectivo de pacientes en nuestro país, debido a los distintos criterios de admisión a tratamiento, así como del número de plazas ofertadas a los pacientes y los criterios de inclusión en función de la existencia o no de lista de espera.

La evolución del número de pacientes en programa de mantenimiento con metadona indica que el fenómeno se encuentra en proceso de normalización

Organización de los programas

Se entiende por mantenimiento con metadona la administración continuada a un individuo dependiente de heroína, de un fármaco sustituto de la misma, por vía oral, en una dosis relativamente estable, bajo control médico, por un período indefinido, siempre superior a 21 días y sin claro objetivo de desintoxicación.

Los criterios de inclusión en estos programas son:



- Heroínómanos con enfermedades crónicas grave (infección IVH, hepatopatías graves, etc).

- Heroínómanos de larga duración con varios fracasos terapéuticos de desintoxicación.

También está indicado para mujeres en período de gestación.

El programa de mantenimiento, una vez aceptado en cada caso por la comisión reguladora de los tratamientos con agonistas opiáceos en los pacientes dependientes de ellos, tras la propuesta del centro de cada área de salud acreditado para ello, pasa por tres fases: dosis inicial, período de estabilización y mantenimiento.

La riqueza media de heroína pura en los decomisos policiales oscila entre el 20-40% de pureza y se han encontrado diversos adulterantes entre los que destacan la cafeína, piracetam, procaína, fenobarbital, glucosa, lactosa y sacarosa.

No existe, actualmente, la posibilidad de determinar el grado de dependencia (tolerancia, neuroadaptación, etc.) mediante detección de opiáceos en sangre o en orina. Ello dificulta, notablemente, prescribir una dosis inicial de metadona que compensa ade-

cuadamente el proceso neurobiológico de irritabilidad neuromuscular generado en el síndrome de abstinencia.

Se deberá partir de la dosis y el tiempo de consumo que el paciente refiera durante la anamnesis, con la ayuda de las mencionadas tablas de conversión aproximada de dosis de heroína a metadona, buprenorfina y dextropropoxifeno.

La dosificación óptima debería eliminar el craving (ansia de opiáceos), pero sigue cuestionándose la idoneidad del uso de dosis bajas (50 mg o inferiores), o altas (80-120 mg) de metadona en tratamientos de mantenimiento. Dole[®] ha propuesto como dosis óptima diaria de mantenimiento aquella que proporciona unas concentraciones plasmáticas de 150-600 ng/ml, que acostumbra a obtenerse entre los 60-80 mg/día vía oral, aunque en algunos casos puedan ser necesarias dosis superiores a los 100 mg/día. Dole señala que si las concentraciones plasmáticas descienden, cosa que empieza a suceder por debajo de 40 mg vía oral/día, aparece sintomatología de abstinencia ligera que puede incrementar el riesgo de nuevos consumos.

Existen dos programas de mantenimiento con metadona (PMM) en base a los objetivos deseados:

PMM de bajo umbral de exigencia terapéutica

Su único objetivo es tener a la población toxicómana que no quiere abandonar el consumo de opiáceos abastecida con metadona, sin exigir el abandono de la heroína como condición indispensable. El paciente no se ve en la imperiosa necesidad de conseguir su dosis diaria para paliar los síntomas de la privación y como consecuencia disminuyen los daños sociales (delincuencia, problemas judiciales, etc), familiares (extorsiones, discusiones por dinero, etc) y personales (contagios, reacciones anafilácticas por adulterantes, mala alimentación, etc.). Mantiene consumos (esporádicos o no) de dosis bajas de heroína «cuando dispone de medios económicos».

Los únicos parámetros a evaluar en este programa son la disminución de la mortandad relacionada con el consumo de heroína y el descenso de la delincuencia. Respecto a este punto cabe considerar que en aquellos países donde hay una mayor y mejor implantación de programas de metadona (más amplitud en los criterios de inclusión, mayor flexibilidad en la continuidad de los programas y mejor y más fácil acceso por parte de los usuarios, en cuanto a lugares y horarios de administración), la tasa de mortalidad es más baja.

La retención es un hecho a valorar positivamente en estos programas de bajo umbral. Cuanto más tiempo perdure la adhesión a la terapia mayor alejamiento tendrá el paciente de la anterior vida caótica y mayor número de oportunidades tendrá para mejorar (pasar a un programa de alto umbral, desintoxicarse, etc.).

PMM de alto umbral de exigencia terapéutica

En él ya se plantean objetivos terapéuticos. El deseable, inicialmente, es la desintoxicación y el paso a programas de naltrexona o libres de fármacos. Pero no es válido en todos los pacientes; los parámetros que más interesan de cara a su evaluación en este programa de alto umbral son:



– Consumo de drogas. La abstinencia de heroína, la sobriedad en el alcohol, cocaína y demás psicotrópicos sigue siendo condición necesaria para un buen resultado.

– Delincuencia. Referente fundamental para la sociedad en general.

– Empleo de sucedáneos (productividad no remunerada, actividad recreativa, etc.). Identificable con un buen pronóstico en la rehabilitación social deseada.

Cuantos más objetivos se cubren, mayor es la normalización y la inserción social del paciente, a pesar de estar tomando metadona

Cuantos más objetivos se cubren, mayor es la normalización y la inserción social del paciente, a pesar de estar tomando metadona. Se considera, por tanto, a la metadona un fármaco (que emularía, salvando las distancias, a la insulina en los diabéticos), que permite «compensar» un cuadro de irritabilidad neuromuscular que, de no ser tratado de este modo, dificultaría al paciente el desarrollo de una vida normal⁹.

En la actividad de los centros de atención y seguimiento de las drogodependencias se suelen concentrar los programas de asistencia en dos grandes ejes: programas de atención libres de droga (PLD) y programas con dispensación farmacológica, entre los que destacan los programas de mantenimiento con metadona¹⁰.

La dosis de metadona, junto con la duración del tratamiento, son dos factores muy importantes para asegurar la efectividad del programa de mantenimiento de metadona. Por lo tanto, es muy importante la prescripción de dosis óptimas en este tipo de pacientes. La dosificación debe ser individualizada, ajustándose en cada caso al estado del paciente. La dosis eficaz mínima es de alrededor de 50 mg día, siendo las óptimas de 80 a 120 mg/día (dos letales en un individuo no dependiente a opiáceos)¹¹.

La utilización de metadona con fines de desintoxicación no debe plantear problema en su implementación incluso en los centros penitenciarios, debiendo ser atendidos los drogodependientes, exclusiva o muy preponderantemente de opiáceos¹².

Tratamientos con metadona oral en la oficina de farmacia

La orden de 20 de mayo de 1983, en su artículo 5, indica que «la prescripción de metadona en el tratamiento de toxicómanos se hará en forma de solución extemporánea y quedará prohibida en los mismos la utilización de inyectables y formas orales no líquidas».

Siguiendo esta normativa, para la preparación Giménez Monzó y Navarro González¹³ parten de una solución madre de metadona, a la concentración de 20 mg/ml, a partir de la cual se va dosificando según las prescripciones individuales.

Puesto que la metadona es un polvo blanco, cristalino y de un sabor amargo, necesita para eliminar esta propiedad un jarabe. El que se utiliza es un jarabe de naranja con una concentración en azúcar semejante a la del jarabe simple. La solución de este jarabe se le entrega al paciente en dosis unitarias, con un máximo de 4

TOXICOLOGÍA

dosis. El envase tiene una capacidad de 30 cc, que el enfermo puede utilizar en una sola toma diaria.

El etiquetado de este envase recoge: número del Libro Recetario Oficial; concentración de metadona CIH en miligramos; cantidad de jarabe; especifica claramente qué dosis es para un día.

El desarrollo del programa tiene varias fases, que pasamos a comentar a continuación.

Asignación del paciente

La inspección de farmacia asigna a cada paciente una oficina de farmacia completa, en la que se dispensarán las dosis, llevándose de este modo un control más riguroso y facilitando el seguimiento del enfermo, junto con el médico que lo trata. El paciente asignado a la farmacia llega provisto de la receta de estupefacientes.

Ficha de seguimiento

Cuando el paciente llega el primer día a la oficina de farmacia asignada por Sanidad, se le hace una ficha individualizada en la que constan observaciones. En este apartado se encuentran reflejados durante el tratamiento los siguientes puntos:

- Efectos secundarios.
- Integración a la sociedad: trabajo, familia.
- La mejoría del aspecto externo de la mayoría de los pacientes tratados.
- Tabla. Mediante ella se lleva un control riguroso de la dosis prescrita, evitando de este modo el posible error de prescripción.

Ficha mensual

Es una ficha individualizada para cada paciente, que se remite mensualmente a Sanidad por triplicado¹⁴.

En 1998, en la Comunidad Autónoma de Aragón alrededor de 700 personas drogodependientes siguieron el programa de mantenimiento de metadona. No todos los usuarios del programa son derivados a las farmacias, sino aquellos que por características individuales (proximidad, baja conflictividad y buena integración social) determinó su derivación desde el Servicio Provincial.

La vía de acceso a la oficina de farmacia es siempre a través del



médico responsable, en contacto con la oficina de farmacia elegida para contar con la aceptación del farmacéutico.

Posteriormente, el paciente es remitido a la oficina de farmacia junto con un sobre cerrado que contiene la siguiente documentación:

- Informe médico, en el que reflejará todos aquellos datos del paciente que debe conocer el farmacéutico.
- Orden médica de tratamiento con metadona, en la que se indica la pauta de dosificación.

La vía de acceso
a la oficina de farmacia
es siempre a través
del médico responsable,
en contacto con la oficina
de farmacia elegida para
contar con la aceptación
del farmacéutico

Las principales actividades de la oficina de farmacia relacionadas con su participación en el programa de mantenimiento de metadona (PMM) son las siguientes:

- Acogida del paciente.
- Citaciones de los pacientes, según el horario preestablecido.
- Preparación de la solución oral de metadona (solución acuosa al 5 por mil) y de las dosis para entregar.
- Administración o entrega de las dosis de metadona. Sólo podrá entregarse al propio usuario, salvo que exista una autorización expre-

sa del médico para su entrega a familiares directos.

- Control de las dosis administradas o entregadas. El paciente firma la hoja de control de dispensación, en la que también se refleja las dosis suministradas.
- Registro de ausencias y de otras incidencias observadas.
- Envío mensual de documentación.

Al Colegio Oficial de Farmacéuticos se entregarán 2 copias de la hoja de control de dispensación y un copia de las órdenes médicas.

Por su parte, al médico responsable se le entregará una copia de la hoja de control de dispensación.

En el seguimiento individual, la farmacia conserva para cada paciente la siguiente documentación:

- Informe médico inicial.
- Original de las ordenes médicas mensuales.
- Originales de las hojas de control de dispensación de metadona mensuales.
- Comunicación y coordinación con el médico responsable.
- Control de estupefacientes.

También en la Comunidad Autónoma de Madrid algunas oficinas de farmacia han decidido colaborar voluntariamente en el Plan Regional sobre Drogas, comenzando a dispensar metadona a toxicómanos, dentro de un plan piloto cuya duración es de 3 meses¹⁵.

Tratamientos con metadona oral en el hospital

La desintoxicación en medio hospitalario se recomienda a aquellos individuos adictos a drogas vía parenteral (heroína) que presentan mal estado físico y/o psicológico y cuyo soporte familiar y social es insuficiente para garantizar un tratamiento adecuado.

Ortí Font y Rosich Martí¹⁶ han efectuado un estudio retrospectivo de los pacientes ingresados en una Unidad Hospitalaria de Desintoxicación (UHD). La dosis inicial de metadona se ajustó a la intensidad de la adicción y se individualizó para cada paciente, no superando

TOXICOLOGÍA

nunca los 15 mg. La dosis total diaria, cuyo promedio estuvo entre los 30-35 mg, nunca superó los 45 mg diarios. El objetivo terapéutico era el de proporcionar la cantidad necesaria de metadona para mantener un paciente libre de los síntomas del síndrome de abstinencia.

La dosis de estabilización se mantuvo durante los 2-3 primeros días del tratamiento y posteriormente se inició la reducción progresiva de la dosis diaria (2, 5-5 mg cada día), dando preferencia a reducir y/o retirar las dosis de la mañana y el mediodía antes que la nocturna.

Los fármacos coadyuvantes al tratamiento de desintoxicación que fueron utilizados esporádicamente para controlar síntomas del síndrome de abstinencia en algunos pacientes fueron: antisicóticos (sulpiride, tioridazina, tiaprida y perfenazina); ansiolíticos (bromazepam, alprazolam), antidepresivos (mianserina, maprotilina y amitriptilina), anticolinérgicos (biperideno y trihexifenidilo) y asociaciones (perfenazina/amitriptilina y flupentixol/melitraceno).

La dispensación de medicamentos en dosis unitarias permite controlar y valorar la racionalidad de la prescripción y analizar si ésta es adecuada.

Efectos secundarios

La metadona es un depresor respiratorio. Produce una hiperglucemia moderada y una hipotermia. Aparece estreñimiento debido a un tono muscular bajo. La sedación, el estreñimiento, la sudoración, la retención urinaria, cambios en la libido (normalmente disminuye, aunque en algunos casos aumenta), son algunos efectos secundarios de la metadona. Es raro que aparezcan prurito, náuseas o urticaria.

Hay que tener cuidado con las personas que emplean la metadona y mezclan el tratamiento con alcohol y barbitúricos.

La sobredosis por metadona se puede tratar con nalorfina¹⁷.

Inconvenientes

Hay que tener en cuenta que los tratamientos de mantenimiento

con metadona no dejan de ser problemáticos. Por una parte, no hacen sino sustituir un estupefaciente opiáceo por otro «legal», si bien desprovisto, en principio, de los riesgos del mercado negro, de la adulteración de la sustancia y de su contaminación. Es decir, el médico, en estos casos, falto de mejor solución intenta mantener la dependencia con el menor riesgo posible.

No es de extrañar que los tratamientos con metadona hayan sido con frecuencia incontrolables y hayan terminado por añadir un opiáceo más al mercado negro. No es de extrañar que este hecho, sumado a la magnitud de su problemática social, hayan convertido a una enfermedad en un problema casi exclusivamente social.

La sedación,
el estreñimiento,
la sudoración,
la retención urinaria,
cambios en la libido
(normalmente
disminuye, aunque
en algunos casos
aumenta), son algunos
efectos secundarios
de la metadona

Tratamiento con LAAM

El Plan Nacional sobre Drogas estudia un opiáceo sustitutivo de la metadona. Se trata de un medicamento alternativo o complementario de la metadona. Tiene forma de pastilla y, en cuanto a sus efectos, son superiores a los de la metadona¹⁸. Además, aporta el beneficio de poder ser administrado tres veces por semana, consiguiendo el mismo efecto supresor de las manifestaciones de abstinencia, por lo que los objetivos terapéuticos son superponibles a los de la metadona. □

Bibliografía

1. Martín F. Programas de desintoxicación. Comunidad y Drogas 1990; monografías, 12: 87-96.
2. Olcina J et al. Tratamiento del paciente heroínómano hospitalizado por patología dual. Farm Clin 1996; 13 (6): 388-395.
3. De Torres S. Los programas de tratamiento con metadona en España. Comunidad y Drogas 1986; 1: 37-43.
4. San Molina L. Programas de mantenimiento con metadona: ¿una opción terapéutica?. Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud 1991; 15 (5): 113-121.
5. Orden de 23 de mayo de 1983 (BOE, del 28).
6. Orden de 31 de octubre de 1985 (BOE, de 9 de noviembre).
7. Real Decreto de 9 de enero de 1990 (BOE, del 23).
8. Dole VP. Implications of methadone maintenance for theories of narcotic addiction. Jama 1988; 260: 3025-3029.
9. Olcina J et al. Programas de mantenimiento con metadona, Laam y heroína en el tratamiento del paciente heroínómano. Farm Clin 1996; 13 (3): 288-294.
10. Manzanera R et al. Planificación y evaluación de la atención ambulatoria a la drogodependencia. Med Clin 1996; 107: 135-142.
11. Programas de mantenimiento con metadona (PMM). Panorama Actual del Medicamento 1996; 20 (193): 283-285.
12. Megías E. Programas con metadona en los centros penitenciarios. Comunidad y Drogas 1990; monografías, 12: 55-60.
13. Giménez Monzó MR, Navarro C. Experiencias en el programa de tratamientos con metadona oral en la oficina de farmacia. Pharmaklinik 1989; III (2): 54-63.
14. Font CR. Efectos secundarios de metadona y la nutrición. Nutrición Clínica 1997; XVI (3): 37-41.
15. Catorce farmacias de la comunidad de Madrid comienzan a dispensar metadona a toxicómanos. El Médico 1997; 1 de febrero: 23.
16. Ortí F, Rosich I. Unidad hospitalaria de desintoxicación: control y seguimiento farmacoterapéutico. Farm Clin 1993; 19 (9): 770-775.
17. López-Ibor JJ et al. Tratamiento de mantenimiento de la dependencia a opiáceos en una clínica de naltrexona. Actas Luso-Esp Neurol Psiquiatr 1990; 18 (5): 296-305.
18. De Torres S. Opiate antagonists in the treatment of heroin addicts. Rev Farmacol Clin Exp 1988; 5 (supl. 1): 45-49.