

# Aspectos técnicos del tratamiento con metadona

*Andrés Roig Traver*

## DOLOR Y MEDICINA

Por un mal azar algunos hombres nos vemos condenados a una **vida de dolor y sufrimiento**. En mi caso una lesión traumática del nervio ciático me produce dolores insufribles desde hace meses; no lo describiré, basta saber que convierte mi vida en una tortura. Acudía los médicos: traumatólogos, neurólogos, especialistas del tratamiento del dolor, etcétera. Siempre me recetaron analgésicos menores o me trataron con la técnica del catéter epidural, sin alivio alguno.

Pero lo que resulta curioso e indignante es que en el arsenal curativo de la medicina existen los analgésicos mayores, en especial la Morfina, de eficacia más que comprobada en casos como estos. Ocurre, sin embargo, que en la práctica es imposible seguir un tratamiento con morfina, excepto en un estado terminal. Irónicamente los enfermos que tenemos la mala suerte de no sufrir una enfermedad terminal quedamos abocados sin necesidad al infierno en vida o al suicidio.

Resulta evidente que la clase médica se ha dejado ganar por la irracional demonización de ciertos fármacos considerados como drogas, hasta el punto de considerar más dañino el hipotético infierno de la adicción a la morfina ( aún controlada médicamente) que el muy real de una tortura incesante. Con ello olvidan que su obligación no es sólo curar las enfermedades, sino también aliviar el sufrimiento con todos los medios a su alcance. Esta traición a su vocación y a su juramento les hacen cada vez mas insensibles al dolor ajeno, con todos los peligros que ello lleva consigo. Se que esta carta difícilmente podrá cambiar el curso dominante de la medicina moderna. Me contentaría con lograr que algunos médicos se replantearan su posición ante el dolor y tomaran las decisiones pertinentes para recuperar su dignidad».

Pablo Fernández Flórez. **Madrid**

**Sección de Cartas al Director** de «El País,>. 1519191.

He elegido encabezar el resumen del contenido teórico de estos módulos de formación con una carta extraída hace dos años de la correspondiente sección de un periódico nacional. Si realizamos en ella un pequeño cambio y sustituimos la enfermedad de dicho lector por la dependencia a opiáceos, cambiando también el vocablo morfina por metadona, tendremos una descripción bastante aproximada de lo que desgraciadamente representan aún los tratamientos con metadona en buena parte de países y particularmente en el nuestro.

La metadona, un agente farmacológico seguro, de probada eficacia, económico, sencillo de manejar e indicado para la inmensa mayoría de heroinómanos crónicos, continua resultando una modalidad terapéutica infrautilizada y reservada, cuando está disponible, para

«casos terminales».

Es por ello, que el objetivo que buscamos en este encuentro es profundizar en la mayoría de aspectos concernientes a los tratamientos con metadona (historia, difusión, evaluaciones, farmacología, indicaciones actuales, etc ... ) de cara a su correcta utilización.

El clorhidrato de metadona es un opiáceo de síntesis, obtenido durante la Segunda Guerra Mundial por la industria farmacéutica alemana con objeto de ser empleado como analgésico. Aunque no pudo ser utilizado como tal, pronto comenzó a ser manejado en Estados Unidos para el tratamiento de heroinómanos en la modalidad de «cura decreciente».

Años más tarde, en 1963, las autoridades sanitarias de Nueva York, tras evidenciar el completo fracaso de las modalidades convencionales de tratamiento que se empleaban en la única institución para adictos, el Riverside Hospital, encargan al Dr. V. P. Dole que ensaye algún procedimiento de sustitución que ofrezca resultados objetivos. Conjuntamente con la Dra. M. Nyswander ensayan empíricamente distintos opiáceos, en un reducido grupo de adictos, sin apenas éxito, hasta que comienzan a emplear el clorhidrato de metadona, observando que no aparecía sintomatología subjetiva de intoxicación por opiáceos, desapareciendo al mismo tiempo la apetencia por los mismos. Los pacientes parecían médica y funcionalmente normales, remitiendo también su inactividad. Además encontraron que, cuando la dosis empleada era alta, la autoadministración de heroína no iba acompañada de ningún efecto subjetivo, denominando a este fenómeno «bloqueo narcótico».

Esperanzados por estos resultados las autoridades sanitarias deciden aplicar a un amplio grupo de adictos este tratamiento estableciéndose unos rigurosos criterios de admisión: cuatro años de dependencia, edad entre 20-39 años, no abuso de otras sustancias tóxicas, diseñándose un programa de tratamiento dividido en varias fases:

- 1) Hospitalización durante algunas semanas para ajustarla dosis individual.
- 2) Asistencia diaria al hospital para recibir la dosis y, efectuar controles de orina, acudiendo posteriormente sólo semanalmente para retirar la dosis.

Contrariamente a lo que frecuentemente se ha creído, esta modalidad terapéutica no consistía únicamente en la prescripción legal de un opiáceo. Como el propio Dole señalaba:

" La metadona es un medio para interrumpir el uso de la heroína y esto es una condición necesaria, aunque no suficiente (

... )

El  
objeti  
vo es  
permi  
tir a  
esa  
perso  
na,  
prop  
orcio  
nánd  
ole la  
ayud  
a  
neces  
aria,  
que  
pued  
a  
alcan  
zar  
su  
pleno  
poten  
cial  
como  
ser  
huma  
no.

( ... )

Un  
fárma  
co no  
pued  
e  
reme  
diar  
los  
aspec  
tos  
social  
es y

econ  
ómic  
os.  
Aquí  
es  
dond  
e  
surge  
la  
neces  
idad  
de  
indivi  
duali  
zar el  
trata  
mient  
o. El  
grup  
o de  
pacie  
ntes  
de  
una  
clínic  
a son  
perso  
nas  
con  
distin  
tos  
poten  
ciales  
,  
distin  
tos  
probl  
emas,  
distin  
tas  
situa  
cione  
s, y

al  
princi  
pio  
cuan  
do  
vemo  
s  
adict  
os es  
como  
cuan  
do  
vemo  
s  
prisio  
neros  
en  
una  
cárce  
l o en  
un  
camp  
o de  
conc  
entra  
ción;  
todos  
tiene  
n  
este  
grave  
probl  
ema  
que  
les  
une;  
pero  
si  
resol  
vemo  
s este  
probl  
ema

farmacológicamente, entonces empezamos a ver ya las diferencias que surgen entre las personas y el tratamiento o deberá ser adaptado o adecuado a estas necesidades. Por tanto, un buen programa, aparte de

proporcio  
nar  
dosis  
adec  
uadas  
de  
meta  
dona,  
deber  
á  
indivi  
duali  
zar el  
trata  
mient  
o,  
tener  
médi  
cos,  
enfer  
mera  
s,  
cons  
ultor  
es  
sensi  
bles a  
las  
neces  
idade  
s  
huma  
nas y  
a las  
dificu  
ltade  
s y  
difere  
ncias  
de  
los  
pacie

ntes".

En 1968, siendo aún limitado el número de pacientes, el Consejo de Salud de Nueva York encarga una evaluación externa de los resultados a la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Columbia. Un comité presidido por F. Gearing realizará la evaluación del entonces «nuevo», tratamiento, midiendo fundamentalmente criterios de adaptación social: disminución de la conducta antisocial, medible en número de detenciones; incremento de la productividad social, medible en escolarizaciones u obtención de empleo, uso de opiáceos, valorando los metabolitos detectables en orina, etc ... Los primeros resultados pusieron de manifiesto una tasa de retención en tratamiento muy superior a la entonces ofrecida por otras modalidades una tasa de empleo creciente, mayor según la duración del tratamiento y una caída sorprendente en el número de arrestos.

Para valorar justamente estos resultados, habría que recordar que este millar de «primeros pacientes» lo constituían heroinómanos crónicos y marginales para los que apenas era esperable su rehabilitación e integración social. Se trataba de un -Colectivo formado por un 85% de varones; con una media de ocho años de dependencia; 3,5 arrestos/paciente en los tres años anteriores al inicio del tratamiento. Además, el 50% no habían completado su escolarización, el 59% recibían algún tipo de ayuda social y el 20% nunca habían tenido empleo.

En 1970 los tratamientos con metadona son homologados por la New York .State Medical Society, aprobándose el uso de metadona por la FDA y estableciéndose importantes fondos, por importe de decenas de millones de dólares, como ayudas económicas para su rápida difusión. Estas medidas coinciden con las elecciones presidenciales y la intensa campaña electoral de la administración Nixon contra «la delincuencia y el uso de drogas», adjetivando la dependencia de heroína y las consiguientes actividades criminales como «el enemigo público número uno». El objetivo de la administración Nixon era simple: conseguir con una distribución de metadona a gran escala la rápida disminución de la criminalidad en las áreas urbanas. Una difusión absurda por su rapidez, la poca capacitación que en ocasiones tenían los profesionales, la frecuente ausencia de servicios auxiliares de rehabilitación y el olvido de las necesidades psico-sociales, desvirtuaron el modelo inicial, limitándolo exclusivamente a la dispensación de la solución de metadona, supondrán una merma en su efectividad y la aparición de efectos perversos hasta entonces desconocidos: tráfico de metadona y desvío al mercado negro, ingesta accidental por menores, etc...

Para evitar estos problemas, bastantes programas comenzarán a modificar el protocolo inicial en las condiciones de admisión y exclusión: los criterios de eficacia, la recomendación de utilizar dosis bajas, proponiendo como objetivo la desintoxicación de metadona apareciendo una clara decepción con los resultados obtenidos.

La fantasía de un producto económico que distribuido ampliamente permitiría "el milagro» de acabar en breve tiempo con los problemas derivados del uso de drogas, hizo

olvidar la importancia de la relación humana o del apoyo psicoterapéutico más o menos formal, apareciendo reglamentos cada vez más rígidos en cuanto a dosis y duración del tratamiento desvirtuando la orientación y finalidades originales, de tal modo que a pesar de mantener la denominación de «programa de mantenimiento con metadona», en la actualidad muchos de ellos tienen más semejanzas con «programas libres de drogas»~ que con el modelo originalmente diseñado por Dole y Nyswander. Como ellos mismos escribían por aquellas fechas:

~la metadona no es una panacea, sólo puede reducir la necesidad compulsiva de un heroinómano por dicha sustancia. Para proporcionarle esperanza y respeto por sí mismo es necesario el calor humano. Para llegar a ser un ciudadano productivo es necesario el apo-yo de personas que puedan ayudarle a encontrar trabajo y protegerle de la discriminación. Es en estas últimas cualidades en lo que han fallado los programas en los últimos años. La metadona puede ser administrada a gran escala, pero la ayuda social cualificada, la simpatía necesaria para la reintegración social de los toxicómanos, no son generalizables sobre todo en este clima de burocracia. Los controles burocráticos de los programas de metadona nos han dado un libro de reglamentos y un ejército de inspectores pero no han aumentado las tasas de rehabilitación».

El clorhidrato de metadona es un agonista opiáceo sintético que actúa fundamentalmente en los receptores opiáceos mu. Administrado oralmente se absorbe completamente en el tubo digestivo, almacenándose ampliamente en diferentes órganos y uniéndose en un 75-85% a las proteínas plasmáticas. Su vida media es de unas 15 horas, aunque si la administración es continuada alcanza hasta 22 horas. La presencia de metabolitos activos explican que la eficacia farmacológica sea superior a 2+horas, lo que permite una sola toma diaria. Estos niveles plasmáticos relativamente estables hacen de la metadona un producto con una farmacocinética original y particularmente efectivo en el tratamiento de la dependencia a opiáceos. La estabilidad en su unión con el receptor opiáceos resulta esencial en la normalización de las funciones neuroendocrinas cuando la metadona se administra de forma prolongada. Comparar el uso iv de heroína con la toma regular de una dosis oral de metadona solo es posible cuando se desconoce completamente la farmacología de la sustancia. Revisaremos ampliamente varias de las evoluciones de esta modalidad de tratamiento y, sobre todo, lo que resulta más importante: ¿Por qué algunos programas tienen excelentes resultados y otros no ofrecen más que resultados mediocres?, deteniéndonos en las circunstancias que permiten el cese o la reducción significativa del uso de drogas, la disminución de las conductas delictivas, efectos positivos sobre la salud de la población en tratamiento, productividad social, retención en tratamiento, etc...

Una circunstancia que en los últimos años ha venido a reactivar la eterna polémica sobre la utilidad de la metadona ha sido la importante difusión del VIH en el colectivo de drogodependientes por vía iv.

Estas reflexiones cobran una importancia mayor en nuestro país ya que tenemos la tasa por millón de habitantes más elevada - tras los EE.UU. - en sociedades industriales, existiendo además una estrechísima relación entre el uso intravenoso de drogas y la mayoría de

infecciones por VIH, ya sean por uso compartido de jeringuillas, como por relaciones sexuales (parejas de ADVP)O por transmisión perinatal (hijos de ADVP). Según el único estudio multicéntrico en población ADVP, la prevalencia de infección por VIH alcanza al 41% de los demandantes de tratamiento.

Desde hace años viene insistiéndose en que los programas de metadona pueden limitar la difusión de la infección por VIH, así como sus repercusiones en la población infectada. Los programas de metadona disminuyen significativamente el uso *iv* de heroína, como puede evidenciarse revisando los datos disponibles (TOPS) sobre la prevalencia de uso antes y después de entrar en tratamiento. Además supone la modalidad que mayores tasas de retención ofrece - y en nuestro país el tratamiento más demandado - por lo que en la población incluida en tratamiento disminuye la exposición al VIH. Esto puede verificarse en las bajas tasas de infección que presentan los pacientes que estaban ya en mantenimiento antes de la difusión del VIH en su entorno geográfico. Pero aparte de constituir un medio efectivo para la prevención primaria de la infección por VIH en los toxicómanos activos, también parecen tener una utilidad particular en el mantenimiento de la salud de los ya infectados. Se ha comprobado que la metadona no deteriora la función inmune, ni altera la capacidad citotóxica de las células mononucleares, ni siquiera en tratamientos continuados por períodos superiores a diez años. Además existen evidencias de que el mantenimiento, aún ocasional, del uso *iv*. de drogas conlleva un mayor riesgo de progresión a SIDA, quizás en razón de la mayor exposición a estímulos antigénicos, provocando consiguientemente una disminución de los linfocitos CD4.

Es por ello que pensamos como M. Reisinger que:

«El tratamiento de los heroínómanos con metadona debería difundirse, en lugar de limitarse ( ... ) Las demandas de tratamientos con metadona son mucho más numerosas que para otras modalidades, siendo, por tanto, los resultados cuantitativamente más importantes.

No vemos porqué pueden rechazarse es tas demandas, a menos que se considere que el tratamiento con metadona no constituye propiamente una modalidad terapéutica (a pesar de las múltiples evaluaciones realizadas hasta el presente), o que se admita que los toxicómanos no tienen el derecho a elegir su propio tratamiento. Esperemos que la epidemia del SIDA pueda disipar estos presupuestos tan irracionales como antidemocráticos.