

# Los tratamientos de mantenimiento con metadona en España. Análisis de los centros activos en 1997

*Antònia Domingo Salvany*

IMIM. Barcelona.

## **Introducción:**

Es importante valorar los tratamientos con metadona (TM) en el contexto de los países del sur de Europa, donde la grave epidemia del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) se ha producido mayoritariamente a expensas de los inyectores de sustancias ilegales.

En España, se amplió la posibilidad de aplicación de los TM en 1990, mediante la modificación legislativa reguladora de este tipo de tratamientos que desburocratizó su implementación. En 1996 se modificó la normativa para facilitar todavía más la implementación de este tipo de tratamientos en aquéllas áreas donde se estimara conveniente.

En el año 1994 con el fin de conocer cómo se estaban implementando en la práctica los TM en España se llevó a cabo un estudio, financiado por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas (DGPNSD), cuyos resultados se dieron a conocer en un informe que tuvo poca difusión. Durante este año 1999 se han publicado algunos resultados en un artículo del *Drug & Alcohol Dependence*. Dado el importante crecimiento en el número de centros que proporcionan TM en los años más recientes, la DGPNSD financió la realización de un nuevo estudio en el año 1997.

Los **objetivos** eran los siguientes:

1.- Describir las características del centro (estructura física, ubicación, recursos humanos y asistenciales, aspectos organizativos,...) y su integración en la red asistencial.

2.- Describir las prácticas terapéuticas de los programas de tratamiento con metadona (criterios de inclusión, expulsión, dosis, duración del tratamiento, análisis de drogas en orina,...).

3.- Describir de forma agregada algunos aspectos de los pacientes incluidos en estos programas (volumen asistencial, características demográficas, proporción de pacientes en distintas modalidades terapéuticas ...).

4.- Caracterizar estos programas según criterios de actuación internacionalmente recomendados.

5.- Valorar los cambios ocurridos en relación con los resultados del trabajo llevado a cabo en 1994 en cada Comunidad Autónoma, en el ámbito penitenciario y en el conjunto del Estado Español.

### **Método:**

Estudio descriptivo de todos los centros públicos que, en 1997, realizaban TM en España. La información fue obtenida mediante cuestionario autocontestado remitido por correo al coordinador del centro. Se estableció un refuerzo telefónico con el fin de promover y agilizar el cumplimiento, el retorno y la verificación de los cuestionarios.

Participaron todas las Comunidades Autónomas, incluidas las dos Ciudades Autónomas y como en el estudio anterior se incluyeron los centros penitenciarios, con la diferencia de que en 1994 sólo había centros penitenciarios con TM en dos CCAA y en 1997 casi todas ellas tenían algún centro penitenciario con TM. Desde cada CCAA se remitió un listado con los datos necesarios para contactar con los centros que realizaban TM durante 1997. En total se notificaron 632 centros, 76 de los cuales correspondían a centros penitenciarios.

En el cuestionario se recogía información sobre aspectos administrativos, características físicas del centro, perfil de los profesionales, procedencia de los pacientes, objetivos y tipos de tratamiento, prácticas terapéuticas y preventivas, servicios ofertados y características de los pacientes.

Los centros se clasificaron en prescriptores, dispensadores o prescriptores-dispensadores según realizaran o no alguna de las dos actividades que se consideraron claves, entre las nueve que se preguntaron en el apartado filtro: “establecimiento de la dosis inicial” (prescriptores), “administración de la dosis diaria de metadona” (dispensadores) o las dos (prescriptores-dispensadores). Las nueve actividades eran: indicación de TMM, establecimiento de la dosis inicial, seguimiento de la drogodependencia, modificación de la dosis, alta médica, alta forzada, recogida de orinas, preparación de la dosis diaria individual, administración de la dosis diaria individual.

Se realizó un análisis descriptivo global y estratificado por CCAA. Para la variables de los pacientes se calcularon medias ponderadas por el número de pacientes de cada centro.

### **Resultados:**

Se obtuvieron los cuestionarios de un total de 520 centros, sobre un total de 631 centros

elegibles, ello supone una tasa de respuesta del 82%. El número total de centros es mucho más elevado que en 1994 (248 centros elegibles) y la tasa de respuesta discretamente menor (90% en 1994).

Según la definición de tipo de centro creada a partir de las actividades realizadas y declaradas en el apartado filtro, de los 520 centros, 225 eran centros prescriptores y dispensadores (CPD), 85 eran centros prescriptores (CP) y 210 eran centros dispensadores (CD). El mayor número de centros se encuentra en Andalucía, suponiendo un 43% de los centros con respuesta, y si sólo se consideran los CD esta proporción se incrementa ya que los CD de Andalucía constituyen el 73% de todos los estudiados. Andalucía también aporta el 59% de los CP estudiados.

La mayoría de los centros que estaban desarrollando TM en 1997 (53%), estaban en funcionamiento como centros que trataban a adictos con anterioridad a la implantación de los TM. El 67% habían iniciado los tratamientos con metadona a partir de 1994. En el caso de los CPD, el centro estaba ubicado en un 46% de los casos en un centro específico de drogodependencias (CEDG), en un centro penitenciario (23%), y en un centro de asistencia primaria (CAP) o centro de salud mental (CSM), 7% cada uno. En el caso de los CP el 75% en un CEDG y un 8%, en un CSM. Los CD estaban en su mayoría ubicados en CAP (74%), también en CEDG (8%), en Centros Penitenciarios (4%) y Hospitales Generales (5%). Las unidades móviles suponían un 1.4% de los CD (n=3), y un 3.6% de los CPD (n=8), suponiendo un 2.1% para el total de centros.

Aunque una importante proporción de centros consideraban adecuadas las instalaciones para los tratamientos con metadona, un 30% las valoraron como muy poco adecuadas o totalmente inadecuadas, siendo los CD los que peor las valoraron. Las medias fueron de 5.3, 5.6, y 4 según el centro fuera CPD, CP o CD, (diferencia por tipo de centro,  $p < 0.001$ ).

La aceptación del centro por parte del barrio donde estaba ubicado también fue valorada. Se observa que los CD fueron los que tenían peor aceptación por el barrio donde estaban ubicados. Las medias fueron de 6.4 (CPD), 7 (CP), y 5.7 (CD) ( $p < 0.001$ ).

La media de horas semanales de atención al usuario en el total de centros fue de 57 horas, con un promedio de 9.8 horas diarias. El horario de dispensación era muy variable, oscilando entre 1-2 horas diarias (56%) hasta un máximo de 24 horas. La media de horas semanales de dispensación fue de 17 horas y la media diaria de 3.3 horas. El 64% de los centros dispensaban en horario no laboral. De los 435 centros con dispensación el 24% dispensaban también los sábados o los sábados y los domingos.

La media del número total de profesionales trabajando en los centros fue de 6.4. En los CD el perfil más frecuente fueron los ATS y los farmacéuticos, mientras que en los CPD y los CP fueron los médicos y los psicólogos. La razón número de pacientes en TM en estos centros en el momento de contestar el cuestionario por el número total de médicos, psiquiatras y psicólogos

trabajando en el centro fue de 58.

Se observa que además de la prescripción de metadona se ofrecía una amplia gama de servicios en todos los centros. Existía una cobertura superior al 90% de los servicios de carácter médico, aunque en una proporción elevada estos servicios eran ofrecidos en un centro diferente del propio centro prescriptor. La proporción media ponderada de pacientes que tenían una exploración física completa fue del 83%. Por otra parte se hacía prevención de la transmisión del VIH, y otras enfermedades infecciosas, mediante la distribución de jeringuillas y preservativos en escasamente el 20% y el 50% de centros, respectivamente.

El apartado filtro permite ver la diversidad de enfoques que existen en la provisión global de los TM en los centros. La mayor diversidad se encuentra en los CD que pueden asumir de 1 a 8 de las actividades que se han estudiado. Los centros prescriptores son los más compactos en cuanto al número de actividades realizadas, el 87% realizaba siete actividades.

El 100% de los centros donde se prescribía metadona eran centros donde también se realizaban otros programas de tratamiento de la adicción (incluido alcohol). El objetivo de los tratamientos incluía la reducción del daño (paliativo) en el 96% de los centros, aunque el 79% de los centros tenían algún paciente cuyo objetivo terapéutico estaba orientado a la abstinencia.

Todos los centros realizaban tratamientos de duración superior a 6 meses. En el 80% de los centros no se ponía especial énfasis en proponer a los pacientes la finalización del tratamiento.

Una alta proporción de pacientes iniciaban TM por iniciativa propia (40%) o derivados de otro programa del mismo centro (24%).

Más del 90% de centros consideraron criterios importantes para incluir pacientes en TM, el estar embarazada (94%), estar diagnosticado de SIDA (93%) o padecer una patología orgánica grave (92%). El haber fracasado en tratamientos previos, el ser VIH positivo, el padecer un trastorno psiquiátrico, o una problemática social grave fueron considerados criterios importantes entre el 70% y el 80% de los centros. Sólo el 32% de centros consideraron el ser VIH negativo, y el 51% que el propio paciente solicitara tratamiento con metadona, como criterios importantes.

Respecto a los criterios de expulsión de los TM la mayoría de centros consideraron importante la violencia en el centro (94%), el consumo (82%) o tráfico de drogas (90%) en el centro, el tráfico de metadona (84%), o la falsificación de recetas del centro (78%). El 41% y el 24% de centros también consideraron importante el consumo continuado de opiáceos y el consumo de otras drogas ilegales, respectivamente. Sin embargo, estos criterios fueron considerados de escasa importancia por un 34% (consumo continuado de opiáceos) y un 45% (consumo de otras drogas ilegales) de los centros.

De acuerdo con unas definiciones acordadas previamente, el 9% de los centros tenían criterios 'restrictivos' de inclusión a los TM y el 24% criterios 'amplios'. El resto (67%) tenían criterios 'intermedios'. Respecto a los criterios de expulsión, el 52% de los centros tenían criterios de expulsión 'estrictos' y el 34% 'flexibles'.

La dosis media diaria de metadona que tomaban los pacientes de un centro osciló entre 10 mg y 125 mg. En el 3% de los centros fue de 1-39 mg, en el 18% de 40-59 mg y en el 78% de 60 mg o más. La dosis media global de metadona, ponderada por el número de pacientes en cada centro, fue de 69 mg.

Sólo el 9% de los centros tenía establecido un límite superior de dosis (el 7% de los CPD y el 13% de los CP). En el 32% de los centros el paciente estaba informado de la dosis que estaba tomando y en el 92% el paciente conocía si se le aumentaba o se le disminuía la dosis. La opinión del paciente influía mucho o muchísimo en la modificación de la dosis en el 42%, influía bastante en el 43%, influía algo en el 14%, y no influía nada en el 1% de los centros.

Independientemente de otras intervenciones, si se detectaba consumo de opiáceos en orina, el 46% de los centros con prescripción no modificaba la dosis de metadona, el 48% la aumentaban y el 5% la disminuían.

La presentación más frecuente para administrar la metadona en el centro fue el jarabe en los CPD (90%), el jarabe y los comprimidos en los CP (40% y 60% respectivamente) y los comprimidos en los CD (72%). Esta distribución refleja el hecho que en Andalucía la forma de presentación es exclusivamente en forma de comprimidos y cápsulas, al igual que en Ceuta y Melilla, mientras que en el resto de las CCAA sólo existen tres centros (en Aragón, Cantabria y Madrid) cuya forma de administración de la Metadona no sea una solución oral.

El 89% de los centros proporcionaban dosis para llevar a casa ('take-home'). El 95% de los centros daban dosis take-home a un familiar o persona responsable, y el 58% la daba directamente al paciente. El 76% del total de centros con prescripción proporcionaba take-home como privilegio, teniendo una media de pacientes con dosis de take-home como privilegio del 42%.

En el 65% del total de centros se recogían muestras de orina para realizar análisis toxicológicos a los pacientes en TM, de los cuales el 32% se realizaban en el propio centro.

La mayoría de los CD recibían semanalmente las dosis o la información sobre las dosis diarias de metadona que debían tomar los pacientes (35% y 56%, respectivamente), y recibían las dosis o información acerca de la dosis "A diario" un 35% y un 13%, respectivamente. Había un 15% de centros que recibían las dosis o la información quincenal o mensualmente. Aparte de la información de la dosis diaria a dispensar, en el 53% de los CD no existía un contacto regular establecido con el centro de referencia de los pacientes.

El 63% de los centros con prescripción (CPD y CP) tenían tratamientos de 'bajo umbral' (objetivo paliativo, dosis media diaria de metadona mayor o igual a 60 mg, sin límite de tiempo en tratamiento y sin especial énfasis en su finalización). No se han hallado diferencias en el tipo de tratamiento de bajo umbral según el año de inicio de los TM, tipo de centro, ni por ubicación. No se observan diferencias en la distribución de los criterios de inclusión entre los centros con TM de bajo umbral o no bajo umbral, la mayor parte de los centros tiene criterios amplios o intermedios; sólo el 8% de los centros de bajo umbral y el 11% de los que no cumplen las condiciones de bajo umbral tienen criterios restrictivos. En cambio, sí se observan diferencias respecto a los criterios de expulsión, siendo los centros con TM de bajo umbral los que tienen en menor proporción criterios de expulsión estrictos, aunque esta proporción es todavía relativamente elevada (43%) ( $p < 0.01$ ). (Tabla 1).

La frecuencia con la que los centros con prescripción respondieron afirmativamente a los diferentes indicadores de efectividad se presenta en la Tabla 2. En conjunto los indicadores estructurales se cumplen menos, siendo la presencia de un psiquiatra en el centro el que se cumple en menos ocasiones (20%). Dentro de los indicadores de proceso el que se cumple en menos centros es "criterios de inclusión amplios" (24%). Los centros con prescripción cumplieron una media de 11.0 indicadores de efectividad de los 18 recogidos; el rango de criterios que se cumplieron fue de 4 a 18.

Se ha estimado que, en todo el Estado, desde que se iniciaron estos tratamientos en los centros con prescripción (CPD y CP) estudiados, se trataron con metadona cerca de 87.828 pacientes y que a finales de 1997 había unos 40.000 adictos en tratamiento (un 8% se hallan en centros penitenciarios).

La media de pacientes que estaban en tratamiento con metadona en el momento de contestar el cuestionario por tipo de centro era de 109 en los CPD, de 190 en los CP y de 61 en los CD; siendo la media de 105 para el total de centros.

En más de tres cuartas partes de los centros la proporción de hombres fue superior o igual al 75%, la media ponderada del porcentaje de hombres era de 83%. La media de edad de los pacientes en tratamiento con metadona en el momento de responder la encuesta era de 29 años, oscilando entre 16 y 37 años.

El porcentaje medio corregido y ponderado de pacientes VIH positivos era del 43%. Esta cifra era superior para los CPD (46%) que para los CP (39%). Según la ubicación, el porcentaje más elevado correspondía a los centros penitenciarios (66%).

El porcentaje medio ponderado de serologías positivas a VHB, después de corrección por desconocidos, era del 63%, siendo del 66% para los CPD y del 59% para los CP. Los centros penitenciarios declararon el porcentaje de serologías positivas más elevado (79%).

El porcentaje medio corregido y ponderado de pacientes con serología positiva para la hepatitis C fue del 68% (70% en los CPD y 64% en los CP). Según la ubicación, el porcentaje más elevado correspondía a los centros en hospitales generales con el 73%.

#### Comparación con el 94.

Respecto al año 1994 destaca el importante aumento en el número de centros en los que se prescribe/dispensa metadona. El número de éstos según tipo, entre los dos estudios (1994 y 1997), muestra que el incremento del número de centros ha sido a expensas de los CPD y CD.

La opinión de los coordinadores respecto a la adecuación de las instalaciones y la aceptación del centro en el barrio donde está ubicado se pueden ver en las figuras 1 y 2. Las medias globales para la adecuación de las instalaciones prácticamente no han variado (4.9 en 1994 vs 4.8 en 1997), mientras que la aceptación del centro ha disminuido discretamente (6.7 en el 94, y 6.1 en el 97).

Respecto a los profesionales implicados en los TM el cambio más importante se refiere a la disminución de la proporción de centros con prescripción que cuentan con un psiquiatra, a pesar de que una de las recomendaciones en el anterior estudio era que se aumentara su presencia en los centros con TM (20% frente a 27 % en 1994).

En cuanto a los criterios de inclusión y expulsión de los TM se ha producido una cierta adecuación de los criterios de inclusión a las recomendaciones internacionales, en el sentido de mayor proporción de centros que consideran importante la inclusión de los pacientes por demanda propia (51% frente a 24%, en el 94) o siendo VIH negativos (32% frente al 19% en 1994). En cambio, la adecuación de los criterios de expulsión no ha sido tan clara, si bien ha disminuido la proporción de centros que consideran importante el consumo de opiáceos ilegales para la expulsión (41% en 1997 frente a 50% en 1994), la proporción de centros que consideran importante el consumo de otras drogas ha aumentado (24% en 1997 frente a 18% en 1994).

La dosis media diaria de metadona ha aumentado (de 60 mg/día a 69 mg/día), disminuyendo la proporción de centros con una media inferior a los 60 mg/día (de 44% en 1994 a 24% en 1997). También han cambiado, en la dirección recomendada, otras variables relacionadas con la dosis de metadona: un mayor porcentaje de pacientes conoce la dosis que está tomando o sabe cuando se le modifica la dosis. Existe un ligero descenso en la proporción de centros que tienen un límite superior de dosis y, en aquellos que existe, el límite superior es más alto (Tabla 3).

En conjunto aumentó la proporción de centros con tratamientos de “bajo umbral” (63% vs 50% en 1994), pero la media de los indicadores de efectividad ofrecidos en cada centro

sólo ha aumentado ligeramente (11.0 en 1997 frente a 10.6 en 1994).

Respecto a los pacientes en tratamiento, no cambió la media de edad (29 años) y la proporción de hombres fue parecida (83% en el 97 frente a 81% en 1994). La cifra total de pacientes en tratamientos se ha triplicado (13.000 vs 40.000 pacientes) y la proporción de pacientes VIH positivos al iniciar el tratamiento es menor (43% en 1997, frente a 60% en 1994).

### **Discusión:**

Este estudio que, junto con el que se realizó en 1994, abarca el universo de centros de un país permite valorar como ha seguido la implementación de los TM en España. El estudio ha tenido una buena colaboración por parte de todas las CCAA y la tasa de respuesta de los centros ha sido buena. La tasa de respuesta global para los centros conocidos y contactados ha sido del 82.4%, con variaciones importantes por CCAA.

Es importante señalar que todos los centros donde se prescribe metadona son centros donde también se realizan otros programas de tratamiento de la adicción. Aunque inicialmente existían reticencias acerca de la convivencia de los TM con tratamientos libres de drogas, por los resultados, se observa que se ha priorizado la optimización de recursos y una cierta normalización en la planificación de los servicios de tratamiento de las drogodependencias.

La opinión de los profesionales que trabajan en los centros es que las instalaciones son aceptables, aunque esta valoración difiere tanto por tipo de centro (tienen una mejor valoración los CP y CPD) como por ubicación del centro (los hospitales y los CEDG tienen la mejor valoración). En general se observa que los CPD, situados en una red específica de drogodependencias, tienen una mejor valoración, mientras que los CD que, en general, se hallan situados en centros que cumplen también otras funciones (p.ej.: CAP) tienen una peor valoración.

En relación a la aceptación del centro en el barrio donde está ubicado, hay que anotar una peor aceptación de los centros donde se realiza dispensación (CPD y CD), peor incluso en los CD. Probablemente esto esté influido por la presencia diaria de los adictos en la zona. Ello puede empeorar cuando el número de horas de apertura es escaso, porque puede provocar una mayor concentración de pacientes alrededor del centro. También, dada la ubicación de los CD en centros de asistencia primaria, puede que exista un mayor contacto de la población con los usuarios de metadona haciéndose más contrastadas las opiniones.

Como era de esperar, el perfil de los profesionales variaba según el tipo de centro, predominando los ATS, seguidos por los farmacéuticos y los médicos no psiquiatras en los centros dispensadores y, los médicos no psiquiatras, ATS y psicólogos en los centros con prescripción. Sólo en un 20% de los centros con prescripción había un psiquiatra trabajando, lo

cual es un dato a tener en cuenta a tenor de la elevada prevalencia de psicopatología entre la población de los adictos a opiáceos que se ha encontrado en los países en los que se ha evaluado.

Existe una amplia cobertura de servicios además de la prescripción de la metadona. Se ha descrito que la oferta de otros servicios, además de la mera provisión de metadona, produce resultados de mayor efectividad en el tratamiento, siempre que los servicios ofrecidos sean proporcionados de forma correcta y coordinada.

Los horarios de atención al usuario parecían correctos, en cambio la disponibilidad horaria para la dispensación era limitada en el número de horas y en horario no laboral. Por otro lado se constató, que aunque la oferta de servicios es muy variada, muchos de los servicios médicos son ofrecidos fuera del centro de tratamiento lo cual puede dificultar el acceso real a estos servicios. Las ofertas preventivas para disminuir la transmisión por VIH están en funcionamiento en una proporción considerable de centros, lo que hace pensar que se va asumiendo la filosofía de reducción del daño.

Parece existir cierto consenso en considerar algunos criterios de inclusión de pacientes a TM. Sufrir una patología orgánica grave, tener SIDA, y estar embarazada, se consideraron los más importantes para incluir un paciente a TM. Estos eran los criterios iniciales cuando se empezó a prescribir metadona a mediados de los 80 y, en parte, seguían estando explícitamente considerados en la legislación de 1990. En cambio, otros criterios, como ser VIH negativo o que el propio paciente demande TM, fueron valorados con muy baja puntuación en la mayoría de los centros. Esto sugiere que en la inclusión de los adictos a TM se sigue priorizando el tratamiento paliativo, dirigido a los pacientes con peor estado de salud, no adoptándose un objetivo de prevención de la infección en los pacientes aún no infectados.

Respecto a los criterios de expulsión de los TM, destaca que el 24% de los centros consideraban un criterio importante para expulsar a los pacientes de TM, el consumo de drogas ilegales y el 41% el consumo continuado de opiáceos. Conviene recordar que los TM tienen como finalidad el tratamiento de la adicción a opiáceos, no el tratamiento de la adicción a otras drogas como la cocaína. Por otra parte el 8% de los centros disminuían la dosis de metadona si se detectaba consumo de opiáceos en orina. Aunque estos resultados deberían ser matizados en cuanto a la frecuencia de orinas positivas y otros condicionantes para la expulsión, estos datos sugieren una actitud restrictiva, más orientada a la abstinencia de drogas que a la reducción del daño.

En la actualidad está plenamente aceptada la relación entre la dosis de metadona y el consumo ilegal de opiáceos. Con los estudios realizados puede establecerse que la dosis mínima efectiva de metadona es de 60 mg. Resulta interesante constatar que la dosis media diaria de administración de metadona en el conjunto de los centros fue de 69 mg, por encima de la dosis que se consideraba como punto de inflexión. A pesar de que las evidencias señalan una asociación entre dosis altas de metadona y disminución del consumo de heroína, todavía existen

centros en los que se utilizan dosis bajas, sugiriendo que la dosis puede venir determinada por otros factores diferentes de las recomendaciones científicas.

Un aspecto relevante de la dosis de metadona administrada, es su papel fundamental en conseguir que los pacientes se mantengan en tratamiento el tiempo necesario. Otro aspecto a considerar es la implicación del paciente en la decisión de la dosis administrada. Se ha señalado que los programas que informan a los pacientes la dosis que están tomando tienen mejores tasas de retención al igual que aquéllos en los que su opinión de las dosis es tenida en cuenta. En España existe una considerable implicación del propio paciente en el desarrollo de su tratamiento, que puede tener fuertes beneficios por lo que respecta a la retención, aunque aún no es una actitud generalizada en todos los centros.

En España se observa que un 63% de los centros cumplían los criterios de tratamiento de bajo umbral, según el conjunto de variables antes mencionadas. Es una cifra importante e indica una buena disposición y orientación de los TM en el conjunto del Estado. Por otra parte, siguen existiendo centros de bajo umbral con criterios de inclusión restrictivos y menos del 20% tienen criterios de expulsión permisivos o flexibles. Este hecho llama la atención, pues, si bien la legislación contempla los criterios de inclusión, los de expulsión no están regulados. Por otra parte, el ligero incremento en la media de indicadores de efectividad que cumplen los centros y el trecho que queda por recorrer, muestra que sigue siendo necesario mejorar la oferta de los TM, especialmente en los aspectos estructurales, además de los criterios de inclusión y expulsión.

Los datos que hacen referencia al volumen de pacientes en tratamiento y a las características de éstos pueden ser poco precisos ya que, un 58% de los centros no disponían de esos datos informatizados, y respondieron de forma aproximada. Por otra parte, sólo el 82% de los centros contestaron al cuestionario, por lo que no disponemos de la cifra y las características de los pacientes de un número considerable de centros con prescripción (46), donde se contabilizaron los pacientes.

El número de pacientes en TM por CCAA ha sido muy variable. Para valorar esta magnitud hemos calculado las tasas de pacientes en TM por total de habitantes entre 15 y 49 años, observando que las tasas más bajas se hallan en Castilla-La Mancha (1.8) y la C. Valenciana (6.6), seguidos por Aragón, Baleares y la C. de Madrid (7.2, 7.6 y 8.8, respectivamente) y las más altas en Ceuta (43.9), Andalucía (43), Canarias y Asturias (30.5). Sin embargo estas tasas no tienen en cuenta la prevalencia de la adicción a opiáceos en cada CCAA ya que el número de adictos no se conoce.

Respecto a las características de los pacientes, asumiendo que son datos aproximados, en 12 de las 19 CCAA la proporción de hombres en TM fue algo inferior a la proporción de hombres del total de inicios de tratamientos notificados al SEIT durante 1996; esto quizás refleja un

incremento de la proporción de mujeres en TM en relación con el embarazo. Por otra parte, la media de edad de los pacientes en TM en la mayoría de CCAA (75%) fue superior a la media de edad de los adictos que iniciaron tratamientos en 1996 (SEIT).

La proporción media de sujetos infectados por el VIH al iniciar el tratamiento con metadona fue del 43%. Esta cifra se sitúa en el rango medio de las descritas en otros trabajos que estudian los adictos que contactan con los servicios sanitarios y ha disminuido respecto a la cifra obtenida en 1994. Siguen existiendo, sin embargo, importantes diferencias en la proporción de pacientes en TM infectados por VIH según CCAA, oscilando entre un 20% en Canarias, Ceuta y Melilla y un 77% en Madrid.

Por otra parte, un dato importante que no se recogió en el estudio de 1994 es la proporción de pacientes infectados por los virus de las hepatitis B y C (VHB, VHC), habiéndose encontrado que la proporción media de sujetos infectados es más elevada que para el VIH, concretamente del 63% para el VHB y del 68%, para VHC. Ello sugiere que el contagio por el VHC es más fácil que para el VIH. Por esto es importante tener en cuenta que aunque las medidas adoptadas hasta el momento han conseguido frenar la epidemia por VIH, éstas no son suficientes para atenuar la epidemia de la hepatitis por VHC y a medio plazo ello supondrá un incremento de hepatopatías crónicas en estos pacientes.

En conclusión, se han ampliado los TM en los centros de la red pública española, aunque siguen existiendo cifras bajas en algunas CCAA. Por otra parte, los indicadores de efectividad de estos tratamientos, que han mejorado en algunos aspectos, muestran que sigue siendo necesario potenciar la filosofía de reducción de daño en su sentido más amplio, incluyendo tanto aspectos estructurales como de proceso.

**Tabla 1. Criterios de inclusión o expulsión según el tipo de tratamiento.**

	Tipo de tratamiento		p	Total
	Bajo umbral	No bajo umbral		
<b>CRITERIOS DE INCLUSIÓN*</b>			NS	
Restringidos	14 (8%)	11 (11%)		25 (9%)
Intermedios	117 (67%)	72 (70%)		189 (68%)
Amplios	44 (25%)	20 (19%)		64 (23%)
<b>CRITERIOS DE EXPULSIÓN**</b>			<0.01	
Estrictos	77 (43%)	71 (68%)		148 (52%)
Intermedios	30 (17%)	15 (14%)		45 (16%)
Flexibles	74 (41%)	18 (17%)		92 (32%)

\* - *criterios de inclusión restringidos* si puntuaba con 3 ó menos los criterios de 'Ser VIH negativo' y/o 'A demanda del paciente';

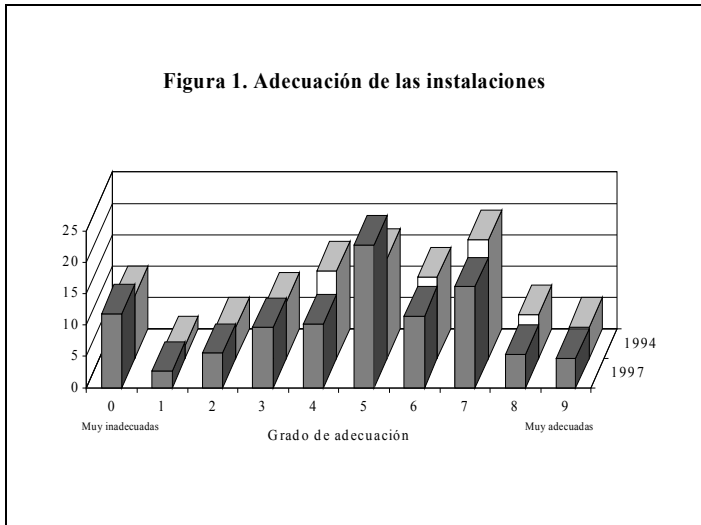
- 
- \*\*
- *criterios de inclusión amplios* si puntuaba con 7 ó más ambos criterios;
  - *criterios de expulsión estrictos* si se puntuaba con 7 ó más 'Consumo continuado de opiáceos' y/o con 5 ó más 'Consumo continuado de drogas ilegales';
  - *criterios de expulsión flexibles* si puntuaba con 3 ó menos ambos criterios.

**Tabla 2. Distribución de los indicadores de efectividad.**

	Existencia del indicador %
<u>Indicadores estructurales</u>	
Psiquiatra	20%
Trabajador social	76%
Mantoux en el propio centro	48%
Test VIH en el propio centro	50%
Exploración física completa en el propio centro	70%
Evaluación psicopatológica en el propio centro	86%
Psicoterapia de grupo en el propio centro	44%
Programas específicos de educación sanitaria en el propio centro	51%
<u>Indicadores de Proceso</u>	
Criterios de inclusión amplios	24%
Criterios de expulsión flexibles	32%
Dosis de metadona $\geq$ 60 mg/día	78%
No especial énfasis en proponer la finalización de TM	80%
No limitación de dosis	91%
No limitación de tiempo	99%
Objetivo paliativo	96%
La opinión del paciente respecto a la dosis influye mucho o muchísimo	42%
El paciente conoce la dosis que está tomando	32%
El paciente conoce si se le modifica la dosis	92%
<u>Número de indicadores que se cumplen</u>	
Media	11.04
Rango	4 - 18

Tabla 3.- Características de la dosis de mantenimiento en los dos estudios.		
	Total 1994 (150)	Total 1997 (310)
Dosis media diaria de metadona		
1-39 mg/día	9%	3%
40-59 mg/día	35%	18%
≥60 mg/día	56%	78%
Existencia de límite superior de dosis	10%	9%
Límite superior de dosis, si existe		
1-99 mg	40%	11%
100-149 mg	27%	33%
150-160 mg	33%	56%
El paciente conoce la dosis que toma	24%	32%
El paciente conoce si se le modifica la dosis	88%	92%

**Figura 1. Adecuación de las instalaciones**



**Figura 2. Aceptación de los centros**

