

TRATAMIENTO DE MANTENIMIENTO CON METADONA

El tratamiento de mantenimiento con metadona (TMM) puede ayudar a los usuarios de drogas inyectables (UDI) a reducir su hábito de inyección o a abandonarlo por completo y de este modo llevar nuevamente una vida productiva. Sin embargo, a veces este tipo de tratamiento todavía es objeto de controversia ante el público y muchos factores limitan la efectividad de los servicios de TMM. Nuevas normas federales, que han mejorado el sistema de TMM, prometen un enfoque más flexible y una prestación más eficiente de estos servicios necesarios y vitales.

La adicción a los opiáceos es un problema grave de salud pública e individual

Se estima que actualmente existen en los Estados Unidos 980,000 adictos a la heroína y otros opiáceos (como oxycontin, [oxicodona], dilaudid [hidromorfona] e hidrocodona). Estas personas se exponen a una muerte prematura y con frecuencia sufren de VIH, hepatitis B o C, enfermedades de transmisión sexual (ETS), enfermedades hepáticas producidas por el uso indebido de alcohol así como otros problemas físicos y mentales. Se estima que entre cinco y diez mil UDI mueren cada año a consecuencia de sobredosis. Muchos están involucrados con el sistema de justicia penal.

Un informe de los Institutos Nacionales de Salud (NIH, por sus siglas en inglés) estimó que los costos financieros de las adicciones a opiáceos no tratadas ascienden a \$20,000 millones al año. Estos costos, combinados con las consecuencias sociales de familias destruidas, comunidades desestabilizadas, una mayor tasa de delincuencia, una mayor transmisión de enfermedades y costos de atención médica más elevados llevan a la conclusión de que la adicción a opiáceos constituye un problema grave para los individuos afectados y la sociedad.

El mantenimiento con metadona constituye el tratamiento más eficaz de la adicción a opiáceos

La metadona es un agente sintético que funciona "ocupando" los receptores del cerebro afectados por la heroína y otros opiáceos. La metadona:

- bloquea los efectos eufóricos y sedantes de los opiáceos;
- alivia el ansia de consumir opiáceos, la cual constituye un factor importante de recaídas;
- alivia los síntomas asociados a los síndromes de retirada (withdrawal) a los opiáceos;
- no causa euforia o intoxicación por sí sola (en caso de dosis estables), permitiendo de este modo que la persona pueda trabajar y participar en la sociedad de forma normal;
- se excreta lentamente, por lo que puede ingerirse sólo una vez al día.

El tratamiento de mantenimiento con metadona, un programa en el que se proporciona a los individuos adictos dosis diarias de esta sustancia, fue puesto en práctica inicialmente en los años sesenta como parte de un programa amplio que incor-

poraba muchos componentes y que hacía énfasis en la reinserción social y la formación vocacional.

El tratamiento de mantenimiento con metadona ofrece beneficios importantes a los individuos afectados y a la sociedad.

Entre ellos:

- eliminación o reducción del consumo de drogas inyectables;
- reducción del riesgo de sufrir sobredosis o de adquirir o transmitir enfermedades tales como VIH, hepatitis B o C, infecciones bacterianas, endocarditis, infecciones de los tejidos blandos, tromboflebitis, tuberculosis y ETS;
- reducción de la mortalidad. La tasa media de mortalidad de los individuos dependientes de los opiáceos que siguen un TMM es el 30% de la de aquellos que no lo siguen;
- posible reducción de las conductas sexuales de riesgo, aunque las evidencias a este respecto no son conclusivas;
- menor participación en actividades delictivas;
- mayor estabilidad familiar y posibilidad de obtener y conservar un empleo; y
- mejores expectativas en cuanto al embarazo.

Varios estudios que aplican los criterios comúnmente aceptados de intervenciones médicas también han demostrado que el TMM es muy rentable.

Asuntos clave en los tratamientos efectivos de mantenimiento con metadona

Dosis

La mayoría de los pacientes requiere una dosis de 60 a 120 mg/día para que la metadona pueda surtir su óptimo efecto terapéutico. Los pacientes que ingieren dosis más elevadas permanecen más tiempo en tratamiento, utilizan menos heroína y otras drogas y tienen una incidencia de VIH menor que aquellos que ingieren dosis más bajas. Algunos pacientes necesitan dosis aún más elevadas para que el tratamiento sea plenamente eficaz.

Los estudios sobre la efectividad de la metadona han demostrado que existe una relación entre la dosis y la respuesta, las dosis más elevadas logran reducir el uso de heroína de manera más eficaz, ayudan a los pacientes a perseverar en el tratamiento y reducen su participación en actos delictivos. Existe evidencia fehaciente de que las dosis se deben calcular de forma individualizada, y mientras más elevadas sean éstas, más eficaz es el tratamiento; asimismo se ha comprobado que la mayor parte de los pacientes necesita ingerir entre 60 y 120 mg diarios de metadona, sin embargo algunas clínicas administran una cantidad fija a todos los pacientes y proporcionan dosis de nivel inferior al recomendado.

Duración del tratamiento

Los estudios han demostrado sin lugar a dudas que para alcanzar buenos resultados en los tratamientos de abuso de sustancias, el tratamiento debe tener la duración adecuada. Una guía basada en investigaciones sobre los principios de tratamiento del abuso de sustancias, elaborada en el año 1999 por el Instituto Nacional de Uso Indebido de Drogas (NIDA, por sus siglas en inglés), señala que “En cuanto al mantenimiento con metadona se refiere, se requiere un mínimo de doce meses de tratamiento, y algunos adictos a los opiáceos seguirán beneficiándose de un tratamiento de esta índole durante un período de años.”

A pesar de ello, la mayoría de los pacientes de TMM interrumpen el tratamiento antes de un año, ya sea porque lo abandonan, la clínica los alienta a hacerlo o son expulsados por no cumplir con las normas del programa. La mayoría de los que interrumpen el TMM posteriormente sufren recaídas. Esto muestra que el proceso de recuperación de la adicción es difícil y que los individuos pueden a la larga necesitar varios ciclos de tratamiento.

La necesidad de adaptar el tratamiento a los subgrupos de IDU y a cada paciente en particular

Los UDI que inician el TMM presentan una amplia variedad de problemas y circunstancias particulares además de la adicción a las drogas. Por ejemplo, alrededor del 40% de los pacientes que inician el tratamiento con metadona usan cocaína o crack además de heroína; tal vez una cuarta parte también ingiere alcohol de forma indebida. Los estudios han demostrado que entre un 67% y un 84% de los pacientes están infectados con el virus de la hepatitis C. Alrededor de diez millones de personas en los EE.UU. presentan trastornos mentales y de abuso de sustancias simultáneamente; más del 40% de aquellos que sufren de trastornos de adicción también padecen de trastornos mentales. Los UDI con frecuencia tienen situaciones de vida inestables y pueden necesitar de varios servicios sociales. Los programas de tratamiento adaptados a las necesidades específicas de los pacientes pueden responder de forma más eficaz a estos distintos tipos de pacientes.

Uso continuo de heroína, cocaína, alcohol y otras drogas

Es relativamente común que los pacientes de TMM continúen consumiendo heroína, otras drogas como cocaína y marihuana, así como alcohol luego de haber iniciado el tratamiento. Esto refleja el historial de uso prolongado, la complejidad de las situaciones de los pacientes y sus razones para usar drogas, así como la base biológica de la adicción. Muchos pacientes en tratamiento no son capaces de controlar sus adicciones en todo momento. Las expectativas realistas de tratamiento reflejan el principio de que la recuperación es un proceso que debe abordarse día a día con recaídas ocasionales.

Las normas regulatorias y la administración de TMM han cambiado radicalmente

Contexto del cambio

A pesar de que se cuenta con 30 años de experiencia en el TMM y de que éste ha sido aceptado en forma generalizada por los especialistas en adicción y las agencias de salud, el tratamiento a veces ha sido objeto de controversia pública en los EE.UU. y en otros países. Los críticos han mencionado la creencia de que el tratamiento con metadona simplemente sustituye una adicción por otra y de que la única meta de tratamiento válida es lograr una abstinencia completa de las drogas. Una interpretación errada acerca de la naturaleza de la adicción a las drogas (no considerarla como una condición biomédica) es una de las razones por las que en ocasiones las comunidades, los proveedores de servicios de salud y el público han aceptado el TMM con reservas. Los oponentes de la expansión de los programas de TMM han expresado la inquietud de que dichos programas podrían atraer la delincuencia y fomentar el tráfico de drogas, y que los pacientes utilizarían metadona para fines inadecuados (la venderían para complementar sus ingresos o para ayudar a los amigos que experimentan síndromes de retirada [withdrawal]). Como resultado, el uso de metadona para el tratamiento de la adicción ha sido objeto de normas muy estrictas y está muy controlado en este país. Por ejemplo, hasta ahora el TMM sólo se proporciona en clínicas con autorizaciones especiales, denominadas Programas de Tratamiento de Opioides.

Estas normas y controles causan que los programas de TMM tengan una flexibilidad y capacidad limitada para responder a las necesidades de los pacientes, incluso en aquellas áreas clave como dosis y duración del tratamiento. Estas normas también han limitado el número de profesionales que pueden tratar la adicción a la heroína y los entornos y ubicaciones en los que el tratamiento puede llevarse a cabo.

El cambio

En mayo de 2001, el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU. (DHHS, por sus siglas en inglés) anunció un nuevo sistema de regulación y control del TMM. De conformidad con dicho

sistema, la responsabilidad de supervisión del TMM en los EE.UU. fue transferida de la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés) al Centro de Tratamiento de Abuso de sustancias (CSAT, por sus siglas en inglés) de la Administración de Servicios de Salud Mental y Abuso de sustancias.

Este nuevo sistema representa un cambio fundamental en el enfoque de tratamiento de abuso de sustancias y en el papel del gobierno federal para garantizar que los programas de TMM sean eficaces y transparentes. Se basa en certificaciones de los programas de TMM emitidas por organizaciones independientes y autoridades estatales, de conformidad con las normas de tratamiento elaboradas por el CSAT durante los últimos diez años.

Estas normas reflejan los conocimientos actuales sobre la naturaleza de la adicción a opiáceos como enfermedad crónica del cerebro y los principios que constituyen la base de un tratamiento completo y eficaz a largo plazo. Estas normas están basadas en “directrices de prácticas idóneas” y hacen énfasis en mejorar la calidad de la atención en áreas tales como planificación de tratamientos individualizados, mayor supervisión médica y evaluación de los pacientes. Sin embargo, el nuevo sistema sigue respondiendo a la comunidad al aplicar las normas de prevención diseñadas a reducir el desvío de la metadona para fines fraudulentos.

Los creadores de este nuevo enfoque consideran que al pasar a un enfoque de acreditación se mejorará de forma significativa la atención prestada a los UDI al:

- mejorar el acceso a los programas de TMM y la calidad de los mismos;
- permitir que el médico pueda determinar a su propia discreción cuál es el mejor plan de tratamiento de acuerdo a las necesidades del individuo; especialmente al fijar las dosis de metadona y la duración del tratamiento, y decidir si es posible o recomendable suspender el uso del medicamento;
- ayudar al TMM a pasar a formar parte de la práctica habitual de atención médica (al aumentar los entornos se podría incrementar el número de consultorios médicos que proporcionan TMM y de este modo

los hospitales y compañías de seguros podrían verse motivadas a proporcionar estos servicios);

- mejorar la supervisión y transparencia y ayudar a promover servicios de tratamiento de vanguardia; y
- aumentar los derechos de los pacientes así como sus responsabilidades.

Para obtener más información sobre este tema

Lea la **hoja informativa general** de esta serie sobre los usuarios de drogas y el tratamiento de abuso de sustancias: “Tratamiento de abuso de sustancias para los usuarios de drogas inyectables: Una estrategia con múltiples beneficios.” Ésta proporciona información básica, vínculos a otras hojas informativas de esta serie y vínculos a otra información útil (tanto impresa como en Internet).

Visite los **sitios web** de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (www.cdc.gov/spanish/idu) y de la Academia para el Desarrollo Educativo (www.healthstrategies.org/pubs/publications.htm) para consultar estos materiales y otros relacionados:

- Preventing Blood-borne Infections Among Injection Drug Users: A Comprehensive Approach (en inglés), el cual proporciona amplia información de fondo sobre la infección de VIH y hepatitis viral en los UDI y el entorno jurídico, social y de política, y describe las estrategias y principios de un enfoque integral para responder a estos problemas.
- Intervenciones para aumentar el acceso de usuarios de drogas inyectables a jeringuillas estériles, una serie de seis hojas informativas.
- El uso de drogas, el VIH y el sistema de justicia penal (en inglés), una serie de ocho hojas informativas.

Visite estos sitios web:

- La Administración de Servicios de Salud Mental y Abuso de sustancias, para obtener más información sobre las nuevas normas federales que rigen los programas de tratamiento con metadona: www.samhsa.gov/news/news.html

(busque en los Archivos de Boletines de Prensa (Archives of News Releases) y elija los dos boletines del 18 de mayo de 2001)

- El Foro de Tratamiento de la Adicción, el cual publica circulares y otras informaciones sobre las noticias, terapias e investigación sobre la adicción y el abuso de sustancias: www.atforum.com/
- La Asociación de Tratamiento por Metadona de los EE.UU.: www.americanmethadone.org

Vea los **números de Octubre/Noviembre 2000 y Enero 2001** del Mt. Sinai Journal of Medicine. Los catorce artículos incluidos en estos dos números hacen énfasis en una amplia gama de asuntos relacionados con el tratamiento de mantenimiento con metadona y su impacto en los UDI, incluso en aquellos infectados con el VIH o el virus de la hepatitis C. Mt. Sinai Journal of Medicine 2000;67(5&6) www.mssm.edu/msjournal/67/6756.shtml y 2001;68(1) www.mssm.edu/msjournal/68/681.shtml

Consulte estas fuentes de información (en inglés):

Ball JC, Ross A. The effectiveness of methadone maintenance treatment. New York: Springer-Verlag; 1991.

Bellin E, Wesson J, Tomasino V, et al. High dose methadone reduced criminal recidivism in opiate addicts. *Addiction Research* 1999;7(1):19-29.

Center for Substance Abuse Treatment. State methadone treatment guidelines. Rockville (MD): CSAT, SAMHSA. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series; TIP#1. DHHS Publication No. (SMA)93-1991; 1993. www.samhsa.gov/centers/csat/csat.html (click on the Treatment Improvement Exchange icon and find CSAT TIPs under Documents)

D’Aunno T, Folz-Murphy N, Lin X. Changes in methadone treatment practices: results from a panel study, 1988-1995. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse* 1999;25(4):681-699.

D'Aunno T, Vaughn TE. Variations in methadone treatment practices. Results from a national study. *JAMA* 1992;267(2):253-258.

Fiellin DA, O'Connor PG, Chawarski M, et al. Methadone maintenance in primary care: a randomized controlled trial. *JAMA* 2001;286(14):1764-1765.

Hser Y-I, Hoffman V, Grella CE, Anglin MD. A 33-year follow-up of narcotics addicts. *Archives of General Psychiatry* 2001;58:503-508.

National Institutes of Health. Effective medical treatment of opiate addiction. NIH Consensus Statement Online. Bethesda (MD): NIH; 1997, Nov 17-19;15(6):1-38. http://odp.od.nih.gov/consensus/cons/108/108_intro.htm

National Institute on Drug Abuse (NIDA). Buprenorphine update: questions and answers. Bethesda (MD): NIDA; 2001. <http://165.112.78.61/Bupupdate.html>

National Institute on Drug Abuse (NIDA). Principles of drug addiction treatment: a research-based guide. Rockville (MD): NIDA; 1999. NIH Publication No. 99-4180. <http://165.112.78.61/PODAT/PODATindex.html>

Novick DM. The impact of hepatitis C virus infection on methadone maintenance treatment. *Mount Sinai Journal of Medicine* 2000; 67(5&6): 437-443.

Novick DM, Joseph H. Medical maintenance: the treatment of chronic opiate dependence in general medical practice. *Journal of Substance Abuse Treatment* 1991;8(4):233-239.

Robles E, Miller FB, Gilmore-Thomas KK, McMillan DE. Implementation of a clinic policy of client-regulated methadone dosing. *Journal of Substance Abuse Treatment* 2001;20(3):225-230.

Sees KL, Delucchi KL, Masson C, et al. Methadone maintenance vs. 180-day psychosocially enriched detoxification for treatment of opioid dependence: a randomized controlled trial. *JAMA* 2000;283(10):1303-1310.

Sorensen JL, Copeland AL. Drug abuse treatment as an HIV prevention strategy: a review. *Drug and Alcohol Dependence* 2000;59(1):17-31.

Strain EC, Bigelow GE, Liebson IA, Stitzer ML. Moderate- vs. high-dose methadone in the treatment of opioid dependence: a randomized trial. *JAMA* 1999;281(11): 1000-1005.

Strain EC, Stitzer ML, Liebson IA, Bigelow GE. Dose-response effects of methadone in the treatment of opioid dependence. *Annals of Internal Medicine* 1993;(119):23-27.

Ward J, Hall W, Mattick RP. Role of maintenance treatment in opioid dependence. *Lancet* 1999;353(9148):221-226.

Weinrich M, Stuart M. Provision of methadone treatment in primary care medical practices: review of the Scottish experience and implications for U.S. policy. *JAMA* 2000;283(10):1343-1348.



Department of Health and Human Services

<http://www.cdc.gov/idu>

A través de la Academia para el Desarrollo Educativo (AED) se proporciona asistencia técnica en materia de UDI a los departamentos de salud financiados por los CDC para tareas de prevención del VIH y a los grupos de planificación comunitaria en materia de prevención del VIH. Para mayor información, comuníquese con el funcionario de los CDC encargado de prevención del VIH al 404-639-5230 o con la AED al (202) 884-8952.