

## CASOS CLÍNICOS

# Paciente en programa de mantenimiento con metadona

## *Patient in maintenance programme with methadone*

CASTILLO, C.\* Y ARRANZ, S.\*\*

\*Adjunto. Servicio de Psiquiatría y Toxicomanías. Hospital del Mar (IAPS). Barcelona.

\*\*Residente de Psiquiatría 3.º año. Instituto de Atención Psiquiátrica: Psiquiatría y Toxicomanías (IAPS). Barcelona. España.

**RESUMEN:** *Objetivo:* Se presenta el caso clínico de un paciente varón de 43 años, heroinómano en tratamiento de mantenimiento con metadona, diagnosticado de infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) desde 1991.

*Material y métodos:* Se revisa la historia toxicológica del paciente, así como su patología orgánica y psiquiátrica y la problemática social que su dependencia le ha producido.

*Resultados:* Después de describir detalladamente la historia toxicológica del paciente, se realiza el diagnóstico principal y el de otros trastornos psiquiátricos concomitantes según criterios DSM-IV. Se mencionan las posibilidades de tratamiento para el trastorno por dependencia de opiáceos, y se analiza con detalle el tratamiento sustitutivo con agonistas (metadona).

*Conclusiones:* En el paciente heroinómano, un objetivo prioritario es la adherencia al tratamiento ya que con ello se consigue una reducción o supresión del consumo, un control sanitario de sus patologías concomitantes y una mejora de la conflictiva social, lo que redundará en una mejora en su calidad de vida.

Los tratamientos sustitutivos con agonistas (metadona, buprenorfina, etc.) han demostrado ser muy útiles en este sentido ya que al aliviar los síntomas de abstinencia y bloquear el deseo de consumir opiáceos tienen muy buena aceptación en estos pacientes.

**PALABRAS CLAVE:** Opiáceos. Dependencia a opiáceos. Tratamiento sustitutivo con agonistas. Caso clínico.

**ABSTRAC:** *Objective:* The case of a patient addicted to heroine, receiving maintenance treatment with methadone and diagnosed as HIV positive since 1991, is presented.

*Material and methods:* The toxicological history of a 43 year old male is revised, as is his organic and psychiatric pathology and the social problem that his dependency has produced.

*Results:* After describing the patient's toxicological history in detail, the principal diagnosis is carried out along with that of other concomitant psychiatric disorders following the DSM-IV criteria. The possibilities for treatment of the opiate dependency disorder are mentioned, and the substitution treatment with agonists (methadone) is analysed in detail.

*Conclusions:* For the patient addicted to heroine, the priority is to maintain adherence to the treatment, as this will achieve a reduction or suppression of the consumption, health control of accompanying pathologies and an improvement in the social conflict situation, all of which will result in an improvement in the quality of life.

The substitution treatment with agonists (methadone, buprenorphine, etc.) has shown itself to be useful in this sense since, on alleviating the symp-

### Correspondencia:

C. CASTILLO  
CAS Barceloneta  
Don Carlos, s/n. 08703 Barcelona. España  
E-mail: ccastillo@imas.imim.es

Recibido: 18.03.05

Aceptado para su publicación: 20.06.05

Este artículo se ha realizado gracias a la ayuda para el desarrollo de Redes Temáticas de Investigación Cooperativa, Red de Trastornos Adictivos G03/005, Ministerio de Sanidad y Consumo, Instituto de Salud Carlos III.

**toms of abstinence and blocking the desire to consume opiates, it has been well accepted among these patients.**

**KEY WORDS: Opiates. Opiate dependency. Treatment with agonists substitution. Case report.**

*Paciente varón de 43 años que se visita en nuestro centro desde hace unos 10 años por su adicción a la heroína. Vive con su madre y su único hermano, no tiene pareja estable, no trabaja y tiene reconocida una incapacidad permanente por la que cobra una pensión.*

*De sus antecedentes familiares destaca el de un padre con un trastorno por dependencia del alcohol fallecido a los 62 años por complicaciones relacionadas con una cirrosis hepática, la madre también con antecedentes de trastorno por dependencia del alcohol, tratada en nuestro centro y abstinente desde hace años, y su hermano con un trastorno por dependencia de opiáceos en mantenimiento con metadona y además con un trastorno depresivo mayor por el que realiza tratamiento farmacológico específico.*

*Como antecedentes de patología orgánica presenta:*

- *Alergia a la sulfamida.*
- *Diagnosticado de infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) en 1991. Inició tratamiento antirretroviral en 1994, desde entonces ha probado diferentes pautas con mala tolerancia. Actualmente en tratamiento con tenofovir 245 mg/día, lamivudina 300 mg/día y didanosina 250 mg/día. Últimos CD4 240 y carga viral indetectable (estadio C3).*
- *Endocarditis tricuspídea por Staphylococcus aureus con émbolos sépticos pulmonares en 1985.*
- *Lúes tratada en 1985.*
- *Hepatopatía crónica por virus de las hepatitis B y C (VHB y VHC, respectivamente), diagnosticadas por punción biopsia hepática en 1994.*
- *Meningitis criptocócica en 1994.*
- *Hipertensión pulmonar diagnosticada en 1995.*
- *Úlcera corneal calcificada en 1999.*
- *Trombosis venosa profunda y tromboembolismo pulmonar en abril de 2003, que precisó tratamiento con acenocumarol durante 6 meses.*

*En cuanto a la historia clínica destacan sus alteraciones de conducta desde la infancia, con peleas con los compañeros, fugas del colegio, mal rendimiento escolar, dificultad para cumplir con las normas y alguna expulsión. Antes de los 18 años fue arrestado por robo y posesión de drogas en varias ocasiones. Ha entrado en prisión unas 10 veces y en total cum-*

*plió unos 8 años de reclusión. A los 15 años dejó los estudios. Durante el servicio militar, que cumplió voluntariamente en una unidad paracaidista, y como anécdota, refería una agresión física a un mando porque le había ordenado que limpiara un lavabo y el se negó. Dicha falta le significó pasar varias semanas confinado en un calabozo y su traslado a otra unidad.*

*Comenzó el consumo de tabaco a los 14 años, y el de cannabis y alcohol a los 15.*

*Acudió a nuestro centro hace unos 10 años derivado desde los servicios sociales del barrio y después de un ingreso en prisión, para valoración de tratamiento sustitutivo con metadona. El paciente había comenzado el consumo de heroína a los 17 años, desde el inicio por vía intravenosa, y a las pocas semanas llegó a consumos de 1-2 g/día. Había intentado por su cuenta abandonar el consumo en varias ocasiones pero solamente había conseguido estar abstinente durante sus estancias en prisión. El primer tratamiento en un centro especializado lo había realizado en 1981 de forma ambulatoria, sin llegar a finalizarlo. Desde que había iniciado el consumo se dedicaba a realizar hurtos y robos bajo amenaza para poder pagar la heroína y en alguna ocasión se había vendido algún electrodoméstico de su casa para conseguir dinero. Había abandonado su cuidado personal y cualquier otra actividad que no estuviera relacionada con el consumo o con conseguir recursos para consumir. Su deterioro físico era cada día más evidente, pero el paciente no realizaba ningún control médico.*

*En el mes de febrero de 1994, y ante la situación clínica que presentaba, fue incluido directamente en un programa de mantenimiento con metadona en nuestro centro. A los 6 días de comenzar presentó una sobredosis por un consumo de heroína que no requirió la intervención de los servicios de urgencias. A partir del primer mes se mantuvo estable y abstinente en el consumo de heroína. Durante el primer año de abstinencia, el paciente refería sintomatología ansiosa que se trató con diazepam hasta 30 mg/día. A lo largo del seguimiento ha presentando períodos autolimitados de abuso de benzodiazepinas y de cocaína. La dosis de metadona se fue aumentando progresivamente hasta 170 mg/día, pero a partir del año 2001 se ha ido disminuyendo y actualmente se mantiene estable con 100 mg/día.*

*Como hábitos tóxicos actuales refiere ser fumador de 30 cigarrillos al día, consumo de cannabis de 1 a 2 «porros» al día y consumo de cocaína ocasional (3-4 veces al año) por vía intravenosa.*

El médico responsable (M) repasa los antecedentes y la historia clínica del caso con un nuevo residente de primer año (R1), antes de ver al enfermo por segunda vez.

**R1:** ¿Puedes darme más información del resto de la historia toxicológica del paciente?

**M:** Comenzó el consumo de tabaco a los 14 años, actualmente fuma 30 cigarrillos/día y nunca ha estado abstinentes. Consumo regular de cannabis de 1 a 2 «porros» al día desde los 15 años, con períodos de mayor consumo diario. Inició el consumo de alcohol a los 15 años, nunca con criterios de abuso, actualmente realiza consumos ocasionales. Consumo de cocaína desde los 20 años por vía esnifada, actualmente una vez cada 2-3 meses, medio gramo por vía intravenosa. Consumo de hipnosedantes desde los 25 años con períodos de abuso autolimitados, actualmente realiza tratamiento con diazepam 30 mg/día por prescripción médica.

**R1:** ¿Cuál es el diagnóstico principal de este paciente?

**M:** Siguiendo los criterios diagnósticos del DSM-IV TR, presenta un trastorno por dependencia a opiáceos, en tratamiento con agonistas (304.02). En este caso se dan las alteraciones conductuales más relacionadas con el diagnóstico de dependencia como la búsqueda continua del consumo a pesar del daño que está produciendo, la reducción progresiva del repertorio de conductas que quedan restringidas a la búsqueda de la sustancia o de los medios para obtenerla y los repetidos intentos de abandonar el consumo sin éxito.

**R1:** ¿Tiene otros diagnósticos psiquiátricos?

**M:** Sí, en eje I presenta:

- Trastorno por dependencia de cannabis (304.30).
- Trastorno por abuso de cocaína (305.60).
- Trastorno por dependencia de nicotina (305.1).

Y en eje II:

- Trastorno de la personalidad antisocial (301.7).

Si te fijas en la historia, puedes ver que desde la infancia ha presentado conductas disociales con problemas de peleas, mal rendimiento escolar y expulsiones. Estas alteraciones, que ya se inician antes del comienzo del consumo de tóxicos, se agravan con la aparición de dicho consumo y como consecuencia le llevan a ingresar en repetidas ocasiones en prisión.

**R1:** ¿Ha presentado durante el seguimiento otra sintomatología psiquiátrica?

**M:** A los 4 meses de comenzar al tratamiento acudió a la visita con aspecto general descuidado. Refería que desde hacía unas semanas se sentía triste y deprimido, con llanto fácil, insomnio de primera y segunda fases e ideas de muerte. Se inició tratamiento con imipramina, que el paciente abandonó por intolerancia de los efectos secundarios. Posteriormente, se indicó tratamiento con paroxetina, 20 mg/día, y trazodona, 100 mg/día (como hipnótico), con mejoría del cuadro en 2 meses. Mantuvo el tratamiento durante 8 meses, y después se mantuvo asintomático y sin tratamiento hasta que en agosto de 2003 presentó un nuevo episodio depresivo que mejoró tras un nuevo tratamiento con paroxetina.

Se trata de una clínica compatible con un trastorno depresivo mayor recidivante con sintomatología moderada (296.31).

**R1:** Este paciente además del trastorno por uso de sustancias, presenta otros diagnósticos psiquiátricos ¿Cuáles son los diagnósticos descritos con más frecuencia en estos pacientes?

**M:** Los diagnósticos que suelen encontrarse con más frecuencia en estos pacientes son los trastornos de la personalidad y en particular el trastorno antisocial. En cuanto al eje I, la patología que se diagnostica con más frecuencia es la relacionada con el estado de ánimo, sobre todo el trastorno depresivo, ya sea inducido o primario. A la coincidencia de un diagnóstico por uso de sustancias y cualquier otro diagnóstico psiquiátrico, como en este caso, es a lo que se denomina patología dual.

**R1:** ¿Qué posibilidades de tratamiento tenemos para el trastorno por dependencia a opiáceos?

**M:** Existen 3 posibilidades<sup>1-4</sup>:

1. Tratamiento sustitutivo con agonistas (metadona, levo-alfa-acetilmetadol [LAAM]...).
2. Tratamiento con antagonistas (naltrexona).
3. Tratamiento libre de drogas (sin ayuda farmacológica).

**R1:** ¿Qué es el tratamiento sustitutivo?

**M:** El tratamiento sustitutivo es una forma de intervención médica frente a la dependencia de la heroína y de otras sustancias opiáceas que utiliza agonistas opiáceos, que tengan características similares a la heroína sobre el cerebro, y que alivien los síntomas de abstinencia de la droga y bloqueen el deseo por consu-

mir opiáceos ilegales. Son ejemplos de agonistas opiáceos la metadona, el LAAM, la buprenorfina (un agonista-antagonista parcial) y, en algunos países, la diacetilmorfina (heroína).

— El LAAM es un agonista y un analgésico opiáceo sintético del tipo de la morfina, relacionado con la metadona. Fue investigado ampliamente en los años setenta del pasado siglo como una alternativa a la metadona. Su mayor ventaja sobre ésta es su semivida más prolongada, de 48 h, con posibilidad de intervalos de dosis más largos. Recientemente, se ha asociado con efectos adversos cardíacos (alargamiento del intervalo QT y aparición de *torsades de pointes*) por lo que la Agencia Europea del Medicamento decidió su retirada del mercado.

— La buprenorfina se desarrolló como un analgésico potente, tan potente como la morfina, pero con menor toxicidad. Es un agonista parcial mu con actividad clínica agonista-antagonista. La buprenorfina tiene menos riesgo de depresión respiratoria en dosis alta o en sobredosis que otros opiáceos.

— La heroína o diacetilmorfina es un analgésico opiáceo considerado una droga ilegal en la mayoría de países. Su mayor desventaja es su semivida corta, por lo que se necesitan varias dosis diarias, lo que la convierte en una alternativa cara y poco practica.

**R1:** ¿En qué consiste el tratamiento de mantenimiento con metadona?

**M:** Se basa en la administración controlada de metadona durante un tiempo prolongado a pacientes dependientes de opiáceos<sup>5-7</sup>. La administración de este fármaco se incluye dentro de un programa denominado programa de mantenimiento con metadona (PMM).

Sin embargo, no todos los PMM son iguales. Si bien el denominador común es la utilización de la metadona como fármaco de sustitución opiáceo, el con-

cepto PMM incluye muchos tipos de programas diferentes: desde los que se limitan a la administración de metadona sin ninguna otra oferta adicional, hasta los que ofrecen una serie de servicios como las terapias de prevención de recaídas, el tratamiento de la psicopatología concomitante, la evaluación y tratamiento de otras patologías orgánicas como la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), el virus de la hepatitis B (VHB) y el virus de la hepatitis C (VHC), el asesoramiento y facilitación de recursos sociales y legales, etc. Asimismo, la propia administración de la metadona puede estar sometida a muchas diferencias en cuanto a dosis, duración y forma de administración, según los distintos programas.

**R1:** ¿Conoces las características farmacocinéticas de la metadona?

**M:** La metadona es un agonista opiáceo sintético que en humanos tiene un efecto similar a la morfina. Se absorbe bien por el tracto gastrointestinal y tiene una buena disponibilidad. La semivida de la metadona se estima entre 24-36 h, con una alta variabilidad individual. La biotransformación se produce básicamente en el hígado a través de los sistemas CYP3A4, CYP2D6 y CYP1A2. La expresión del enzima CYP está influenciada por factores genéticos y ambientales y por ciertas medicaciones. Este perfil farmacológico hace que sea útil como medicación sustitutiva de los opiáceos, porque permite la administración en una única dosis diaria.

**R1:** ¿Qué efectos adversos puede notar el paciente?

**M:** Existen efectos agudos que se presentan al iniciar el tratamiento y efectos crónicos. Los más frecuentes son la sudoración, el estreñimiento y el incremento de peso (tabla 1).

**Tabla 1.** Efectos indeseables en el tratamiento con metadona

Efectos agudos	Efectos crónicos
Euforia, somnolencia, náuseas y vómitos	Constipación crónica
Dificultad para la micción	Sudoración excesiva
Insomnio	Aumento de la micción
Reacciones cutáneas adversas	Insomnio o somnolencia diurna
Edemas	Disminución de la libido, dificultad para alcanzar el orgasmo
Sudoración excesiva	Disminución de la FSH, LH y testosterona
Disminución de la frecuencia cardíaca, la presión arterial y la frecuencia respiratoria	Aumento de la PRL, las globulinas, las proteínas totales y la albúmina
Aumento de la temperatura	Alteración de la inmunidad celular asociada a una producción normal de anticuerpos
Hemodilución y edema persistente	

**R1:** En nuestro caso, el paciente realiza tratamiento con diferentes fármacos, ¿cómo influye esto en la dosis de metadona?

**M:** Debemos ajustar la dosis habitual de metadona cuando se introducen fármacos que modifican las concentraciones plasmáticas (tablas 2-4).

**R1:** ¿Existe algún fármaco con el que esté contraindicada su administración conjunta?

**M:** Sí, con los fármacos que pueden precipitar un síndrome de abstinencia, se trata de los antagonistas opiáceos (naltrexona, naloxona, nalmefene) y de un fármaco agonista parcial (buprenorfina).

**R1:** ¿Cuándo indicamos un tratamiento con metadona?

**M:** Los requisitos para poder entrar en un tratamiento de metadona difieren ampliamente entre los programas. El principal requisito será el diagnóstico confirmado de la dependencia de opiáceos. Algunos programas adoptan un criterio estricto (gran motivación, más de 5 años de adicción, haber participado sin éxito en otros tratamientos, etc.), en otros aceptan a cualquier persona que sea adicta a opiáceos. Tras la aparición de la infección por el VIH se ha valorado la conveniencia de aumentar el número de pacientes en este tipo de tratamiento, lo cual ha llevado a los cambios legislativos oportunos para flexibilizar los crite-

**Tabla 2.** Fármacos que pueden disminuir las concentraciones plasmáticas de metadona

Nombre genérico	Acción/uso	Marcas/ejemplos
Butobarbital sódico, mefobarbital, fenobarbital, pentobarbital, secobarbital Carbamacepina	Barbitúricos, sedantes y/o hipnóticos Anticonvulsionante para epilepsia y neuralgia del trigémino	Bitosol Sodium®, Mebaral®, Nembutal®, Phenobarbital®, Seconal® Atretol®, Tegretol®, Tegretal®
Etanol Fenitoína Rifampicina	Uso crónico Control de ataques Tratamiento de tuberculosis pulmonar	Vino, cerveza, whisky, etc. Dilantin®, Phenydan® Rifadin®, Rifamate®, Rifater®, Rimacatane®, Rifa®
Acidificadores urinarios, ácido ascórbico	Mantiene soluble al calcio, controla irritaciones cutáneas inducidas por orina, vitamina C	K-Phos®, Vitamina C (dosis grandes)

**Tabla 3.** Fármacos que pueden aumentar las concentraciones plasmáticas de metadona

Nombre genérico	Acción/uso	Marcas/ejemplos
Amitriptilina	Tratamiento de la depresión y de la ansiedad	Elavin, endep, etrafon, limbitrol, triavil, triptizol
Cimetidina	Antagonista receptor de H <sub>2</sub> para el tratamiento de úlceras gástricas y del duodeno, y de la enfermedad de reflujo gástrico	Tagamet®
Diazepam	Control de ansiedad y estrés	Dizac™, valium, Vairelease®, diazepam
Etanol	Uso agudo	Vino, cerveza, whisky, etc.
Maleato de fluvoxamina	Inhibidor de recaptación de serotonina para el tratamiento de la depresión y de los trastornos compulsivos	Luvox™, Dumirox®
Ketoconazol	Agente antifúngico	Nizoral comprimidos®
Alcalinizadores urinarios	Tratamiento de cálculos renales, terapia contra la gota	Bicitral®, Polycitra®

**Tabla 4.**

Nombre genérico	Acción/uso	Marcas/ejemplos
Desipramina	Antidepresivo tricíclico	Narpramin®
Zidovudina	Tratamiento inicial del VIH	Retrovir®, combinaciones de AZT

VIH: virus de la inmunodeficiencia humana.

rios de admisión, con el fin de incrementar el número de pacientes que accedían a este tipo de tratamiento hasta el punto de que en algunas comunidades autónomas, como Cataluña, la solicitud por parte del paciente por sí sola constituye un criterio de admisión a PMM.

**R1:** ¿Si el centro no pudiera ofrecer a todos los pacientes un tratamiento con metadona de forma inmediata, qué pacientes serían prioritarios?

**M:** En una situación como la que se plantea serían candidatos prioritarios para iniciar un tratamiento con metadona los siguientes:

- Mujeres embarazadas.
- Pacientes en tratamiento por tuberculosis, requieran o no administración supervisada de fármacos.
- Pacientes seropositivos al VIH no controlados.
- Adictos a opiáceos con trastornos psiquiátricos graves.
- Pacientes afectados de enfermedades orgánicas graves.
- Adictos a opiáceos de varios años de evolución, con fracasos repetidos en otros tratamientos.

**R1:** ¿Cuáles son los objetivos del tratamiento?

**M:** El objetivo principal es la disminución del consumo de opiáceos ilegales (heroína), para ello es necesario:

- Prevenir el síndrome de abstinencia.
- Disminuir el *craving* (deseo de consumir).
- Suprimir el efecto reforzador del consumo.

Los objetivos secundarios son:

- Disminución de las conductas de riesgo para el VIH.
- Reducir las conductas delictivas.
- Mejorar la calidad de vida.

**R1:** En este caso el paciente refiere episodios de consumo de cocaína durante el período de tratamiento con metadona. ¿Puede ser éste un motivo para retirar el tratamiento?, ¿de qué manera se manejan estos consumos?

**M:** No es aconsejable la supresión de un tratamiento con metadona cuando se producen consumos continuados de otras sustancias, ni siquiera si los consumos son de heroína. El beneficio que el paciente obtiene al mantenerse en contacto con el centro, aunque sea en otros aspectos sanitarios, es mucho mayor que el perjuicio que puede causarle la supresión del tratamiento y el probable abandono del centro y retorno al ambiente de consumo. Una estrategia para conseguir la supresión del consumo de otras sustancias es la retirada de privilegios, como el llevarse dosis a casa, hasta que los controles de orina vuelvan a salir «limpios». Una gran parte de los pacientes responde a estas intervenciones.

**R1:** ¿Cómo se realiza la inducción del tratamiento?

**M:** El proceso de inducción es el período entre la dosis inicial y hasta que se consiguen suprimir los síntomas de abstinencia. El objetivo de la inducción es eliminar los síntomas de abstinencia. En general, la dosis inicial está entre los 10 y los 30 mg; si la tolerancia a los opiáceos es alta, la dosis normal estará entre los 25 y 40 mg; si la tolerancia es baja o incierta, una dosis entre los 10 y los 20 mg será la más apropiada; si la dosis inicial es baja, es importante mantener al paciente bajo observación durante unas horas y si aparecen los síntomas de abstinencia administrar pequeñas dosis adicionales (tabla 5).

Para calcular la dosis exacta de metadona debemos tener en cuenta que la pureza de la heroína varía según la zona, que la dosis adecuada varía según el objetivo de tratamiento y que la metadona es un opiáceo de vida media-larga. Además, hay que tener también presente que para alcanzar concentraciones plasmáticas estables se requiere la administración de dosis repetidas, al menos durante 1 semana.

**R1:** Nuestro paciente presentó una sobredosis de heroína a los 6 días del inicio del tratamiento con metadona, ¿es un efecto secundario del tratamiento?

**Tabla 5.** Inducción del tratamiento con metadona

Día	Dosis (mg)	Observaciones
1	10-45	Dosis inicial habitual
Cada 3-7 días	5-15 más que el total del día anterior	Si persisten síntomas de abstinencia objetivos o subjetivos y no aparecen síntomas de depresión del SNC
Cada 3-7 días	5-15 mg menos que el total del día anterior	Si aparecen síntomas de sobredosificación: sedación, miosis, prurito facial, euforia...

**M:** Más que un efecto secundario es un riesgo, ya que durante los primeros días de tratamiento puede suceder que la dosis de metadona no sea suficiente y el paciente tenga síntomas de abstinencia. Para suprimir las molestias de la abstinencia consumen la dosis de metadona junto con heroína, y esto puede producir la intoxicación y episodios de sobredosis.

Es importante explicar claramente al paciente qué es la metadona, cuáles son sus características farmacológicas y en qué consiste el tratamiento. Debemos insistir en que si toman algunas sustancias durante el PMM, sobre todo heroína, benzodiacepinas, alcohol y otros depresores del sistema nervioso central, aumenta el riesgo de intoxicación aguda con consecuencias graves.

**R1:** ¿Cuál es la dosis correcta para el mantenimiento?

**M:** La dosis debe ser también individualizada. El médico debe observar los efectos de una dosis determinada teniendo en cuenta que debe suprimir la abstinencia de opiáceos, no causar euforia ni sedación y reducir o eliminar el consumo de narcóticos. La dosis habitual suele estar entre 50 y 120 mg/día. El tiempo necesario para poder estabilizar a una persona en tratamiento con metadona puede llevar 6 o más semanas. Hay que tener en cuenta que aunque es poco frecuente, hay pacientes que pueden necesitar dosis muy elevadas (hasta 1.000 mg o más).

**R1:** ¿Cada cuánto tiempo deben recoger la metadona?

**M:** Los pacientes deben ir a buscar la metadona cada día a su centro de dispensación. En caso de un buen cumplimiento de las visitas y después de un tiempo de abstinencia que puede variar entre 1 semana y 1 mes, según cada centro, se puede ofrecer la posibilidad de un régimen de *take-home*. Esto significa que el paciente puede comenzar a llevarse dosis para administrárselas él mismo sin el control del centro. Se puede comenzar por los fines de semana para luego administrarla semanalmente. De esta manera se intenta equiparar este tratamiento a cualquier otro tratamiento farmacológico, favoreciendo el proceso de rehabilitación del paciente, y proporcionándole una mayor autonomía personal.

**R1:** ¿Cómo debemos actuar ante un consumo?

**M:** Los consumos de heroína u otros opiáceos se pueden dar en pacientes con metadona y no siempre

implican una reanudación de la dependencia. Debemos analizar cuál ha sido el motivo de la recaída, si es por la persistencia de síndrome de abstinencia estará indicado aumentar la dosis de metadona.

**R1:** ¿Cuándo está indicada la supresión de metadona?

**M:** Las decisiones sobre la supresión del tratamiento deben realizarse de acuerdo con el equipo terapéutico y el paciente, y deben tomarse basándose en los datos y la experiencia clínica. La duración del tratamiento de mantenimiento con metadona es una cuestión aún no resuelta en la actualidad. Aunque, desde el punto de vista teórico, la disminución paulatina de la metadona hasta su supresión debería llevarse a cabo cuando el paciente fuese capaz de mantenerse sin metadona con el mismo estado de abstinencia de drogas ilegales y la misma calidad de vida alcanzada con ella, en la actualidad no se disponen de criterios objetivos claros sobre cuándo se debe indicar la finalización del tratamiento.

En general debe tenerse en cuenta que la adicción es una enfermedad crónica, progresiva y con recaídas, por lo que cualquier intento de limitar su tiempo de tratamiento es obviamente inadecuado. Así pues, el PMM debe durar tanto tiempo como sea necesario, es decir, tanto tiempo como el paciente siga beneficiándose de él, desee permanecer en tratamiento, esté en situación de riesgo para recaer en el consumo de heroína, no presente efectos secundarios importantes del PMM y tanto tiempo como el médico juzgue adecuado.

A título orientativo y por la experiencia acumulada en los países que utilizan estos tratamientos, se aconseja que un mantenimiento con metadona dure al menos 2 años, teniendo en cuenta que hay casos en los que el tratamiento puede ser de por vida.

**R1:** ¿Cómo se realiza la retirada de metadona?

**M:** La desintoxicación del tratamiento con metadona provocará un síndrome de abstinencia. Debido a que la semivida de eliminación de la metadona es relativamente larga y al hecho de que se acumula en los tejidos corporales, su síndrome de abstinencia es más prolongado que el de los opiáceos de acción corta como la heroína y la morfina, aunque su intensidad es menor. La desintoxicación puede hacerse en régimen de ingreso o ambulatorio, disminuyendo progresivamente la dosis o mediante la administración de otros fármacos (p. ej., clonidina).

**R1:** ¿Después de cuánto tiempo de abstinencia podemos decir que el paciente está curado?

**M:** Los trastornos por dependencia de sustancias psicoactivas son enfermedades crónicas y recurrentes. Esto implica que no se emplea habitualmente el término curación, al no poder asegurar que el paciente haya abandonado total y definitivamente la toxicomanía. A pesar de esto, después de 2 años de abstinencia podemos dar el alta al paciente. En los mantenimientos con metadona y una vez retirada la sustancia, el tiempo de seguimiento hasta el alta tendrá que ser individualizado, y dependerá de las características del paciente y de la evolución que haya presentado durante el período de tratamiento con la sustancia.

**R1:** En este caso el paciente hace 10 años que toma metadona, ¿por qué se ha decidido mantenerla?

**M:** En este caso hay varios factores que justifican la continuidad del mantenimiento con metadona: se trata de un paciente con una mala adaptación premorbidada con un trastorno de la personalidad, que ha presentado varios episodios depresivos durante el tratamiento, que ha realizado pocos cambios vitales que favorezcan la abstinencia y, sobre todo, es un paciente que se en-

cuentra cómodo con la metadona y que él mismo reconoce un beneficio en esta continuidad.

**R1:** A lo largo de estos años de tratamiento, ¿qué objetivos se han conseguido en este paciente?

**M:** Desde las primeras semanas de tratamiento, la supresión del consumo de heroína y posteriormente una reducción muy significativa del consumo de cocaína. El paciente no ha vuelto a delinquir y consiguió que le reconocieran una incapacidad por la que cobra una pensión cada mes. Convive con su madre y su hermano sin presentar conflictos importantes y ha tenido alguna relación afectiva aunque no ha llegado a consolidarse. A nivel médico realiza el tratamiento antirretroviral correctamente y acude a los controles y seguimientos del servicio de medicina infecciosa de nuestro hospital objetivándose en las últimas analíticas una carga viral indetectable.

Aunque parezcan modestos los objetivos logrados, en casos como el expuesto partimos de un individuo con pocos recursos y capacidades limitadas. La abstinencia, el control sanitario y una mejora en la calidad de vida son logros que ya nos pueden dar una satisfacción y por descontado al mismo paciente.

## Bibliografía

1. Galanter M, Kléber H. Tratamiento de los trastornos por abuso de sustancias. Barcelona: Masson; 1997.
2. Mattick RP, Kimber J, Breen C, Davoli M. Buprenorphine maintenance versus placebo or methadone maintenance for opioid dependence (Cochrane Review). Oxford: The Cochrane Library; 2003.
3. Soler Insa PA, Gascón Barrchina J. RTM-II: recomendaciones terapéuticas en los trastornos mentales. Barcelona: Masson; 1999.
4. Ward J, Mattick R, Hall W. Methadone maintenance treatment and other opioid replacement therapies. Ámsterdam: Harwood Academic Publishers; 1998.
5. Parrino MW. State Methadone Maintenance Treatment Guidelines. US. Department of Health and Human Services. Rockville: SAMSHA; 1992.
6. Preston A. The methadone briefing. London: Island Press; 1996.
7. Verster A, Buning E. European methadone guidelines. Amsterdam: EuroMethwork; 2003.