

para planificadores de políticas

sobre la efectividad del
tratamiento sustitutivo en
la dependencia de opiáceos

ANNETTE VERSTER & ERNST BUNING

Información para planificadores de políticas

**Sobre la efectividad del tratamiento sustitutivo
en la dependencia de opiáceos**

Annette Verster & Ernst Buning

Traducción: Liliana Spitzer

EuroMethwork, 2003

| | |
|--|-----------|
| Resumen | 4 |
| ¿Por qué esta información sobre el tratamiento sustitutivo? | 6 |
| Agradecimientos | 8 |
| 1. La salud y los costes sociales de la drogodependencia | 9 |
| 1a. ¿Qué es la drogodependencia? | 9 |
| 1b. ¿Qué es la dependencia de opiáceos? | 12 |
| 1c. ¿Cuál es la magnitud del problema de la dependencia de opiáceos? | 13 |
| 1d. ¿Cuáles son las consecuencias sociales y para la salud? | 15 |
| 1e. ¿Hay remedio para la dependencia de opiáceos? | 17 |
| 2. A propósito del tratamiento sustitutivo | 19 |
| 2a. ¿Qué es el tratamiento sustitutivo? | 19 |
| 2b. ¿Cuáles son los objetivos del tratamiento sustitutivo? | 21 |
| 2c. ¿Cuál es el alcance del tratamiento sustitutivo en Europa? | 23 |
| 2d. ¿Qué es la metadona? | 25 |
| 2e. ¿Es la metadona la única medicación sustitutiva para la dependencia de opiáceos? | 27 |
| 2f. ¿Por qué debe darse durante tanto tiempo el tratamiento sustitutivo? | 29 |
| 3. A propósito de la efectividad del tratamiento sustitutivo | 31 |
| 3a. ¿Cuál es la efectividad para el individuo? | 31 |
| 3b. ¿Cuál es la efectividad para la sociedad? | 33 |

| | |
|--|-----------|
| 3c. ¿Cuál es la relación entre coste y beneficio del tratamiento sustitutivo? | 35 |
| 3d. La inversión en el tratamiento sustitutivo ¿es un gasto inútil de los fondos públicos? | 37 |
| 3e. ¿Por qué algunas personas aún discuten el tratamiento sustitutivo? | 38 |
| 3f. ¿Existen también desventajas en el tratamiento sustitutivo? | 41 |
| 3g. ¿Cuáles son los mayores desafíos por vencer? | 43 |
| 4. La distribución del tratamiento sustitutivo | 44 |
| 4a. ¿Es suficiente el tratamiento sustitutivo sólo? | 45 |
| 4b. ¿Cuál es el mejor contexto para el tratamiento sustitutivo? | 47 |
| 4c. ¿También debería poder disponerse del tratamiento sustitutivo en la cárcel? | 50 |
| 4d. ¿Cuál es la mejor forma de facilitar el tratamiento? | 52 |
| 4e. ¿Existe una dosis óptima? | 53 |
| 4f. ¿El análisis de orina es una herramienta terapéutica útil? | 55 |
| 4g. ¿Cómo optimizar la calidad del tratamiento sustitutivo? | 56 |
| Diccionario de palabras | 57 |
| Fuentes de información útiles: Literatura, páginas Web | 59 |
| Lista de expertos implicados | 60 |

La dependencia de opiáceos es un fenómeno que afrontan todos los países (Europeos) y es un problema, tanto de gasto público como de sufrimiento personal. Se considera que la dependencia de opiáceos es el mayor contribuyente de la pobreza, el crimen, la desintegración familiar y del gasto gubernamental a nivel local y nacional.

Está científicamente comprobado que el tratamiento sustitutivo es efectivo para el individuo y para la sociedad civil, puesto que mejora el bienestar mental y físico del individuo y reduce el gasto público sanitario y del sistema judicial

Facilitado de forma adecuada, el tratamiento sustitutivo:

- Reducirá o detendrá el consumo ilegal de la droga
- Mejorará el bienestar mental y físico del paciente
- Prevendrá y reducirá enfermedades infecciosas, incluyendo VIH y hepatitis
- Reducirá la mortalidad, en especial por sobredosis
- Reducirá la morbilidad
- Mejorará la calidad de vida del paciente y de su familia
- Reducirá el gasto público sanitario
- Reducirá el gasto público en el sistema judicial penal

Los beneficios del tratamiento sustitutivo se maximizan al:

- Retener a los clientes en el tratamiento
- Prescribir dosificaciones adecuadas de medicación (que en el caso de la metadona generalmente está entre los 60-120 mg o más y en el caso de la buprenorfina de 8 mg o más)

- Efectuar más mantenimiento que abstinencia
- Ofrecer asesoramiento
- Evaluar y tratar la co-morbilidad psiquiátrica
- Disponer de intervenciones psicosociales y promover la integración entre los diferentes servicios

Aunque está comprobada la eficacia del tratamiento sustitutivo de opiáceos, existen aún importantes retos por vencer:

- Hacer que el tratamiento tenga la mejor relación coste-efectividad posible manteniendo o mejorando la calidad del cuidado
- Aumentar la disponibilidad y la variedad de los servicios de tratamiento
- Facilitar fondos adicionales para el tratamiento de la adicción a los opiáceos y coordinar estos servicios con otros servicios sociales y de atención médica necesarios.

¿POR QUÉ ESTA INFORMACIÓN SOBRE EL TRATAMIENTO SUSTITUTIVO PARA FORMADORES DE POLÍTICAS?

La dependencia de opiáceos existe a lo largo y a lo ancho de Europa y no solamente causa problemas a nivel individual de los pacientes y de sus familias, si no también para la sociedad civil. La dependencia de opiáceos es uno de los mayores contribuyentes de la pobreza, el crimen, la desintegración familiar y del gasto por parte del Estado a nivel local y nacional.

Está científicamente comprobado que el tratamiento sustitutivo puede ayudar a reducir la criminalidad, las enfermedades infecciosas y las muertes relacionadas con la droga, y asimismo mejorar el bienestar físico, social y psicológico de los pacientes.

A pesar de la expansión del tratamiento sustitutivo en Europa durante los últimos años, aún quedan varios desafíos a abordar, que incluyen:

- **Una falta de control de calidad:** Se necesita monitorizar o evaluar programas individuales a fin de mejorar la calidad y la relación coste-efectividad del tratamiento.
- **Disponibilidad limitada:** Hoy en día, la mayoría de los dependientes de opiáceos no siguen un tratamiento sustitutivo, ya sea porque no está disponible o bien porque el tratamiento actual no satisface las necesidades del paciente.
- **Agenda Política:** Aunque existen evidencias apoyando el tratamiento sustitutivo, frecuentemente prevalecen consideraciones ideológicas y políticas contra el mismo.
- **Falta de consenso:** Aún existe confusión y falta de acuerdo acerca de la naturaleza de la adicción y acerca del valor del tratamiento sustitutivo.

¿POR QUÉ ESTA INFORMACIÓN SOBRE EL TRATAMIENTO SUSTITUTIVO PARA FORMADORES DE POLÍTICAS?

El presente folleto resume los hallazgos sobre el tratamiento sustitutivo efectivo para la adicción a los opiáceos. Se da la información en forma de preguntas frecuentes, con las que se enfrenta la gente que trabaja en la calle. Hemos dividido estas preguntas en cuatro capítulos y hemos dado respuestas, basadas en evidencia científica y en la práctica real, para poderle ayudar en el debate de la importancia de implementar un tratamiento sustitutivo en su área.

Dadas las diferencias en los antecedentes históricos, culturales, sociales, económicos y políticos, así como en la organización del cuidado para la salud en Europa, hemos tratado de ser lo más amplios posible. Debe tenerse en cuenta la diversidad en la disponibilidad actual, la fase y el estado del tratamiento sustitutivo en Europa, las diferencias entre Europa Occidental, Central y Europa Oriental e incluso aquellas dentro de los países individuales.

Aunque en varias fases se recomiendan ciertos aspectos u opciones del tratamiento, no pretendemos imponer, sino más bien proveer una guía y sugerencias para la buena práctica clínica del tratamiento sustitutivo. En definitiva, cada comunidad necesita reunir su propio consenso y este folleto podrá ser útil en este proceso. Podrá facilitar una base de conocimiento para implementar y sostener programas de tratamiento efectivos tanto para el individuo como para la sociedad civil.

El presente folleto fue preparado con el apoyo financiero de la Comisión Europea. Fue co-patrocinado por Molteni Faramceutici, Quest for Quality, la International Harm Reduction Association e Itaca Europe. Los autores han trabajado en colaboración con un grupo de expertos de diferentes antecedentes nacionales y profesionales. Le agradecemos a Bill Nelles, Patrick O'Hare, Edo Polidori, Marc Reisinger, Gerrit van Santen y Marta Torrens por su colaboración en el proceso de desarrollo del presente manual.

1a.

¿Qué es drogodependencia?

La drogodependencia es una condición completa con componentes sociales, psicológicos y biológicos. Los usuarios de drogas no forman un grupo homogéneo, porque existen muchas formas de drogodependencia, variando según los tipos de drogas usadas y el nivel de dependencia.

Existen muchas drogas que pueden causar dependencia, incluyendo a las legales como el alcohol, el tabaco, algunos fármacos de prescripción y el café, y las ilegales como son los opiáceos (más frecuentemente la heroína) y los estimulantes (cocaína, Speed, anfetaminas, éxtasis).

Es importante distinguir entre uso de droga y la drogodependencia. Las tablas 1 y 2 resumen la diferencia entre los individuos que no pueden controlar su uso de la droga y aquellos sujetos con drogodependencia o adicción.

1. LOS COSTES SOCIALES Y PARA LA SALUD DE LA DROGODEPENDENCIA

Tabla 1: Usuarios de drogas

Los usuarios de droga que pueden consumir drogas de forma controlada y percibir un bajo riesgo, a causa de:

| | |
|--|--|
| Curiosidad | frecuentemente la razón del uso inicial de la droga |
| Experimentación | los jóvenes podrán experimentar con drogas para llenar vacíos en su conocimiento |
| Aventura, correr riesgos | algunos individuos podrán sentirse atraídos por el riesgo que ven inherente al uso de la droga |
| Mejorar el rendimiento y la imagen corporal | puede incluir el uso de estimulantes, como la cocaína y las anfetaminas, y los esteroides anabólicos |
| Placer | la mayoría de los individuos consumen drogas porque les causa placer |
| Para intensificar | incluirá el uso de éxtasis por parte de los jóvenes |
| La experiencia | en las discotecas, y mescalina por parte de los escritores mayores (p.ej. Huxley) |

1. LOS COSTES SOCIALES Y PARA LA SALUD DE LA DROGODEPENDENCIA

Tabla 2: Usuarios problemáticos de drogas

Uso problemático de la droga, gente que depende de la droga y que tienen que usarla para:

| | |
|--|--|
| Evitar la abstinencia | Una vez que se dependen de la droga, los usuarios querrán evitar los efectos físicos y psicológicos extremadamente desagradables de la abstinencia |
| Amortiguar el dolor (emocional) | Algunas personas utilizarán drogas (generalmente opiáceos) como una forma para amortiguar el dolor emocional, como una automedicación |

Además de las diferencias entre las drogas usadas y la intensidad del consumo, la forma de administrar a las drogas también diferencia a los usuarios. Algunas drogas sólo se pueden ingerir por vía oral y otras también se pueden inhalar por la nariz o inyectar. El modelo de consumo de droga más peligroso se encuentra entre los dependientes que se inyectan opiáceos quienes se inyectan diariamente a lo largo de muchos años. Este grupo se enfrenta a altos niveles de mortalidad, incluyendo la muerte causada por VIH/SIDA, hepatitis, sobredosis, suicidio y trauma (OMS, Informe Mundial sobre la Salud, 2002).

1b.

¿Qué es la dependencia de opiáceos?

La dependencia es una condición en la cual se modifican los receptores y la neuroquímica del cerebro, causando que la necesidad de consumir opiáceos se convierta en una compulsión biológica como la necesidad de comer o de respirar.

Aunque algunas personas discuten esto, en general se acepta que la adicción a los opiáceos es una condición crónica con recaídas, difícil de controlar debido a la compulsión y el ansia que llevan a la búsqueda de la droga y a su consumo repetitivo, a pesar de las consecuencias negativas tanto sociales como sobre la salud.

1C.

¿Cuál es la magnitud del problema de la dependencia de opiáceos?



Puesto que los opiáceos son una droga ilegal, suele esconderse su consumo, por lo que es difícil estimar la cantidad de sujetos que los consume o que presenta dependencia de opiáceos.

En Europa, todos los países se han enfrentado con un problema de droga. Sin embargo la introducción de la epidemia de los opiáceos ha variado a lo largo y a lo ancho del continente:

- A finales de la década de los 60 y a principios de los años 70 entre la gente joven en el noroeste de Europa
- A finales de la década de los 70 y a principios de los años 80 en el sur de Europa
- En los años 90 en Europa Central y Oriental

Algunos de los países de Europa del norte como Suecia y Finlandia parecen tener niveles comparativamente más bajos de dependencia de heroína y tasas más altas de consumo y dependencia de anfetaminas (Farrell *et al.*, 1999).

El Observatorio Europeo de Drogas y Drogodependencias (European Monitoring Centre on Drug and Drug Addiction; EMCDDA) facilita datos generales estimados sobre el número de usuarios problemáticos de opiáceos en los Estados miembros de la Unión Europea. Portugal, Italia, Luxemburgo y el Reino Unido ocupan las primeras posiciones con una tasa

1. LOS COSTES SOCIALES Y PARA LA SALUD DE LA DROGODEPENDENCIA

estimada de seis a nueve por cada 1000 habitantes de entre 16-65 años de edad. Las tasas estimadas más bajas se presentan en Austria, Alemania y los Países Bajos, con cerca de tres usuarios problemáticos de drogas por cada 1000 habitantes de entre 16-65 años de edad (Informe Anual de EMCDDA, 2002).

Tabla 3: Prevalencia Estimada en la Unión Europea

Número estimado de usuarios problemáticos de drogas por cada 1000 habitantes entre 16-65 años de edad en la UE en 2001

| | | |
|----------|-----|---|
| Más alta | 6-9 | Italia, Luxemburgo, Portugal, El Reino Unido |
| | 3-6 | Dinamarca, Finlandia, Francia, Irlanda, España, Noruega |
| Más baja | 2-3 | Austria, Alemania, Países Bajos |

id.

¿Cuáles son las consecuencias sociales y para la salud en la dependencia de opiáceos?

La dependencia de opiáceos ilegales es una condición seria asociada con una grave morbilidad, especialmente VIH/ SIDA y otras enfermedades infecciosas (hepatitis B C), y un riesgo elevado de muerte. En muchos países, la inyección es la principal causa de infección de VIH entre los usuarios de opiáceos al compartir material de inyección contaminado, con el riesgo de diseminarlo a la población general por medio de sus parejas sexuales y a través de la transmisión materna. Además de ello, la adicción a los opiáceos contribuye de forma muy relevante a la pobreza, el crimen, la desintegración familiar y al gasto gubernamental. La dependencia de opiáceos puede ocasionar problemas sociales, económicos y sanitarios.

Un estudio británico realizado por la Universidad de York ha calculado los costes por el uso de drogas ilegales como la heroína, el crack y la cocaína en el Reino Unido. Se estima que estas drogas le cuestan a la nación casi 30 billones de Euros por año. Los adictos graves representan el 99 % del total de los costes sociales y económicos relacionados con las drogas: los usuarios recreativos, sin tener el hábito, cuestan un promedio de más de 30 por año, mientras que los consumidores problemáticos cuestan alrededor de 16,000 por año. Los costes económicos anuales de los servicios sanitarios, sociales y judiciales se estiman de entre 5.6 y 10.3 billones. Los costes sociales de las

víctimas del crimen incrementan las cifras entre 816.6 y 828.6 billones. (The Observer, artículo de prensa del 1.12.02).

Un estudio australiano calcula el coste de las drogas comparando los costes sociales del tabaco, del alcohol y de las drogas ilegales. Los cálculos para el período del estudio, 1998-9 incluían tanto los costes tangibles como los intangibles para los individuos, compañías y gobiernos. Los costes tangibles incluían la atención hospitalaria, los accidentes de tráfico, la pérdida de productividad y de ingresos fiscales, y el aumento en el crimen y atención policíaca. Los costes intangibles incluían el dolor y el sufrimiento. El consumo de tabaco representaba el 61%, el alcohol un 22% y las drogas ilegales un 17% de los costes sociales.

ie.

¿Hay remedio para la dependencia de opiáceos?

La dependencia de opiáceos es una condición crónica recurrente y el tratamiento es un proceso largo. Se dispone de varias opciones de tratamiento para la dependencia de opiáceos, desde las intervenciones psicosociales, ya sea en entornos residenciales (incluyendo comunidades terapéuticas) o ambulatorios (incluyendo grupos de autoayuda, como son Alcohólicos Anónimos y Narcóticos Anónimos), hasta las opciones médicas que incluyen los tratamientos sustitutivos o los tratamientos de desintoxicación en pacientes ambulatorios, tanto en centros especializados como de atención primaria. Las diferentes formas de tratamiento no son excluyentes mutuamente, sino que pueden funcionar conjuntamente para pacientes con necesidades diferentes.

Algunas de estas opciones han demostrado ser más efectivas que otras. El tratamiento sustitutivo, administrado de forma adecuada, ha demostrado ser efectivo, produciendo resultados positivos tanto para el individuo como para la sociedad, en cuanto a que:

- Reduce el consumo de drogas ilegales
- Mejora el bienestar físico, mental y social del paciente
- Mejora la calidad de vida del paciente y de su familia
- Reduce el comportamiento de riesgo
- Reduce el gasto público en el cuidado de la salud
- Reduce el gasto público en el sistema judicial penal

1. LOS COSTES SOCIALES Y PARA LA SALUD DE LA DROGODEPENDENCIA

La evidencia científica demostró que la mejor forma para tratar la adicción a los opiáceos es una combinación de terapia para pacientes ambulatorios, medicación y monitorización, con el objetivo de retener a los pacientes en el tratamiento a fin de maximizar y mantener los beneficios totales del tratamiento (UNODC, 2003). El tratamiento sustitutivo y en especial el mantenimiento con metadona conjuntamente con los servicios sociales, médicos y psicológicos pertinentes es el tratamiento con más posibilidades de obtener la máxima efectividad (Joseph et al, 2000; AATOD Drug Court Fact Sheet, 2002).

2. A PROPÓSITO DEL TRATAMIENTO SUSTITUTIVO

2a.

¿Qué es el tratamiento sustitutivo?

La dependencia de opiáceos es difícil de controlar debido al uso compulsivo de la droga y al ansia de consumo, lo que lleva a la búsqueda de la droga y al consumo repetido a pesar de las consecuencias negativas tanto sociales como sobre la salud. En este momento existe una amplia gama de opciones de tratamientos disponibles y para la mayoría de los dependientes de opiáceos, el tratamiento sustitutivo es el de mayor éxito.

El tratamiento sustitutivo es una forma de atención médica para la dependencia de opiáceos utilizando una sustancia similar o idéntica con propiedades y acciones similares a la droga usada normalmente. Este tipo de sustancia se llama un agonista. Los agonistas pueden ser sustitutos de la droga de abuso para facilitar el control de la adicción. Su uso alivia muchos de los síntomas de abstinencia de la droga que suelen experimentar las personas adictas a sustancias psicoactivas y reduce los riesgos sociales y para la salud; además, cuando se administran a dosis correcta, también reducen el ansia para consumir opiáceos. La metadona es un ejemplo de un agonista opiáceo.

Otra medicación prescrita para la dependencia de opiáceos es la buprenorfina. La buprenorfina es un agonista-antagonista sintético parcial. Un antagonista es un agente bloqueante que ocupa el mismo receptor en el cerebro que la droga de abuso

2. A PROPÓSITO DEL TRATAMIENTO SUSTITUTIVO

específica pero que no causa adicción. Cuando alguien consume un antagonista, se bloquean los efectos de la heroína porque no pueden actuar sobre el cerebro de la forma habitual y no aparecen los efectos de euforia. Los antagonistas puros, como la Naltrexona, se utilizan cuando los sujetos no quieren tratamiento sustitutivo con opiáceos o para disminuir el riesgo de la recaída en pacientes que abandonan otros programas de tratamiento libres de droga y se reinsertan en la comunidad. Otro antagonista de opiáceos, la Naloxona (Narcan®) se usa para tratar la sobredosis por opiáceos y para revertir el coma.

Una de las ventajas del tratamiento sustitutivo es la oportunidad que ofrece a los usuarios drogodependientes de reducir la exposición a conductas de riesgo y de estabilizar sus vidas en términos sociales y de salud. Generalmente está indicado el tratamiento sustitutivo para usuarios dependientes a quienes les resulta difícil detener el consumo de la droga y conseguir la abstinencia completa. Es deseable que las sustancias utilizadas en los tratamientos sustitutivos tengan una semivida más larga que la de la droga a la que reemplazan, para así demorar la sintomatología de abstinencia y reducir la frecuencia de administración. Esto permite a la persona centrarse en las actividades normales de su vida sin necesidad de obtener o de administrarse drogas. Además de ello, el tratamiento sustitutivo ayuda a reducir la actividad criminal, facilitando el proceso de cambio de estilo de vida.

2b

2b.

¿Cuáles son los objetivos del tratamiento sustitutivo?

Los objetivos del tratamiento sustitutivo se pueden resumir de la siguiente forma:

- Ayudar al paciente a seguir sano hasta que, con la atención adecuada, pueda lograr una vida sin drogas ilegales.
- Reducir el uso de drogas ilegales o no prescritas, por parte del individuo
- Tratar los problemas relacionados con el abuso de drogas
- Reducir los peligros asociados al abuso de drogas, especialmente el riesgo de muerte por sobredosis y de VIH, hepatitis B & C, y otras infecciones causadas por inyectarse y compartir el material de inyección.
- Reducir la duración de los episodios por el abuso de drogas
- Reducir las posibilidades de futuras recaídas al abuso de drogas
- Reducir la necesidad de actividad criminal para financiar el abuso de drogas
- Estabilizar al paciente de forma adecuada con una medicación sustitutiva para aliviar los síntomas de abstinencia de la droga
- Mejorar el cumplimiento de otros tratamientos médicos
- Mejorar el funcionamiento general a nivel personal, social y familiar

En muchos casos estos objetivos se lograrán casi desde el primer día de tratamiento. El tratamiento sustitutivo se puede

2. A PROPÓSITO DEL TRATAMIENTO SUSTITUTIVO

comparar con otras medicaciones que son efectivas para el tratamiento de enfermedades crónicas graves, como son la hipertensión y la diabetes. Estas afecciones, como la dependencia de opiáceos, son crónicas y requieren tratamiento diario y tienen un alto riesgo de efectos adversos en caso de suspenderlo.

2c.

¿Cuál es el alcance del tratamiento sustitutivo en Europa?

En Europa, el tratamiento sustitutivo tiene una historia larga y variada a lo largo del continente, en la que los cambios de la opinión médica y de la legislación han llevado a desarrollos y cambios en las prácticas de prescripción.

En la Unión Europea, en el plan de acción contra las drogas (2000–04), uno de los cinco objetivos estratégicos es ‘aumentar sustancialmente la cantidad de adictos tratados con éxito’.

En la actualidad la mayoría de los países europeos disponen de alguna forma de tratamiento sustitutivo. El porcentaje de dependientes de opiáceos que hoy en día reciben tratamiento varía entre los diferentes países y regiones. En parte depende del tamaño y de los antecedentes del problema en cada país, y en parte de la voluntad política para ofrecer un tratamiento a gran escala.

Por ejemplo, en Italia solamente entre el 27 y el 29% reciben tratamiento sustitutivo. En España el porcentaje varía entre el 41 y el 86%, en Alemania entre el 33 y el 63% y en los Países Bajos entre el 40 y el 47% de los usuarios de heroína reciben un tratamiento sustitutivo. (EMCDDA, 2002).

En la mayoría de los países ha habido una rápida expansión del suministro de tratamientos sustitutivos, especialmente en

2. A PROPÓSITO DEL TRATAMIENTO SUSTITUTIVO

España, Francia y en algunos países europeos centrales y orientales. El ímpetu para la expansión fue en gran parte la respuesta a la epidemia de VIH/SIDA entre los usuarios de droga, así como la evidencia de la gran efectividad del tratamiento sustitutivo tanto para prevenir el VIH como para la dependencia de los opiáceos en sí misma. Mientras que la mayoría de los países han experimentado pocos problemas durante este período de crecimiento, algunos estados miembros han mostrado su preocupación por la falta de formación y habilidades de algunos médicos implicados en la prescripción de tratamientos sustitutivos. Esto es más evidente en servicios especializados, incluyendo médicos generales y farmacéuticos. También existe la preocupación acerca de los controles sobre la prescripción y el riesgo de posible desviación de la metadona al mercado ilegal (Farrell *et al.*, 1999).

2d.

¿Qué es el tratamiento con metadona?

Más del 90% de los tratamientos sustitutivos en la UE se realizan con metadona, excepto en Francia, donde prevalece la buprenorfina. Se estima que aproximadamente 300.000 personas consumen metadona en Europa, 180.000 en los Estados Unidos de Norte América y 20.000 en Australia. Existen muchos países en el mundo donde se realizan diferentes formas de tratamiento sustitutivo, pero la gran mayoría se realizan en Europa, en Estados Unidos de Norte América y en Australia. Se estima que hay alrededor de medio millón de personas recibiendo este tipo de tratamiento sustitutivo (Farrell *et al.*,1999; Parrino, 1999).

La metadona es un agonista opiáceo sintético con una semivida de entre 24 a 36 horas. Existen varias formas y fórmulas de metadona. La de más amplio uso es la solución líquida de 1mg/1ml. Los principales efectos de la metadona son el alivio del ansia por el narcótico, la supresión del síndrome de abstinencia y el bloqueo de los efectos eufóricos asociado con la heroína. A causa de la naturaleza crónica de la dependencia del opiáceo, la mayoría de los pacientes requieren dosis altas y un tratamiento por un período indefinido de tiempo. El tratamiento de mantenimiento con metadona es un tratamiento a largo plazo y se ha comprobado que es más efectivo que el tratamiento a corto plazo o la desintoxicación. Las dosis más bajas pueden no ser tan efectivas y no proporcionar el efecto bloqueante. Se ha comprobado que el mantenimiento con metadona es un

2. A PROPÓSITO DEL TRATAMIENTO SUSTITUTIVO

tratamiento seguro desde el punto de vista médico y no es sedante. Asimismo es una medicación segura y efectiva para las mujeres adictas a la heroína embarazadas.

2e.

¿La metadona es la única medicación sustitutiva para la dependencia de los opiáceos?

A pesar de que gran mayoría de los tratamientos sustitutivos son con metadona, se dispone otras medicaciones que también son efectivas en el tratamiento de la dependencia de opiáceos. Aunque sólo una minoría de los pacientes responde de forma insuficiente a la metadona, es necesario que puedan acceder a otras medicaciones sustitutivas.

Buprenorfina

Existe una evidencia creciente la efectividad de la buprenorfina (Subutex® o Suboxone®) como medicación de sustitución. La buprenorfina es un fármaco sintético, con actividad agonista-antagonista y no es un agonista opiáceo puro, sino parcial. Su efectividad parece comparable a la de la metadona. Aunque no se ha comprobado que sea más efectiva que la metadona, algunos individuos se benefician de este agonista-antagonista parcial. Los efectos opioides de esta medicación son limitados y de este modo la buprenorfina probablemente produzca menos sobredosis. En algunos países disponen más de buprenorfina que de metadona, lo que en parte podría deberse a intentar vencer la resistencia a suministrar tratamiento sustitutivo. Por ejemplo en Francia, la mayoría del tratamiento sustitutivo se ofrece con buprenorfina. En el año 2.000 solamente 5.000 sujetos recibieron metadona en Francia, mientras que se estima que más de 80.000 sujetos recibió buprenorfina. En Austria,

2. A PROPÓSITO DEL TRATAMIENTO SUSTITUTIVO

35% de los pacientes recibiendo un tratamiento sustitutivo reciben recibieron buprenorfina, comparado con un 5% en Portugal y un 15% en Alemania. La buprenorfina fue introducida en la medicina general en Australia en el 2000, y en los Estados Unidos en octubre del 2002.

Algunos expertos prefieren la buprenorfina para usuarios jóvenes de drogas y la metadona para los usuarios de mayor edad, en tratamiento a largo plazo. La buprenorfina también parece mejor para las mujeres embarazadas porque ocasiona menos problemas neonatales que la metadona. Por otra parte, la administración de metadona es más fácil de controlar y en la mayoría de los países es mucho más barata que la buprenorfina. (EMCDDA, 2002).

Diamorfina

Diversos países han iniciado ensayos con heroína prescripta (diacetilmorfina) como una forma de tratamiento sustitutivo para pacientes con adicción grave y para individuos que responden en forma insuficiente a la metadona. Suiza y los Países Bajos han concluido los ensayos y publicado los resultados. El principal hallazgo de ambos estudios fue que para los usuarios con adicción grave a la heroína, de mayor edad, la administración de meta-dona junto con la heroína era más efectiva que el tratamiento con metadona sola. Actualmente se llevan a cabo estudios similares en Alemania y en la región de Andalucía, en España, se iniciarán próximamente.

2f.

¿Por qué debe darse durante tanto tiempo el tratamiento sustitutivo?

El uso crónico de la heroína ocasiona cambios en la química del cerebro. En muchos individuos dependientes de la heroína, la biología de los cambios en el cerebro nunca podrán revertirse a su estado pre-heroína. La dependencia de opiáceos se considera un estado crónico recurrente, y por lo tanto el tratamiento debería ser crónico, al igual que para otras patologías crónicas, como la diabetes y la hipertensión.

Por lo general el tratamiento sustitutivo no acaba con la dependencia física, pero permite a los individuos vivir una vida sana con una medicación legal y estabilizadora en vez de una ilegal y peligrosa como es la heroína. Aunque muchos individuos dejan de necesitar su medicación substituta, la mayoría necesitará seguir con el mantenimiento de la medicación durante tiempo. Lo importante es que esta estabilidad es la condición previa para el cambio y que las reducciones coercitivas de la medicación sin el acuerdo previo del paciente no funcionan.

El igual que no se espera que los psiquiatras etiren la medicación antidepressiva a los pacientes deprimidos y así como los médicos no retiran a sus pacientes los medicamentos cardiovasculares u otra medicación que les conserva la vida y estabilizan al paciente para llevar una vida normal sin luchar por

2. A PROPÓSITO DEL TRATAMIENTO SUSTITUTIVO

los efectos debilitadores de una enfermedad, a los pacientes en sustitución de opiáceos no se les debería exigir la supresión de una medicación que mejora su calidad de vida.

3. A PROPÓSITO DE LA EFECTIVIDAD EL TRATAMIENTO SUSTITUTIVO

Le traitement de substitution est efficace tant pour le patient que pour la société dans son ensemble, la santé publique et les dépenses publiques. Les données scientifiques démontrent que le traitement de substitution réduit la criminalité, les maladies infectieuses et les décès liés à la drogue, et qu'il améliore également le bien-être physique, social et psychologique des patients.

3a.

¿Cuál es la efectividad para el individuo?

Mientras que la mayoría de la evidencia sobre la efectividad del tratamiento sustitutivo proviene de la metadona, existe cada vez mayor evidencia sobre el valor de otras medicaciones, especialmente sobre la buprenorfina. Se demostró que el tratamiento sustitutivo mejora el bienestar físico de los pacientes, ayudándolos a:

- Seguir vivos
- Lograr la abstinencia de las drogas ilegales, o una reducción estbale del consumo de la droga
- Cambiar de las drogas impuras, ilegales, a los fármacos puros de administración farmacéutica
- Cambiar la vía de administración de la droga, de inyectarse a una forma menos perjudicial como es la administración oral o sublingual
- Estar en contacto con los servicios.

3. A PROPÓSITO DE LA EFECTIVIDAD DEL TRATAMIENTO SUSTITUTIVO

Además de ello, el tratamiento sustitutivo demostró mejorar el **bienestar social** de los pacientes, ayudándoles a:

- Estabilizar su consumo de droga como forma de estabilizar sus vidas
- Reducir la necesidad de recurrir a la actividad criminal para conseguir la droga.
- Facultar a los pacientes para poder elegir sus estilos y objetivos de vida.

La efectividad o el éxito del tratamiento no solamente depende de la medicación sustitutiva administrada, sino también del contexto y de los aspectos que acompañan al tratamiento. Las intervenciones psicosociales por ejemplo pueden contribuir de forma importante al éxito del tratamiento sustitutivo. El tratamiento sustitutivo le permite a la gente resolver otras situaciones, como la vivienda, el empleo y la red social.

3b.

¿Cuál es la efectividad para la sociedad?

Los costes del uso de la droga surgen de:

- Las muertes a través de las sobredosis y de las enfermedades relacionadas con las drogas.
- El tratamiento de las sobredosis y otras consecuencias médicas del consumo drogas.
- La transmisión de enfermedades, especialmente VIH y hepatitis, especialmente a través del consumo mediante la inyección.
- La pérdida de calidad de vida para las familias de los individuos con dependencia de opiáceos.
- Costes legales y judiciales.
- Actividad criminal.
- Pérdida de productividad y accidentes laborales.

Aunque estos costes son difíciles de cuantificar y se dispone de pocos datos, en los casos en que se han podido cuantificar los costes, se ha comprobado que el tratamiento sustitutivo y en especial el tratamiento con metadona, ayuda a:

- Mejorar la salud pública, especialmente reduciendo el nivel de urgencias relacionadas con la droga, admisiones hospitalarias, y mortalidad, y también deteniendo la propagación de VIH, hepatitis y otros virus sanguíneos.
- Reducir el nivel de criminalidad asociada con la importación, fabricación y suministro de drogas ilegales, así como las conductas criminales asociadas con la financiación del

3. A PROPÓSITO DE LA EFECTIVIDAD DEL TRATAMIENTO SUSTITUTIVO

consumo de la droga.

- Reducir los costes de bienestar social en los que incurren los usuarios de drogas y sus dependientes.

3b

3c.

¿Cuáles son las relaciones coste-beneficio del tratamiento sustitutivo?

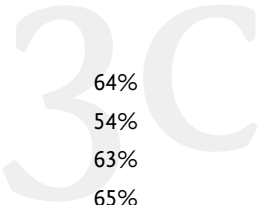
Es de especial importancia para quienes deciden las políticas sanitarias y de la justicia penal el hecho de que el tratamiento sustitutivo también se ha mostrado tener una gran relación coste-beneficio. La Secretaría Estadounidense para los Servicios de Abuso de Sustancias [US Department of Substance Abuse Services (DASA)] y el Instituto Nacional para la Drogadicción [National Institute for Drug Addiction] en los EEUU estimaron que el coste anual para mantener a un adicto a opiáceos en nueva York en 1991 (presentado en dólares estadounidenses y en Euros) respectivamente, ascendía a):

| | |
|---|---------------------|
| No tratado en la calle | \$43.000 - €40.000 |
| En prisión | \$43.000 - €40.000 |
| En un programa residencial sin droga | \$11.000 - € 10.000 |
| En un tratamiento de mantenimiento con metadona | \$ 2.400 - € 2.250 |

Fuente: International Forum, 1994.

Más recientemente, en el 2001, la DASA llevó a cabo otro estudio en colaboración con la Universidad de Washington sobre la relación coste-efectividad y la eficacia del tratamiento sustitutivo con los siguientes hallazgos:

3. A PROPÓSITO DE LA EFECTIVIDAD DEL TRATAMIENTO SUSTITUTIVO



| | |
|---|-----|
| Reducción de: | |
| Crímenes contra la propiedad | 64% |
| Tasas generales de arrestos | 54% |
| Arrestos de delitos por droga | 63% |
| Visitas a servicios de urgencias | 65% |
| Ingresos hospitalarios médico-hospitalarias | 59% |
| Utilización de servicios sanitarios | 56% |
| Hospitalización psiquiátrica | 55% |

Fuente: DASA, 2001

Las tasas de cambio son aún mayores para aquellos que permanecen en tratamiento por más de un año. Las tasas de arresto tienen especial probabilidad de ser aún más bajas entre aquellos pacientes que permanecen en tratamiento por un período más largo.

Más específicamente con respecto al tratamiento sustitutivo en Europa, el British National treatment Outcome Research Study [Estudio Británico Nacional de Investigación de los resultados de tratamientos (NTORS)] descubrió que por cada £1 (1.5) gastada en un tratamiento hay una devolución de más de £3 (4.5) en términos de ahorros asociados con los costes de víctimas debido al crimen. El mayor desembolso de £1.6 millones (2.4 millones) para intervenciones en el tratamiento arrojó un ahorro inmediato de costes de £4.2 millones (6.3 millones) en términos de costes reducidos en víctimas por crimen, y un ahorro de gastos dentro del sistema judicial penal de cerca de £1 millón (1.5 millón). El verdadero ahorro de costes para la sociedad podría ser aún mayor que éste (Gossop *et al.*, 1998).

3d.

¿La inversión en el tratamiento sustitutivo ¿es un gasto inútil de los fondos públicos?

No, no lo es. Invertir en un tratamiento sustitutivo para la dependencia de opiáceos basado en la evidencia científica reduce las consecuencias negativas sociales y para la salud tanto para la sociedad civil como para el individuo. El dinero gastado en un tratamiento es devuelto multiplicado en ahorro de gastos tanto para el sistema judicial penal como de la salud pública.

Tanto en el caso de la política social como en la del paciente individual, el objetivo del tratamiento sustitutivo es reducir el daño. Como la drogadicción es un estado que no es fácil de vencer es importante reducir el daño tanto para la sociedad en su totalidad como para el individuo. Un tratamiento sustitutivo de buena calidad disponible para cualquiera que lo necesite puede ahorrar muchos otros costes en atención sanitaria, bienestar social y en el sistema judicial penal.

Para la perspectiva de planificación y política es importante considerar el problema de la dependencia de los opiáceos de forma coordinada a fin de evaluar los beneficios no solamente para un campo o departamento, por ejemplo el de la salud, sino también en otro, por ejemplo el del sistema judicial penal.

3e.

¿Por qué algunas personas aún discuten el tratamiento sustitutivo?

El estigma de la drogodependencia es aún tan fuerte en la mayoría de los lugares que aquellos quienes lo sufren deben vérselas de por vida con la vergüenza, la culpa y el rechazo. A pesar de todo lo que sabemos de la naturaleza biológica del estado, existe una persistente censura de aquellos que lo tienen y de la negación de su prevalencia e impacto. Este potente estigma no le permite a los individuos darse cuenta de su estado, dejando de buscar un tratamiento. Incluso mantiene alejados a los individuos que tratan la dependencia y la prevención, recibiendo además, con frecuencia, una menor remuneración. (DASA, 2002).

Aparentemente no es suficiente mejorar el conocimiento sobre la efectividad del tratamiento sustitutivo. Por lo tanto es importante comprender las raíces psicosociales de esta resistencia. Kreek *et al.* (1996) describió dos razones fundamentales para esta resistencia. Nuestra sociedad está dominada por valores de trabajo, ética, competición y autonomía. La drogadicción parece estar dictada por valores que están diametralmente opuestos a éstos: conseguir el placer, la pasividad y la dependencia. La drogodependencia por lo tanto se percibe más como un vicio que como una enfermedad o un problema, llevando al rechazo para facilitar atención adecuada.

3. A PROPÓSITO DE LA EFECTIVIDAD DEL TRATAMIENTO SUSTITUTIVO

Sin embargo esta percepción se basa en varios conceptos erróneos. El primero es que los adictos a la heroína experimentan un placer continuo durante la adicción. El consumo de la heroína da placer mayormente antes de que el usuario se convierta en drogo-dependiente. Posteriormente, los problemas que lo acompañan, exceden en mucho al placer, pero el usuario está obligado a seguir usando heroína a fin de no sufrir los síntomas de abstinencia.

El segundo concepto erróneo detrás del rechazo para facilitar un tratamiento de mantenimiento es la creencia de que dicho tratamiento prolonga el placer de los adictos, que todo lo que hacen es 'reemplazar una droga por otra'. En realidad, los pacientes que se someten a un tratamiento de dependencia están en estado de consciencia perfectamente normal sin euforia ni 'embriaguez' '(high)' y sin períodos de 'enfermedad' o de abstinencia de la droga.

Otro concepto erróneo es que los pacientes no logran dejar la droga, y por lo tanto no ocurre ningún cambio real en la situación del paciente. Las personas con esta idea no entienden bien el objetivo del tratamiento sustitutivo. El valor del tratamiento sustitutivo de los opiáceos está en la fase aguda de la dependencia de los opiáceos en el momento en el que una persona no está en condiciones de dejar de usar opiáceos. La medicación sustitutiva puede permitirle al drogodependiente dejar o reducir el uso de los opiáceos ilegales. Puede asimismo

3. A PROPÓSITO DE LA EFECTIVIDAD DEL TRATAMIENTO SUSTITUTIVO

ayudarle a reducir o eliminar la conducta de inyección de la droga.

El desarrollo del tratamiento adecuado requerirá no solamente una mejor propagación del conocimiento sobre la efectividad del tratamiento sustitutivo, sino también la desmitificación de los prejuicios existentes en todos los sectores de la sociedad.

En la mayoría de los países cada usuario de drogas tiene el derecho de recibir cuidado y tratamiento profesional de acuerdo con los estándares de calidad aceptados habitualmente. Los usuarios de drogas son ciudadanos con igualdad de derechos, que tienen las mismas facultades y las mismas obligaciones de los demás ciudadanos, independientemente del hecho de estar bajo tratamiento profesional como resultado de su adicción.

3f.

¿Existen también desventajas en el tratamiento sustitutivo?

Si, también existen algunos aspectos negativos en el tratamiento sustitutivo. El más importante es que en la mayoría de los casos la persona tiene que recibir el tratamiento por un largo período de tiempo. El aspecto de largo plazo tiene consecuencias negativas tanto para el gasto público como para el paciente individualmente.

Aunque el tratamiento sustitutivo es una forma económica de tratamiento, cuando se calcula a lo largo de varios años, el precio del tratamiento asciende.

Otro aspecto es el hecho de que una persona se convierte en un paciente a largo plazo que no sólo se hace dependiente de la medicación, sino también de la persona que la prescribe. En algunos casos esta dependencia puede llevar a una actitud pasiva.

Además de ello, la dependencia de la medicación y el estigma que la rodea causará dificultades cuando el paciente quiere mudarse de un lugar a otro o simplemente viajar y llevarse consigo la medicación.

Algunas personas experimentan efectos adversos de la medicación. En el caso de la metadona, los efectos adversos más

3. A PROPÓSITO DE LA EFECTIVIDAD DEL TRATAMIENTO SUSTITUTIVO

comunes incluyen: aumento en la transpiración, constipación y problemas de sueño, sexuales y de concentración. Tales efectos adversos no deseados podrán persistir a lo largo de períodos prolongados de tratamiento, pero en general sin consecuencias médicas. En total, estos efectos adversos afectan a menos del 20% de los clientes de metadona.

Finalmente, aunque la metadona se prescribe a las mujeres embarazadas porque mejora su estado de salud, el embarazo, el parto y el desarrollo del feto, deberá realizarse una supresión de la medicación en el bebé recién nacido.

Sin embargo, es importante resaltar, que la necesidad del cuidado prolongado, la dependencia de los proveedores, la pasividad y la resignación son todos problemas serios que pueden surgir y deben anticiparse cuando se cuida a individuos con alguna enfermedad crónica (cardíaca, renal, hepática, oncológica, etc). En conclusión, existen algunos aspectos negativos del tratamiento sustitutivo propios de los tratamientos crónicos en general, pero realmente no exceden los beneficios.

39.

¿Cuáles son los mayores desafíos por vencer?

A pesar de que se ha demostrado claramente la eficacia del tratamiento sustitutivo de opiáceos, todavía quedan importantes desafíos por solucionar:

- Hacer que la relación coste-efectividad del tratamiento sea la mejor posible, conservando o mejorando la calidad de la atención.
- Aumentar la disponibilidad y la variedad de los servicios del tratamiento
- Incluir y asegurar una amplia participación por parte de médicos (generales, comunitarios) entrenados para supervisar el cuidado médico en el abuso de sustancias
- Provisión de fondos adicionales para el tratamiento de la adicción de opiáceos y coordinar estos servicios con otros servicios sociales y sanitarios necesarios.

4. LA DISTRIBUCIÓN DEL TRATAMIENTO SUSTITUTIVO

El tratamiento sustitutivo se distribuye de distintas formas, en diferentes entornos (atención primaria, centros especializados, farmacias y en prisiones) y con varias dosificaciones y duraciones del tratamiento, incluyendo regímenes de mantenimiento y de desintoxicación. Además de ello, la prescripción suele acompañarse con una variedad de intervenciones psicosociales.

4a.

¿Es suficiente el tratamiento sustitutivo sólo?

La dependencia de opiáceos muchas veces no sólo tiene efectos adversos sobre la salud de los pacientes, sino también sobre su bienestar social y mental. Es importante que el tratamiento sustitutivo esté combinado con otros componentes que evalúen y estén dirigidos a estos otros temas. La ventaja del tratamiento sustitutivo es que cuando se mantiene a los pacientes con metadona, se puede focalizar sobre otros problemas.

La evidencia científica demostró que la efectividad del tratamiento sustitutivo es mayor cuando se provee como un tratamiento completo. Por lo tanto la prescripción de la medicación no debería verse como una intervención aislada. Es importante identificar y tratar otros problemas como los legales, médicos, sociales o mentales.

Esto no significa necesariamente que los pacientes deberían poder solucionar sobre todos sus problemas en el mismo contexto. Cuando facilitan el tratamiento los médicos generales o los centros pequeños con limitaciones de personal, éstos deberían realizar la evaluación de los problemas concurrentes y remitir los pacientes a los servicios adecuados del área.

Muchos pacientes están en tratamiento durante muchos años y no requerirán de cuidado adicional cada vez que acuden para recibir su medicación. Aunque al personal le pueda resultar difícil aceptarlo, deberá tenerse en cuenta que a aquellos

4. LA DISTRIBUCIÓN DEL TRATAMIENTO SUSTITUTIVO

pacientes con otras condiciones crónicas con recaídas, como la hipertensión o la diabetes, no se les ofrece asesoramiento o psicoterapia cada vez que vienen a buscar una nueva prescripción.

4b.

¿Cuál es el mejor entorno para el tratamiento sustitutivo?

Existe una considerable variación en toda Europa en cuanto a quién puede prescribir el tratamiento sustitutivo para la dependencia de opiáceos. En aquellos países como Dinamarca, Finlandia, Grecia, Italia, Portugal, España y Suecia, el tratamiento sustitutivo se facilita fundamentalmente en programas especializados con poca intervención de la atención primaria y de los médicos generales. Por otro lado, en Austria, Bélgica, Francia, Alemania, Luxemburgo, Los Países Bajos y el Reino Unido, el tratamiento sustitutivo es menos centralizado y tanto los médicos generales como los centros especializados lo prescriben. La situación dependerá de si el tratamiento de la adicción es considerado un tratamiento especializado o una tarea de atención primaria (Farrell et al, 1999).

Los centros especializados pueden ofrecer tanto la atención médica como la psicosocial. La mayoría de los centros especializados tienen personal multidisciplinar, incluyendo médicos, enfermeras/os, psicólogos, trabajadores en drogas y asesores. El personal está especializado en la dependencia de opiáceos y tiene un entrenamiento específico y/o antecedentes en el tema.

En la mayoría de los países, los médicos generales que tratan a los individuos con dependencia de opiáceos han recibido una

4. LA DISTRIBUCIÓN DEL TRATAMIENTO SUSTITUTIVO

formación especial. Los médicos generales generalmente no tienen personal multidisciplinar, puesto que trabajan por su propia cuenta o conjuntamente con otros médicos generales. Sin embargo, los médicos generales pueden unirse a otros especialistas a quienes les pueden derivar pacientes para los problemas psicosociales. Para dispensar el fármaco, los médicos generales necesitan trabajar estrechamente con los farmacéuticos. La provisión del tratamiento sustitutivo en la atención primaria normaliza la dependencia de opiáceos al nivel de cualquier otra patología tratable y los pacientes no son separados del resto.

La mayoría de los prescriptores de medicación sustitutiva quieren ver diariamente a sus pacientes en la primera fase del tratamiento, en especial durante la fase de inducción, cuando se estabiliza el tratamiento en sí. Algunos médicos prefieren incluso que se supervise a sus pacientes durante los primeros días o semanas de distribución de la medicación. En cuanto los pacientes se estabilizan, podrá discutirse si necesitan venir diariamente para buscar su medicación o si se les puede dar dosis o prescripciones para llevarse a su casa. En muchos lugares, los prescriptores del tratamiento sustitutivo de opiáceos trabajan estrechamente con las farmacias de la comunidad, donde sus pacientes van a buscar la medicación. Los farmacéuticos tienen un papel importante en la facilitación de información adecuada a sus clientes. También tienen la responsabilidad de monitorizar las prescripciones para evitar errores posibles o interacciones con otras medicaciones.

4. LA DISTRIBUCIÓN DEL TRATAMIENTO SUSTITUTIVO

La experiencia indica que es importante que se disponga de ambos entornos para ofrecer el tratamiento con efectividad. Le permite a los pacientes trasladarse entre programas con diferentes umbrales y superar las dificultades geográficas. Además, lo que puede ir bien en un entorno urbano, puede no ir bien en ciudades más pequeñas o en áreas rurales.

Cuando los presupuestos son extremadamente limitados, prescribir medicación sin ninguna forma adicional de tratamiento o cuidado aún puede ser una forma efectiva de llegar a la mayor cantidad posible de población y ofrecerles una importante herramienta para su recuperación.

4c.

¿También debería poder disponerse del tratamiento sustitutivo en la cárcel?

Si, es importante que los presos tengan el mismo acceso al cuidado de la salud que en la comunidad. Las investigaciones han demostrado que en la cárcel también tienen lugar la reducción de las conductas de inyección y de compartir jeringas al igual que ocurre en el tratamiento de mantenimiento con metadona en el marco de la comunidad, (Dolan et al, 1996).

En 1998, la Conferencia sobre Prisión y Drogas en Oldenburg presentó recomendaciones para los servicios que se ocupan de la droga en el marco de la prisión. Recomendaron que los presos deberían poder disponer de una amplia gama de servicios para las drogas, incluyendo el tratamiento sustitutivo (tanto de des-intoxicación como de mantenimiento). Se recomendó asimismo que el personal de prisiones debía recibir entrenamiento sobre las drogas y los problemas relacionados (de la salud).

Un artículo reciente en medios profesionales franceses evaluó la posibilidad de reencarcelación de presos que usaban drogas en asociación con la recepción (o no recepción) de un tratamiento de mantenimiento con agonistas mientras estaban en prisión. Se hizo hincapié en la importancia del tratamiento sustitutivo en la prisión bajo los mismos términos que en la comunidad. Además de ello, se encontró que los presos que recibían el

4. LA DISTRIBUCIÓN DEL TRATAMIENTO SUSTITUTIVO

tratamiento de mantenimiento mientras estaban encarcelados tenían menos de la mitad (19% vs.39%) de posibilidad de re-encarcelación que aquellos que solamente se habían desintoxicado (Levasseur *et al.* Ann. Med. Interne 2002. 153 Suple. Al N° 3, pp 1514-1519).

Aquellos individuos en mantenimiento en la comunidad deberían poder tener la opción de continuar con el mantenimiento al ingresar a prisión. Esta opción es importante, puesto que el discontinuar el tratamiento de mantenimiento con metadona puede resultar en niveles más altos del comportamientos de riesgo. (Swiss Methadone Report, 1996).

Los individuos que reciben el tratamiento sustitutivo en la cárcel, deberían poder continuar con dicho tratamiento al salir de ella. Existe un riesgo especialmente alto de sobredosis y muerte al salir de la cárcel si los pacientes estaban abstinentes de opiáceos. Las decisiones sobre la continuidad deberían tomarse consultando con el programa de tratamiento del que participa el prisionero una vez que está fuera de la cárcel. (Recomendaciones Europeas, 1998).

Existen algunos países que proveen metadona en todas las prisiones del país, como es España

4d.

¿Cuál es la mejor forma para administrar el tratamiento?

La evidencia de las investigaciones indica que la mayor efectividad del tratamiento sustitutivo se logra cuando se ofrece a dosis adecuadas y durante un largo período de tiempo.

El tratamiento de sustitución se prescribe de muchas formas, que van desde programas de corta a larga duración y desde el tratamiento de mantenimiento al de desintoxicación.

El objetivo del tratamiento sustitutivo basado en la **desintoxicación** es el de llevar a una persona de una dosificación alta a una dosificación baja o a ninguna en un cierto periodo de tiempo, en general corto. Por otro lado, el tratamiento de **mantenimiento** representa la naturaleza crónica de la patología y tiene el objetivo de llevar estabilidad a la vida de la persona, permitiendo una dosis estable a lo largo de un período prolongado de tiempo. El fin último del tratamiento de mantenimiento puede ser el de la desintoxicación, pero sólo cuando el paciente esté preparado para hacerlo.

El plan de tratamiento dependerá de los objetivos del tratamiento que se establecen en base a las posibilidades disponibles, las necesidades y los deseos del paciente y la opinión profesional del médico. En términos generales, puede decirse que cuanto más grave es la dependencia, mayor será la dosis y se debería focalizar más en el mantenimiento que en la desintoxicación

4e.

¿Existe una dosis óptima?

El tratamiento sustitutivo prescribe medicación y, al igual que otras medicaciones, la dosis adecuada se determina a través de la relación médico-paciente, teniendo en cuenta la evaluación médica del paciente acerca de las necesidades individuales (metabólicas) y otras condiciones y tratamientos médicos.

El tratamiento sustitutivo ha sido evaluado ampliamente y en general resultó ser efectivo para lograr objetivos como la reducción del consumo de drogas ilegales, de las conductas de riesgo y de las conductas criminales. Tanto para metadona como para buprenorfina, se ha demostrado que es imprescindible dar una dosis suficiente para asegurar los resultados positivos (EMCDDA, 2002).

La dosis óptima de metadona para una persona dependiente de opiáceos está entre los 60 y 120 mg (y en el caso de buprenorfina entre 8-12 mg).

Las dosificaciones por debajo de los 60 mg generalmente no son efectivas, puesto que no son lo suficientemente altas para bloquear las células del cerebro.

Las actitudes u opiniones sobre la dosificación de la metadona que no se basan en evidencia científica, disminuyen el valor potencial del tratamiento.

En conclusión, la evidencia sugiere que cuanto más grave es la

4. LA DISTRIBUCIÓN DEL TRATAMIENTO SUSTITUTIVO

dependencia, mayor debería ser la dosis y más debería durar el tratamiento. (Farrell et al, 1999).

Sin embargo, cada paciente presenta un desafío clínico único y no existe una dosis de metadona estandar para lograr un nivel específico en sangre, como un 'patrón oro' para todos los pacientes. Los signos y síntomas que refiere el paciente sobre el síndrome de abstinencia y la continuidad del uso de los opioides ilegales, son indicadores efectivos de dosis inadecuada. No parece que haya un límite máximo de dosis diaria para determinar cuando la dosis de metadona en un tratamiento de mantenimiento es 'suficiente' (Leavitt *et al.*, 2000).

4f.

¿El análisis de orina es una herramienta terapéutica útil ?

El análisis de orina es una parte vital de la evaluación médica inicial del paciente (para confirmar que el paciente está consumiendo opiáceos).

Sin embargo, frecuentemente se utiliza como una forma de control sobre los pacientes para ver si continúan usando drogas ilegales con su medicación. Muchos profesionales cuestionan su efectividad como un factor que contribuye al éxito del tratamiento. Se discute si la información también se puede obtener preguntándole al paciente, lo que ahorraría mucho tiempo y dinero. No es necesario decir que esto requiere de una buena relación médico-paciente, la que se basa en el respeto y confianza mutuos. Sin embargo, también se discute el hecho de que un análisis positivo de orina nunca debería de ser la razón para discontinuar el tratamiento, puesto que es una evidencia del estado del paciente de la patología por la que se está tratando, es decir de la drogodependencia.

49.

¿Cómo optimizar la calidad del tratamiento sustitutivo?

La formación es una herramienta esencial para mejorar la calidad del tratamiento sustitutivo en su área. Ud. podrá implicar a formadores locales y ellos podrán hacer uso del manual de formación de EuroMethwork que hemos desarrollado: AD Verster and E Buning (2003). Manual de Formación: Aspectos claves del tratamiento sustitutivo en la dependencia de opiáceos.

En caso de no tener acceso a formadores locales, puede ponerse en contacto con nosotros para que le aconsejen los expertos inter-nacionales: www.euromethwork.org

Abstinencia: efectos físicos y psicológicos que ocurren cuando se disminuye significativamente o cesa el consumo del opiáceo. Hay una ansia por consumir droga cuando uno se abstiene y estos síntomas se alivian cuando nuevamente se toma la droga o cuando se toma una medicación de sustitución, como puede ser la metadona.

Adicción: un trastorno crónico, progresivo, recurrente, caracterizado por el uso compulsivo de una o más sustancias que resulta en daño físico, psicológico o social para el individuo y el uso continuado de la sustancia o sustancias a pesar de este daño.

Agonista: término farmacológico para el uso de una droga que tiene una acción similar a la de la droga de dependencia.

Antagonista: término farmacológico para el uso de una droga que bloquea la acción de otra droga.

Ansia ('craving'): necesidad física y psicológica de usar la droga de dependencia

Dependencia: una necesidad psicológica y/o física de consumir la droga. Cuando no se usa la droga, la persona experimenta síntomas de abstinencia de la misma.

Desintoxicación: una forma de tratamiento con el objetivo de llevar a la persona de una dosis alta a una baja o a ninguna, en general en un período corto de tiempo.

Droga de abuso: cualquier sustancia que altere el estado de ánimo, el nivel de percepción o la función cerebral. Estas sustancias incluyen las medicaciones prescritas, el alcohol, los disolventes y las drogas ilegales.

Semivida: la cantidad de tiempo que lo toma antes de que la mitad de los elementos activos es o eliminado o roto por el cuerpo. La semivida de la metadona es de 24 a 36 horas permitiendo una única dosis al día, comparada con la heroína cuya semivida es de alrededor de 6 horas.

Mantenimiento: una forma de tratamiento que reconoce la naturaleza crónica de la patología con el objetivo de facilitar la estabilidad vital de la persona, permitiendo una dosis estable durante un largo período de tiempo.

Sustancia psicoactiva: un químico con un efecto sobre el sistema nervioso central, que altera el estado de ánimo y/o el comportamiento

Recaída: el regreso al consumo de la sustancia después de un período de abstinencia.

Tratamiento sustitutivo: tratamiento médico contra la adicción a los opiáceos con una droga que tiene una acción similar a aquella de la droga de dependencia (agonista en términos farmacológicos), previniendo así los síndromes de abstinencia de la droga y el ansia del consumo

Tolerancia: la necesidad de aumentar las dosis de una sustancia a fin de mantener sus efectos.

Bibliografía

- Drugs in focus. Key role of substitution in drug treatment. Resumen de EMCDDA 1, 2002.
- Organización Mundial de la Salud (WHO) Management of Substance Dependence. What do people think they know about substance dependence? Myths and facts for policy makers responsible for substance dependence prevention, treatment and support programmes.
- European Methadone Guidelines. Annette Verster & Ernst Buning, 2000.
- UNODC. Investing in Drug Abuse Treatment: A Discussion Paper for Policy Makers, Naciones Unidas, Nueva York, 2003 (http://www.unodc.org/odccp/treatment_toolkit.html).

Páginas Web

www.EuroMethwork.org

www.Emcdda.org

www.ihra.net

www.Opiateaddictionrx.info

www.Drugscope.org.uk

<http://www1.dshs.wa.gov/DASA/index.htm>

www.AC-company.org

Bill Nelles, The Methadone Alliance, Londres, Reino Unido

Patrick O'Hare, The International Harm Reduction Association, Roma, Italia

Edo Polidori, Servizio per le Tossicodipendenze, Faenza, Italia

Marc Reisinger, EUROPAD, Bruselas, Bélgica

Gerrit van Santen, Municipal Health Service, Amsterdam, Países Bajos

Marta Torrens, Instituto de Psiquiatría, Hospital del Mar, Barcelona, España

Agradecimientos

Desearíamos agradecerles también a Michael Farrell (Reino Unido), Andrej Kastelic (Eslovenia), Luis Patricio (Portugal), Andrew Preston (Reino Unido), Icro Maremmani (Italia), Robert Newman (EEUU) y Emilis Subata (Lituania) por sus comentarios y sugerencias sobre el

Este Proyecto ha sido financiado por el Directorio G de la Salud Pública de la Comisión Europea, proyecto: SPC.2002267.

Ni la Comisión Europea, ni nadie representando a Ésta, es responsable de ningún uso hecho de la información contenida en este documento.

Para más información:

EuroMethwork/Q4Q

Vijzelstraat 77 1017 HG Amsterdam Países Bajos

Tel. +31 (0)20 - 330 34 49 Fax +31 (0)20 - 330 34 50

info@q4q.nl www.euromethwork.org

ISBN: 90-77512-03-9