

# PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN EN LOS PROGRAMAS DE MANTENIMIENTO CON METADONA EN CENTROS AMBULATORIOS DE ATENCIÓN A CONDUCTAS ADICTIVAS DE EXTREMADURA



PLAN INTEGRAL DE DROGODEPENDENCIAS  
Y OTRAS CONDUCTAS ADICTIVAS DE EXTREMADURA

**GOBIERNO DE EXTREMADURA**

Consejería de Salud y Política Social

**Autores:**

**Antonia María Vas Falcón.** Médica. Jefa de Sección de la Secretaría Técnica de Drogodependencias. Dirección General de Salud Pública. Servicio Extremeño de Salud.

**Antonia Gallardo Becerra.** Psicóloga de la Secretaría Técnica de Drogodependencias. Dirección General de Salud Pública. Servicio Extremeño de Salud.

**José Antonio Santos Cansado.** Psicólogo de la Secretaría Técnica de Drogodependencias. Dirección General de Salud Pública. Servicio Extremeño de Salud.

**Colaboradores:**

**Ángel Hernández Polo.** Médico del Centro Ambulatorio de Atención a las Conductas Adictivas de Plasencia. Servicio Extremeño de Salud.

**David Luna Giles.** Enfermero del Centro Ambulatorio de Atención a las Conductas Adictivas de Jaraíz de la Vera. Servicio Extremeño de Salud.

**Amelia Gragera Gómez de Carballo.** Enfermera del Centro Ambulatorio de Atención a las Conductas Adictivas de Zafra. Servicio Extremeño de Salud.

**Urbano Vázquez Fernández.** Médico. Director de la Comunidad Terapéutica 'La Garrovilla'. Servicio Extremeño de Salud.

**Eduardo J. Pedrero Pérez.** Dr. en Psicología. Centro de Atención a Drogodependencias (CAD 4). Madrid Salud.

**Consejería de Salud y Política Social.  
Servicio Extremeño de Salud.  
Dirección General de Salud Pública  
Secretaría Técnica de Drogodependencias  
Gobierno de Extremadura  
Mérida, 2014**

## ÍNDICE

### PROGRAMA DE MANTENIMIENTO CON METADONA

	Pág.
<b>I. INTRODUCCIÓN</b>	<b>5</b>
<b>II. INDICACIÓN TERAPÉUTICA Y ADMISIÓN A TRATAMIENTO</b>	<b>6</b>
<b>III. CONCEPTO Y TIPOS DE PROGRAMAS.</b>	<b>7</b>
1.- <b>Definición</b>	
2.- <b>Tipos PMM</b>	
2.1 Según sus objetivos	
a) PMM normalizado (objetivos intermedios-altos)	
b) PMM de Reducción de riesgo y daño o bajo umbral	
2.2 Según la duración del Tratamiento	
a) Desintoxicación a corto plazo	
b) Desintoxicación a largo plazo	
c) Mantenimiento con Metadona a corto plazo	
d) Mantenimiento con Metadona a largo plazo	
<b>IV. OBJETIVOS</b>	<b>8</b>
1.- <b>PMM Normalizado</b>	
1.1 Generales	
1.2 Específicos	
2.- <b>PMM de Reducción del Riesgo y del Daño</b>	
2.1 Generales	
2.2 Específicos	
<b>V. CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y EXPULSIÓN EN LOS PMM</b>	<b>9</b>
1.- <b>Criterios de Inclusión del PMM</b>	
2.- <b>Criterios de Exclusión del PMM</b>	
3.- <b>Criterios de Expulsión del PMM</b>	
<b>VI. PROCEDIMIENTO</b>	<b>11</b>
1.- <b>ACOGIDA.</b>	
2.- <b>CONSULTA INICIAL MÉDICA Y DE ENFERMERÍA.</b>	
3.- <b>EVALUACIÓN PSICOSOCIAL.</b>	
4.- <b>INFORMACIÓN AL PACIENTE SOBRE EL PROCESO DE TRATAMIENTO.</b>	
5.- <b>FIRMA DE CONTRATOS TERAPÉUTICOS.</b>	
6.- <b>INICIO DEL PROGRAMA Y SEGUIMIENTO</b>	
a) Estado de salud.	
b) Seguimiento psicosocial.	
c) Educación para la salud.	
d) Intervención familiar.	
<b>VII. DOSIFICACIÓN DE METADONA</b>	<b>15</b>
1.- <b>FASE DE INDUCCIÓN.</b>	
2.- <b>FASE DE MANTENIMIENTO.</b>	
3.- <b>DOSIS EN AL MUJER EMBARAZADA.</b>	
4.- <b>METADONA Y OTROS FÁRMACOS.</b>	
<b>VIII. DOSIS PARA LLEVAR</b>	<b>21</b>
<b>IX. TÉCNICAS DE REDUCCIÓN DE LA DOSIS</b>	<b>22</b>
<b>X. SITUACIONES ESPECIALES. TRASLADOS TEMPORALES Y VACACIONES</b>	<b>23</b>
<b>XI. INDUCCIÓN AL TRATAMIENTO CON BUPRENORFINA/NALOXONA DESDE EL PMM</b>	<b>24</b>
<b>XII. FINALIZACIÓN DEL PROGRAMA</b>	<b>25</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	<b>26</b>

<b>ANEXOS</b>	<b>27</b>
I. CONTRATOS TERAPÉUTICOS:	
I.1 Programa de Mantenimiento con Metadona contrato terapéutico	27
I.2 Pacientes Mujeres en Edad Fértil	30
I.3 Pacientes Menores de 18 años	32
II. COMPROMISO DEL CORRESPONSABLE	33
III. NORMAS E INSTRUCCIONES	35
IV. DERECHOS DE LOS USUARIOS	37
V. HOJA GENERAL DE DISPENSACIÓN DIARIA DE METADONA	38
VI. DOCUMENTO DE DERIVACIÓN TEMPORAL	39
VII. CERTIFICADO DE TRATAMIENTO CON METADONA PARA VIAJES	40
VIII. INTERNATIONAL LETTER FOR PATIENTS IN OST (OPIOID SUBSTITUTION TREATMENT)	41
IX. PROTOCOLO PARA VIAJES AL EXTRANJERO DE PACIENTES QUE ESTÁN EN TRATAMIENTO CON METADONA (AGENCIA ESPAÑOLA DEL MEDICAMENTO Y PRODUCTOS SANITARIOS)	42

## **I. INTRODUCCION**

En el estado actual de nuestros conocimientos ya nadie duda de que los Tratamientos de sustitución con Metadona constituyen una buena alternativa terapéutica tanto para el tratamiento integral de la Dependencia de Opiáceos como para la reducción de los riesgos y daños asociados.

Los Programas de Mantenimiento con Metadona (PMM), se iniciaron de una forma reglada, en España en los años ochenta y en Extremadura a partir del año 1.994.

Desde entonces y hasta la fecha los programas de tratamiento con Metadona han ido evolucionando lentamente, van perdiendo las rigideces iniciales, los criterios restrictivos y se van adaptando a las necesidades individuales de los pacientes como en cualquier otro campo de la medicina. Actualmente los PTM constituyen una de las modalidades mas utilizadas en el tratamiento de la dependencia de Opiáceos y deberían ser fácilmente accesibles a todos aquellos que lo necesiten.

Actualmente pocos profesionales ponen en duda que los PMM han mejorado la calidad de vida de los pacientes al incidir en la disminución de las conductas y prácticas de riesgo asociadas al consumo de heroína, la comorbilidad, la mortalidad y los problemas legales asociados a las drogodependencias. Por otra parte los PMM han controlado el consumo de opiáceos ilegales y han facilitado la adaptación y reinserción socio-laboral de nuestros pacientes.

Cualquier planificación en drogodependencias tiene que plantear como objetivo último prestar una atención de calidad. En este proceso de mejora continua se deben supervisar y actualizar las intervenciones asistenciales y en concreto respecto a los Programas de Mantenimiento con Metadona, mediante revisiones sistemáticas de los mismos basadas en la evidencia científica.

La elaboración de protocolos, guías o manuales de práctica clínica sobre aspectos concretos de la asistencia, como pueden ser los PMM, nos sirven para mejorar la calidad de la atención a los usuarios. Al constar por escrito las principales líneas y directrices de actuación y disminuir por tanto la variabilidad de las actuaciones estaremos facilitando la toma de decisiones por parte de los profesionales que intervienen en los PMM, simplificando y agilizando las tareas asistenciales.

El objetivo de este protocolo clínico, es el de poder disponer de un documento que unifique pautas de actuación y criterios comunes sobre el uso de la Metadona con el fin de mejorar la eficacia de nuestras intervenciones y prestar una mejor atención a los pacientes.

## **II. INDICACION TERAPÉUTICA Y ADMISION A TRATAMIENTO**

Actualmente el único requisito legal para poder iniciar un tratamiento con Metadona en nuestra Comunidad Autónoma es que se confirme el Diagnostico de Dependencia a Opiáceos por el facultativo del Centro de Atención a Conductas Adictivas correspondiente, que éste lo considere indicado y que no existan contraindicaciones.

En menores de 18 años sería necesario el consentimiento de sus padres o tutor legal (Anexo I.3)

Los criterios de admisión a los PMM han ido evolucionando lentamente desde las restricciones iniciales hasta la flexibilidad actual. La experiencia clínica recomienda facilitar el acceso a este tipo de programas de una manera rápida y sin muchas trabas previas.

Por regla general, los criterios restrictivos de admisión al tratamiento, al final solo sirven para demorar y diferir la entrada de estos pacientes en los circuitos asistenciales de drogodependencias, agravando en consecuencia su situación al persistir el consumo activo descontrolado.

En este mismo sentido es muy conveniente facilitar también las readmisiones de los pacientes en los PMM, aunque hayan fracasado en anteriores intentos. Lo verdaderamente importante es la situación real "in situ" del paciente y actuar en consecuencia. Los Programas de Mantenimiento con Metadona y los Centros que los llevan a cabo tendrían que definirse por lo que "ofrecen" y no por lo que "exigen".

En los PMM, la relación entre el Equipo Terapéutico y los pacientes debería ser casi horizontal, fluida, flexible, sin rigideces absolutas, etc. Se debería dar menos importancia al control y aplicación de penalizaciones y centrarse más en la cooperación y en la búsqueda de soluciones y respuestas coherentes-constructivas ante los problemas y situaciones conflictivas que se vayan planteando.

La admisión a tratamiento se inicia con la aceptación, por escrito, del Acuerdo Terapéutico por parte del paciente y de su familiar de referencia si existiere.

Se informará y explicará claramente al paciente que es la Metadona, sus características farmacológicas, la planificación y los objetivos del PTM.

### III. CONCEPTO Y TIPOS DE PMM.

#### 1. DEFINICIÓN:

Los programas de mantenimiento con Metadona “se basan fundamentalmente en la sustitución de la heroína por un opiáceo de uso legal, prescrito durante largo tiempo y controlado médicamente, junto a la provisión de tratamiento psicosocial. La tolerancia cruzada existente entre los distintos opiáceos permite, teóricamente, utilizar cualquier opiáceo para realizar un programa de mantenimiento, aunque en la actualidad, la metadona es considerada como el tratamiento de elección y prácticamente el único de fácil disponibilidad. Los pacientes sustituyen la dependencia de la heroína (con un perfil desadaptativo) por la dependencia de la metadona (con un perfil más farmacógeno), lo que conduce a una estrecha relación con los programas de tratamiento”.<sup>1</sup>

#### 2. TIPOS DE PMM:

Existirían tantos tipos de Programas de Metadona como sujetos se encuentren incluidos en ellos, ya que actualmente los tratamientos deben ser individualizados en función de los objetivos planteados en cada situación. No obstante los PMM, didácticamente, se podrían diferenciar teniendo en cuenta dos parámetros a valorar: los objetivos y la duración del mismo.

##### 2.1 Clasificación según sus objetivos:

- a. *PMM Normalizado (Objetivos Intermedios- altos):* Cuya finalidad es conseguir cambios en el consumo de opiáceos y las conductas asociadas, apoyando la prevención de recaídas para conseguir alargar los períodos de abstinencia entre consumos.
  - Realizan controles de análisis de drogas en orina regularmente.
  - Tienen programados seguimientos de enfermería, médico, psicológico y social.
  - Trabajan de forma activa la prevención de recaídas.
  - Son mas estrictos referentes a las normas, por tanto más difíciles de seguir por los usuarios.
  - Incluido en este tipo de PMM normalizado podemos encuadrar también programas de altos objetivos terapéuticos que estarían orientados a la abstinencia total de drogas, incluida la metadona.
- b. *PMM de Reducción de riesgo y daño o bajo umbral:* “todas aquellas actividades que no apuntan directamente a los usuarios que dejan por completo las drogas, sino que enfatizan la necesidad de reducir los daños que se causan a sí mismo y a su ambiente” W. Sunning, 1992<sup>2</sup>.
  - No es necesario realizar controles de drogas de abuso en orina.
  - Es llevado a cabo por los profesionales de enfermería fundamentalmente. El seguimiento médico suele ser más distanciado. La intervención psicológica y social es generalmente a demanda y por causa justificada.

<sup>1</sup> Guía de práctica clínica basada en la evidencia para el manejo de la adicción a opiáceos. Consejería para la Igualdad y Bienestar Social. Junta de Andalucía, 2005 Pág.63

<sup>2</sup> Guía de práctica clínica basada en la evidencia para el manejo de la adicción a opiáceos. Consejería para la Igualdad y Bienestar Social. Junta de Andalucía, 2005 Pág. 230

- Son menos estrictos y por lo tanto más fáciles de cumplir por los usuarios.
- Permite al usuario llevar una vida más aceptable y con menos riesgos, mejorando su calidad de vida.

## **2.2 Clasificación según la duración del Tratamiento**

Podríamos diferenciar, (según referencia de la OMS, 1.990), cuatro categorías en los tratamientos con Metadona:

- **Desintoxicación a corto plazo:**  
Estabilizar y reducción progresiva de metadona en menos de un mes.
- **Desintoxicación a largo plazo:**  
Estabilizar y reducción progresiva de metadona a lo largo de mas de un mes.
- **Mantenimiento con metadona a corto plazo:**  
Cuando la duración del tratamiento es menor a los seis meses.
- **Mantenimiento con metadona a largo plazo:**  
Cuando la duración del tratamiento es mayor a los seis meses.

## **IV. OBJETIVOS DEL PMM**

### **1. PMM NORMALIZADO**

#### **1.1 Objetivos Generales:**

- a. Incrementar la calidad de vida del usuario, mejorando su estado físico, psíquico y sociofamiliar.
- b. Conseguir la normalización del usuario en su entorno social y laboral.
- c. Conseguir una disminución del mercado ilegal de Heroína en un intento por disminuir su demanda.

#### **1.2 Objetivos Específicos:**

- a. Estabilizar al paciente mediante una medicación sustitutiva que alivie los síntomas del Síndrome de Abstinencia.
- b. Evitar el efecto euforizante, (flash) en caso de que el paciente consuma Heroína en base a la tolerancia cruzada.
- c. Reducir la duración de los episodios de consumo activo de drogas.
- d. Reducir las posibilidades de recaídas.
- e. Reducir o abandonar totalmente el consumo de Heroína y de la Cocaína asociada.
- f. Disminuir las actividades ilegales delictivas. (Robos, prostitución etc.)
- g. Favorecer el acceso de los usuarios a los recursos asistenciales para facilitar su reinserción personal, laboral, social y familiar.
- h. Aumentar la tasa de retención, (prevalencia) de pacientes en el Centro, para un mejor control y seguimiento de la adicción.
- i. Mejorar y/o controlar la comorbilidad psiquiátrica.
- j. Potenciar el autocuidado.



- k. Fomentar la implicación de todo el Equipo Terapéutico, al ser un Programa Interdisciplinar.
- l. Disminuir las conductas-prácticas de riesgo de infección por VIH, VHB y VHC y en consecuencia la prevalencia y/o incidencia de enfermedades asociadas al consumo.

## 2. PMM DE REDUCCION DEL RIESGO Y DEL DAÑO

### 2.1 Objetivos Generales

- a) El objetivo principal **no es prioritariamente el mantenimiento de la abstinencia de drogas**, sino la reducción del daño, tanto para la persona con adicción, como para el que pueda provocar a la sociedad.
- b) Otro objetivo fundamental es aliviar los síntomas de abstinencia de opiáceos y el ansia por la misma.

### 2.2 Objetivos Específicos

- a) Reducir el riesgo del consumo de opiáceos.
- b) Facilitar el acceso a la red pública de tratamiento de las conductas adictivas, así como su mantenimiento en la misma.
- c) Captación inicial de pacientes para potencialmente plantear programas de mayor exigencia.
- d) Intentar la readaptación personal y social del usuario.
- e) Posibilitar un programa para aquellas personas que **no deseen otros objetivos** de tratamiento.

## V. CRITERIOS DE INCLUSION, EXCLUSIÓN Y EXPULSION EN LOS PMM

### 1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Partiendo de lo que indica el Real Decreto 5/1996, de 15 de Enero, sobre modificación del Real Decreto 75/1990, de 19 enero por el que se regulan los tratamientos con opiáceos de personas dependientes de los mismos, y de ampliación de su anexo (BOE nº 44, 20 de Febrero de 1996) que establece ya la única condición de inclusión es el "**Diagnóstico confirmado de Dependencia a Opiáceos**". No obstante, se podría especificar, desde el punto de vista clínico, las siguientes situaciones:

- a. Pacientes que no consiguen la abstinencia a través de programas de desintoxicación o con el seguimiento de programas libres de fármacos
- b. Drogodependencias crónicas de varios años de duración, con fracasos repetidos en los tratamientos de desintoxicación y/o estancias en comunidades terapéuticas.
- c. Ser mayor de 18 años. En los menores de edad es necesario el consentimiento informado por escrito de sus padres o tutores legales (ANEXO I.3).
- d. Pacientes embarazadas.
- e. Pacientes con adicción a opiáceos y patología psiquiátrica asociada.

- f. A petición de la persona con diagnóstico de adicción a opiáceos cuando no exista contraindicación.
- g. Pacientes con VIH.
- h. Pacientes con estilo de vida marginal y actividades delictivas asociadas al propio consumo.
- i. Pacientes derivados desde las Unidades Móviles de Reducción de Daños o de otros Centros de Tratamiento, así como desplazados de otros ámbitos geográficos (vacaciones, motivos laborales, etc.).

## 2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN DEL PMM.

“Hoy día los criterios clásicos de exclusión (conductas violentas o amenazadoras, agresiones, uso de armas, robo o desvío de metadona, tráfico de drogas, falta de asistencia a citas, etc) están siendo cuestionados, ya que algunos pacientes para mejorar simplemente necesitan más tiempo, un entorno, enfoque o modalidad diferente o renovados esfuerzos de PMM.

La decisión de excluir a un paciente sólo debería ser aplicada cuando el equipo haya agotado todas las alternativas y únicamente si es evidente que la exclusión representa la solución menos mala y siempre que se asegure la continuidad de la asistencia en otros recursos terapéuticos o en otra modalidad de tratamiento.

Cualquier decisión de exclusión de un paciente del programa ha de informarse al paciente, asegurándonos que dicha información le llega al mismo, y tomando todas las precauciones para que el paciente tenga conocimiento de la situación y de nuestras propuestas”.<sup>3</sup>

Todo indica que se debería continuar explorando con los pacientes nuevas opciones, articular otras modalidades terapéuticas y asegurar la continuidad de la asistencia a través de derivaciones apropiadas.

### Crterios Específicos de Exclusión:

- Ausencia de Dependencia a Opiáceos.
- Menores de 18 años sin autorización.
- Hipersensibilidad a la metadona.
- En líneas generales se tendrá precaución en:  
Insuficiencia respiratoria moderada/grave, Asma, Insuficiencia Hepática moderada, Insuficiencia renal, hipertrofia prostática, estenosis de uretra.

## 3. CRITERIOS DE EXPULSION DEL PMM

Partiendo de lo expuesto anteriormente en los criterios de exclusión y que el modelo del PMM debería de tender a ser **no penalizador sino constructivo y de respuesta**, se deben de tener en cuenta los siguientes aspectos:

---

<sup>3</sup> Guía de práctica clínica basada en la evidencia para el manejo de la adicción a opiáceos. Consejería para la Igualdad y Bienestar Social. Junta de Andalucía, 2005

1º.- La expulsión del Programa debe basarse en un razonamiento clínico sólido, en el que se contemplen a la vez los intereses del paciente y del programa.

Para tomar la decisión de expulsión se valoraran principalmente los motivos alegados por parte del personal implicado y la opinión del Médico prescriptor de referencia, avalado también por el resto del Equipo Terapéutico.

Se pueden tener en cuenta las siguientes situaciones graves y tomar la decisión que se considere oportuna en cada caso individualizado:

- Conductas violentas con los profesionales del Centro.
- Conductas violentas reiteradas entre los usuarios del Centro.
- Tráfico de drogas en el Centro, probado fehacientemente.
- Consumo de drogas en el Centro, evidenciado.
- Robo en el Centro o al personal del Centro.

Siempre que se pueda y según el motivo lógicamente, utilizar el apercibimiento previo antes de tomar la decisión drástica de expulsión.

2º.- Deberá de asegurarse la continuidad asistencial del paciente en otros recursos terapéuticos, (Unidad Móvil, por ejemplo).

3º.- Cuando se decida la expulsión de un usuario del Programa, quedará registrado y anotado, por el terapeuta de referencia, en la historia clínica indicando el motivo y la fecha.

Si el paciente lo solicita se le expondrán por escrito la/s causa/s de dicha expulsión.

4º.- No podrá ser admitido nuevamente en el PMM hasta que el Equipo Terapéutico lo decida. Dependiendo del motivo de expulsión, desde indefinidamente hasta un mínimo de un mes y un máximo de seis meses.

## **VI. PROCEDIMIENTO**

### **1. ACOGIDA.**

Como norma general, deberán ser atendidas todas las personas que formulen una demanda de tratamiento, ya que existe cobertura legal para ello.

Se cumplimentará la Ficha de Acogida; siendo importante solicitar algún documento que acredite la identidad del paciente: tarjeta sanitaria u otra documentación (D.N.I., carnet de conducir, etc.) y, también se hace constar las razones que le inducen a solicitar la inclusión en el PMM.

Asimismo, se facilitará información sobre los distintos tipos de tratamiento que se llevan a cabo en el centro, sus beneficios y sus riesgos, así como las normas del centro.

### **2. CONSULTA INICIAL MÉDICA Y DE ENFERMERÍA**

#### *A) Historia consumo:*

1. Valoración de la adicción, determinado por historia y exploración de la dependencia (signos y síntomas de abstinencia) y, si es necesario, analítica de orina.
2. Tiempo de adicción

3. Dosis actuales y vías de administración.
4. Tratamientos previos y resultados de los mismos.
5. Consumo de otras sustancias.

B) *Historia médica y exploración física* con objeto de determinar posibles trastornos clínicos agudos o crónicos, tratamientos actuales y comportamientos de alto riesgo.

C) *Si se considera*: analítica general (bioquímica, hematología...) y serología (si no existe recientemente).

### **3. EVALUACIÓN PSICOSOCIAL**

- A. Motivación para el tratamiento.
- B. Situación sociofamiliar.
- C. Problemas judiciales.
- D. Situación económica y laboral.
- E. Evaluación de trastornos psíquicos y valoración de aplicación del protocolo de Patología Dual.
- F. Evaluación del deterioro Cognitivo.
- G. Valoración de las destrezas para desenvolverse en la vida diaria.

### **4. INFORMACIÓN AL PACIENTE SOBRE EL PROCESO DE TRATAMIENTO**

**A. Declaración de los objetivos del PMM**, tanto de los generales antes expuestos como de los individuales, que quedarán recogidos en el Contrato Terapéutico del PMM.

**B. Normativa del PMM (Anexo III):**

1. Horario de dispensación de metadona.
2. Criterios de exclusión.
3. Controles de orina, cuando proceda.
4. Posibles seguimientos médicos, de enfermería y psicosociales.
5. Necesidad de informar sobre cualquier tratamiento médico a que se someta el usuario, así como de informar a otros Profesionales Sanitarios sobre el tratamiento con metadona que está llevando.

**C. Información sobre la metadona:**

1. Propiedades farmacológicas, riesgos que conlleva y efectos secundarios e interacciones.
2. Duración del tratamiento.
3. Dosificación y toma de la dosis.
4. Instrucciones relativas a la metadona para llevar ("Take Home").
5. Conservación de la metadona en el domicilio.
6. Procedimiento para solicitar metadona por largos períodos de tiempo (viajes) o en situaciones de emergencia.
7. Información sobre la disminución progresiva de la dosis, si se considera oportuno.

#### **D. Deberes de los usuarios y familiar responsable, en el caso de que exista:**

1. Respetar las dosis prescritas y los horarios de dispensación.
2. Acudir a las citas concertadas con los profesionales del centro.
3. Ayudar en la elaboración de su propio plan terapéutico y en la determinación de los objetivos a conseguir.
4. Participar en los grupos y programas que se consideren necesarios.
5. Información veraz a los profesionales del centro, por parte del responsable, sobre el grado de cumplimentación del usuario de los consejos emanados desde el equipo terapéutico y la normativa del PMM.
6. Respetar la normativa interna del Centro y la del PMM.

#### **E. Derechos de los usuarios:**

1. A la confidencialidad y privacidad en todos los aspectos del tratamiento, dentro del marco de la normativa vigente.
2. A la participación en la elaboración de su propio plan terapéutico y en la determinación de los objetivos a cubrir.
3. A proponer cambios relativos a los servicios y a la asistencia.
4. A la información sobre los servicios disponibles en el propio centro y en otros dispositivos asistenciales.
5. A la derivación a otros dispositivos asistenciales si se considera oportuno o lo solicita el usuario.
6. A seguimientos médicos y psicológicos.
7. A asesoramiento laboral y judicial.
8. A la información sobre otros programas del centro y a la participación en ellos si reúne los criterios de inclusión.
9. A la información completa sobre su diagnóstico, su plan de tratamiento y el posible pronóstico.
10. A que se le expliquen las consecuencias médicas de las decisiones terapéuticas.
11. A su capacidad a acabar o rehusar el tratamiento.
12. A una disminución progresiva de la dosis de metadona cuando el tratamiento sea interrumpido por cualquier motivo.
13. A la información por escrito de las normas internas del centro, así como los derechos y deberes de los usuarios (Anexos III y IV)

*Sin perjuicio de lo establecido en la legislación específica vigente sobre derechos y deberes del paciente.*

#### **5. FIRMA DE CONTRATOS**

Al inicio del tratamiento el usuario deberá firmar:

- A.** Contrato Terapéutico del PMM. (ANEXO I.1 y Anexo I.2 en caso de mujeres)
- B.** Compromiso del responsable, en caso de que exista, para la retirada, conservación y administración de metadona. (ANEXO II)
- C.** Cumplimiento de las normas de tratamiento y de las dosis para llevar.

## **6. INICIO DEL PROGRAMA Y SEGUIMIENTO**

Se programarán las citas sucesivas con la frecuencia y duración que cada caso requiera, teniendo en cuenta los recursos del centro y los del usuario. En ellas se cubrirán las siguientes áreas:

### **A. Estado de salud:**

- Exploración física y valoración de la sintomatología de SAO o sobredosificación.
- Fases de inducción y de estabilización de las dosis de metadona.
- Ajustes de las dosis, una vez llegada a la estabilización, si es necesario. La variación y los motivos que determinan la misma, así como los resultados que observemos posteriormente, se registrarán en la Hoja de Metadona de su Historia Clínica (se adjunta también Anexo V con registro diario de dosificación).
- Necesidad o no de medicación coadyuvante: hipnóticos, ansiolíticos, antidepresivos, etc.
- Consumo de opiáceos, alcohol u otras drogas.
- Seguimiento de posibles consultas hospitalarias para el control de enfermedades concomitantes (VIH, TBC, hepatitis)

Una vez sea admitido el paciente al PMM, deberá ser incluido y notificado en el registro del Servicio Extremeño de Salud informatizado para este PMM, *según lo establecido en el artículo 16 del Decreto 89/1996 de 4 de junio por el que se regula el tratamiento con opiáceos de personas dependientes de los mismos, Normas de Acreditación de los Centros, o Servicios y Comisión de Acreditación.*

### **B. Seguimiento psicosocial:**

- Situación familiar, social y laboral.
- Problemática judicial.
- Integración del usuario y/o familiar, en su caso, en psicoterapia individual y/o grupal.
- Prevención de Recaídas.
- Ocupación de tiempo libre y ocio.
- Valoración de la inclusión del usuario en otros programas: Habilidades Sociales, Grupos de Autoayuda, Enfrentamiento a la Ansiedad o Depresión, Programas de Reinserción Sociolaboral, etc.
- Seguimiento y apoyo durante el proceso de desintoxicación a metadona.

### **C. Educación para la Salud:**

- Prevención de la transmisión de VIH y de posibles reinfecciones.
- Prevención de otras enfermedades asociadas al consumo: hepatitis, TBC, ETS, endocarditis, etc.
- Prevención de otros consumos de sustancias.
- Fomentar el autocuidado para evitar un posible deterioro.
- Fomentar la adquisición de hábitos saludables encaminados a una mejora de la calidad de vida.
- Consumo de menos riesgo.

### **D. Intervención familiar:**

- Intervención psicológica individual, familiar y/o grupal.

## VII. DOSIFICACIÓN DE METADONA.

La dosis óptima de metadona es aquella que previene la aparición del SAO durante al menos 24 horas, reduce o elimina la apetencia por el consumo (craving) y bloquea los efectos euforizantes de cualquier opiáceo autoadministrado de manera ilegal.

La adherencia al tratamiento es una de las características de los PMM. Es necesaria la permanencia en los mismos un tiempo suficiente para conseguir mejoras relevantes en la vida de la persona con adicción.

### 1. FASE DE INDUCCIÓN

**Dosis inicial.** Sirve de referencia para la toma de decisiones durante la fase de inducción y su primer objetivo es aliviar todos los signos y síntomas del síndrome de abstinencia sin provocar sedación ni euforia. Se determinará en función de:

- a. Anamnesis actual y exploración por aparatos para determinar patología orgánica y/o psiquiátrica: historia de consumo (todas las sustancias), vías de administración, tratamientos anteriores de su dependencia, prácticas de riesgo, otras situaciones.<sup>4</sup>
- b. Valoración objetiva y subjetiva del Síndrome de Abstinencia a Opiáceos (SAO) que presente.
- c. Dosis diaria de heroína u otros opiáceos consumida.
- d. *Pureza relativa* del opiáceo consumido y peso del paciente.
- e. Vía de administración.

Una dosis de inicio entre 20-30 mg es normalmente segura, y en reingresos pueden emplearse dosis superiores.

- Ante cualquier duda en relación al grado de tolerancia a metadona, pueden estar indicadas dosis iniciales de 10 mg.

- Generalmente, tras la ingestión oral de una dosis de metadona, la tasa plasmática máxima se alcanza en 3-4 horas. Pasado este plazo, si observamos aún síntomas de abstinencia, sería necesario dar una **dosis suplementaria** de metadona. Esta dosis deberá determinarse siempre de forma individual, pero habitualmente se sitúa en torno a los **5-10 mg**. Esta operación puede repetirse hasta la desaparición de los síntomas. A partir de aquí, la dosis varía en función del umbral de tolerancia, la cantidad habitual de consumo y el estado psíquico del paciente.

- El 2º día, se ajustará la dosis en función de la respuesta a la dosis total del día anterior. (5-20 mg más que el total del día anterior). En los siguientes días, se seguirá ajustando la dosis (5-20 mg más que el día anterior), hasta lograr dosis de estabilización que puede ser calculada en función del consumo

---

<sup>4</sup> Guía de práctica clínica basada en la evidencia para el manejo de la adicción a opiáceos. Consejería para la Igualdad y Bienestar Social. Junta de Andalucía, 2005

declarado, la pureza de la droga consumida y del estado físico del paciente o del peso del paciente.

**Finalización de fase de inducción.** En la determinación de la dosis adecuada de estabilización también se tendrán en cuenta los siguientes factores:

- a. Objetivos:
  - Tensión arterial
  - Temperatura
  - Pulso
  - Tamaño de las pupilas
  - Reflejos tendinosos
  - Ligeros temblores musculares
  - Motilidad intestinal
- b. Subjetivos (de mayor utilidad y que permiten obtener mejores ventajas terapéuticas):
  - Agitación
  - Irritabilidad
  - Trastornos del sueño
  - Ansiedad
  - Depresión
  - Craving

La fase de inducción se acaba una vez que la dosis se mantiene **estable durante más de una semana** y es considerada adecuada por el médico y el paciente.

## 2. FASE DE MANTENIMIENTO

Una vez estabilizado el paciente en su dosis óptima pasamos a la fase de mantenimiento/ deshabituación, cuyo objetivo es conseguir la desvinculación de los consumos problemáticos de drogas y la mayor normalización biopsicosocial posible. Ésta comienza a partir del final de primer mes y se debe prolongar todo el "tiempo necesario". Puede oscilar entre unos meses y varios años, incluso puede ser de por vida, bien de forma continua o en momentos concretos. La dosis de mantenimiento es **determinada individualmente** por el médico otorgando una particular atención a las informaciones esenciales proporcionadas por el paciente. La dosis debe ser la apropiada para alcanzar los efectos deseados durante 24 horas o más, teniendo en consideración fluctuaciones cotidianas en materia de absorción y eliminación.

Durante la fase de mantenimiento no es raro que un paciente permanezca durante años con la misma dosis y otros necesiten **ajustes periódicos** de la misma. Los períodos de mayor estrés, de trabajo intenso, un entorno desfavorable, la mayor disponibilidad de droga, el aumento del craving, los períodos de ansiedad o de depresión debido a importantes factores de estrés, prescripción de nuevos fármacos, enfermedad hepática o renal crónica, pueden necesitar aumentos de las dosis de metadona, ya sea temporal o permanentemente. En sentido inverso, períodos de mayor estabilidad emocional, social y laboral del paciente pueden indicar disminuciones en las dosis.



Existe literatura científica que señala que esta dosis estaría comprendida entre los 80 +/- 20 mg. de metadona al día, aunque pueden existir casos que necesiten más de 100 mg y otros en los que sea necesario menos de 50 mg. *Algunos pacientes pueden necesitar dosis mayores para conseguir niveles séricos adecuados, y otros dosis menores.*

En la actualidad, lo más recomendable y utilizado clínicamente es preguntar al propio paciente su opinión sobre los efectos de la dosis administrada.

A modo de orientación, en nuestro entorno, las dosis a utilizar pueden establecerse en:

<b>Heroína consumida/día</b>	<b>Metadona (dosis tras estabilización)</b>
1/8 (125 mg.) "papelina"	10-25 mg./día
1/4 (250 mg.)	25-30 mg./día
1/2 (500 mg.)	30-45 mg./día
3/4 (750 mg.)	45-60 mg./día
1 g.	60-75 mg./día

Así mismo, hay que tener en cuenta el tipo de metabolización de la persona, en el caso de metabolizadores rápidos puede ser conveniente el fraccionamiento y el reajuste de la dosis diaria.

En cualquier caso, las modificaciones en las dosis de metadona serán objeto de una cuidadosa evaluación por parte del equipo terapéutico y cualquier variación de la misma, ya sea un aumento o una disminución, utilizada como factor de refuerzo positivo o negativo ante determinados comportamientos del usuario, **se considerará inadecuada.**

Por otro lado, Appel et al. señalan como la permanencia de 10 años en PMM consigue mejores resultados que otras más cortas (menos de 5 años).

*Actualmente, se está llevando a cabo un estudio por un cualificado grupo de investigación en el que participan centros ambulatorios de atención a las conductas adictivas de Extremadura, que pretende establecer que dosis significativamente más inferiores que las descritas o convencionales en los programas de mantenimiento con Metadona, pueden ser igualmente efectivas siempre que se atiendan también otros aspectos biopsicosociales más allá del tratamiento puramente farmacológico.*

### **3. DOSIS DE METADONA EN LA MUJER EMBARAZADA**

"El PMM ha sido recomendado en el tratamiento de la dependencia de los opiáceos en mujeres desde comienzos de los años 70, dado que es la forma más saludable de llevar el embarazo y siempre es la mejor para el hijo (California Society of Addiction Medicine, 1998). La mujer embarazada con Tratamiento de Mantenimiento con Metadona suele vivir en unas condiciones

socioeconómicas más estables, muestra una reducción de la conducta antisocial y autodestructiva, mejora los cuidados prenatales, así como la asistencia posnatal a las visitas de control. Algunas revisiones actuales muestran que aunque el mantenimiento con metadona es el tratamiento más habitual en mujeres embarazadas, quedan dudas sobre su eficacia y beneficios en las mujeres que siguen consumiendo drogas ilegales, sobre la posibilidad de desintoxicación, sobre la dosis más adecuada, así como sobre la severidad de la sintomatología de abstinencia del recién nacido. Además, las consecuencias perinatales y el desarrollo de las criaturas después de la exposición intrauterina también son motivo de preocupación, de la misma manera que lo son la falta de guías específicas de tratamiento en esta población (Wang 199)<sup>5</sup>

Por tanto, este tratamiento está indicado en:

- a. Aquellas mujeres que ya se encontraban en mantenimiento con metadona antes del embarazo pueden seguir inicialmente con la misma dosis.
- b. En las gestantes dependientes de opiáceos no tratadas anteriormente con metadona, tras una evaluación de su estado y su grado de dependencia física, se iniciará el mantenimiento con metadona:
  - ✚ 1<sup>er</sup> día: 10-20 mg con dosis suplementarias cada 4-6 horas si aparece sintomatología de abstinencia.
  - ✚ 2<sup>o</sup> día: la dosis total del día anterior como dosis de mantenimiento, y dosis suplementarias si persisten signos y síntomas de abstinencia.
  - ✚ A partir de las 48-72 horas se consigue la estabilización con dosis, por lo general, de **20 a 35 mg/día**.
- c. En algunos casos se requerirán aumentos de la dosis de 10 a 30 mg a lo largo del embarazo.
- d. En general, se intentará el mantenimiento con las "dosis efectivas más bajas posibles", que pueden oscilar entre los 35 y los 80 mg/día.
- e. Especialmente en el último trimestre del embarazo, y a causa de modificaciones del metabolismo y de la concentración plasmática de metadona, la paciente embarazada puede sentir síntomas de abstinencia y ser preciso aumentar la dosis diaria.
- f. "La desintoxicación de opiáceos no se aconseja para el período anterior a la semana 14, debido al elevado riesgo de aborto, y tampoco después de la semana 32, por el estrés fetal y el riesgo de parto prematuro (Kaltenbach y col 1997). Si fuera necesario proceder a la desintoxicación, se deberá efectuar bajo el control médico, con el fin de interrumpir en caso de que se provoque estrés fetal o riesgo de parto prematuro. La reducción máxima de la dosis diaria debería ser de entre 2,5 y 10mg cada 1 o 2 semanas, dependiendo de la respuesta de la mujer (Kaltenbach y col 1997)"<sup>6</sup>.
- g. En general no se aconseja la desintoxicación de opiáceos durante el embarazo, en caso de que sea necesaria, hay que realizarla siempre durante el segundo trimestre, con una estricta monitorización.

---

<sup>5</sup> Tratament de manteniment amb metadona. Manual de Práctica Clínica. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut 2005

<sup>6</sup> Tratament de manteniment amb metadona. Manual de Práctica Clínica. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut 2005

#### **4. METADONA Y OTROS FÁRMACOS**

Es importante tener en cuenta que la utilización de otras sustancias que estimulen el sistema microsómico de oxidación hepática, pueden interaccionar con la metadona y requerirán ajuste de dosis.

##### **Alcohol:**

**Consumo agudo:** Es conveniente reducir y/o eliminar la dosis de metadona en las intoxicaciones agudas, hasta que desaparezcan los efectos de la misma, ya que se va a producir un aumento de los efectos depresores de ambas sustancias.

Según los grados de intoxicación:

1. **Leve:** mantener la misma dosis o disminuir el 10% en dosis mayores de 100 mg de metadona.
2. **Moderada:** disminuir hasta en un 50% la dosis de metadona.
3. **Grave:** derivar al hospital y no dar la dosis de metadona.

Si ya han recibido la dosis de metadona diaria, hay que dejar al paciente en observación por el riesgo de depresión del sistema nervioso central.

**Consumo crónico:** En el caso de alcoholismo crónico, en los que está aumentada la inducción enzimática (citocromo P450), y hay una metabolización más rápida de metadona, se necesitan dosis más altas de metadona en la mayor parte de los casos, también puede ser necesario fraccionar la dosis, para evitar que aparezca SAO a corto plazo.

Si el paciente inicia un programa de deshabituación alcohólica, los niveles del citocromo P450 se normalizan, no estando aumentada la inducción enzimática, por lo que puede ser necesario disminuir las dosis de metadona, ajustándola nuevamente hasta alcanzar una dosis estable.

En el caso de un alcohólico crónico que se encuentra en fase de intoxicación aguda por alcohol, habrá que tener en cuenta que por inducción del citocromo P450 hay un aumento del metabolismo de metadona, con descenso de los niveles de la misma y aparición de SAO a corto plazo, por lo que hay que evaluar también la dosis. Pueden ser válidos los criterios descritos anteriormente en consumo agudo.

En este caso también hay que dejar al paciente en observación por el riesgo de privación del sistema nervioso central.

##### **Benzodiazepinas:**

Existe una sinergia entre benzodiazepinas y metadona, sumándose los efectos depresores del SNC por lo que se recomienda ajustar la dosis de metadona a la baja.

Lo deseable sería el poder retirar, de acuerdo con el paciente, la benzodiazepina de abuso, ya sea con una disminución gradual hasta la retirada de la misma, o bien sustituyéndola por otras sustancias menos

adictivas, para evitar las posibles crisis por privación, también hasta la retirada.

Tener en cuenta que cuanto más corta sea la vida media de la benzodiazepina, mayor es su poder de adicción. Por tanto se recomienda el uso de benzodiazepinas de vida media larga y con **comienzo de acción lenta o intermedia** (por ejemplo el Clonacepan, o el Diacepam especialmente útil en los pacientes con riesgo de crisis convulsivas).

### **Cocaína:**

En la actualidad hay un elevado consumo de cocaína en los pacientes que están en PMM. Metadona y cocaína tienen efectos antagónicos a nivel de SNC. Es conveniente explicar al paciente e intentar que abandone el consumo de cocaína; aunque el consumo simultáneo no necesariamente implica tener que modificar las dosis de metadona.

### **Nicotina:**

La nicotina es inductora enzimática del metabolismo hepático, por lo que en pacientes fumadores con consumo elevado de nicotina y en tratamiento con metadona puede ser necesario el ajuste de dosis al alza de metadona y cuando hay deshabituación tabáquica puede ser necesario bajar la dosis de metadona.

### **Otras situaciones a considerar:**

- Tanto las hepatopatías crónicas como las nefropatías crónicas aumentan los niveles de metadona. Por otro lado, la mala absorción disminuye los niveles de metadona.
- Otros potenciadores del metabolismo hepático (disminuyen el nivel de metadona). Fenitoína, Rifampicina, Fenobarbital, Carbamazepina.
- Otros inhibidores de enzimas hepáticas como la Cimetidina, disminuye los niveles de metadona al cesar la administración.
- Modificaciones del Ph urinario. Potenciación acidez - aumenta la eliminación de metadona. Potenciación alcalinidad - disminuye la eliminación de metadona.
- Antidepresivos. Desipramina: la metadona aumenta los niveles de la misma, puede provocar toxicidad. Fluvoxamina: aumenta niveles de metadona, puede provocar SAO cuando se suprime.
- Antiretrovirales:
  - Zidovudina: información contradictoria:
    - Puede aumentar eliminación de metadona.
    - Puede aumentar niveles de zidovudina (toxicidad). No administrar más de 500mg/día de ZDV.
  - Ritonavir: disminuye niveles de metadona y puede provocar SAO.
- Antituberculosos:
  - Rifampicina, aumenta el metabolismo de la metadona por lo que se debe aumentar la dosis de metadona, podría provocar SAO en la primera semana tras el inicio del tratamiento, y

-Rifabutin, es inductor enzimático, por lo que se debe aumentar también la dosis de metadona.

- Antiepilépticos como la Carbamacepina o Fenitoína, provocan disminución de la metadona y SAO, por lo que se deben aumentar las dosis de metadona.
- Antagonistas y agonistas parciales:  
Naloxona y Naltrexona: grave SAO  
Pentazocina, Buprenorfina, Tramadol, provocan SAO.

En caso de dolor severo agudo provocado por enfermedades crónicas en pacientes en PMM, utilizar opiáceos de acción corta (morfina o petidina)<sup>7</sup>. (En muchos casos se alcanza un alivio del dolor con dosis más altas de metadona y/o a mayor frecuencia).

## 5. DOSIS FRAGMENTADA

En algunos casos puede ser necesario administrar dosis de metadona fragmentada para mantener la biodisponibilidad estable, por ejemplo en embarazo (se evitarían variaciones de las concentraciones plasmáticas de metadona en el feto) y en uso concomitante de medicación que aumente el metabolismo de metadona (tuberculostáticos, antiepilépticos, antirretrovirales, etc.).

Además ante un posible paciente que sea "metabolizador rápido", con la dosis fragmentada se evita que el paciente fluctúe por los efectos de Metadona y aumentará la adherencia al programa.

No es necesario que las dosis y los tiempos sean del 50%. Se podría concentrar la dosis en el momento del día con mayor displacer subjetivo para el paciente.

## VIII. DOSIS PARA LLEVAR ("TAKE HOME").

La asistencia regular del paciente en tratamiento de mantenimiento con metadona es importante y contribuye a la obtención de buenos resultados clínicos. Ocurre, sin embargo, que en el curso del tratamiento la exigencia de una presencia casi diaria supone un problema para la mayoría de los pacientes, por alterar el ritmo de su vida cotidiana.

Es habitual en nuestros centros la dispensación de 7 a 14 días. Aspectos a considerar:

1. El equipo terapéutico decidirá iniciar o mantener la entrega de metadona para llevar teniendo en cuenta los siguientes **factores positivos** :
  - a) No presenta ningún signo o síntoma de abstinencia.
  - b) La coexistencia de un trastorno médico que incapacite total o parcialmente el desplazamiento.

<sup>7</sup> Guía de práctica clínica basada en la evidencia para el manejo de la adicción a opiáceos. Consejería para la Igualdad y Bienestar Social. Junta de Andalucía, 2005

- c) Empleo activo que le dificulte acudir al centro diariamente.
- d) Las dosis para llevar serán apropiadas en situaciones de urgencia, como sería una crisis personal o familiar, un duelo u otras.
- 2. Los factores que pueden influir **negativamente** en la decisión de iniciar-mantener la entrega de dosis de metadona para llevar son los siguientes:
  - a) El paciente padece una enfermedad coexistente con riesgo de complicarse por la ingesta de metadona y que requiere por lo tanto una observación y una vigilancia clínicas más frecuentes.
  - b) Falta de autocontrol personal para tomar la dosis diaria prescrita en su domicilio, unido a la carencia de apoyo externo.  
Se explicará cómo conservar la metadona correctamente y se insistirá continuamente en que ésta, como cualquier otra medicación, **DEBE MANTENERSE FUERA DEL ALCANCE DE LOS NIÑOS.**

Deberá existir un registro individual de dosificación de Metadona (en forma informatizada o en papel) (ANEXO V).

## IX. TÉCNICAS DE REDUCCIÓN DE LA DOSIS

- 1. Inicialmente, no debería intentarse la desintoxicación de metadona **salvo que el paciente readaptado lo desee firmemente**, y así lo solicite, advirtiéndole de los riesgos de recaída (alrededor de un 75% recaer en el siguiente año). Se iniciará en los siguientes casos:
  - a) A solicitud del paciente aunque el equipo terapéutico no esté de acuerdo y le haya advertido de los riesgos de recaída.
  - b) Por expulsión del usuario del PMM. En este caso se indica una pauta de reducción en 21 días, a razón de una disminución diaria del 5-10 % de la dosis del día anterior. (Se puede contemplar también la derivación a las Unidades Móviles de Reducción de Daños, tal y como se refleja en el apartado V.3.2).
- 2. Sería recomendable:
  - a) Un seguimiento exhaustivo del paciente en el proceso de reducción;
  - b) El entrenamiento en técnicas de prevención de recaídas antes y durante el proceso;
  - c) La integración del usuario en grupos de autoayuda.  
La técnica y el ritmo de reducción variarán ampliamente entre los pacientes; para favorecer el mantenimiento de la abstinencia es recomendable **realizar una reducción apropiada y generalmente lenta** de la dosis. Este ritmo ofrece a los pacientes la posibilidad de cambiar de opinión y de reiniciar el tratamiento antes de que recaigan.  
"A modo de orientación, los pacientes mantenidos con dosis superiores a 80 mg/día, toleran bien las reducciones de 10 mg /semana. Los que tienen una dosis entre 40 y 80 mg/día, se recomienda una reducción de 5 mg/semana. Una vez que la dosis se ha reducido a 40 mg/día, la posibilidad de que el paciente experimente SAO aumenta y debe enlentecerse el proceso de reducción a 2,5mg/semana."<sup>8</sup>. Hay que tener en cuenta que se pueden necesitar muchos meses, incluso más de un año, para efectuar una reducción progresiva. El ritmo de desintoxicación puede ser aumentado o

<sup>8</sup> Guía de práctica clínica basada en la evidencia para el manejo de la adicción a opiáceos. Consejería para la Igualdad y Bienestar Social. Junta de Andalucía, 2005

reducido en función de la respuesta del paciente y hay muchos pacientes que parecen tener un umbral de metadona específico e individual.

3. Existen otras modalidades terapéuticas: "la utilización de agonistas adrenérgicos (clonidina), que ayuda a la disminución de la sintomatología del SAO. Así mismo, para el proceso final de la desintoxicación, se describen desintoxicaciones rápidas con Naltrexona y clonidina o la transición a Buprenorfina y posterior desintoxicación rápida clonidina-Naltrexona. Además, también se pueden usar otros fármacos como tratamiento sintomático (ansiolíticos, analgésicos no opiáceos, hipnóticos, etc.).
4. El procedimiento de **reducción "a ciegas"**, es decir, sin conocimiento del paciente debe considerarse como inaceptable tanto clínica como éticamente. De llevarlo a cabo, será siempre tras ser discutido y aceptado por el usuario.
5. Por último, el equipo terapéutico debe estar atento a la sustitución, durante la desintoxicación, con otras sustancias tales como el alcohol, cocaína, hipnosedantes u otras sustancias no opiáceas, ya que esta **"adicción de sustitución"** es a menudo más devastadora que la dependencia a opiáceos. Si esto pudiera ocurrir, se planteará siempre el reinicio del programa de mantenimiento.
6. En el caso de embarazo, la recomendación más comúnmente aceptada es **desaconsejar su inicio antes de la semana 14 de gestación**, por el riesgo potencial de que ello provoque un aborto, así **como después de la semana 32** debido al estrés fetal que podría inducir. La desintoxicación deberá ser efectuada bajo el control de médicos experimentados en el ámbito de la dependencia a opiáceos, en coordinación con profesionales del Servicio de Obstetricia para llevar el control fetal con el fin de interrumpirla en caso de que se provocara estrés fetal o bien de que aparezca el riesgo de un parto prematuro. La desintoxicación debería hacerse mediante una reducción de la dosis a un ritmo máximo de **4 mg cada 1 a 2 semanas**.

## X. SITUACIONES ESPECIALES. TRASLADOS TEMPORALES Y VACACIONES

### Traslado temporal.

- Es conveniente avisar y contactar con el centro donde se va a trasladar con un mínimo de 15 días hábiles antes del traslado para solicitar el traslado temporal.

- En caso de aceptación, se enviará por fax el impreso de traslado temporal (Anexo VI) y se facilitarán al paciente las dosis de metadona correspondientes hasta la fecha en que comience la dispensación en el otro centro.

- Tras la vuelta del paciente, se retomará la dispensación en el centro partir de la fecha de fin de dispensación temporal que se tenga recogida.

- En el caso en que no exista un centro dispensador que pueda hacerse cargo, y siempre que se reúnan las condiciones necesarias se puede suministrar al paciente la metadona hasta un máximo de tres semanas, adjuntando el correspondiente informe como en el caso de vacaciones que se detalla a continuación.

## Vacaciones.

- Es conveniente avisar al centro de destino con un mínimo de 15 días hábiles antes del viaje.
- En el caso en que no exista un centro dispensador que pueda hacerse cargo, y siempre que se reúnan las condiciones necesarias se puede suministrar al paciente la metadona hasta un máximo de tres semanas, adjuntando el correspondiente informe.
- La metadona se entregará en solución o en comprimidos, según criterios médicos y facilidad para la conservación.
- El médico del centro realizará un informe médico que el paciente deberá llevar siempre consigo, donde se incluyen los datos principales del diagnóstico, la dosis de metadona y el régimen de dispensación, así como las medicaciones concomitantes. (Anexo VIII)
- En caso de viaje fuera del territorio nacional, nuestro país permite el transporte de metadona por el propio paciente en cantidad suficiente para continuar su tratamiento médico durante una estancia en un país extranjero. En todo caso, se actuará según el país de destino, se recomienda que la metadona sea en comprimidos (especialmente si necesita viajar en avión) y que el informe o modelo de informe esté redactado también en inglés. (Anexo VIII).

*(Se adjunta también a este Protocolo Anexo IX informativo de la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios del Ministerio de Salud, Servicios Sociales e Igualdad).*

- Se facilitarán al paciente las dosis de metadona correspondientes para todo el tiempo previsto que dure el viaje.

## **XI. INDUCCIÓN AL TRATAMIENTO CON BUPRENORFINA/NALOXONA DESDE METADONA.**

Se propone una pauta de tratamiento que puede esquematizarse como sigue:

1. Preparar al paciente para la inducción mediante una correcta y veraz información, organizar apoyos y contar con un horario de dispensación/tratamiento suficientemente flexible.
2. Después de la última dosis de metadona, retrasar la primera dosis de buprenorfina hasta el momento en que el paciente experimente síntomas significativos de abstinencia (por lo general entre 24 y 72 horas desde la última toma de su dosis de metadona). Si es necesario, puede administrarse algún fármaco para aliviar los síntomas de abstinencia tales como clonidina o benzodiazepinas en dosis moderadas (lógicamente, está contraindicada en este momento cualquier medicación que contenga opiáceos).
3. Administrar, como primera dosis, 4 mg de buprenorfina a primera hora de la mañana o de la tarde.



4. Revisar al paciente entre 2 y 4 horas después de la primera dosis y actuar en consecuencia del siguiente modo:
  - a) si se observa un empeoramiento de la sintomatología de abstinencia, facilitar al paciente fármacos no opiáceos para aliviarla y citar al día siguiente.
  - b) si no se observa un empeoramiento de la sintomatología de abstinencia, o bien hay una marcada disminución de la misma, dar una dosis adicional de 2 ó 4 mg de buprenorfina.
5. El segundo día el paciente debe ser evaluado de nuevo antes de tomar la dosis correspondiente de buprenorfina (valorando la respuesta a la dosis de primer día y la situación actual del paciente), ajustándola hasta 6-10 mg según las necesidades.
6. Revisar al paciente frecuentemente, y ajustar las dosis hasta la estabilización clínica.<sup>9</sup>

## **XII. FINALIZACIÓN DEL PROGRAMA**

El Programa se dará por finalizado cuando nos encontremos ante alguna de las siguientes situaciones:

1. Por cometer faltas graves descritas en el Anexo III: **Alta Disciplinaria**
2. Por haber cubierto los objetivos pactados mediante contrato y considerarse oportuno su paso a un Programa Libre de Drogas: **Alta Terapéutica en PMM**
3. Por derivación a otros programas, centros y/ o recursos, se produce la finalización en este centro: **Alta por Derivación.**
4. Por abandono del programa: **Alta por Abandono.**
5. **Alta Voluntaria.**
6. **Alta por Fallecimiento** del usuario.

---

<sup>9</sup> Guías Clínicas Socidrogalcohol basadas en la Evidencia Científica. Guía para el tratamiento de la adicción a opiáceos con buprenorfina/naloxona (Pág. 129)

## **BIBLIOGRAFÍA**

Guía de práctica clínica basada en la evidencia para el manejo de la adicción a opiáceos. Consejería para la Igualdad y Bienestar Social. Junta de Andalucía, 2005 Pág.63.

Tratament de manteniment amb metadona. Manual de Práctica Clínica. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut 2005.

Guías Clínicas Socidrogalcohol basadas en la Evidencia Científica. Guía para el tratamiento de la adicción a opiáceos con buprenorfina/naloxona, 2010 (Pág. 129).

Protocolo de Metadona. Instituto de Adicciones de Madrid, 2008.

BOBES J.; CASA M.; GUTIERREZ M.; 2003. Manual de Evaluación y Tratamiento de drogodependencias. Barcelona: Ed. STM.

Guía para el tratamiento de la dependencia de opiáceos de Socidrogalcohol (pág. 26)

MONOGRAFÍA OPIÁCEOS Editores: Fernández Miranda, J.J. y Torrens Melich, M. 2005 Vol. 17, Suplemento 2- Pág. 1-340 adicciones MONOGRAFÍA OPIÁCEOS.

ADICCIONES. Monografía patología orgánica en adicciones 2006 Vol. 18, Suplemento 1.

## ANEXO I.1

### PROGRAMA DE MANTENIMIENTO CON METADONA CONTRATO TERAPÉUTICO

#### Centro dispensador: CENTRO AMBULATORIO DE ATENCIÓN A LAS CONDUCTAS ADICTIVAS DE:

Nombre del Paciente:

C.I.P:

Nº Seguridad Social:

DNI:

Fecha de Nacimiento:

Nombre del corresponsable (si existe):

-Asumo que tengo un trastorno por dependencia de opiáceos.

-Por la presente, doy mi consentimiento voluntario a los profesionales del centro arriba mencionado y/o a todo colaborador debidamente autorizado por él, para que se me prescriba o dispense metadona como parte del proceso que voy a seguir para el tratamiento de mi dependencia

-He sido informado de las características farmacológicas de la metadona y de los riesgos que comporta su administración; entre ellos el de producir DEPENDENCIA (mientras dure el tratamiento), así como el peligro de SOBREDOSIS Y/O INTOXICACIÓN si consumo además otras drogas, (Alcohol, sedantes, hipnóticos, alucinógenos, etc.).

También se me ha informado de que si consumo otros derivado OPIACEOS y en concreto HEROÍNA; puedo sufrir una SOBREDOSIS y como consecuencia una PARADA RESPIRATORIA.

-He recibido por parte de los profesionales del Centro una completa información sobre otras alternativas de tratamiento y a pesar de los posibles riesgos y complicaciones; deseo recibir VOLUNTARIAMENTE el tratamiento con Metadona.

-La dosis prescrita es exclusivamente para el paciente indicado, se administrará la dosis indicada cada 24 horas, salvo otra indicación y a ser posible en presencia del familiar o persona responsable del control externo de dicha medicación.

-De igual forma y como con cualquier otra medicación de estas características, tendré precaución y SE ME HA ADVERTIDO, BAJO MI RESPONSABILIDAD, a la hora de realizar actividades que requieran gran atención, como conducción de vehículos, manejo de maquinaria o trabajos que entrañen cierto peligro

En estos casos, el Centro no se hace responsable de las consecuencias del uso de la Metadona.

Si se siente SOMNOLIENTO:

- No conduzca.
- No maneje maquinaria peligrosa.
- No realice trabajos que entrañen peligro

-Se me ha advertido repetidamente que **LA METADONA NO DEBE DEJARSE NUNCA AL ALCANCE DE LOS NIÑOS.**

-He sido informado de las normas de funcionamiento interno y de las que rigen el programa de mantenimiento del CENTRO AMBULATORIO DE ATENCIÓN A LAS CONDUCTAS ADICTIVAS de \_\_\_\_\_, así como de las consecuencias que puede tener el incumplimiento de las normas del Centro (entre ellas la expulsión).

-Se me explica que el tratamiento con metadona puede tener distintas metas:

- Reducción de riesgo y daño para la salud y reducción de las dificultades con el entorno social.
- La rehabilitación, reinserción o recuperación funcional del paciente. La abstinencia eventual de todo uso de drogas, incluyendo la metadona, puede ser un objetivo terapéutico adecuado.
- Entiendo que el tratamiento con metadona puede tener diferente duración dependiendo de los objetivos que me plantee, pero usualmente será un período de tiempo relativamente largo.
- Entiendo que puedo retirarme en cualquier momento de este programa de tratamiento y en este caso, interrumpir el uso de la metadona y tener derecho a una desintoxicación bajo control médico.

-He sido informado de que el CENTRO AMBULATORIO DE ATENCIÓN A LAS CONDUCTAS ADICTIVAS de \_\_\_\_\_ no se hace responsable de la continuación del tratamiento con Metadona en cualquiera de los siguientes supuestos:

- Cambio de domicilio en otra Comunidad Autónoma.
- Ingreso en un Centro Penitenciario
- Ingreso en un Hospital
- Ingreso en otros recursos que impidan la continuidad del programa en este centro.

El CENTRO AMBULATORIO DE ATENCIÓN A LAS CONDUCTAS ADICTIVAS para facilitarme la continuidad del Programa de Mantenimiento con Metadona informará al recurso que yo indique.

*En base a las anteriores informaciones y por decisión propia, voluntaria y sin estar presionado:*

**ACEPTO:**

*Que se me prescriba metadona como parte de mi proceso terapéutico.  
Esta aceptación lleva implícitos los siguientes compromisos:*

*-Facilitar muestras de orina, bajo la supervisión de un profesional del Equipo, si me encuentro en un PMM con objetivo de abstinencia u objetivos intermedios.*

*-Asistir a las citas programadas con los diferentes profesionales del Centro.*

*-Seguir las instrucciones e indicaciones del Equipo Terapéutico.*

*-Acatar todas las normas del programa de metadona, así como, eventualmente, las consecuencias que puede tener el incumplimiento de alguna de ellas.*

*-Respetar las normas del centro que se me han explicado*

*-Informar a cuantos médicos y otros sanitarios me asistan por diferentes circunstancias sobre el tratamiento a que estoy siendo sometido; así como el consumo de otras sustancias.*

*Además de estos compromisos generales y de común acuerdo con el Equipo terapéutico, me comprometo a conseguir los siguientes objetivos pactados:*

- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....

En \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Firma del paciente

Firma del Familiar o corresponsable  
(si existiera)

Fdo.:

Fdo.:

## ANEXO I. 2

### PACIENTES MUJERES EN EDAD FÉRTIL

En base a mis informaciones actuales, yo.....

declaro estar/no estar actualmente embarazada.

Además de los riesgos posibles asociados al uso de la metadona a largo plazo, de la misma manera que la heroína y otros opiáceos, entiendo que los conocimientos relativos a sus efectos sobre la mujer embarazada y el feto son hoy en día incompletos para garantizar que no puedan conllevar efectos secundarios importantes o graves.

Me ha sido explicado, y entiendo, que la metadona se transmite al feto y que puede desencadenar en él una dependencia física y, por tanto, síndrome de abstinencia si, estando embarazada, dejara de tomar bruscamente la metadona, lo que podría perjudicar a mi embarazo o al feto.

No usaré ningún otro medicamento sin el consentimiento del profesional supervisor del programa o cualquier otro médico, ya que estas sustancias pueden interactuar con la metadona y ser peligrosas para mí o para el feto.

En el caso de estar o quedarme embarazada informaré a cualquier otro médico, matrona, etc., que me atienda durante mi embarazo actual, u otro posterior, al que me asista durante el parto o al que visite al niño tras su nacimiento, de mi participación actual o pasada en un programa de tratamiento con metadona, para que me puedan dar, a mí o a mi hijo, la asistencia adecuada.

Debo de informar lo más rápidamente posible a mi ginecólogo-tocólogo o Matrona de que estoy siguiendo un tratamiento con Metadona para que se tenga en cuenta a lo largo de mi EMBARAZO y en el momento del PARTO, ya que sería aconsejable estar asistida conjuntamente por un Neonatólogo o Pediatra para el cuidado del RECIÉN NACIDO.

Me ha sido explicado que después del nacimiento de mi hijo no debo darle de mamar, ya que la metadona es transmitida al bebé a través de la leche materna y que eso puede provocar en el niño una dependencia física a la metadona.

Igualmente se me ha informado que durante un breve período después del nacimiento, el niño puede presentar una irritabilidad temporal u otros síntomas debidos a mi uso de la metadona, por lo que es fundamental que informe de este uso a los médicos que nos atiendan en el parto a mí y a mi hijo, para que nos presten la asistencia adecuada.

Se me ha advertido que mientras persista mi drogodependencia, no sería conveniente que quedara embarazada; pero en el supuesto de que así lo deseara o que ya lo estuviera, se me ha informado adecuadamente y he COMPRENDIDO que además de los riesgos derivados del uso a largo plazo

de la METADONA no se posee la información suficiente como para garantizar la absoluta inocuidad de los efectos de la misma sobre la embarazada y su futuro hijo.

Es **con pleno conocimiento de esta causa** que **CONSIENTO** su uso y que me **COMPROMETO** a informar inmediatamente al profesional supervisor o a cualquiera de los miembros del equipo terapéutico del CEDEX de \_\_\_\_\_ si me quedo embarazada.

\_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Firma de la paciente

Firma del Familiar o Corresponsable  
(si existe)

Fdo.:

Fdo.:

**ANEXO 1.3**

**PACIENTES MENORES DE 18 AÑOS**

**Nombre del/de los responsable/s legal/es:**

**Relación con el menor:**

El paciente \_\_\_\_\_ es un menor, de \_\_\_\_\_ años de edad y nacido el \_\_\_\_\_. Los riesgos del uso de la metadona me/nos han sido explicados y entiendo/entendemos que la metadona es un medicamento del que todavía se están haciendo investigaciones a largo plazo y que las informaciones sobre sus efectos en adolescentes es incompleta. Me/nos han explicado que la metadona está siendo utilizada para el tratamiento de menores únicamente porque el riesgo de recaída en la adicción a la heroína es suficientemente importante, lo que justifica este tratamiento.

Declaro/declaramos que la participación en el programa de tratamiento de la dependencia a la heroína es plenamente voluntaria tanto por parte de los padres/responsables como por el paciente y que el tratamiento con metadona puede ser interrumpido en cualquier momento tan sólo con mi/nuestro requerimiento o él del paciente.

Conociendo enteramente los beneficios potenciales y los riesgos posibles derivados de la utilización de la metadona en el tratamiento de un adolescente, **CONSIENTO/CONSENTIMOS** su uso en un menor, ya que sé/sabemos que, de otra manera, seguirá dependiente de la heroína o de otros opiáceos.

\*\*\*\*\*

**CERTIFICO** que ninguna garantía o seguro me ha sido dada en lo que se refiere a los resultados que puedan ser obtenidos por el tratamiento con metadona. En pleno conocimiento de los beneficios potenciales y de los riesgos posibles, **CONSIENTO** a ser sometido a tratamiento con metadona, ya que, de otra manera, seguiría dependiendo de la heroína.

\_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Firma del paciente

Firma del/los representate/s legal/es

Fdo.:

Fdo.:

Fdo.:



## ANEXO II.

### PROGRAMA DE MANTENIMIENTO CON METADONA COMPROMISO DEL CORRESPONSABLE (en caso de que exista y asuma el compromiso)

**Centro dispensador: CENTRO AMBULATORIO DE ATENCIÓN A LAS CONDUCTAS ADICTIVAS de**

**Nombre del Corresponsable:**

**DNI:**

**Fecha de nacimiento:**

**Relación con el paciente:**

**Nombre del Paciente:**

El abajo firmante, como corresponsable del tratamiento del paciente que figura en el encabezamiento, **DECLARA:**

He sido informado de las características farmacológicas de la metadona y de los riesgos que comporta su consumo, así como de las normas que rigen el programa de mantenimiento del CENTRO AMBULATORIO DE ATENCIÓN A LAS CONDUCTAS ADICTIVAS de \_\_\_\_\_.

Igualmente se me ha insistido en que **LA METADONA NO DEBE DEJARSE NUNCA AL ALCANCE DE LOS NIÑOS.**

He revisado, junto con los profesionales del Centro las distintas alternativas al tratamiento con Metadona que puede aplicar el Centro de \_\_\_\_\_ para el tratamiento de la dependencia del paciente.

He sido informado de las consecuencias que puede tener el incumplimiento de las normas del Centro (Expulsión).

He sido informado de que el CENTRO AMBULATORIO DE ATENCIÓN A LAS CONDUCTAS ADICTIVAS de \_\_\_\_\_ no se hace responsable de la continuación del tratamiento con Metadona en cualquiera de los siguientes supuestos:

- Cambio de domicilio en otra Comunidad Autónoma.
- Ingreso en un Centro Penitenciario
- Ingreso en un Hospital

- Ingreso en otros recursos que impidan la continuidad del programa en este Centro ambulatorio de atención a las conductas adictivas

En base a las anteriores informaciones y por decisión propia:

**ACEPTO:**

Responsabilizarme de las dosis de metadona que se me entreguen en el CENTRO AMBULATORIO DE ATENCIÓN A LAS CONDUCTAS ADICTIVAS para su administración al paciente, así como administrarla siguiendo estrictamente las instrucciones recibidas.

En concreto a que el paciente tome únicamente la dosis prescrita, a que la tome en mi presencia y en la hora señalada y a no administrarle ninguna otra medicación que no haya sido autorizada por el Equipo Terapéutico.

Responsabilizarme de su custodia, eximiendo al CENTRO AMBULATORIO DE ATENCIÓN A LAS CONDUCTAS ADICTIVAS de \_\_\_\_\_ de todas las responsabilidades derivadas de un mal uso de la medicación recibida.

Participar en la medida de mis posibilidades en el proceso terapéutico del paciente.

\_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Firma de la corresponsable

Firma del paciente

Fdo.:

Fdo.:

## ANEXO III

### PROGRAMA DE MANTENIMIENTO CON METADONA NORMAS E INSTRUCCIONES

#### Información:

La metadona es una droga de tipo opiáceo. Su consumo provoca tolerancia (necesidad de aumentar la dosis) y síndrome de abstinencia (aparición de síntomas de malestar general y otros al cesar o disminuir el consumo de metadona). La metadona deprime el funcionamiento del sistema nervioso, puede pasar al feto y a través de la leche materna. Si se consume metadona y otras drogas de tipo opiáceo se puede provocar una **sobredosis**. Si se consume metadona junto con otras sustancias que deprimen el sistema nervioso como alcohol, pastillas tranquilizantes, barbitúricos, etc, se puede provocar sobredosis y síntomas de abstinencia (Convulsiones o "tetanias"). Si se consume metadona junto con otras drogas estimulantes (cocaína, anfetaminas, "éxtasis" etc.) puede producirse una disminución de los efectos de la metadona y aparecer alteraciones graves del comportamiento. Si una mujer embarazada toma metadona puede provocar que el recién nacido nazca con síndrome de abstinencia. Si tomando metadona se toma Naltrexona (**Antaxone o Celupan**) se padecerá un síndrome de abstinencia muy grave que requiere tratamiento urgente.

Por último, le recordamos que la metadona, como cualquier otro medicamento, **NO DEBE DEJARSE NUNCA AL ALCANCE DE LOS NIÑOS**.

#### Normas.

La administración de metadona se hará en solución oral.

Si el paciente dispone de dosis para llevar a casa, la tomará delante de la persona corresponsable de su tratamiento. Si el paciente carece de persona responsable tomará la dosis bajo su responsabilidad, teniendo en cuenta que conviene tomarla siempre a la misma hora y, en general, sin tomar al mismo tiempo ninguna otra droga o medicamento.

#### Faltas:

Las faltas graves conllevarán la expulsión del paciente en el programa de mantenimiento con Metadona, algunas de las situaciones graves son:

- Conductas violentas con los profesionales del Centro
- Conductas violentas reiteradas entre los usuarios del Centro
- Tráfico de drogas en el Centro, probado fehacientemente.

- Consumo de drogas en el Centro, demostrado fehacientemente.
- Robo en el Centro o al personal del Centro

No podrá ser admitido nuevamente en el PMM hasta que el Equipo Terapéutico lo decida, (dependiendo del motivo de expulsión), desde un mínimo de un mes y un máximo de seis meses, o se facilitará la derivación temporal a la Unidad Móvil o la reducción progresiva de dosis en un plazo no superior a un mes, según lo decida el usuario.

**El Equipo terapéutico es la única entidad capacitada para la interpretación de las normas anteriores**

## **ANEXO IV**

### **Derechos de los usuarios**

1. A la confidencialidad y privacidad en todos los aspectos del tratamiento, dentro del marco de la normativa vigente.
2. A la participación en la elaboración de su propio plan terapéutico y en la determinación de los objetivos a cubrir.
3. A proponer cambios relativos a los servicios y a la asistencia.
4. A la información sobre los servicios disponibles en el propio centro y en otros dispositivos asistenciales.
5. A la derivación a otros dispositivos asistenciales si se considera oportuno o lo solicita el usuario
6. A seguimientos médicos y psicológicos.
7. A asesoramiento laboral y judicial.
8. A la información sobre otros programas del centro y a la participación en ellos si reúne los criterios de inclusión.
9. A la información completa sobre su diagnóstico, su plan de tratamiento y el posible pronóstico.
10. A que se le expliquen las consecuencias médicas de las decisiones terapéuticas.
11. A su capacidad a acabar o rehusar el tratamiento.
12. A una disminución progresiva de la dosis de metadona cuando el tratamiento sea interrumpido por cualquier motivo.
13. A la información por escrito de los derechos y deberes de los usuarios.

### **Deberes de los usuarios y familiar responsable**

1. Respetar las dosis prescritas y los horarios de dispensación
2. Acudir a las citas concertadas con los profesionales del centro
3. Ayudar en la elaboración de su propio plan terapéutico y en la determinación de los objetivos a conseguir.
4. Participar en los grupos y programas que se consideren necesarios.
5. Información veraz a los profesionales del centro, por parte del responsable, sobre el grado de cumplimentación del usuario de los consejos emanados desde el equipo terapéutico y la normativa del PMM.
6. Respetar la normativa interna del Centro y la del PMM.

*'Todo ello, sin perjuicio de lo establecido en la legislación específica vigente sobre derechos y deberes del paciente.'*

**ANEXO V**

**HOJA GENERAL DE DISPENSACIÓN DIARIA DE METADONA**

**MES DE:**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31

## ANEXO VI

### DOCUMENTO DE DERIVACIÓN TEMPORAL.

D./D.<sup>a</sup>.....con  
DNI....., se encuentra incluido desde  
el.....de.....de .....201.....,  
en el Programa de Mantenimiento con Metadona en este centro  
ambulatorio.

Actualmente se le administra una dosis diaria de Metadona de.....mgs.  
en solución acuosa al..... %, vía oral y en monodosis.

Pauta de recogida: (señalar lo que proceda)

- diaria
- días alternos
- semanal
- otros (especificar)

Otra Medicación concomitante:

Observaciones:

Teléfono de contacto del centro:.....(de lunes a viernes de  
8.00 a 15.00 horas)

FAX:.....

En ..... a, ..... de ..... de

Firma y Sello del centro





**ANEXO VIII**

**INTERNATIONAL LETTER FOR PATIENTS IN OST (OPIOID SUBSTITUTION TREATMENT).**

Mr / Ms. ....(female/male) is.....years old, date of birth...../...../....., and passport number....., currently is taking treatment of addictive behavior in our Ambulatory Care Center to addictive behaviors .....(Spain), and is on methadone substitution treatment continued with a daily dose of.....mgs. in aqueous oral solution.....%. Right now, he/she needs to travel with his/her medication under permanent cold conditions for its proper preservation.

According to our national laws he/she has been provided with.....daily doses for a journey to.....

Date of arrival at.....

Date of departure:

Further medication:

Notes:

Current date:

...../...../.....

CENTER 'S Signature

## ANEXO IX

### **PROTOCOLO PARA VIAJES AL EXTRANJERO DE PACIENTES QUE ESTÁN EN TRATAMIENTO CON METADONA**

Hay pacientes en tratamiento con metadona que desean trasladarse a países extranjeros para pasar sus vacaciones, por motivos de trabajo, o por otras razones.

Ante la demanda de información de estas personas, o bien de los profesionales o centros que tratan a estos pacientes sobre los requisitos y condiciones por los que se rigen estos viajes, hay que informarles de que caben básicamente dos posibilidades:

- Que lleven consigo la metadona necesaria para continuar el tratamiento pautado por el facultativo en función de la dosis necesaria para cada día y el tiempo que va a durar el viaje.
- Que realicen los trámites necesarios para solicitar la continuación del tratamiento en el país de destino.

Además hay que tomar en cuenta las siguientes posibles opciones:

1. Que la persona se piense trasladar a países del "Espacio Schengen" (en general se trata de los países miembros de la Unión Europea -ver anexo 1- ).
2. Que se trate de países que no son miembros de dicho "Espacio Schengen".

#### **1. CUANDO EL PACIENTE EN TRATAMIENTO CON METADONA SE TRASLADA A PAÍSES DEL "ESPACIO SCHENGEN" (PAÍSES MIEMBROS DE LA UNIÓN EUROPEA Y OTROS -VER ANEXO 1-).**

Si se trata de demandas de pacientes en tratamiento con metadona que desean trasladarse a países de la Unión Europea u otros que forman parte del "Espacio Schengen" (Ver anexo 1) y desean información sobre los requisitos y condiciones por los que se rigen estos viajes caben, como se acaba de mencionar dos opciones:

#### **A. El transporte de la sustancia por el propio paciente en cantidad suficiente para continuar su tratamiento durante su estancia en el país de destino**

Nuestro país permite la utilización de metadona para el uso personal de viajeros como parte de un tratamiento médico, siempre y cuando vaya acompañado del permiso sanitario pertinente.

En España la tramitación de este permiso es competencia del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios; Subdirección General de Inspección y Control de Medicamentos; Área de Estupefacientes y Psicotropos.

Para solicitar este permiso es necesario presentar una solicitud del médico responsable del tratamiento del paciente, indicando los datos del paciente, cual es la medicación que toma, dosis por día de la misma, nº de días para los cuales necesita el tratamiento y toda aquella otra información que el facultativo considere necesaria.

A continuación se encuentra la dirección y demás datos necesarios de la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios. Subdirección General de Inspección y Control de Medicamentos. Área de Estupefacientes y Psicotropos, donde debe presentarse la solicitud: Parque Empresarial Las Mercedes. Edificio 8. C/ Campezo nº1 28022 MADRID. Teléfono: 34 - 91 8225370.

Fax: 34 - 91 8225243

Página web: <http://www.aemps.es/mapaWeb/home.jsp>

E-mail: [ssmaem@agemed.es](mailto:ssmaem@agemed.es)

Además es conveniente antes de realizar el viaje ponerse en contacto con la Embajada o Consulado de España en el sitio de destino del viajero.

En el anexo 3 se encuentra la información necesaria para realizar este contacto.

B. **La inclusión del paciente en un Programa de Tratamiento con Metadona en el país de destino.**

Para los pacientes que desean continuar el tratamiento con metadona en un país de la Unión Europea o en otros pertenecientes al "Espacio Schengen" (ver anexo 1), se debe realizar la puesta en contacto de los individuos solicitantes con los centros o programas de del país de destino

En la práctica, esta puesta en contacto se viene realizando, bien de centro a centro, o bien mediante la gestión de los Planes Autonómicos de Drogas.

En ambos casos, la integración circunstancial de un paciente en un centro o programa del país de destino, se solicitará con las garantías de identificación oportunas mediante el envío al centro de tratamiento del lugar

de destino de la siguiente información (el formato estándar normalmente utilizado puede verse en el anexo 4):

- Nº de personas y sus destinos
- Nombre y apellidos del/los paciente/s
- Dosis que está tomando el paciente/s en la actualidad
- Periodo exacto en que se van a efectuar los viajes
- Dirección, nº de teléfono, fax, correo electrónico y nombre del responsable del centro en que se encuentran en tratamiento los pacientes que quieren viajar.

Para ayudarle a encontrar centros y programas que facilitan tratamiento con metadona en los países de la Unión Europea recomendamos la dirección de Internet de Euro-Methwork:

<http://www.quest4quality.nl/euromethwork/index.php?page=4>

Otra manera de acceder a la información referida a los centros de tratamiento existentes en la Unión Europea, es acceder directamente a la página web "MAP" (Maintenance Assistance Point): <http://www.q4q.nl/methwork/kaart.htm>.

También en el anexo 5 de este protocolo se encuentra la página INDRO (web: <http://www.indro-online.de/travel.htm>), otra excelente fuente de información con un índice alfabético de países, que incluye también otros no pertenecientes a la Unión Europea.

## **2. QUE SE TRATE DE PAÍSES QUE NO SON MIEMBROS DEL "ESPACIO SCHENGEN" (VIAJES A OTROS PAÍSES NO MIEMBROS DE LA UNIÓN EUROPEA Y QUE NO PERTENECEN A DICHO "ESPACIO" (VER LISTADO EN EL ANEXO 1).**

Cuando se desea viajar a otros países que no son miembros del "Espacio Schengen", y fuera de la Unión Europea, antes de viajar conviene contactar con nuestra Embajada en dicho país (ver lo mencionado en el apartado 1).

En todo caso, al tomar contacto con la Embajada correspondiente, se recibirá información de la normativa vigente en el país de destino en cuanto a lo que a tratamiento de pacientes con metadona se refiere.

Para conocer y acceder a la relación de embajadas y consulados de España en el Extranjero se puede entrar en la página web del MINISTERIO DE ASUNTOS EXTERIORES, que ya se ha mencionado: [Embajadas y Consulados](#).

Todo lo mencionado en el apartado anterior para viajes a la Unión Europea o a países del Espacio Schengen, es también aplicable a los viajes a estos otros países.

Además, en página web también ya mencionada: <http://www.indro-online.de/travel.htm>, pueden encontrarse los datos de contacto de los diferentes países en lo que respecta a Centros de Tratamiento con Metadona. Pinchando en cada país aparece la información relacionada con los centros.

También es necesario seguir los pasos necesarios para cada caso, ya mencionados en el apartado 1.

En este sentido las opciones mencionadas en el apartado anterior son también aplicables en viajes a estos otros países, esto es, dependiendo de la normativa del país de destino se podrá transportar o no la metadona necesaria para el tratamiento, o recibir en los Centros de Tratamiento del lugar, si los hubiere, el tratamiento adecuado.

Por último siempre es conveniente seguir las recomendaciones generales para viajeros recogidas en el anexo 2.

#### **ANEXO 1:**

##### **PAÍSES QUE FORMAN PARTE DEL “ESPACIO SCHENGEN”**

- a. Estados miembros de la UE: Alemania, Austria, Bélgica, Dinamarca, Eslovaquia, Eslovenia, España, Estonia, Francia, Finlandia, Grecia, Holanda, Hungría, Italia, Letonia, Lituania, Luxemburgo, Malta, Polonia, Portugal, República Checa, Suecia.
- b. Estados no miembros de la UE: Islandia, Liechtenstein, Noruega y Suiza
- c. Estados que aplican parcialmente el acuerdo: Bulgaria, Rumania y Chipre
- d. Cooperan en aspectos parciales del acuerdo sin supresión de fronteras: Reino Unido e Irlanda

#### **ANEXO 2:**

##### **RECOMENDACIONES GENERALES PARA PACIENTES EN TRATAMIENTO CON METADONA QUE VAN A REALIZAR UN VIAJE A OTROS PAÍSES:**

En general, para un viaje más seguro, el Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación RECOMIENDA:

- Que se provea de la documentación necesaria antes de la salida: billetes de retorno, documento de viaje, pasaporte o D.N.I., visado para aquellos países que lo requieran, y un seguro de viaje lo más amplio posible
- Que tome nota del teléfono y dirección de la Embajada o Consulado de España en el país que se propone visitar.
- Que tenga siempre presente que constituye una obligación ineludible de toda persona que viaja al extranjero respetar las leyes de otros países, que, en muchos casos, difieren de forma sustancial de las leyes españolas. Esta recomendación es especialmente importante en lo que se refiere a la tenencia, consumo y tráfico de estupefacientes (incluido el alcohol en algunos países). Para más información al respecto consulte el apartado: Riesgo por tráfico de drogas .
- Que en caso de estancias prolongadas se registre como transeúnte en la Oficina Consular.

También para consultar los consejos y normas sanitarias para viajeros internacionales se puede llamar al Ministerio de Sanidad y Política social, Subdirección General de Sanidad Exterior. C/Francisco Silvela, 57 1ª planta-28028-MADRID.

Teléfono 91-309.56.03. Teléfono para solicitar cita previa "Call Center": 902 02 73 73. Teléfono de Información Sanitaria: 91 272 94 35 / 68. Fax: 91 402 09 97

### **ANEXO 3:**

#### **RELACIÓN DE EMBAJADAS Y CONSULADOS DE ESPAÑA EN EL EXTRANJERO Y OTRAS INFORMACIONES DE INTERÉS:**

- En la página web del MINISTERIO DE ASUNTOS EXTERIORES Y DE COOPERACIÓN se encuentra la relación de embajadas y consulados de España en el extranjero, para acceder a esa información solo hay que seleccionar el país.
- Embajadas y Consulados.

<http://www.maec.es/es/EYC/Paginas/embajadasyconsulados.aspx>

- Información adicional: Para cualquier información adicional, llame a los teléfonos 91 379 97 00, 91 379 83 00 y 91 379 17 00.
- Emergencias Consulares: En caso de emergencia, puede usted contactar con la Embajada y/o Consulado General de España en el país en el que tiene lugar la emergencia. Puede consultar los datos de la representación española en el exterior a través del siguiente enlace de la página web mencionada anteriormente de Embajadas y Consulados.

Teléfonos de emergencia consular: 91 394 89 00. Fuera de horario de oficina puede llamar al 91 379 97 00.

- Si antes de iniciar el viaje se desea contactar con el MINISTERIO DE ASUNTOS EXTERIORES Y DE COOPERACIÓN, los datos del mismo son los que se detallan a continuación. Dirección: Edificio Torres Ágora. C/ Serrano Galvache, 26. 28033 Madrid: ( [ubicación](#) ).

#### **ANEXO 4:**

### **MODELO USUALMENTE UTILIZADO EN INGLÉS DEL INFORME MÉDICO QUE DEBEN LLEVAR LOS PACIENTES PARA RECIBIR TRATAMIENTO EN EL PAÍS DE DESTINO.**

To see and/or download the doctors letter click [here](#)

International Doctor's Letter for Patients in OST – Opioid Substitution Treatment

To whom it may concern

Date:

Topic: Doctor's Letter / Medical Certificate

Mr./Mrs.

Date of birth:

Address:

Diagnoses:

is taking D-L-Methadone / Levo-Methadone / Buprenorphine/Codeine for his/her medical condition and his/her current dose is mg ( ) with daily/weekly clinic/pharmacy attendance.

According to our national laws he/she has been provided with daily doses ( ) for a journey to.....

Date of arrival at.....

Date of departure:

Further medication:

Take out regulation in our clinic:

Notes:

In case of questions please do not hesitate to contact me.

Sincerely

## ANEXO 5:

<http://www.indro-online.de/travel.htm>

**PÁGINA WEB CON LOS ENLACES (LINKS) DE LOS CENTROS DE TRATAMIENTO CON METADONA EN OTROS PAÍSES ("pinchar en el país de destino para obtener la información").**

### Travel Guide Index

To facilitate the revision and updating of this version we should like to request our visitors to let us have their critical comments, suggestions, corrections and additions. Furthermore, we should like to encourage methadone prescribers from all over the world to have their names and contact details included in the travel guide. Donations are urgently needed to guarantee regular updating.

Donators'/Sponsors' names will be mentioned.

We should like to thank the following people for giving donations:

Mrs. Dorothea Klieber, Parents' Initiative, Markt Schwaben, Germany, December 10, 1997

Dr. Marc Shinderman, Medical Director, Center for Addictive Problems, Chicago, USA, January 5, 1998

Roger D. Erickson, Bothell, Washington, USA, May 2, 2001 (additional donations in 2002 and 2003)

Ms. Beth Francisco, Director Advocates for Recovery through Medicine, Editor & Publisher Methadone Today, USA, Oct. 11, 2001

The travel guide is supported by



and funded by



and the

**Baron Edmond de Rothschild Chemical Dependency Institute**

The world from A to Z:



<b>A</b>	<u><b>Afghanistan, Albania, Algeria, Andorra, Angola, Antigua and Barbuda, Argentina, Armenia, Aruba, Australia, Austria, Azerbaijan</b></u>
<b>B</b>	<u><b>Bahamas, Bahrain, Bangladesh, Barbados, Belarus, Belgium, Belize, Benin, Bermuda, Bhutan, Bolivia, Bosnia and Herzegovina, Botswana, Brazil, Brunei, Bulgaria, Burkina Faso, Burundi</b></u>
<b>C</b>	<u><b>Cambodia, Cameroon, Canada, Cape Verde, Cayman Islands, Central African Republic, Chad, Chile, China, Colombia, Comoros, Congo, Cook Islands, Costa Rica, Côte d'Ivoire, Croatia, Cuba, Cyprus, Czech Republik</b></u>
<b>D</b>	<u><b>Democratic Republic of Congo, Denmark, Djibouti, Dominica, Dominican Republic</b></u>
<b>E</b>	<u><b>Ecuador, Egypt, El Salvador, Equatorial Guinea, Eritrea, Estonia, Ethiopia</b></u>
<b>F</b>	<u><b>Fiji, Finland, France</b></u>
<b>G</b>	<u><b>Gabon, Gambia (The), Georgia, Germany, Ghana, Greece, Grenada, Guatemala, Guinea, Guinea-Bissau, Guyana</b></u>
<b>H</b>	<u><b>Haiti, Honduras, Hong Kong, Hungary</b></u>
<b>I</b>	<u><b>Iceland, India, Indonesia, Iran, Iraq, Ireland, Israel, Italy</b></u>
<b>J</b>	<u><b>Jamaica, Japan, Jordan</b></u>
<b>K</b>	<u><b>Kazakhstan, Kenya, Kiribati, Korea (North), Korea (South), Kuwait, Kyrgyzstan</b></u>
<b>L</b>	<u><b>Laos, Latvia, Lebanon, Lesotho, Liberia, Libya, Liechtenstein, Lithuania, Luxembourg</b></u>
<b>M</b>	<u><b>Macedonia, Madagascar, Malawi, Malaysia, Maldives, Mali, Malta, Marshall Islands, Mauritania, Mauritius, Mexico, Micronesia, Moldova, Monaco, Mongolia, Morocco, Mozambique, Myanmar</b></u>
<b>N</b>	<u><b>Namibia, Nauru, Nepal, Netherlands (The), New Zealand, Nicaragua, Niger, Nigeria, Niue, Norway</b></u>
<b>O</b>	<u><b>Oman</b></u>
<b>P</b>	<u><b>Pakistan, Palau, Panama, Papua New Guinea, Paraguay, Peru, Philippines (The), Poland, Portugal</b></u>
<b>Q</b>	<u><b>Qatar</b></u>
<b>R</b>	<u><b>Romania, Russia, Rwanda</b></u>
<b>S</b>	<u><b>San Marino, São Tomé and Príncipe, Saudi Arabia, Senegal, Serbia, Seychelles, Sierra Leone, Singapore, Slovak Republic, Slovenia, Solomon Islands, Somalia, South Africa, Spain, Sri Lanka, St Kitts and Nevis, St Lucia, St Vincent and the Grenadines, Sudan, Surinam, Swaziland,</b></u>

	<u>Sweden, Switzerland, Syria</u>
<b>T</b>	<u>Taiwan, Tajikistan, Tanzania, Thailand, Togo, Tonga, Trinidad and Tobago, Tunisia, Turkey, Turkmenistan, Tuvalu</u>
<b>U</b>	<u>Uganda, Ukraine, United Arab Emirates, United Kingdom (Great Britain), United States of America, Uruguay, Uzbekistan</u>
<b>V</b>	<u>Vanuatu, Venezuela, Vietnam</u>
<b>W</b>	<u>Western Samoa</u>
<b>Y</b>	<u>Yemen</u>
<b>Z</b>	<u>Zambia, Zimbabwe</u>

Please, do not forget to read the "Basic Recommendations Regarding the Planning of Travels", the "Foreword" and the "Introduction" to the travel guide.

We have come across the idea to add further items to each country's page such as "Travellers' Experiences", "Doctors' Experiences" etc. We think it would be great to be able to present practical expert experience. Experiences reported should not date back before January 1997, because the regulations documented here are those currently effective. So please send us your personal stories and experiences. Let our readers know how things work in practice. No identification data of patients (e.g. email addresses or phone numbers etc.) will be given on this site. So far there are two reports on the Thailand page. Reports on other countries greatly appreciated!

Please address all correspondence to:

**Ralf Gerlach**  
**The Travel Resource Center**  
**INDRO e.V.**  
**Bremer Platz 18-20**  
**D-48145 Münster**  
**Germany**  
**Phone: +49 251-60123 or +49 251 582765**  
**Fax: +49 251-666580**  
**Email: INDROeV@t-online.de**

Index

(This page last revised March 31, 2008)