



# PAPEL DE LA FARMACIA COMUNITARIA EN EL TRATAMIENTO DE LAS ADICCIONES A DROGAS Y ABUSO DE FÁRMACOS

MARTA BARAHONA RUBIO-IGLESIAS

Facultad de Farmacia, Universidad Complutense de Madrid, 28040 Madrid

## INTRODUCCIÓN

La dependencia a drogas de abuso ha ido en aumento, como la heroína. Esta se puede tratar con agonistas de opioides como la metadona, son los Programas de Mantenimiento con Metadona (PMM).

La farmacia comunitaria (FC) juega un papel esencial para tratar esta dependencia, entre otras.

Para tratar las adicciones hay centros de desintoxicación (CAID), en este trabajo he visitado uno de ellos y he conocido el éxito real del PMM y cómo poder proponer puntos de mejora de estos.



## OBJETIVOS

- Describir la farmacología de la metadona
- Ver cómo funcionan los PMM en la actualidad
- Conocer el papel de la FC en estos programas
- Ver cómo actúan los centros de desintoxicación frente la dependencia a opioides
- Evaluar cuál es el éxito real de estos PMM y proponer mejoras
- Valorar si la FC podría participar más activamente en estos programas

## METODOLOGÍA

- Revisión bibliográfica en artículos de bases científicas como MEDLINE (PubMed) y MESH.
- Consulta de bibliografía procedente de libros de toxicología clínica, un manual de drogodependencias del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos y un manual de práctica clínica del PMM
- Se ha realizado trabajo de campo, acudiendo a una entrevista en el CAID de Alcalá de Henares.

## ¿QUÉ ES LA METADONA?

- ❖ La metadona es un agonista opioide sintético. Presenta analogía estructural con morfina y heroína.
- ❖ Es un agonista puro de receptores mu, kappa y delta. Tiene mayor afinidad sobre receptores mu, por lo que produce adicción.
- ❖ Sus efectos son: un potente analgesia, estreñimiento, emesis, sedación, depresión del sistema nervioso central, depresión respiratoria.
- ❖ Gracias a su farmacocinética, se puede utilizar para los tratamientos de desintoxicación.
- ❖ Tiene buena biodisponibilidad por vía oral y alcanza su concentración plasmática máxima a las 4 horas, presentando una vida media de 15 horas.
- ❖ Metabolización hepática y se elimina por orina y bilis.
- ❖ En su administración crónica, el fármaco se acumula en tejidos periféricos.
- ❖ La retirada brusca del fármaco provoca un síndrome de abstinencia pero menor que la heroína, aunque más duradero.



## PROGRAMAS DE MANTENIMIENTO CON METADONA

Participan médicos, enfermeros y farmacéuticos. Sus objetivos:

- Alcanzar una dosis estable, reducir el deseo de consumir
- Evitar las recaídas
- Evitar la exclusión social, reducir el riesgo de enfermedades infecciosas, reducir la delincuencia, reducir la morbilidad.



### Los PMM tienen 3 fases:

**FASE DE INDUCCIÓN:** se determina según el consumo previo del paciente, pureza de la droga y el peso corporal. Empieza con una dosis baja y se va aumentando hasta el mantenimiento.

**FASE DE MANTENIMIENTO:** se llega a una dosis que consigue mantener el efecto terapéutico al menos 24 horas.

**FASE DE CESE:** se va reduciendo la dosis hasta que el paciente toma solo un placebo. No se suele llegar a esta fase, los pacientes suelen quedarse toda su vida en mantenimiento

## ENTREVISTA CAID ALCALA DE HENARES

El perfil que tiene un paciente que entra en un PMM es:

- Persona adicta a opiáceos, el 99% de las veces es heroína, hombres más que mujeres, nacidos entre 1965 y 1975.
- Pacientes en exclusión social, que pierden el trabajo, ex presidiarios, con problemas económicos.

La opinión de los trabajadores del CAID es que al haber desaparecido el Metabús, hay pacientes que están muy excluidos y para ellos, es difícil acudir a la farmacia comunitaria.

El éxito de la terapia depende de la historia previa del paciente. Hay pacientes que tienen apoyo familiar y esto favorece la inclusión social mientras que otros están más aislados, excluidos. El éxito está en que aunque no consigas dejar el PMM, se eviten las recaídas y reducir las enfermedades infecciosas y las sobredosis.

## FARMACIA COMUNITARIA Y PMM

Persona adicta a opioides ilegales, es consciente que tiene una adicción y lo quiere dejar de manera voluntaria.

Acude al CAID, y tiene entrevista con enfermero, médico y psicólogo, (psiquiatra si necesita)

El farmacéutico es el responsable de la supervisión del tratamiento, detectar PRM, favorecer la adherencia y evitar recaídas.

El paciente comienza su dispensación con metadona en FC. Se empieza fase de inducción y se recoge cada día, después se va espaciando la recogida.

Los PMM en FC hacen que sea más accesible la metadona, aumentando el número de pacientes. Los PMM en FC incrementan la adherencia a la terapia.

Las oficinas de farmacia deben coordinarse con el resto del equipo asistencial para ofrecer una atención integral en los PMM.



## CONCLUSIONES

- El PMM mejora la calidad de vida de los pacientes que sufren una adicción a opioides, pero necesita más mejoras e implicar más al farmacéutico.
- Los CAID cumplen un papel muy importante para la rehabilitación, pero sería necesaria la presencia de un farmacéutico en estos centros para mejorar el seguimiento.
- Es necesario mejorar la protocolarización del papel de las oficinas de farmacia en los PMM, pues así se evitarían faltas de adherencia, PRM, incumplimientos terapéuticos e incluso sobredosis por metadona.
- El Metabús aumentaba la exclusión social y su cierre da mayor papel a la farmacia comunitaria.
- El éxito real de los PMM no es dejar de tomar metadona, el verdadero éxito es que el paciente aunque tenga que estar toda su vida con la metadona, no recaiga.
- Gracias a los PMM se ha conseguido controlar enfermedades infecciosas como el VIH y en muchos pacientes curar el VHC.

## DISCUSIÓN Y PROPUESTA DE MEJORAS

Es necesario además del tratamiento con metadona, un soporte psicológico. Se conseguiría una mejor rehabilitación en el paciente.

El Metabús era un servicio que, en mi opinión, si favorecía la exclusión social. Hay estudios que demuestran que la dispensación de metadona en FC mejora la adherencia y evita recaídas



Cuando una farmacia participa en PMM, el farmacéutico debería tener conocimientos sobre drogodependencias. Se necesita mejorar el protocolo del PMM en España en FC para conseguir mejores resultados.

El éxito real del PMM es: conseguir estar estable y no recaer en la heroína, pese a no dejar el PMM

## BIBLIOGRAFÍA

- AYUNTAMIENTO DE MADRID ÁREA DE GOBIERNO DE SALUD, SEGURIDAD Y EMERGENCIAS O.A. MADRID SALUD INSTITUTO DE ADICCIONES DE LA CIUDAD DE MADRID. PLAN DE ADICCIONES DE LA CIUDAD DE MADRID 2017-2021. PÁGINAS 77-78.
- Mª CARMEN VIDAL CASERO. DESHABITUACIÓN DE OPIÁCEOS (I). ELSEVIER. Enero de 2002.
- EVA ARRIBAS ARBIOL Y FERNANDO BANDRÉS MOYA. TOXICOLOGÍA CLÍNICA Y DROGODEPENDENCIAS: METADONA. SERIE CIENCIAS BIOMÉDICAS. PÁGINA 13(2)
- CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE FARMACÉUTICOS. DROGODEPENDENCIAS MÓDULO I: ASPECTOS FARMACOLÓGICOS Y TOXICOLÓGICOS DE LAS PRINCIPALES SUSTANCIAS SUSCEPTIBLES DE ABUSO. PLAN NACIONAL DE FORMACIÓN CONTINUADA. EDITORIAL BGA ASESORES. 2009.
- CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE FARMACÉUTICOS. DROGODEPENDENCIAS MÓDULO II: ASPECTOS FARMACOLÓGICOS Y TOXICOLÓGICOS DE LAS PRINCIPALES SUSTANCIAS SUSCEPTIBLES DE ABUSO. PLAN NACIONAL DE FORMACIÓN CONTINUADA. EDITORIAL BGA ASESORES. 2009.
- COLOM, JOAN (COLOM FARRAN), DIR. II. DURO HERRERO, PILAR, DIR. TRATAMIENTO DE MANTENIMIENTO CON METADONA: MANUAL DE PRÁCTICA CLÍNICA I. III. CATALUNYA. DEPARTAMENT DE SALUT 1. METADONA - USO TERAPÉUTICO. PÁGINAS 162-167
- YADAR V., TAYLOR D, TAYLOR G, SCOTT J. COMMUNITY PHARMACISTS' ROLE IN PREVENTING OPIOID SUBSTITUTION THERAPY-RELATED DEATHS: A QUALITATIVE INVESTIGATION INTO CURRENT UK PRACTICE. 15 FEBRERO 2019.