

Repercusión del programa de mantenimiento con metadona en las oficinas de farmacia de la provincia de Albacete.

Linares García-Valdecasas, R.

Doctor en Medicina y Cirugía por la Universidad Autónoma de Madrid.

Resumen

Introducción: las oficinas de farmacia pueden colaborar en la dispensación de metadona. El farmacéutico debe desarrollar un papel cada vez más importante en la prevención y la promoción de las drogodependencias, proporcionando información sobre drogas.

Objetivos: conocer el motivo por el cual participan los farmacéuticos en el Programa de Mantenimiento con Metadona. Grado de satisfacción de los farmacéuticos que colaboran.

Población y método: todas las oficinas de farmacia colegiadas en la provincia de Albacete hasta mayo de 2000, con independencia de la acreditación o no de los farmacéuticos para la dispensación de clorhidrato de metadona dentro del Programa de Mantenimiento con Metadona. Se realizó una encuesta, estando las preguntas divididas en dos grupos: una parte se centra en el farmacéutico y su conocimiento del programa en las oficinas de farmacia y otra referente a la relación con los pacientes.

Resultados: ha participado el 43% de la población. La mayoría de las farmacias se acreditaron para obtener una mejoría del paciente (89%) Los farmacéuticos que no están acreditados no conocen el programa o no les interesa. El 85% de las farmacias, tanto acreditadas como no, estarían satisfechas de poder colaborar. El trato con el paciente es grato en el 90% de los casos. Poseen mayor información los farmacéuticos que están acreditados ($p < 0,05$)

Conclusiones: la educación específica en drogodependencias mejora el nivel de conocimientos y habilidades sociales. La mayoría de los farmacéuticos estarían satisfechos en colaborar. El trato farmacéutico paciente es grato.

Palabras Clave

Programa de Mantenimiento con Metadona, oficinas de farmacias.

Correspondencia a: _____

Plaza de la Mancha 4-7^ªM; teléfono: 967602895; e-mail: med002510@nacom.es



Summary

Introduction: Chemist's can assist with the distribution of methadone, the chemist must play a more and more important role in the prevention and promotion of drug addictions, providing information about drugs.

Objectives: To know the reasons why chemists take part in the Programme of Maintenance with Methadone. Level of satisfaction of the chemists who participate in the programme.

Population/method: All chemist's in the province of Albacete professionally associated until May, 2000, independently of the authorisation for distribution of the hydrochloride of methadone within the Programme of Maintenance with Methadone. A survey was carried out, being the questions divided into two groups: one part is focused on the Chemist and his/her knowledge of the programme at the chemist's, while the other part refers to the relationship with the patient.

Results: 43% of the population took part. Most of the chemist's (89%) were authorised to achieve an improvement in patients. The chemists not authorised yet do not know the programme or are not interested. 85% of the chemist's, authorised or not, would be willing to cooperate. The relationship with the patient is fine in 90% of cases, The authorised chemists have more extensive information ($p < 0,05$).

Conclusion: The specific education in drug addictions improves the level of knowledge and social skills. Most chemists would be willing to take part, the relationship between chemist and patient is gratifying.

Key Words

Programme of Maintenance with Methadone, Chemist's shops.

Résumé

Introduction: Les pharmacies peuvent dispenser de la méthadone. Les pharmacies doivent développer une fonction de plus en plus importante pour la prévention et la promotion des assuétudés, en donnant de l'information sur les drogues.

Buts: Connaître la raison pour laquelle les pharmaciens participent au programme de Maintien avec de la Méthadone. Taux de satisfaction des pharmaciens qui collaborent.

Population et méthode: Tous les pharmacies associées de la province d'Albacete jusqu'à Mai 2000, en marge de leur accréditation pour dispenser du chlorhydrate de méthadone dans le programme de maintien avec de la méthadone. On a fait une enquête dont les questions se rapportaient à: le pharmacien et sa connaissance du programme, et le rapport avec les patients.



Résultats: Le 43% de la population a participé. La plupart des pharmacies se sont accréditées pour obtenir une amélioration des patients (89%). Les pharmacies qui ne sont pas accréditées ne connaissent pas le programme ou celui-ci ne leur intéresse pas. Le 85% des pharmacies, accréditées ou non, aimeraient collaborer. Le rapport avec les patients est agréable dans le 90% des cas, les pharmacies accréditées ont plus d'information ($p < 0,05$).

Conclusions: L'éducation spécifique en assuétude améliore le niveau des connaissances et habilités sociales. La plupart des pharmaciens seraient fiers de collaborer. Le rapport pharmacien-patient est agréable.

Most clé

Programme de Maintien avec de la Méthadone. Pharmacies.

INTRODUCCIÓN

La metadona se utiliza en los tratamientos crónicos de los heroínómanos, principalmente en los llamados programas de mantenimiento.

La acumulación de la metadona en los tejidos, proteínas en el 60-90%, su lenta distribución por el organismo y como consecuencia su administración menor; hace que sea un medicamento ideal en los tratamientos prolongados. La absorción por vía oral es buena y rápida y su biodisponibilidad es elevada (90%), alcanzándose la concentración máxima entre 1 y 5 horas. Se metaboliza por desmetilación y reducción, la fracción metabolizada aumenta cuando el tratamiento es crónico. La excreción es principalmente por vía renal (entre el 15 y el 60% tras dosis única), aumentando cuando la orina es ácida. Tras administración única, la semivida es de unas 18 horas, pero tras administración crónica la semivida aumenta hasta 47 horas, quizá debido a la acumulación en los tejidos. La insuficiencia hepática o renal no parecen obligar a modificar las pautas de ad-

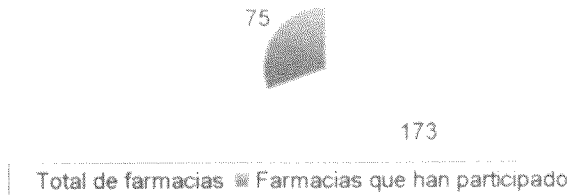
ministración de metadona, pero los fármacos inductores pueden reducir la duración de la analgesia (Flórez 1997).

Los Programas de Mantenimiento con Metadona fueron desarrollados por Dole y Nyswander, a partir de 1964, como tratamientos alternativos en la dependencia de opiáceos (Dole y Nyswander, 1965).

Aparecen en un principio como programas de reducción de daños, debido fundamentalmente al aumento de infecciones por VIH, son programas enfocados a evitar la transmisión de las patologías asociadas al consumo y no a obtener la abstinencia del paciente a la heroína. Los objetivos que se pretendían conseguir, en un principio, eran muy básicos: disminuir la prevalencia de VIH y otras enfermedades infecciosas, mejorar la calidad de vida del drogodependiente o favorecer el acceso a la red asistencial. A lo largo del tiempo los objetivos han ido aumentando y exigiendo más en los programas, así surgen los tres umbrales de tratamiento según las características del centro y posibilidades del paciente. Igualmente ha ocurrido con los criterios de inclusión en el PMM, el Real Decre-



GRAFICO 1. Porcentaje de participación



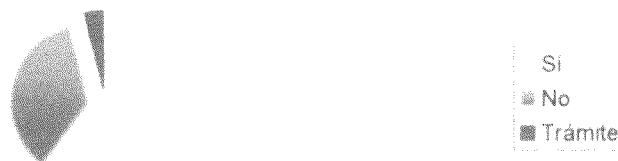
to 5/1996 de 15 de enero, exige solamente el diagnóstico confirmado de dependencia a opiáceos para poder ser incluido en el tratamiento. Las dosis también han variado con el tiempo, de dosis inadecuadas por ser bajas se ha pasado a dosis más altas que neutralicen el síndrome de abstinencia y sacie el deseo de consumo (Leza 1998; Cabrera Torrecillas 1998), se consideran dosis óptimas aquellas comprendida entre 80 ± 20 mg/día (Parrino 1992)

Aunque el fenómeno de las drogas se desarrolla en varias vertientes la que nos ocupa es la vertiente sanitaria y dentro de ella la relación paciente toxicómano con el farmacéutico.

El farmacéutico como agente de salud debe tener un papel cada vez más importante en la prevención, detección, educación y asistencia en drogodependencias. Las oficinas de farmacia son establecimientos sanitarios distribuidos ampliamente en todo el Territorio Nacional y próximas a la población, por ello deben participar en la prevención de las drogodependencias tanto proporcionando información, como participando en programas de reducción de daños, en este caso la dispensación de metadona.

El grado de colaboración de la oficina de farmacia dependerá de numerosos factores: del propio farmacéutico y de su experiencia con toxicómanos, de la elaboración de pro-

GRAFICO 2. Acreditación de las oficinas de farmacia





tolos de actuación, de las indicaciones de los centros prescriptores, de los compromisos de colaboración con las administraciones, etc.

La atención sanitaria al drogodependiente debe tender a la normalización, considerándole como un paciente crónico más. En este sentido, la farmacia debe ser el lugar donde estos pacientes reciban su medicación, en este caso metadona, así como información y educación sobre temas que atañen a este colectivo.

Desde el punto de vista legal las oficinas de farmacia pueden participar en los PMM, como lo indica el Real Decreto 5/1996 de 15 de enero en su artículo 3^a, apartado 2.

En Castilla la Mancha a partir de febrero de 1999 es cuando se acuerda un convenio entre la Consejería de Sanidad de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha y los Colegios Oficiales de Farmacéuticos de las distintas provincias de la comunidad, mediante el cual las oficinas de farmacia, que lo deseen, pueden acreditarse para dispensar la metadona. La solicitud de acreditación se realizará en el Colegio Oficial de Farmacéuticos de la Provincia y ésta lo tramitará al Plan Regional de Drogas.

El acceso de una persona dependiente de opiáceos al PMM se realizará siempre a través del centro de drogas correspondiente. Si en los demás recursos asistenciales se considera que un paciente puede beneficiarse del PMM, no lo remitirán a la oficina de farmacia sino al centro de drogas que corresponda, indicando las razones que fundamenten la propuesta. El centro será quien tome la decisión si incluye al paciente en el PMM o en otro programa.

Cuando un paciente se encuentra en la fase de mantenimiento dentro del PMM y su situación biopsicosocial lo permite, el paciente puede ser derivado a una oficina de farmacia para que desde ella le sea dispensada la metadona. Cuando se conceda la derivación, y antes de que se produzca, el paciente firmará el Consentimiento Informado de la Derivación, indicándole cuales son las normas a seguir; a partir desde ese momento, con respecto a los controles periódicos de orina para la detección de sustancias ilegales y las visitas programadas con el equipo multiprofesional. Paralelamente se envía al farmacéutico la Hoja de Derivación donde constan los datos personales del paciente, una breve historia toxicológica, datos sanitarios

GRAFICO 3. Número de pacientes en las oficinas de farmacia

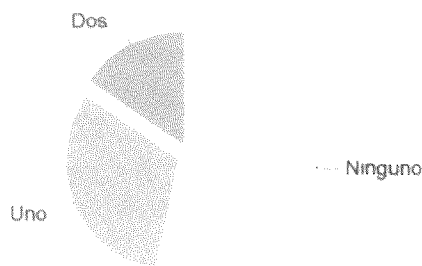
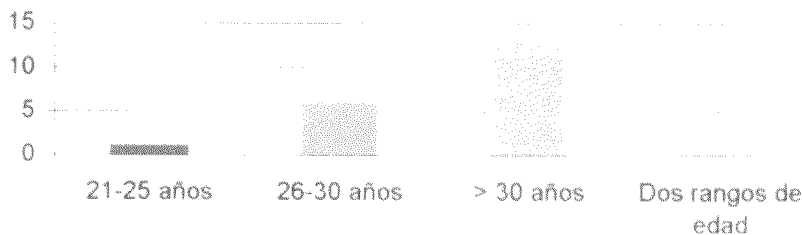




GRAFICO 4. Distribución por edad.



relevantes, tratamientos, dosis de metadona, responsable familiar para la recogida de los "Take Home", días de recogida, etc. Así mismo la documentación necesaria se complementa con la receta de estupefacientes del paciente, que en nuestra Comunidad es de un mes de validez.

En caso de alguna modificación: dosis, responsable, días de recogida, se notifica al farmacéutico por carta, para que se realice la nueva pauta.

MATERIALES Y MÉTODO

Se ha realizado un estudio epidemiológico descriptivo observacional transversal, siendo

la población diana todas las oficinas de farmacia colegiadas en la provincia de Albacete hasta mayo de 2000, con independencia de la acreditación o no de los farmacéuticos para la dispensación de clorhidrato de metadona dentro del Programa de Mantenimiento con Metadona.

Se realizó una encuesta anónima y por lo tanto sin ninguna posibilidad de poder repetirla, donde se desarrollaban 13 preguntas divididas en dos grupos: una parte se centra en el farmacéutico y su conocimiento del Programa de Mantenimiento con Metadona en las Oficinas de Farmacia y otra parte, sólo a contestar por los farmacéuticos que asisten a pacientes, referente a las características

GRAFICO 5. Motivo de acreditación

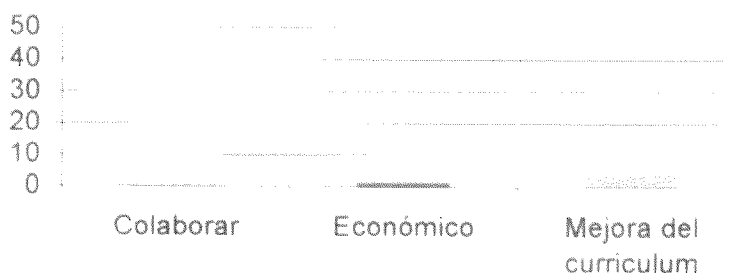
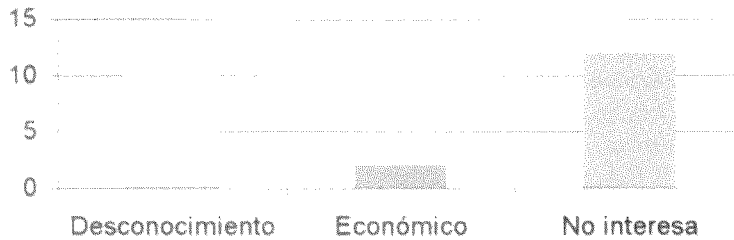




GRAFICO 6. Motivo de no acreditación



de los pacientes y su trato en la oficina de farmacia.

RESULTADOS

Hay censadas 173 oficinas de farmacia en la provincia de Albacete, de ellas han participado 75, lo que representa el 43,3% de la población total (gráfico 1).

De las 75 farmacias que han participado en el estudio, el 60% (45 farmacias) están acreditadas para dispensar metadona, el 36% (27 farmacias) no están acreditadas y el 4% (3 farmacias) están en trámite de acreditación (gráfico 2).

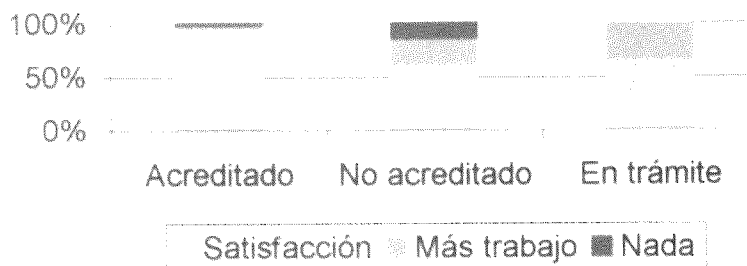
No influye el tamaño de la población, $p=0,05$, en la acreditación o no de la oficina de farmacia.

Dentro de los farmacéuticos que se encuentran acreditados, el número de pacientes a los que atienden varía entre ninguno (53,3%), uno o dos (gráfico 3), siendo el 86% de los pacientes habitantes de poblaciones de más de 10000 habitantes.

Con respecto al sexo, la mayoría son varones, 95,2%. En relación con la edad, la mayoría de los pacientes tienen más de 30 años (57,1%) (gráfico 4).

El motivo por el cual se acreditaron las oficinas de farmacia es el siguiente (gráfico

GRAFICO 7. Relación entre acreditación y beneficio





5); *colaboran para obtener una posible mejoría del paciente* el 89,4%, *económico* en el 2,1% y *mejora del currículum profesional* el 8,5%. El motivo por el cual no se acreditaron (gráfico 6) es el siguiente: *desconocimiento del programa* y *no interesa*, responde cada uno con el 42,2%, el motivo *económico* ha influenciado en el 7,7% de los casos.

Con respecto a los beneficios que obtendría el farmacéutico, acreditado o no, al participar en el PMM en las oficinas de farmacia, el 85,5% respondió *satisfacción por colaborar*. Al profundizar en la contestación, las respuestas fueron las siguientes: el 98% de los farmacéuticos que están acreditadas refieren satisfacción en colaborar y el 62% de las personas que no están acreditadas estarían satisfechas de poder colaborar (gráfico 7).

A la pregunta sobre si el farmacéutico conoce la situación biopsicosocial en la que se encuentra el paciente cuando es derivado a la oficina de farmacia, el 57,4% ha respondido que sí la conoce (gráfico 8). No influencia el estar acreditado o no para conocer la situación biopsicosocial en la que se deriva al paciente ($p > 0,05$).

Con respecto a si se encuentra el farmacéutico suficientemente informado para participar dentro del PMM, la respuesta ha sido

del 62% que sí. Desglosando la contestación entre acreditados o no, el 76% de los farmacéuticos que se acreditan si están suficientemente informados para participar, mientras que solamente el 39% de los que no se acreditan están suficientemente informados. De forma estadísticamente significativa ($p < 0,05$) los farmacéuticos acreditados poseen más información que los no acreditados, gráfico 9.

Con respecto al trato que tienen los farmacéuticos con los pacientes, la mayoría tienen un trato grato (90,4%), es distante en 2 casos y en ningún momento es ingrato (gráfico 10).

La documentación que recibe el farmacéutico: hoja de derivación y consentimiento informado, es suficiente en el 95,2% de los casos.

DISCUSIÓN

Solamente el 43,3% de la población ha participado en el estudio, ello puede ser debido a que sólo se podía hacer la encuesta en una ocasión. Otros autores refieren índices de participación que oscilan entre el 74,8% y el 84,6% (Holdsworth, Raisch 1992; Sheridan y cols. 1996; Sheridan y cols. 1997; Myers y cols. 1998; Matheson y cols. 1999).

GRAFICO 8. Conocimiento de la situación biopsicosocial

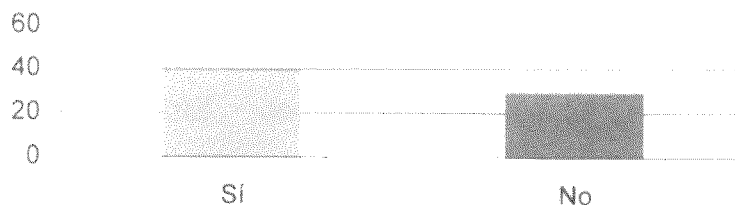
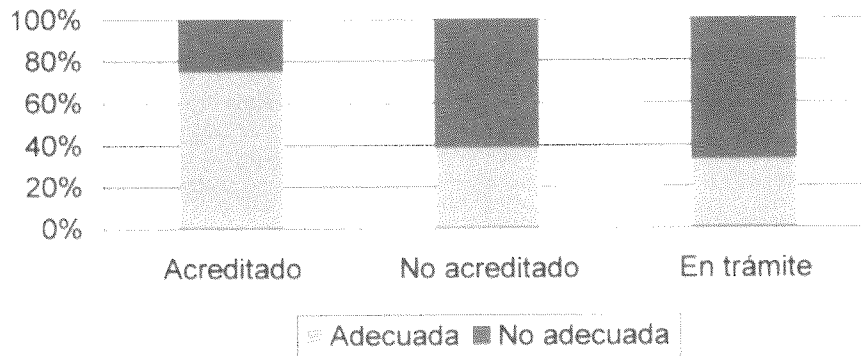




GRAFICO 9. Acreditación e información



Aunque han sido las oficinas de farmacia que se encuentran en poblaciones de tamaño intermedio las que más se han acreditado, esta diferencia no ha sido estadísticamente significativa, $p=0,05$, con respecto a las otras poblaciones.

La mitad de las farmacias que están acreditadas no tienen aún pacientes, quizá por que el programa es aún joven o a que la mayoría de los pacientes, 86%, viven en los núcleos de más de 10000 habitantes.

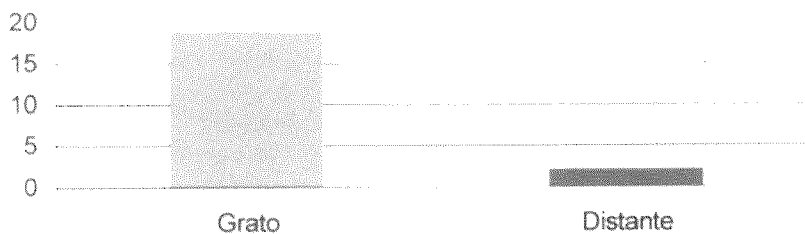
Como en cualquier programa de drogodependencias, son los varones los más implicados en esta enfermedad, solamente hay una

mujer en PMM en las oficinas de farmacia. Igualmente son los mayores de 30 años, los pacientes que están derivados en las oficinas de farmacia dentro del PMM.

La mayoría de las farmacias se acreditaron para obtener una mejoría del paciente (89%) y sin embargo las que no se acreditaron fue por falta de conocimiento del Programa o falta de interés.

Pero al cambiar la formulación de la pregunta, se observa que el 85% de las farmacias, tanto acreditadas como no, están o estarían satisfechas de poder colaborar. La mayoría de las acreditadas están satisfechas

GRAFICO 10. Trato con los pacientes.





(98%) y el 62% de las no acreditadas desearían participar. Este dato es significativo pues, como ya conocemos, no se han acreditado por desconocimiento del programa el 42% de la población. Hay un deseo de la población para colaborar y probablemente mejorar el estado de los pacientes, pero el desconocimiento o la falta de interés les inhibe en su participación.

Hay publicaciones que hacen referencia al peligro que puede acarrear en la oficina de farmacia, como negocio, el trato con los pacientes toxicómanos (Sheridan y colbs 1997). También hay artículos que hacen referencia tanto a la falta de seguridad del personal (Myers y colbs. 1998) como a que la seguridad del personal no presenta peligro, es más, los pacientes podrían empezar el tratamiento en las oficinas de farmacia sin necesidad de un periodo de estabilización (Bowden y colbs. 1976). Otra publicación refiere que el miedo al robo o a la violencia contra los farmacéuticos u otros clientes de las oficinas de farmacia, no tiene fundamento (Kalke 1997). No se ha valorado en este estudio la variable miedo o temor; pero dentro de la respuesta no interesa, que contestó el 42% de la población no acreditada, podría aceptarse cualquiera de estas variables como respuesta.

Solamente conoce en que situación biopsicosocial se derivan a los pacientes algo más de la mitad de los farmacéuticos (57%), es independiente de la acreditación o no para participar en el PMM ($p > 0,05$). Pero la información que posee el farmacéutico con respecto al PMM en las oficinas de farmacia acreditadas es estadísticamente significativo con respecto a las no acreditadas, poseen más información los farmacéuticos acreditados ($p < 0,05$). El farmacéutico debe ser consciente de que el paciente que se deriva está es-

tabilizado en los tres campos y que su actuación con respecto al paciente drogodependiente debe ser como con cualquier otro paciente que utiliza su farmacia.

El trato con el paciente ha sido grato en el 90% de los casos, es de destacar que en ninguna ocasión el trato ha sido ingrato, dato que concuerda con otras publicaciones (Bowden y colbs. 1976; Kalke 1997).

Es de sobra conocido que la educación específica en drogodependencias mejora considerablemente el nivel de conocimientos (Holdsworth, Raisch 1992; Sheridan y colbs. 1994), igualmente ocurriría con la mejora de las habilidades sociales en relación con las drogodependencias (Myers y colbs. 1996). Si se pudiera dar mayor información en cursos o seminarios, probablemente ese 42% de farmacéuticos que no están acreditados por desconocimiento del programa, se acreditarían y trabajarían de forma satisfactoria con los pacientes; lo que redundaría en la mejoría del paciente y en conseguir que los objetivos del PMM se llevaran a cabo con más prontitud. Pero es necesario introducir los cambios de los programas de forma gradual en las oficinas de farmacia (Myers y colbs. 1996). Se deben reconocer las actitudes negativas, valorarlas y estudiarlas concienzudamente y reforzar las actitudes positivas que puedan reflejar farmacéuticos que lleven más tiempo en estos programas (Sheridan y colbs. 1997; Matheson y colbs. 1999).

Es indiscutible que las oficinas de farmacia representa un nexo de unión entre el sistema sanitario y la población drogodependiente (Sheridan y colbs. 1996). Por ello se debe mimar este recurso y no dejar que caiga en el abandono, realizando controles de calidad y reforzando su efectividad (Myers y colbs. 1996).



REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Bowden, C.L.; Maddux, J.F.; Esquivel, M. (1976). Methadone dispensing by community pharmacies. *Am J Drug Alcohol Abuse*;3(2):243-54.
- Cabrera Bonet, R.; Torrecilla Jiménez, J.M. (1998). Manual de Drogodependencias. Madrid Cauce Editorial.
- Dole, V.P.; Nyswander, M.E. (1965). A medical treatment for duacetylmorphine addiction: a clinical trial with methadone hydrochloride. *JAMA*;193:80-84.
- Flórez, J. (1997). Fármacos analgésicos opioides. En: Flórez J, Armijo JA, Mediavilla A. Farmacología humana 3ª edición. Barcelona. Masson
- Holdsworth, M.T.; Raisch, D.W. (1992). Availability of narcotics and pharmacists' attitudes toward narcotic prescriptions for cancer patients. *Ann Pharmacother*. Mar;26(3):321-6.
- Kalke, J. (1997). Distribution of methadone by pharmacies- the Hamburg method. *Gesundheitswesen*. Mar;59(3):181-5.
- Leza Cerro, J.C. (1998). Opiáceos (III). Tratamiento de la dependencia con agonistas opiáceos. En: Lorenzo, Landero. Leza, Lizasoain, editores. Drogodependencias. Madrid. Panamericana.
- Matheson, C.; Bond, C.M.; Mollison, J. (1999). Attitudinal factors associates with community pharmacists' involvement in services for drug misusers. *Addiction*. Sep;94(9):1349-59.
- Myers, T.; Cockerill, R.; Millson, M.; Rankin, J.; Worthington, C. (1996). The role of policy in community pharmacies' response to injection-drug use: results of a nationwide canadian survey. *AIDS Public Policy J*. Summer;11(2):78-88.
- Myers, T.; Cockerill, R.; Worthington, C.; Millson, M.; Rankin, J. (1998). Community pharmacist perspectives on HIV/AIDS and interventions for injection drug users in Canada. *AIDS Care*. Dec;10(6):689-700.
- Parrino, M.W. (1992). State methadone maintenance treatment guidelines. Center for Substance Abuse Treatment (US Department of Health and Human Services).
- Real Decreto 5/1996 de 15 de enero. Ministerio de la Presidencia (B.O.E. 20-2-96).
- Sheridan, J.; Bates, I.; Webb, D.G.; Barber, N.D. (1994). Educational intervention in pharmacy students' attitudes o HIV/AIDS and drug misuse. *MED Educ*. Nov;28(6):492-500.
- Sheridan, J.; Strang, J.; Barber, N.; Glanz, A. (1996). Role of community pharmacies in relation to HIV prevention and drug misuse: findings from the 1995 national survey in England and Wales. *BMJ*. Aug 3;313(7052): 272-4.
- Sheridan, J.; Strang, J.; Taylor, C.; Barber, N. (1997). HIV prevention and drug treatment services for drug misusers: a national study of community prarmacists' attitudes and their involvement in service specific training. *Addiction*. Dec;92(12):1737-48.