



FACULTAD DE FARMACIA
UNIVERSIDAD COMPLUTENSE

TRABAJO FIN DE GRADO

**EL PAPEL DEL FARMACÉUTICO COMUNITARIO EN
EL MANEJO SISTEMATIZADO DE ADICCIONES**

SÍNDROME DE ABSTINENCIA A OPIÁCEOS.

**METADONA: PERSPECTIVA FARMACOLÓGICA,
TOXICOLÓGICA Y SOCIAL.**

Autor: Ana María García Marín

Tutor: Rubén Martín Lázaro

Convocatoria: Febrero 2017

ÍNDICE

I.	Resumen	2
II.	Introducción y antecedentes	2
III.	Objetivos	3
IV.	Material y métodos	3
V.	Resultados y discusión	5
	a. Farmacología de los opioides	5
	b. Tolerancia a opioides	5
	c. Dependencia y síndrome de abstinencia a opioides	6
	d. Aspectos generales de la metadona.....	7
	e. Programas de Mantenimiento con Metadona	9
	f. Programas de Mantenimiento con Metadona en la Oficina de Farmacia ...	10
	g. Aportaciones del farmacéutico comunitario	12
	i. Educación sanitaria	12
	ii. Atención farmacéutica	13
	iii. Programas de prevención, diagnóstico y tratamiento de VIH/SIDA	14
	iv. Objetivos y logros de la implementación del PMMOF	15
	h. Justificación económica del PMMOF	17
	i. Actuación del farmacéutico comunitario en la prevención de dependencias a fármacos opioides	18
VI.	Conclusiones	19
VII.	Bibliografía	19
VIII.	Anexos	21
	a. Anexo I	21
	b. Anexo II	22
	c. Anexo III	23

I. RESUMEN

La dependencia a opioides es una patología crónica y recidivante que necesita abordarse desde un enfoque multidisciplinar y multiprofesional. Los Programas de Mantenimiento con Metadona son la estrategia terapéutica más utilizada en el tratamiento de pacientes adictos. Su desarrollo en la oficina de farmacia permite la incorporación del farmacéutico comunitario al equipo sanitario. Además de las labores básicas relacionadas con la dispensación de metadona, puede desarrollar actividades sociosanitarias para lograr la optimización de la terapia, con evidentes beneficios para los pacientes. Adicionalmente, el desarrollo de estos programas conlleva un ahorro del gasto sanitario frente a los costes que ocasionan al sistema de salud los consumidores de heroína no controlados.

Palabras clave: dependencia, programa de mantenimiento con metadona, farmacia comunitaria

II. INTRODUCCIÓN Y ANTECEDENTES

Uso de opioides como drogas de abuso

El opio es una droga producto que se obtiene al realizar incisiones superficiales en las cápsulas de *Papaver somniferum*, comúnmente llamada adormidera. Su consumo abusivo comenzó en el siglo XVI, cuando se expandió en el continente asiático la costumbre de fumar opio, propiciada por sus conocidas propiedades analgésicas y estupefacientes.¹ Los alcaloides del opio, responsables de sendos efectos, fueron descritos dos siglos más tarde, cuando se logró el aislamiento de la morfina.²

La morfina es un alcaloide fenantrénico -junto a la codeína y la tebaína- que posee la acción analgésica y la capacidad de inducción de dependencia más elevadas. Por ello su estructura se usó como modelo para la semi-síntesis y la síntesis de nuevas moléculas que produjeran mayor analgesia y menor dependencia. Esto condujo a la creación de nuevos compuestos opioides que se usan en el tratamiento del dolor, pero que paralelamente se utilizan como drogas de abuso -heroína, oxicodona, fentanilo-. No obstante, se sintetizaron moléculas que se usan en terapias de deshabituación a opioides -metadona y buprenorfina- y como antídotos para rescate por intoxicación aguda -naloxona y naltrexona.²

La perpetuación del uso abusivo de fármacos opioides se ha convertido en un grave problema de salud pública.¹ La heroína es el opioide de mayor consumo ilícito. Paradójicamente, fue comercializada con fines terapéuticos para la sustitución de morfina como analgésico y sedante. Es un derivado diacetilado de morfina, lo que le confiere una mayor lipofilia y facilidad para atravesar la barrera hematoencefálica (BHE). Puede administrarse por vía pulmonar (fumada), inhalada (esnifada) o vía parenteral.^{3, 4} Por vía

intravenosa pasa rápidamente la BHE y se metaboliza a morfina que tras unirse a sus receptores genera la sensación de euforia o *rush*. Su capacidad adictógena es muy alta.¹

Cuando el consumo de heroína se torna abusivo y crónico, aumenta la probabilidad de intoxicación o sobredosis y puede resultar mortal. Existe mayor prevalencia de trastornos mentales concomitantes y es más alto el riesgo de adquisición de enfermedades infecciosas como el VIH/SIDA y las hepatitis B y C debido al uso de la vía parenteral. Conlleva además un grave impacto social, porque provoca conductas marginales y delictivas motivadas por la búsqueda de la droga, así como conflictos en el entorno familiar y laboral, que favorecen la estigmatización de la dependencia a la heroína.^{1,4}

Con el fin de lograr la rehabilitación de estos sujetos, en la década de los 60 fueron impulsados los Programas de Mantenimiento con Metadona (PMM) por Dole y Nyswander. Consideraban que se trataba de trastorno metabólico que requería de la administración de un opioide para su estabilización.⁵ Actualmente son la terapia de deshabituación más extendida y existen meta-análisis y revisiones sistemáticas que demuestran su alta eficacia en la recuperación física y psicológica de los pacientes dependientes a opioides.^{6,7,8}

III. OBJETIVOS

- Descripción analítica del protocolo de PMM en farmacias para la identificación de las contribuciones que puede aportar el farmacéutico comunitario a su desarrollo.
- Justificación económica del ahorro de PMM en oficinas de farmacia.
- Aportación del farmacéutico comunitario en prevención de dependencia a opioides

IV. MATERIAL Y MÉTODOS

Para lograr los objetivos marcados se ha realizado una exhaustiva revisión bibliográfica de la información publicada en organismos oficiales como el National Institute of Drug Abuse (NIDA), National Institutes of Health (NID), el Plan Nacional Sobre Drogas del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, la Agencia Antidroga, el Instituto de Adicciones de Madrid, European Monitorin Center for Drugs and Drug Addiction y el Observatorio Español de Drogas y Toxicomanías (OEDT).

Además se ha analizado la información procedente de Guías de Práctica Clínica, de artículos de divulgación publicados en webs especializadas en farmacia comunitaria y de artículos científicos. Se han usado Google Chrome y Académico, Pubmed y Dialnet como motores de búsqueda. Las palabras utilizadas han sido: programa mantenimiento metadona, farmacia comunitaria, VIH, opioid treatment program, pharmacist, dispensing, methadone.

Con el fin de definir las aportaciones del farmacéutico comunitario al desarrollo de las terapias de deshabituación a opioides, se han tenido en cuenta los principios básicos de tratamiento eficaz de la dependencia, incluidos en el manual *Principles of Drug Addiction Treatment: a Research Based Guide* (2009), publicado por el NIDA y el NIH.

El análisis económico comparativo se realizó teniendo en cuenta los **gastos sanitarios** anuales que generan los consumidores adictos a opioides y los Programas de Mantenimiento con Metadona en Oficinas de Farmacia (PMMOF). El estudio se ha contextualizado en la Comunidad de Madrid con datos de 2015, donde los programas están implantados desde 1997 y por tanto se desarrollan de forma estable y continuada.

Para determinar los costes sanitarios de la dependencia a opioides se usaron cuatro indicadores de problemas relacionados con las drogas, obtenidos en el Portal de Salud de la Comunidad de Madrid (PSCM): urgencias hospitalarias en consumidores de opioides, ingresos hospitalarios por abuso de opioides y urgencias extrahospitalarias por consumo de opioides. El coste asociado a los dos primeros se calculó a partir de los precios públicos por servicios sanitarios publicados en el Boletín Oficial de la Comunidad de Madrid (2013). Para el último indicador se realizó el cálculo del gasto medio que conlleva una asistencia extrahospitalaria usando los datos publicados por SUMMA 112 y Madrid Salud.

También se tuvieron en cuenta los costes derivados de las consultas de Asistencia Primaria, para lo que se determinó el coste medio de cada consulta teniendo en cuenta el número total y el presupuesto anual destinado por la comunidad para este fin (PSCM); a continuación se descartaron las consultas pediátricas y se calculó el gasto total considerando que un 0,0108% de las consultas son de consumidores de drogas opioides.^{9, 10}

Por último se ha considerado el coste que conlleva el tratamiento anual de los nuevos casos de VHI/SIDA¹¹ y tuberculosis¹² asociados a Usuarios de Drogas Intravenosas (UDI) en 2015. El número de nuevos casos se obtuvo del PSCM. No se ha tenido en cuenta la prevalencia de casos de VHI/SIDA y tuberculosis de UDI porque si estos sujetos pasaran a formar parte de un PMMOF los gastos generados por sus tratamientos serían los mismos.

El gasto asistencial y farmacológico de los pacientes en PMMOF se obtuvo de un estudio publicado en la revista Adicciones. Para el cálculo usaron el precio de la metadona, su elaboración, distribución, custodia y dispensación y los recursos sanitarios empleados.¹³

El número total de usuarios incluidos en PMMOF se obtuvo de datos del Colegio Oficial de Farmacéuticos de Madrid (COFM). El número de consumidores problemáticos de heroína se estimó con datos de la Encuesta Domiciliaria de Drogas de Madrid (2013).

V. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Farmacología de los opioides

La actividad de los fármacos opioides se debe a su alta especificidad y afinidad de unión a los receptores opioides (OR), que se distribuyen en el Sistema Nervioso Central (SNC) -predominantemente en áreas relacionadas con el dolor como la materia gris periacueductal, la amígdala, el núcleo *accumbens* y la médula espinal- y a nivel periférico en los plexos mesentéricos digestivos, las articulaciones y los pulmones.^{1, 14}

Los ORs son metabotrópicos y están acoplados a proteínas G. Sus ligandos naturales son los péptidos analgésicos endógenos o encefalinas. Los ORs se localizan en la porción terminal del axón presináptico de neuronas trasmisoras del dolor. Al unirse un opioide exógeno o endógeno se reduce la excitabilidad neuronal y se disminuye la liberación de la sustancia P transmisora del dolor, lográndose así el efecto analgésico.⁵

Se han identificado tres tipos de receptores: mu (μ , OP3), delta (δ , OP1) y kappa (κ , OP2). Su activación implica algunas acciones farmacológicas comunes -como la analgesia- pero a su vez otras son exclusivas de algún tipo -por ejemplo la dependencia se debe a μ y a κ en menor medida, la depresión respiratoria a μ y δ -. Adicionalmente los fármacos opioides pueden actuar como agonistas, agonistas parciales y antagonistas en uno o varios de los ORs, mostrando diferentes efectos según las interacciones establecidas.^{1, 5, 14}

Los agonistas puros opioides tienen mayor afinidad por μ , sus efectos farmacológicos más destacados son euforia, sedación, analgesia, miosis, depresión respiratoria, inhibición de tos, reducción de la motilidad digestiva y dependencia. Las sensaciones de euforia y placer que producen, sumadas a la generación de una fuerte dependencia física y psicológica, son las responsables de su uso como drogas de abuso.^{1, 5}

Tolerancia a opioides

La tolerancia se define como la disminución de efecto farmacológico de un fármaco, frente a la misma dosis, como resultado de la exposición previa y repetida, requiriéndose un incremento de dosis para lograr la misma magnitud o duración de la respuesta. El tiempo de desarrollo de tolerancia a opioides depende del efecto farmacológico: ocurre en horas para acciones depresoras como analgesia, depresión respiratoria, hipotensión y sedación, mientras que puede no desarrollarse para la miosis o el estreñimiento.^{1, 14}

La tolerancia a opioides es un factor determinante en la generación de dependencia a opioides dado que implica una neuroadaptación que exige el uso de mayores dosis para

lograr los efectos placenteros y evitar los síntomas del síndrome de abstinencia. Existe tolerancia cruzada entre los opioides que activan un mismo OR, esto supone que en el tratamiento de la dependencia se facilite el intercambio entre opioides.^{1, 14}

Dependencia y síndrome de abstinencia a opiáceos

La dependencia está considerada clínicamente como un trastorno psiquiátrico, cuya característica esencial es la existencia de síntomas cognoscitivos, comportamentales y fisiológicos que indican una pérdida del control de autoconsumo y búsqueda de la droga, a pesar de tener problemas graves -sociales, laborales y sanitarios- relacionados con ella.^{1, 14}

La dependencia a opioides (DO) puede contextualizarse tanto en ambientes lúdicos o experimentales como en entornos legalizados: el uso terapéutico en el tratamiento del dolor y en el tratamiento sustitutivo de mantenimiento.¹⁴ Es un desorden complejo, tanto de índole física como psicológica, en el que factores ambientales, genéticos y farmacológicos condicionan una alteración de la fisiología nerviosa central.

La dependencia psicológica puede manifestarse mediante diferentes niveles de intensidad en función del tipo de conductas que presente el individuo. El craving es el deseo vehemente y compulsivo de conseguir y consumir la droga, e indica un nivel alto de gravedad.¹⁵ Según la teoría psicoconductual el establecimiento y mantenimiento de la adicción se debe a refuerzos positivos, que son los efectos agudos euforizantes producidos cuando el opioide se une a μ ; y en contraposición refuerzos negativos como la aparición del síndrome de abstinencia tras finalizar los efectos y que remite con un nuevo consumo.¹⁴

El mecanismo neurobiológico implicado es el aumento de actividad dopaminérgica en las zonas del sistema dopaminérgico mesocorticolímbico que constituyen los centros de recompensa, que junto con el sistema opioide logra la sensación de euforia y placer.^{1, 14}

El síndrome de abstinencia (SAO) es la manifestación física de la dependencia. Consiste en un conjunto de signos y síntomas desagradables que aparecen por causa del efecto rebote tras finalizar los efectos del opioide al interrumpirse de forma brusca su consumo crónico o tras administrar un antagonista que bloquee su actividad.¹⁴

El cuadro clínico consta de una serie de síntomas físicos y psíquicos cuya intensidad y duración dependen de las características farmacocinéticas y la dosis del opioide consumido. Durante la fase aguda del SAO la sintomatología se asemeja a un cuadro pseudogripal, destacando: rinorrea, ansiedad y lacrimeo, piloerección, midriasis, sudoración profusa, taquicardia, irritabilidad, temblores, dolores articulares e insomnio; una semana

después se desarrolla fiebre, calambres, trastornos digestivos, pérdida de peso y eyaculación espontánea. El cuadro se intensifica por el craving. Después se entra en la fase tardía caracterizada por desregulaciones del sistema nervioso vegetativo y de las funciones psíquicas básicas que pueden persistir durante meses o años. Se dificulta la rehabilitación y se facilitan las recaídas, por tanto el paciente necesitará un mayor apoyo psicológico.^{14, 15}

Neurobiológicamente, el SAO se produce porque, tras la disminución brusca de la administración del opioide, se provoca una hiperactividad noradrenérgica a nivel del SNC que se traduce en la aparición de los síntomas del síndrome de abstinencia.^{1, 14}

En las Guías de Práctica Clínica^{15, 16} se propone como eje principal del diagnóstico de la dependencia, la realización de una adecuada anamnesis y exploración clínica. Secundariamente puede apoyarse en instrumentos validados –como escalas y entrevistas estandarizadas- que ayudan a la evaluación de la gravedad de la dependencia y del SAO.

Aspectos generales de la metadona

La metadona es un opioide sintético derivado de la morfina que presenta estructura de difenilpropilaminas. Aunque su síntesis estuvo motivada por la necesidad de desarrollar nuevas moléculas con efecto analgésico, actualmente se usa en la terapia de deshabituación a opioides mientras que su utilidad analgésica en dolor crónico está limitada, debido a la complejidad de su farmacocinética.¹⁷

En España la regulación de la utilización de la metadona como sustancia para tratamiento de sujetos dependientes a heroína comienza en 1983 mediante la Orden Ministerial de 23 de mayo de 1983, y termina con el Real Decreto 5/1996, de 15 de enero, que regula los tratamientos sustitutivos con opioides y en el que se contempla por primera vez la dispensación de metadona en la oficina de farmacia.¹⁸

Farmacología. La metadona es un agonista puro con alta afinidad por μ , en menor grado por δ y casi nula por κ . Presenta una actividad de 5 a 10 veces más potente que la morfina y es de larga duración de acción. Entre sus efectos farmacológicos se destaca que produce euforia sostenida y un síndrome de abstinencia leve y prolongado, por lo que es menos adictógena.¹ Por ello es efectiva en la supresión de la sintomatología del SAO y en la reducción del craving y los efectos euforizantes provocados por la heroína.¹⁶ Se comercializa la mezcla racémica de sus isómeros S y L -responsable de la actividad-.¹⁷

Farmacocinética. Tiene una biodisponibilidad del 90% por vía oral, comenzando su acción a los 30 minutos; por vía parenteral es del 50%. Esto facilita su administración oral y supone una gran ventaja respecto a la heroína, que sufre un potente efecto de primer

paso hepático y por ello se recurre a la vía parenteral. En tratamientos crónicos se acumula en los tejidos como reservorio desde donde se redistribuye lentamente al plasma; como consecuencia su vida media tras repetidas dosis es prolongada -de 15 a 40 horas-, pudiendo ocasionar toxicidad. Por tanto es necesario supervisar el inicio del tratamiento para lograr unos niveles plasmáticos dentro de los márgenes terapéuticos, se requieren de 2 a 4 días tras la primera administración, aunque después pueden mantenerse con una dosis diaria. Se metaboliza a nivel hepático por el CYP3A4, el CYP2B6 y en menor medida por el CYP2D6. Su excreción es por vía fecal y renal, y variable en función del pH de la orina.^{17, 19}

Interacciones farmacológicas. Debido a que mayoritariamente se metaboliza por el CYP3A4 los fármacos que inhiben o inducen la actividad de esta enzima pueden modificar la farmacocinética y por tanto los niveles plasmáticos y el efecto de la metadona. Su concentración puede incrementar si se administra junto inhibidores del CYP3A4 como macrólidos y antifúngicos derivados de azoles, y con inhibidores de CYP2D6 como neurolépticos y antidepresivos tricíclicos; mientras que se reducen sus niveles plasmáticos con fármacos inductores como rifampicina, inhibidores de proteasa y de transcriptasa reversa, y anticonvulsionantes como carbamazepina y fenitoína. Las benzodiacepinas provocan una potenciación de efectos sedantes. Se deberá controlar la respuesta terapéutica del paciente para determinar si se deben disminuir o aumentar las dosis de metadona.^{1, 17, 19}

También hay fármacos contraindicados porque pueden disminuir la eficacia de la metadona por inhibición competitiva y provocar síndrome de abstinencia agudo: agonistas opioides menores -buprenorfina-, antagonistas opioides -naltrexona, naloxona- y tramadol.¹⁷

Toxicología. La dosis habitual de mantenimiento que se administra a pacientes en PMM es de $80 \pm 20\text{mg}$.²⁰ Sin embargo, en individuos que no han desarrollado tolerancia una dosis de 50mg puede resultar letal.²¹ A nivel cardiovascular se conoce que altas dosis de metadona pueden provocar cambios en el electrocardiograma: la prolongación del intervalo QT y ondas U prominentes, además puede provocar bradiarritmias y la aparición ocasional de arritmias tipo torsades de pointes y muerte súbita. También puede causar un déficit de testosterona y disfunción sexual en varones adictos a opioides.^{1, 17} Debido a su farmacocinética será necesario realizar un ajuste de dosis en personas con insuficiencia hepática y/o renal para evitar la aparición de efectos adversos por sobredosificación. También es necesario considerar la depresión respiratoria en pacientes con patologías respiratorias.¹⁹ Respecto al embarazo y lactancia está dentro de la categoría D, al atravesar la barrera placentaria y excretarse en leche, no obstante se indica para la terapia sustitutiva en embarazadas dependientes porque la desintoxicación está contraindicada.¹⁶

Programa de Mantenimiento con Metadona

El abordaje terapéutico de la dependencia a opioides puede perseguir dos objetivos principalmente: la abstinencia estable del sujeto adicto y/o la reducción del daño derivado del consumo ilegal. En ambos casos, actualmente en España, la principal estrategia farmacológica y psicosocial es el Programa de Mantenimiento con Metadona.^{1, 16}

El PMM es un tratamiento de sustitución en la metadona reemplaza al opioide de abuso para lograr la estabilización del paciente dependiente. Cuando un sujeto quiere comenzar el PMM debe dirigirse a un centro de atención a drogodependientes o a un centro privado acreditado. En primer lugar se necesita realizar un diagnóstico de dependencia fisiológica a opioides.¹⁶ Para ello el equipo sanitario elaborará una historia clínica completa con el apoyo de datos clínicos y toxicológicos.¹⁵ También se requiere que el paciente supere la mayoría de edad. Según la comunidad autónoma serán exigibles otros criterios de inclusión, como la cronicidad de la dependencia o el fracaso previos de desintoxicación, dependiendo de la lista de espera.¹⁸ A continuación, el sujeto será informado de los objetivos generales del PMM y comenzará el desarrollo del programa que se divide en tres fases^{16, 20}:

- El médico calcula la dosis inicial de metadona de forma individualizada, a partir de la cantidad de heroína y otros opioides que el sujeto dice consumir, la vía que utiliza y la sintomatología del SAO que se busca eliminar.
- Le sigue la fase de inducción, en la que se realizan ajustes de la dosis inicial hasta lograr la estabilización del paciente durante al menos una semana.
- En la fase de mantenimiento, de duración indefinida, se alcanzan los efectos deseados de forma estable. Durante esta etapa es importante la implicación del farmacéutico, dado que observa de forma constante y directa la evolución clínica y social del paciente; con su juicio clínico podrá colaborar con el médico para pautar las modificaciones de dosis más adecuadas a la situación del paciente. Como objetivo final se pretende lograr la reducción lenta y gradual de la dosis pautada hasta la administración de placebo, cuando se dará por concluido el programa.

La custodia y disposición de la metadona son competencia de la Administración central por ser un estupefaciente. Sin embargo su dispensación es competencia autonómica, de modo que existen distintos centros que pueden ser habilitados para la dispensación de metadona y por tanto a los que pueden acudir los pacientes incluidos en PMM: centros de Atención Primaria, hospitales, Centros de Atención a Drogodependientes, centros de Salud Mental, unidades móviles, oficinas de farmacia, centros penitenciarios y algunas ONGs.²²

Programas de Mantenimiento con Metadona en la Oficina de Farmacia

Los Programas de Mantenimiento con Metadona en la Oficina de Farmacia son un referente de programas sociosanitarios de atención farmacéutica remunerados. Se instauraron por primera vez en Guipúzcoa en 1996 gracias a un convenio de colaboración entre el Servicio Vasco de Salud-Osakidetza y el Colegio de Farmacéuticos de Guipúzcoa.²³ Tras demostrar su éxito se han ido implementando progresivamente en otras comunidades autónomas. Los resultados positivos obtenidos tanto en beneficio de los farmacéuticos como de los pacientes, ha logrado que los PMMOF tengan continuidad, de modo que actualmente cualquier farmacia del país puede incorporar este servicio.²⁴

Solicitud de entrada en el PMMOF. Para participar en el PMM la OF tiene que realizar la solicitud de acreditación a través del Colegio Oficial de Farmacéuticos (COF) que le corresponda por localización. Éste a su vez tramita la petición a las autoridades sanitarias competentes. Sólo se exigen dos requisitos para entrar en el programa²⁴:

- Acreditación como farmacia elaboradora de fórmulas magistrales en el nivel mínimo, es decir, estar habilitada sólo para la preparación de soluciones.
- Disponer de un espacio adecuado para la supervisión de la toma de metadona por parte del usuario. Debe ser un lugar discreto para respetar la intimidad de los pacientes y la confidencialidad del tratamiento. La rebotica suele ser apropiada.

Asignación de pacientes. Una vez que la OF esté dada de alta en el programa el médico responsable se pondrá en contacto con el farmacéutico para solicitar la derivación de un paciente. Previamente el equipo sanitario del centro realiza una evaluación del paciente para determinar si su perfil es apto, normalmente se aceptan como candidatos pacientes con perfil de baja conflictividad y conductas sociales responsables, rehabilitados e integrados social y familiarmente y pacientes responsables que estén en situaciones fisiológicas deterioradas, en pisos de acogida y/o embarazadas.²⁵

Proceso de adquisición, custodia, elaboración y conservación de la metadona. Para iniciar el programa el farmacéutico debe acudir al COF para recoger el protocolo, la metadona y los envases con su respectiva documentación y las etiquetas.^{16, 26}

- **Recepción, custodia y registro** de la metadona en polvo. En primer lugar tiene que registrarse en el libro de estupefacientes la entrada de la materia prima en peso. Siguiendo la legislación (Real Decreto 2829/1977, de 6 de octubre), se almacena bajo llave con los fármacos estupefacientes.

- **Elaboración de la fórmula:** para elaborar la solución madre de clorhidrato de metadona al 1% se disuelve 1 gramo de hidrocloreuro de metadona pura en polvo en un litro de agua purificada. A partir de esta solución se prepararán las soluciones extemporáneas de metadona que se dispensarán al paciente. Su concentración está determinada por la dosis que deba contener. Se aconseja que las soluciones mantengan el mismo volumen para que el paciente no note un cambio de dosis. Se envasan en frascos monodosis de plástico opaco con cierre de seguridad. Los datos que tiene que contener la etiqueta varían en función de las normas que haya establecido cada comunidad autónoma, se debe indicar como mínimo el nombre del paciente y la fecha, sin embargo el fármaco y la dosis es opcional. Deben conservarse en nevera y su caducidad es de un mes tras la elaboración.
- **Documentación.** En el libro recetario se apunta la cantidad total de solución de clorhidrato de metadona en volumen que se dispensa a cada paciente, anotando su nombre y el del médico prescriptor. También deben guardarse los documentos relativos a la preparación de la fórmula que se exigen por ley para cualquier fórmula magistral.

Proceso previo a la dispensación. Desde el centro sanitario correspondiente se envía por fax una hoja de derivación y prescripción médica (Anexo I) en la que consta la dosis, la modalidad de recogida y si ésta se autoriza a otro individuo. Con los datos que contiene se crea la ficha del paciente que debe mantenerse actualizada y guardarse junto con toda la documentación que se obtenga relativa al paciente. Además será necesario dar a conocer el alta COF mediante el envío de esta hoja de derivación y prescripción y la hoja de derivación que entrega el paciente. También se notificarán las fechas de baja y su motivo.¹⁸

Proceso de dispensación. Cuando el paciente llega por primer a vez a la farmacia debe entregar una hoja de derivación en la que se indican los datos del paciente, la fecha de alta, la dosis y los datos de la farmacia (Anexo II). Se realiza la verificación de que toda la documentación contiene los datos necesarios y es correcta. Para poder entregar la metadona el paciente debe mostrar el carnet de pertenencia al centro correspondiente. La receta de estupefacientes será necesaria dependiendo de lo consensuado en la comunidad autónoma. Cada vez que le sea dispensada tendrá que firmar en una hoja de registro de dispensación.²⁶

La modalidad de recogida la establece el centro sanitario, algunos pacientes tendrán que tomarse la solución de metadona bajo supervisión del farmacéutico y otros podrán llevarse los frascos monodosis de varios días de tratamiento, como máximo para una semana. La medicación debe ser recogida por el propio paciente aunque en algunos casos el médico puede autorizar a un familiar directo para tal efecto.^{16, 24}

El farmacéutico proporcionará al paciente la información oral y escrita que sea necesaria para garantizar la correcta identificación, conservación y utilización del fármaco.

Modificación de dosis. Cuando el médico crea conveniente, valorando la evolución del paciente, una reducción o aumento de dosis, deberá comunicárselo al farmacéutico dejando constancia escrita mediante la hoja de modificación de dosis (Anexo III) que será enviada por fax a la farmacia. También es apropiado que se lo comunique por teléfono.^{16, 24}

Condiciones del programa. El farmacéutico es el que pacta con el paciente el horario más adecuado para realizar la dispensación. El programa no obliga a tener un número concreto de pacientes sino que cada farmacia elige la cantidad que puede atender. En caso de conflicto el centro retira al paciente del programa. Es un servicio retribuido por lo que se recibe un pago determinado por paciente cada mes.²⁵

Aportaciones del farmacéutico comunitario al PMM

Educación sanitaria

Como profesional sanitario y experto en el medicamento, el farmacéutico tiene el deber de proporcionar al paciente toda la información que pueda requerir acerca de su enfermedad y su tratamiento: características farmacológicas, efectos adversos, riesgos de mala conservación de la metadona, interacciones farmacológicas y con otras sustancias.²⁷

Es primordial entender que la dependencia a opioides, más allá de los estigmas sociales asociados al consumo de heroína, es una enfermedad psiquiátrica crónica y recidivante, que debe abordarse mediante una terapia multidisciplinar y multiprofesional con intervenciones que se adapten en cada momento a la situación del paciente.^{1, 16}

El objetivo de los PPM no es sustituir un estupefaciente ilegal por otro controlado para crear una ‘adicción social’. Se utiliza la metadona porque su perfil farmacológico permite, a dosis adecuadas y estables, la normalización de las funciones físicas, psicológicas y conductuales que están alteradas en el sujeto dependiente. Se emplea como herramienta terapéutica para establecer un tratamiento de deshabitación, que logre la reducción paulatina de la dosis hasta erradicar la dependencia a cualquier sustancia opioide, o que al menos consiga el mantenimiento y control sanitario del paciente.

Adicionalmente el farmacéutico puede desempeñar un papel muy importante a través de la educación sanitaria de la población, puesto que es necesario modificar el paradigma social, para conseguir que se visualice al sujeto dependiente como un paciente y a la metadona como un fármaco que forma parte del tratamiento de una enfermedad: la dependencia a una sustancia de abuso.

Seguimiento farmacoterapéutico

El tratamiento de mantenimiento con metadona brinda una oportunidad excelente al farmacéutico para realizar atención farmacéutica, puesto que es una terapia farmacológica crónica que requiere la asistencia regular del paciente a la OF. Aunque legislativamente la pertenencia al programa no obliga a un seguimiento, participar activamente en estas terapias mejora su efectividad y adherencia, y la retención del paciente en el PMM.

Una vez que el sujeto es derivado a la OF, el farmacéutico será el profesional sanitario que estará con mayor frecuencia en contacto directo con él. Por tanto es la figura idónea para realizar el seguimiento farmacoterapéutico. Es especialmente importante en pacientes sin control exhaustivo de su situación.

En primer lugar conviene crear una ficha individualizada para recopilar los datos clínicos que ayuden a detectar las necesidades farmacoterapéuticas del paciente y los posibles Problemas Relacionados con Medicamentos. Pueden incluirse aspectos como¹⁸:

- Historial clínico respecto a la adicción: antecedentes de tratamiento, recaídas
- Efectos adversos que refiere y mejoría del aspecto externo
- Integración social, familiar y laboral
- Las patologías y los tratamientos farmacológicos concomitantes

Esto último es muy importante porque la metadona interacciona con un elevado número de fármacos. El paciente puede experimentar efectos adversos que disminuyan el cumplimiento del tratamiento. Será fundamental en los pacientes con comorbilidades psiquiátricas y/o VHI/SIDA, dado que las interacciones farmacológicas con los fármacos usados en estas patologías son elevadas y requieren un manejo especial.^{13, 16}

Debe vigilarse expresamente el consumo de benzodicepinas, que se prescriben para reducir la ansiedad y los síntomas del SAO. Sin embargo muchos pacientes las usan para lograr efectos agradables y de euforia leve, por la sinergia de efectos, generándose así una ‘adicción de sustitución’. También puede haber sustitución por sustancias de abuso como alcohol y cocaína, que actualmente está en aumento.^{16, 20}

La metadona también puede interaccionar con alimentos y plantas medicinales. Debe advertirse precaución del consumo de zumo de pomelo (inhibidor del CYP450) y suplementos de fitoterapia que contengan hipérico (potenciador del CYP450).^{1, 17}

También pueden consensuarse con el paciente un conjunto de objetivos terapéuticos y el tiempo en el que se pretenden lograr. Esto fomenta la implicación del paciente en el tratamiento y puede incrementar su motivación, que actúa como refuerzo psicológico.

Es fundamental que se mantenga una buena comunicación bidireccional entre el médico y el farmacéutico, para que puedan informarse de la evolución clínica del paciente, de cualquier necesidad que presente por su estado clínico, de incidencias y ausencias sucesivas para recoger la dosis y de las modificaciones de dosis.^{16, 24}

Programas de prevención, diagnóstico y tratamiento de VIH/SIDA

Durante los años 80 y 90 uno de los principales mecanismos de transmisión del VIH era el uso de la vía parenteral en drogodependientes. Las farmacias comenzaron a desarrollar programas preventivos de reducción de daño como la distribución de kits antisida y los Programas de Intercambio de Jeringuillas. Siguiendo esta línea comienzan los PMMOF y dentro de éstos el Tratamiento Supervisado con Tuberculostáticos. Actualmente se está incorporando el Test Rápido del VIH, que persigue facilitar el acceso de la población a esta prueba para poder realizar una detección precoz del contagio.^{24, 28, 29}

Junto a estas actuaciones de promoción de la salud, debe recordarse la importancia la educación sanitaria de los pacientes en PMM. El farmacéutico debe hacer hincapié en el abandono de la vía parenteral o al menos dar consejos sobre su uso seguro y fomentar una conducta sexual segura recomendando el uso del preservativo.^{16, 27}

Además se han realizado pruebas piloto para evaluar la eficacia de la dispensación y supervisión de la terapia antirretroviral a pacientes en PMMOF, con el fin de mejorar la adherencia, que se dificulta por el manejo de las interacciones y los efectos adversos.²⁸

Objetivos y logros de la implementación del PMMOF

Gracias a las características de los PMM, la integración del farmacéutico comunitario en el equipo sanitario y la incorporación de la OF como centro sanitario acreditado, se logran los siguientes objetivos^{23, 24, 28, 29, 30}:

- Disminución del consumo de opioides ilegales mediante sustitución de heroína por un opioide controlado y la promoción de desintoxicación a través de la educación sanitaria.
- Disminución del consumo de otras sustancias de abuso como cocaína y alcohol, puesto que muchos sujetos son policonsumidores.¹⁰
- Prevención de recaídas. El paciente, al recoger la metadona en la OF, se aleja de los círculos de consumo y tráfico de drogas que se concentran en las áreas donde dispensan las unidades móviles y los centros de atención a drogodependientes. Además gracias al seguimiento farmacoterapéutico el farmacéutico es capaz de detectar una posible recaída y tomar las medidas necesarias para prevenirla.

- Disminución de conductas ilegales relacionadas con el consumo como delincuencia, conductas violentas y marginales y número de detenciones.
- Reducción de las conductas de riesgo, que fundamentalmente supone menor riesgo de transmisión de enfermedades infecciosas como VIH, VHC, VHB, tuberculosis y ETS:
 - Reducción del hábito de compartir jeringuillas o reutilizarlas
 - Disminución del uso de la vía parenteral por el uso de un opioide oral
 - Aumento del uso del preservativo durante las relaciones sexuales
- Reducción de la mortalidad por sobredosis, puesto que se minimiza el consumo del opioide de abuso y la dosis de metadona está sometida a un control exhaustivo.
- Aumento de la tasa de retención en tratamiento. Por el mayor grado de normalización de la enfermedad y del tratamiento, así como la flexibilidad de horario para la recogida del medicamento, la cercanía geográfica que ofrece la OF y la atención personalizada y discreta que reciben del farmacéutico como profesional sanitario.
- Reintroducción de los sujetos al sistema de salud al actuar la oficina de farmacia como centro sanitario conector con otros servicios sociosanitarios
- Mejora de la calidad de vida relacionada con la salud. Específicamente se consigue:
 - Manejo de efectos adversos e interacciones farmacológicas.
 - Supervisión del tratamiento y control de embarazadas
 - Posibilidad de supervisión de los tratamientos de las comorbilidades (VHI, tuberculosis, trastornos psiquiátricos)
- Incremento de la reestructuración social, a través de la mejora de las relaciones sociales, familiares y laborales. Para que el PMM sea eficaz es imprescindible que el tratamiento farmacológico se acompañe de terapias psicológicas -grupales, familiares, individuales-¹⁶. La accesibilidad geográfica y de horario que supone la dispensación de metadona en la OF, permite la compatibilidad con actividades profesionales, formativas o sociales.
- Menos derivación de metadona al mercado negro, dado que la que se dispensa en la OF está controlada por la administración y no está adulterada ni contaminada.
- Aumento de accesibilidad de los pacientes al PMM debido a la amplia distribución geográfica de las oficinas de farmacia.
- Reducción de las listas de espera que facilitan la incorporación de los pacientes al PMM con criterios de inclusión más laxos. Disminución de la carga asistencial de otros centros debido a la descentralización de la dispensación de metadona.

Tanto los farmacéuticos como los pacientes se muestran muy complacidos con el programa. Una encuesta realizada por el COFM²⁵ revela el alto grado de satisfacción de los

pacientes. Los farmacéuticos destacan el desarrollo profesional y humano, y lo consideran como precedente para su participación en otros programas de atención sociosanitaria.^{28, 29}

Justificación económica del desarrollo de PPMOF

Con el fin de estimar el ahorro sanitario anual que le supone a la Comunidad de Madrid (CM) mantener a un paciente en un PPMOF frente a los gastos sanitarios directos e indirectos que genera un sujeto dependiente a opioides sin ningún tipo de tratamiento. El estudio se ha centrado en los datos de 2013 a 2015, teniendo en cuenta que el consumo de heroína en Madrid está estabilizado desde el año 2007. Los resultados de los costes desglosados han sido los siguientes:

Indicadores	nº de casos	Coste/Caso (€)	Coste total (€)
Urgencias hospitalarias por consumidores de opioides (por consumo)	59	3722	219598
Urgencias hospitalarias por consumidores de opioides (por otros)	100	180	18000
Urgencias extrahospitalarias por consumo de opioides	28	168,1	4706,8
Ingresos hospitalarios por abuso de opioides	125	3654	456750
Consultas en Atención Primaria	4552	48	218496
Manejo ambulatorio de VIH/SIDA	640	8729,54	5586905,6
Manejo ambulatorio de tuberculosis	21	10262	215502
			6719958,4

Teniendo en cuenta los datos poblacionales y la prevalencia del consumo actual de heroína (en los últimos 30 días) en la CM, se ha estimado que el número de consumidores problemáticos de heroína es de 4432. Por tanto se puede asociar a cada sujeto un gasto sanitario de 1516,23€ anuales.

El coste anual derivado de los PPMOF es de 1760748€, considerando que el gasto por paciente estándar es de 1467,29€ y el número de pacientes incluidos es de 1200.

En conclusión, la entrada de un sujeto dependiente al tratamiento de mantenimiento en farmacia comunitaria supone un ahorro sanitario de 48,94€.

No obstante, el estudio presenta limitaciones, por lo que se tiene constancia de que el resultado está infravalorado. En primer lugar no se han podido incluir los gastos derivados de los tratamientos de casos nuevos de hepatitis C y B porque aún no existen datos de los diagnósticos de usuarios de drogas intravenosas. Tampoco se han podido imputar los costes sanitarios indirectos que genera el manejo de las comorbilidades psiquiátricas y otras enfermedades infecciosas que son de alta incidencia en estos sujetos.³¹

Por otra parte el valor del paciente en PMMOF que se asume, puede estar sobreestimado, dado que en el estudio se indica la dificultad de establecer con exactitud los recursos sanitarios que supone un paciente porque la prescripción y dispensación de metadona y el seguimiento del paciente difieren según del centro y de cada comunidad.¹³

Actuación del farmacéutico en la prevención de dependencia a fármacos opioides

En España el consumo de heroína está estabilizado desde mediados de los años noventa. Se estima que el porcentaje de consumidores problemáticos de heroína en 2013, es del 0,2% de la población en el rango de 15 a 64 años de edad.³² Sin embargo desde el OEDT se advierte de un incremento significativo del mercado de opiáceos desde Afganistán - principal productor de opio- y de la detección de dos laboratorios de elaboración de heroína en España, por lo que debe vigilarse atentamente la tendencia de consumo. En este sentido el papel del farmacéutico comunitario es fundamental para la detección y prevención de recaídas de pacientes en PMM, tal y como se ha descrito previamente.

Si bien la heroína ya no se emplea en terapéutica los fármacos opioides son necesarios en el tratamiento de enfermedades que cursan con dolor. Según un estudio que analiza la prescripción de opioides en atención primaria, los más empleados son el fentanilo y la buprenorfina para patologías de tipo locomotor, seguidos por la oxicodona para dolor neuropático, la hidromorfona para dolor nocioceptivo y la morfina para dolor oncológico. Aunque su uso racional y controlado no tiene por qué derivar en dependencia, es de suma importancia tener en cuenta el potencial de abuso por parte del paciente.³³

En España aún no se ha producido ninguna alerta sanitaria por el abuso de estos fármacos, no obstante debe recordarse que son sustancias catalogadas en la Lista I de estupefacientes y sustancias psicotropas sometidas a fiscalización de la Convención Única sobre Estupefacientes (1961).

Los farmacéuticos comunitarios tienen un papel crucial en la vigilancia de las prácticas de prescripción a través del control de las recetas y los registros de pacientes; así como en el seguimiento farmacoterapéutico de los pacientes porque al dispensar estos fármacos están en contacto directo y regular con ellos. Además pueden controlar la validez legal de las recetas y si son falsificadas, para evitar una venta del fármaco que derivará a un uso ilícito. Es importante que sean capaces de detectar conductas y sintomatología alarmantes para poder identificar pacientes de alto riesgo en relación a abuso/dependencia. Y en este caso poder educar e informar a los pacientes o derivarlos al médico para que valore su entrada en programas de tratamiento.^{5, 34}

VI. CONCLUSIONES

El desarrollo de los PMMOF permite un abordaje óptimo y completo de la dependencia a opioides gracias a las labores de educación sanitaria, atención farmacéutica y otros programas de prevención y promoción de salud que puede aportar el farmacéutico.

Los datos de ahorro sanitario obtenidos justifican el beneficio económico del desarrollo de PMMOF, incluso sin considerar los gastos sociales derivados del consumo de heroína, como la mortalidad prematura, el exceso de paro, inversiones en planes de prevención de adicciones o costes jurídicos, que elevarían notablemente la cifra final.

Los farmacéuticos comunitarios son los mejores posicionados para prevención de dependencia a fármacos opioides por su contacto directo y regular con pacientes de riesgo.

VII. BIBLIOGRAFÍA

1. Heroína. Comisión Clínica de la Delegación del Gobierno. Informe para el Plan Nacional sobre Drogas. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2009.
2. Gómez R. Aislamiento de la morfina. 200 años de un descubrimiento fundamental para la química moderna. *An. Quim.* 2006; 102(2): 45-53.
3. Servicio riojano de Salud. [Internet]. La Rioja. [Citado en Nov 2016]. Disponible en <http://www.infodrogas.org/>
4. NIDA: National Institute on Drug Abuse [Internet]. USA [Citado en 2016 Nov]. Disponible en: <https://www.drugabuse.gov/>
5. Escuela Andaluza de Salud Pública. Proyecto Experimental de Prescripción de Estupefacientes en Andalucía [Internet] Andalucía [Citado en Nov 2016]. Disponible en: <https://www.easp.es/pepsa/index.htm>
6. Farré M., Mas A., Torrens M. et al. Retention rate and illicit opioid use during methadone maintenance interventions: a meta-analysis. *Drug Alcohol Depend* 2002; 65:283-290.
7. Bobes J., Bobes MT. Long term effectiveness of methadone maintenance treatments in persons with addiction to opiates. *Adicciones.* 2012; 24(3): 179-184.
8. Mattick RP, Breen C, Kimber J, Davoli M. Methadone maintenance therapy versus no opioid replacement therapy for opioid dependence. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009, 3.
9. Rivera B., Casal B., Currais L., et al. valoración del impacto económico del consumo de drogas ilegales en Galicia desde una perspectiva social. *Presupuesto y Gasto Público.* 2012;66:109-126
10. Subdirección General de Actuación en Adicciones. Descripción de características de pacientes incluidos en el Registro Acumulativo de Drogodependencias. Comunidad de Madrid. 2015.
11. Blasco AJ, Llibre J.M., Arribas J.R. et al. Análisis de costes y de coste/eficacia de las pautas preferentes de GESIDA/Plan Nacional sobre el Sida en 2013 para el tratamiento antirretroviral inicial en adultos infectados por el VIH. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2013
12. Gullón J.A., García-García J.M., Villanueva M.A., et al. Costes de la tuberculosis en España: factores relacionados. *Arch BroncoNeumol.* 2016; 52(12): 583-589.
13. Roncero C., Dominguez-Hernandez R., Díaz T. et al. Management of opioid-dependent

patients: comparison of the cost associated with use of buprenorphine/naloxone or methadone, and their interactions with concomitant treatments for infectious or psychiatric comorbidities. *Adicciones*. 2015; 27 (3): 179-189.

14. Pineda, J. Neurobiological and clinical basis of opiate dependence. *Osasunaz*. 2001; 4: 159-176.
15. Guía clínica para el tratamiento de la dependencia de opiáceos. *Socidroalcohol*. 2007
16. Colom, J. et Duro, P., Tratamiento de Mantenimiento con Metadona: Manual de Práctica Clínica. Metadona - Uso terapéutico. Departament de Salut de Catalunya. 1ª ed. 2009.
17. Salinas A. J. Tesis: Rotación rápida desde morfina a metadona. Universidad de la Laguna. 2016
18. Vidal M.C. Deshabituación de opiáceos (I). *OFFARM*. 2002; 21 (1): 94-102.
19. Kreek M.J., Borg L., Ducat E., et al. Pharmacotherapy in the Treatment of Adicction: Methadone. *J Addict Dis*. 2010 April ; 29(2): 200–216.
20. Martín R. Protocolo de Metadona. Instituto de Adicciones Madrid Salud. PNSD. 2015.
21. TOXNET: Toxicology Data Network. [Internet]. NIH. US National Library of Medicine. [Citado Ene 2017]. Disponible en <https://toxnet.nlm.nih.gov/>
22. Cano, D. et Quitana, E. Manual de Farmacia de Atención Primaria. Programas de Tratamiento con opiáceos para pacientes dependientes de los mismos. SEFAP.
23. Markez, I., Iraurgi, I. et Póo, M. Programas de mantenimiento con metadona en el País Vasco: dispositivos específicos y oficinas de farmacia. *Trastornos Adictivos*. 2002; 4(3):171-180.
24. Arco, J. et Ruiz, J. Participación de las farmacias comunitarias en los programas de reducción de daños. *Revista Española de Drogodependencias*. 2008; 31(1): 38-52.
25. Blog de Esperanza Ortiz. Colegio Oficial de Farmacéuticos de Madrid [Internet] [Citado en Ene 2017] Disponible en: <http://www.higiacomunidad.es/blog/metadona-en-tu-farmacia-capitulo-2>
26. Procedimiento de elaboración de solución de hidrocloreuro de metadona al 1%. COFM.
27. Alberta College of Pharmacists. ODT Guidelines. Medication-Assisted Treatment for Opioid Dependence: Guidelines fo Pharmacists and Pharmacy Technicians. 2013
28. Gastelurrutia, M.A. El rol de la farmacia comunitaria en Salud Pública (El caso del farmacéutico ante las toxicomanías). *Farmacéuticos comunitarios*. 2012; 4(2): 78-83.
29. Gil, J. Mantenimiento con metadona en la farmacia. Una apuesta profesional y asistencial. *Farmacéuticos*. 2007; 330: 43-46.
30. Linaza, I. La atención farmacéutica en la CAPV. Programa de Mantenimiento con Metadona en Farmacias. *Gac Med Bilbao*. 2003: 19-20.
31. Projecte Home Balears. Coste económico y social del consumo de drogas en las Islas Baleares: Análisis de los costes y beneficios del tratamiento de las personas drogodependientes. 2013
32. Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías. Estadísticas 2016. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
33. Guzmán, M., Mora, R., Delgado, C.M., et al. Manejo del dolor crónico en Atención Primaria, perfil de prescripción de opiáceos mayores: indicación, coste y efectos secundarios. *Rev Soc Esp Dolor*. 2014;21(4)
34. Gallego, C., Ferreira, F.J., Lorenzo, S., et al. El farmacéutico comunitario como pieza importante en el seguimiento de pacientes tratados con opioides: las dos caras de una misma moneda. *OFIL*. 2016; 26(4): 332-333

VIII. ANEXOS

Anexo I. Hoja de derivación –Prescripción médica

HOJA DE DERIVACIÓN		
OFICINA DE FARMACIA: _____		
FECHA DE INGRESO EN LA OFICINA DE FARMACIA: _____		
FILIACIÓN / IDENTIFICACIÓN: _____		Nº DE HISTORIA: _____
NOMBRE Y APELLIDOS: _____		
DNI: _____		
DOMICILIO: _____		
TELÉFONO: _____		
CENTRO DE REFERENCIA: _____		
PRESCRIPCIÓN MÉDICA - FARMACIA ACREDITADA		
Nº FAX : _____		
FECHA DE BAJA: _____		
SITUACIÓN ACTUAL: _____		
DOSIS ACTUAL: _____		
MODALIDAD: _____		
NOMBRE DEL RESPONSABLE	DNI Nº	TELÉFONO
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
SITUACIÓN ORGÁNICA: _____		
ESTADO GENERAL: _____		
DIAGNÓSTICO BÁSICO: _____		
TRATAMIENTO ACTUAL: _____		
OBSERVACIONES: _____		

MÉDICO: _____	PSICÓLOGA: _____	
T. SOCIAL: _____	A.T.S.: _____	
FIRMA DEL MÉDICO: _____		

Este fax procede de un organismo público. Se comunica que puede contener información confidencial a la que solo tiene derecho a acceder el destinatario. En casos de recepción por error, deberá abstenerse de hacer uso del mismo y comunicarlo al teléfono arriba indicado.		

HOJA DE DERIVACIÓN P.M.- FARMACIA ACREDITADA

Oficina de Farmacia :

Fecha de Ingreso en Oficina de Farmacia :

Filiación Identificación

Nº Historia

Nombre y Apellidos :

D.N.I. Nº :

Domicilio :

Teléfono :

Centro de Referencia :

Fecha de Alta en P.M.M.:

Situación Actual:

Dosis Actual:

Modalidad:

Nombre Responsables	D.N.I. Nº	Teléfono

Situación Orgánica:

- Estado General
- Diagnostico Básico
- Tratamiento Actual
- Observaciones

Profesionales de Referencia:

Médico: _____ Psicólogo: _____
T.Social: _____ A.T.S.: _____

Firma del médico:

**PRESCRIPCIÓN MÉDICA MODIFICACIÓN DOSIS- FARMACIA
ACREDITADA**

DATOS DEL MÉDICO/A:

FECHA:

MÉDICO/A:

Nº COLEGIADO/A:

FIRMA:

CENTRO PRESCRIPTOR:

DATOS DEL FARMACÉUTICO/A:

FARMACÉUTICO/A:

DIRECCIÓN FARMACIA ACREDITADA:

DATOS DEL PACIENTE:

NOMBRE: Teresa

APELLIDOS: Peris Moral

CLAVE RAD: PEMO28081974

☐ PRESCRIPCIÓN : Clorhidrato de Metadona

- DOSIS DIARIA:
- FECHA DE INICIO DE LA MODIFICACIÓN

☐ MODIFICACIÓN DE DOSIS:

- DOSIS SOLICITADA: mg
- FECHA DE INICIO DE LA MODIFICACIÓN:

OBSERVACIONES:

AVISO LEGAL: ESTE DOCUMENTO PROCEDE DE UN ORGANISMO PÚBLICO Y CONTIENE INFORMACIÓN CONFIDENCIAL Y URGENTE, QUEDANDO PROHIBIDO EL USO DE LA MISMA A CUALQUIER OTRA PERSONA DISTINTA AL DESTINATARIO, EN CASO DE RECEPCIÓN POR ERROR, SE RUEGA AVISAR INMEDIATAMENTE AL REMITENTE. GRACIAS POR SU COLABORACIÓN