

El tratamiento con metadona reduce hasta tres veces el número de muertes por opiáceos

En el tratamiento de la adicción a los opiáceos, la metadona actúa como terapia sustitutiva. Una investigación, en la que participa la Universidad Complutense de Madrid, se propuso estudiar si la mortalidad en los usuarios era mayor mientras estaban en tratamiento o después de él. El resultado es que el número de muertes se reduce hasta tres veces en las personas que lo mantienen, por lo que el riesgo de complicaciones si se abandona es alto.



Un vaso de metadona en un centro de tratamiento en Indonesia. / [DFAT](#).

La mortalidad de las personas dependientes de opiáceos que siguen un tratamiento con metadona (o buprenorfina, en otros países) es tres veces menor que cuando lo abandonan, según concluye un estudio internacional en el que participa la Universidad Complutense de Madrid (UCM).

La Organización Mundial de la Salud estima que hay 15 millones de personas en el mundo dependientes de los opioides, entre ellos heroína, morfina o tramadol. Solo el 10% recibe tratamiento, y esta dependencia ocasiona la muerte de 69.000 personas al año.

“Nuestro objetivo era comprobar si la mortalidad en los usuarios era mayor mientras estaban en tratamiento. La conclusión principal es que este salva vidas”, sentencia Luis Sordo, investigador del [departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública](#) de la UCM y uno de los autores del estudio, publicado en *British Medical Journal*.



Este artículo muestra los resultados de una revisión sistemática de todos los estudios internacionales publicados de este tema desde 1974 hasta la actualidad.

El científico de la UCM destaca que el número global de muertes se reduce hasta tres veces, pero si se atiende solo a las muertes por sobredosis “la comparación de mortalidad dentro y fuera del tratamiento aumenta”.

Cuatro semanas cruciales

Estos resultados son fruto del seguimiento de 122.885 personas tratadas con metadona entre uno y trece años y de 15.831 tratadas con buprenorfina entre uno y cuatro años.

Sordo insiste en que, para que el tratamiento sea más efectivo, las cuatro primeras semanas son cruciales. “Al inicio se dan dosis bajas, para evitar la sobredosis al paciente. Este puede sentirse insatisfecho y recurrir a la heroína. Por eso, los profesionales tienen que hacerle entender que la metadona es incompatible con otros opiáceos. Este tiempo de ajuste es el crítico, pero una vez pasado, se reduce la mortalidad”, explica.

Además de reducir el número de muertes, el tratamiento con metadona mejora la calidad de vida del paciente. “La heroína demanda muchas dosis, tiempo y dificulta la tarea diaria. La metadona se suministra, bajo control sanitario, solo una vez al día y permite al individuo realizar otras actividades al mismo tiempo”, añade el investigador.

Con estos resultados, los expertos alertan de la importancia de mantener este tratamiento, en un momento en el que la heroína ha resurgido con [fuerza en Norteamérica](#) y voces críticas se han alzado contra la posibilidad de que determinados pacientes dependan toda la vida de metadona.

“Nadie cuestiona que una persona diagnosticada de diabetes o de depresión se pase toda su vida con insulina o antidepresivos. Pero con la metadona, cada cierto tiempo surgen las mismas críticas. La adicción a los opiáceos es una enfermedad crónica y como tal requiere tratamiento a muy largo plazo”, afirma Sordo.

En el estudio, además de la UCM, han participado el Instituto de Salud Carlos III (Madrid), el Centro de Investigación Biomédica en Red (CIBER), el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (Lisboa, Portugal) y las universidades australianas de Nueva Gales del Sur (Sidney) y de Melbourne.



Referencia bibliográfica: Luis Sordo, Gregorio Barrio, Maria J. Bravo, Iciar Indave, Louisa Degenhardt, Lucas Wiessing, Marica Ferri y Roberto Pastor-Barriuso. “Mortality risk during and after opioid substitution treatment: systematic review and meta-analysis of cohort studies”. *British Medical Journal*. 2017. [DOI: 10.1136/bmj.j1550](https://doi.org/10.1136/bmj.j1550)