

Situación al año de los adictos a opiáceos que siguieron tratamiento ambulatorio tras desintoxicación hospitalaria

OLMOS-ESPINOSA, R.⁽¹⁾, MADUZ-GÚRPIDE, A.⁽²⁾, OCHOA, E.⁽³⁾

(1) Medicina Familiar y Comunitaria. CAD 7. Madrid. (2) Residente de psiquiatría. Hospital Ramón y Cajal. Madrid. (3) Psiquiatra. Hospital Ramón y Cajal. Madrid.

Enviar correspondencia a:

Enriqueta Ochoa. Servicio de Psiquiatría. Hospital Ramón y Cajal. 28034 Madrid. e-mail: eochoa@hrc.insalud.es

RESUMEN

Se analiza la evolución al año de los dependientes de opiáceos en un programa ambulatorio que previamente han realizado desintoxicación hospitalaria. Se estudia a 32 pacientes, que constituyen la totalidad de los pacientes de un centro de atención ambulatoria (CAD 7 de Madrid) que durante el año 1998 son remitidos a desintoxicación a una Unidad de Desintoxicación Hospitalaria.

El perfil del paciente corresponde a un varón (84%), soltero (41%), usuario de drogas por vía inhalatoria (68%), con una historia de dependencia a opiáceos de más de 9 años de evolución (68%), con consumo concomitante de otras drogas (81%).

Al año la mayoría de los pacientes (72%) continúan en contacto con el Centro aunque el 37.5% del grupo inicial reciben tratamiento con metadona. No se encuentran diferencias entre los que abandonan la desintoxicación y los que son dados de alta del programa hospitalario en relación con su inclusión o abandono de diversos programas, lo que se atribuye a lo reducido de la muestra del estudio.

La evolución de estos pacientes hace necesario definir mejor el perfil de los pacientes que van a beneficiarse de la desintoxicación y los Programas libres de drogas.

Palabras clave: *Evolución, Adicción a opiáceos, Desintoxicación hospitalaria, Metadona, Programa libre de drogas*

ABSTRACT

A one-year follow-up was carried out on opiate addicts referred for outpatient treatment having previously undergone detoxification in hospital. 32 opiate addicts were studied, the total number of patients admitted to an Outpatients Centre (CAD 7 in Madrid) during 1998.

The patient profile is a user who is single (41%), male (84%), inhaler (68%), and one who has been taking drugs for more than 9 years (68%), and uses other drugs (81%).

In our study, most of patients (72%) kept in touch with the Centre but 37.5% of the initial group were taking methadone. No differences were found between those who give up detoxification and those who continue with the hospital programme in respect of their continuing or abandoning various programmes and this is attributed to the small size of our study.

The follow-up of these patients makes it necessary to have a better definition of the profile of the patient who is going to benefit from detoxification and drug-free programmes.

Key words: *Evolution, Opiate addiction, Hospital detoxification, Methadone, Drug-free treatment outpatients treatment.*

INTRODUCCIÓN

La evaluación del servicio y los resultados en la atención a los dependientes de sustancias debe de ser un objetivo prioritario en el estudio de las toxicomanías, ya que permite conocer la realidad y adecuar los recursos a las demandas y necesidades de los usuarios. Conocer la evolución de los pacientes tras acudir a un recurso puede servirnos a ponderar su utilidad y a adecuarlo a sus necesidades reales.

La evaluación puede realizarse por distintos métodos. Uno de ellos es medir la eficiencia mediante

estudios de seguimiento, tomando como criterio la adherencia al tratamiento valorada según el nivel de retención en el programa (García-Alonso et al 1989, Gossop et al 1989, Ochoa et al 1992, Sánchez-Carbonell et al 1989, Sánchez-Carbonell 1993). Aunque en programas muy estructurados como comunidades terapéuticas o programas con antagonistas la retención puede ser sinónimo de abstinencia, no siempre existe este paralelismo y considerar la retención equivalente de abstinencia supone una importante dificultad para evaluar los programas de objetivos intermedios y los de disminución del daño (Goldstein 1995). También dificulta la evaluación de recursos más

diversificados en los que no pueden equipararse las diversas situaciones (Iraurgi et al 1997).

Además, desde el punto de vista metodológico, la retención considerada como el tiempo transcurrido entre un primer momento donde el sujeto inicia un tratamiento o toma contacto con un servicio hasta un momento concreto posterior donde el sujeto recae en el consumo, es dado de alta o desaparece de la red asistencial, supone considerar equivalente situaciones muy diversas y en absoluto equiparables. Por otra parte, la "media" como valor de retención puede distorsionarse por valores extremos (Palmer 1993).

Aunque la comparación de medias o la técnica de regresión múltiple permiten utilizar el tiempo de retención como variable dependiente, exigen para ello que este tiempo sea exactamente conocido para todos los sujetos del estudio, algo difícil en los estudios en adicción, donde la incorporación a los programas se realiza paulatinamente y aparecen numerosas observaciones incompletas.

Las técnicas de análisis de supervivencia permiten obtener datos a partir de seguimientos de duración variable y con tiempos incompletos (Doménech y Sarría 1993). Por ello esta técnica está siendo utilizada cada vez con mayor frecuencia en el campo de las adicciones (Gossop et al 1989, Guirado et al 1994, Iraurgi et al 1997, Rhoades et al 1998).

Este estudio se realiza en el Centro de Atención a Drogodependientes (CAD) del sector 7 de Madrid y que en 1988 atendió a 706 pacientes en Programa Libre de Drogas (P.L.D.) (Memoria 1998). En la Comunidad de Madrid, según datos de su memoria de 1998, se atendieron un total de 12165 pacientes (de ellos 5811 en los programas municipales, a los que pertenece el CAD 7), de los que 9444 reciben tratamiento con P.L.D. y 2721 reciben tratamiento con Mantenimiento con Metadona (MM). De los 9444 pacientes en P.L.D. el 5,6% de los pacientes fueron derivados a las Unidades de Desintoxicación Hospitalaria (UDH). Los criterios de derivación a UDH fueron la necesidad de realizar desintoxicación junto con la imposibilidad de realizarla a nivel ambulatorio. Esto ocurre cuando no es posible cesar el consumo en los programas de desintoxicación ambulatorios, si existe sintomatología orgánica o psiquiátrica que requiera observación y tratamiento, ante la posibilidad de síndrome de abstinencia complicado y cuando no se cuenta con soportes psicosociales adecuados que garanticen la realización del programa de desintoxicación ambulatorio.

En 1998 las plazas de Mantenimiento con Metadona ascendían a 2721 en los centros de la Comunidad, junto con los 4200 que se atendieron en los Centros de Cruz Roja concertados para la atención de programas de reducción de riesgos. Del total de estos adictos en MM, 3322 eran pacientes de nuevo ingreso en

el programa, con un incremento del 200% sobre el año anterior, y 1037 dejaron el programa, con lo que a 31 de diciembre de 1998, 5413 pacientes recibían metadona en la Comunidad de Madrid.

En noviembre de 1997, en el CAD-7 se inicia la dispensación de metadona, que a lo largo del año 1988 se generaliza a todos los centros dependientes del Ayuntamiento. Existía una lista de espera generada por las pocas plazas existentes hasta ese momento. Por ello existía una importante demora en acceder a las plazas de metadona, aunque los profesionales y/o los adictos lo considerasen en ocasiones como el tratamiento más adecuado, refiriéndose en muchas ocasiones estos pacientes a tratamientos libres de drogas, que con frecuencia exigían un tratamiento de desintoxicación en régimen hospitalario.

En el CAD es un dispositivo monográfico ambulatorio, diseñado para abordar el tratamiento integral de los problemas relacionados con drogas. Cuenta programas de prevención, de asistencia y de deshabitación-reinserción, junto a programas de disminución del daño, como contempla el Plan Municipal sobre Drogas al que pertenece (PRD 1995).

El objetivo de este estudio es evaluar la adherencia a un programa de ambulatorio tras la realización de

TABLA 1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

Número de Sujetos	32(100%)	
EDAD	X= 33,41 (DB= 7,06)	
SEXO		
Varón		84,4%
Mujer		15,6%
ESTADO CIVIL		
Soltero		40,6%
Casado		15,6%
Separado/Divor.		21,9%
Otros		21,9%
ESTUDIOS		
Sin estudios		53,1%
EGB		21,9%
FP		12,5%
BUP/COU		9,4%
Superiores		0,0%
No consta		3,1%
SITUACION LABORAL		
Trabajo fijo		9,4%
Trabajo eventual		15,6%
Paro		56,3%
Baja laboral		9,4%
Jubilado		9,4%
ANTECEDENTES PENALES		
No		62,5%
Arrestos		12,5%
Prisión		21,9%
Libertad cond.		3,1%
VIH		
Negativo		78,1%
Positivo		18,8%
Desconocido		3,1%

desintoxicación hospitalaria, utilizando para ello un análisis de supervivencia y técnicas de estadística descriptiva.

MATERIAL Y METODOS

Se incluyen todos los pacientes con criterios DSM-III R de adicción a opiáceos, que son remitidos a desintoxicación desde el Centro de Atención a Drogo-dependientes (CAD) del sector 7 de Madrid a las Unidades de Desintoxicación Hospitalaria (UDH) durante el año 1998. Se excluyen aquellos adictos remitidos a desintoxicación en UDH que no presentaban adicción a opiáceos, sino a otras sustancias.

El total de pacientes incluidos en el estudio fue de 32 pacientes.

Cada paciente se incorpora al estudio al finalizar el programa de desintoxicación, considerándose el día del alta como el primer día en el programa estudiado. Durante el periodo de evaluación los pacientes acuden al CAD y todos se integran en diversos programas ambulatorios libres de drogas, según las características de los pacientes y las posibilidades del centro. Así algunos reciben una pauta de naltrexona de 100 mg lunes y miércoles y 150 mg los viernes, que se mantiene durante un periodo mínimo de 6 meses. Otros reciben terapia individual y otros asisten a terapia grupal. Evidentemente estas opciones no son excluyentes entre sí, y algunos pacientes acuden a las diversas modalidades de tratamiento.

El análisis de los datos se realiza mediante análisis de supervivencia (Doménech y Sarría 1993, Guirado et

TABLA 2. CARACTERÍSTICAS TOXICOLÓGICAS

Número de Sujetos	32 (100%)
VÍA CONSUMO	
Intravenosa	31,2%
Esnifada/fumada	68,8%
DESINTOXICACIONES ANTERIORES	
No	15,6%
Si	84,4%
TRATAMIENTOS PREVIOS	
No	15,6%
CCTT	9,4%
Ttos ambulatorios	21,9%
Múltiples	53,1%
OTROS CONSUMOS	
Cocaína	40,6%
Alcohol	6,3%
BZD	9,4%
Múltiples	25,0%
No	18,8%
AÑOS DE CONSUMO:	
Media:9,6 DS:7,6, Rango:4-23 años	
CANTIDAD MEDIA HEROINA:	
Media:0,6 gr, DS:0,2 gr; Rango: 0,2-1 gr.	

TABLA 3. CARACTERÍSTICAS DEL INGRESO EN UDH Y POSTERIOR EVOLUCIÓN

Número de Sujetos	32 (100%)	
DESINTOXICACION		
Expulsión		3,1%
Alta Voluntaria		43,8%
Alta Terapéutica		53,1%
TIPO TRATAMIENTO		
Clonidina		70,4%
Metadona		18,5%
Otros		11,1%
DIAS DE INGRESO	Media: 6,41, DS: 3,86	
TRATAMIENTO POSTERIOR	CON NALTREXONA	
Si	13	40,6%
No	19	59,4%
SITUACION AL AÑO DE UDH		
Abandono	7	21,8%
Sigue en tto	5	15,6%
Alta	4	12,5%
Metadona	12	37,5%
CCTT	2	6,2%
Prisión	1	3,1%
Exitus	1	3,1%
ADHERENCIA AL CENTRO		
Si	23	71,8%
No	9	28,1%

al 1994). Para la estimación de las funciones de supervivencia y otros análisis estadísticos se valoraron las variables: fecha de la acogida al programa, fecha de la última visita, estado del sujeto respecto al programa (sigue, alta, abandono, muerto, perdido), tipo de programa que realiza y otras variables sociodemográficas y de historia de consumo. Para el análisis se ha considerado como función de supervivencia el abandono de los programas del CAD. Los análisis descriptivos y las pruebas de contraste de medias y proporciones han sido realizados con el programa SPSS Versión 8.0 (Norious 1992).

RESULTADOS

De los 32 sujetos incluidos en el estudio, 27 (84%) corresponden a varones. La edad media es de 33.41 años (DE: 7,06) (Tabla 1). Según las características sociodemográficas y toxicológicas, el paciente tipo es varón (84%), soltero o separado (62%), con baja cualificación académica (70%), en situación de paro laboral (56%), sin antecedentes penales (62%), VIH negativo (78%), no ADVP (68%), con desintoxicaciones previas (84%), y consume habitualmente otras drogas de abuso como cocaína, benzodiacepinas o alcohol (81%) (Tabla 1 y 2).

Durante el ingreso en la UDH (Tabla 3) la mayoría de los pacientes (70%) recibieron tratamiento de desintoxicación con clonidina frente al 18% que reci-

bieron desintoxicación con metadona. La media de días de ingreso fue de 6,4 días.

Un poco más de la mitad de los pacientes (53%) realizó la desintoxicación de forma adecuada, mientras que el 43,8% lo abandonó solicitando el alta voluntaria y 1 paciente (3,1%) fue expulsado de la Unidad. A pesar del abandono del programa todos los pacientes fueron remitidos al CAD para continuar tratamiento.

La evolución durante el año siguiente a la realización de la desintoxicación se refleja en la tabla 3 y gráfica 1. La función de supervivencia se estima como abandono del programa (Gráfica 1), y la curva de supervivencia muestra como la mayor pérdida de pacientes ocurre al principio del programa produciéndose después un aplanamiento de la curva.

Durante el periodo de seguimiento ambulatorio a 13 pacientes se les prescribió naltrexona, que tomaron durante unas pocas semanas de tratamiento. Su cese se debió a decisión unilateral de los pacientes, dado que inicialmente se planteó tomarla 6 meses como mínimo.

La adherencia se consideró buena en 23 pacientes frente a 9 pacientes que abandonaron toda la relación con el centro (7 por abandono, 1 por ingresar en prisión y 1 por muerte en relación con el consumo). No encontramos diferencias significativas respecto a las características sociodemográficas y toxicológicas entre los pacientes que abandonaron y aquellos que continuaron acudiendo al CAD, posiblemente debido al bajo número muestral.

Entre los 23 que siguieron en contacto con el CAD, 4 fueron dados de alta terapéutica, 5 seguían el tratamiento ambulatorio en P.L.D., 2 habían sido remitidos y se encontraban en comunidad terapéutica (CCTT), y 12 pacientes (el 37,5% del total, y el 52% de

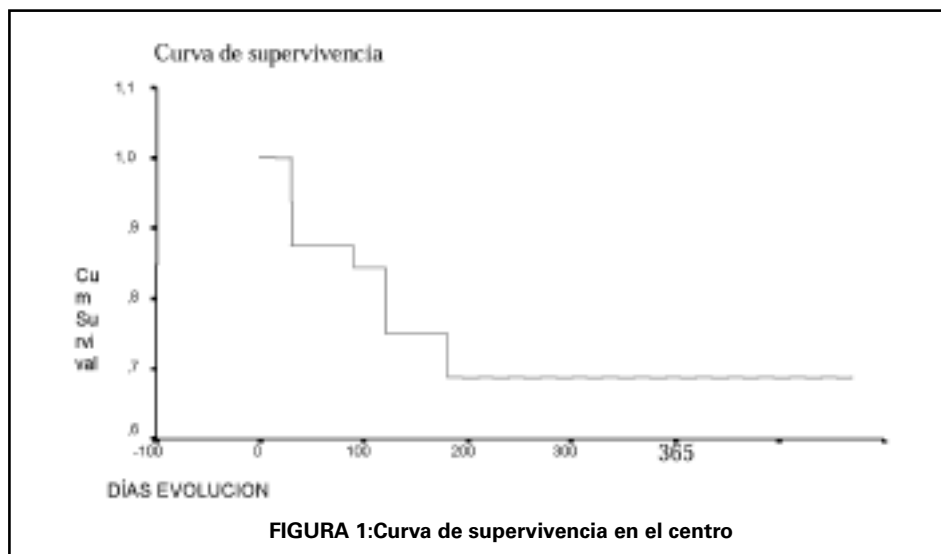
los que continuaban en contacto con el centro) habían iniciado tratamiento con metadona.

Al valorar la evolución de los 15 pacientes que no finalizan el tratamiento de desintoxicación, encontramos que 7 reciben tratamiento con metadona mientras que 4 habían abandonado el contacto con el Centro y otros 4 se encontraban en diferentes situaciones. No existían diferencias significativas entre estos pacientes y aquellos que habían recibido el alta terapéutica de la UDH respecto a la situación de abandono del programa y de inclusión en programas de metadona. Tampoco la había entre aquellos que continuaban en P.L.D. y los que recibían agonistas, hecho atribuible al bajo número muestral.

Si consideramos los pacientes que continúan en P.L.D. o bien han sido de alta terapéutica encontramos que al año solo el 28% permanecen en este tipo de programas o lo han finalizado exitosamente. La curva de supervivencia presenta una mayor pérdida de pacientes en las primeras fases del mismo, produciéndose después un aplanamiento de la curva. Aunque este valor es la retención en el programa, la adherencia al centro es muy diferente, y realmente el valor de la retención es poco significativo de la situación real que se plantea en el centro.

DISCUSION

Nos llama la atención el elevado número de pacientes (72%) que al año siguen en contacto con el centro, aunque el 44% han pasado de P.L.D. a otros programas, ya sea CCTT (2 pacientes) o MM (12 pacientes). Solo el 12% han sido dados de alta terapéutica, lo que concuerda con el carácter crónico que presenta la dependencia. Estos datos son concordantes con los hallados en programas de agonistas (Fer-



nandez Miranda y Marina Gonzalez 1999), dado que un número importante de pacientes son remitidos a este tipo de programas.

El alto número de pacientes que han sido derivados a programas de metadona después de intentar una desintoxicación en régimen hospitalario indica que para muchos de ellos es muy difícil sino imposible el mantener la abstinencia. El paso al programa de metadona deriva de la recaída en el consumo y el deseo del paciente de continuar tratamiento en el centro, en programas que no exijan la abstinencia.

La comparación con otros estudios es dificultosa, pues aunque todos ellos ofrecen un indicador de la retención observada en cada programa, la valoración desde el punto de vista metodológico y estadístico son difícilmente comparables.

Al valorar la evolución de los pacientes encontramos que es en los primeros periodos de tratamiento cuando se abandona los P.L.D., indicando el elevado riesgo de consumo tras realizar desintoxicación y entrar en un programa libre de drogas. Esto también ha sido observado por otros autores, que encuentran una probabilidad mayor de 0,5 de consumir en el primer mes (Guirado et al 1994, Iraurgi et al 1997).

La tasa de retención en los diversos programas ambulatorios es variable. Al mes se ha consignado que es alrededor del 80% en algunos programas de naltrexona (Iraurgi et al 1997, Ochoa et al 1992), y en otros se señala que es del 60-70% (García y Ezquiaga 1991, Sánchez-Carbonell et al 1988). En programas ambulatorios libres de drogas, la retención a los 6 meses se cifra entre un 14%-55% (Bedate et al 1995, García y Ezquiaga 1991, Iraurgi et al 1997, Ochoa et al 1992, Sánchez-Carbonell et al 1988). Finalmente, a los 12 meses la probabilidad de permanecer en el P.L.D. es mucho menor, oscilando entre el 5-23% (Bedate et al 1995, García y Ezquiaga 1991, Iraurgi et al 1997, Ochoa et al 1992, Sánchez-Carbonell et al 1988).

Por tanto, el alto abandono que existe en los P.L.D. hacen necesario que estos tengan unos criterios de inclusión y permanencia "flexibles" para que sean útiles en el tratamiento de la adicción.

Seguramente va a ser necesario definir un perfil de pacientes que van a beneficiarse de la desintoxicación y los P.L.D., así como el momento en que deben entrar en estos programas, que nunca son opuestos a otros programas como los desarrollados en CCTT o en MM, sino complementarios, siendo uno de los retos actuales definir que pacientes y cuando deben ser incluidos en los diferentes programas de tratamiento.

El perfil sociodemográfico y toxicológico de nuestros pacientes debe ser comparado al perfil del total de los sujetos que reciben tratamiento en la Comunidad de Madrid (Memoria 1998). Estos son también varones (80%), solteros (71%), de 28 años de edad media, trabajan el 25%, el 33% no han completado los estudios

primarios, sin incidencias legales el 47%, el 49% habían realizado tratamientos en la Red, el tiempo medio de consumo fue de 7,6 años. Nuestros pacientes son semejantes, excepto que son más mayores, el porcentaje de solteros es menor, llevaban más años de consumo y era mayor el porcentaje de pacientes que había realizado tratamientos en la Red. Este perfil de nuestros pacientes (más viejos, con muchos años de consumo y múltiples tratamientos), probablemente puede indicarnos a priori que la dificultad para permanecer abstinentes sea mayor que para la mayoría de los adictos.

El que muchos de estos pacientes en el seguimiento se encuentren en programas de mantenimiento con metadona, indica en nuestro criterio, que como está en estos momentos ocurriendo es necesario implementar los programas de agonistas en la Comunidad de Madrid, y reducir las desintoxicaciones y los programas libres de drogas a aquellos que así lo precisan y demandan.

Creemos también que desde el CAD se ha hecho un importante esfuerzo, con frecuencia poco recompensado para mantener a los adictos en contacto con el Centro a pesar de las limitaciones para acceder a algunos programas que se han mostrado fundamentales para muchos adictos.

Este estudio nos permite concluir la necesidad de implementar los programas de agonistas en la Comunidad de Madrid, junto a la necesidad de mantener criterios flexibles en los diversos tratamientos que realizan estos pacientes. Son necesarios más estudios que nos ayuden a definir el perfil del paciente que más se beneficiará de cada programa, y que ayude a mejorar la adherencia del adicto a opiáceos.

BIBLIOGRAFÍA

- Bedate J, Bobes J, Ochoa E, Sole J. Evaluación del tratamiento de los heroinómanos con naltrexona. Estudio multicéntrico. En M. Casas, M. Gutiérrez y L. San (Eds). *Avances en Drogodependencias. Tratamientos farmacológicos*, 1995. 129-168. Barcelona, Ediciones en Neurociencias.
- Doménech JM, Sarriá A. Análisis de la supervivencia. En J.M. Doménech y A. Sarriá (Eds). *Análisis Multivariante en Ciencias de la Salud: Modelos de Regresión*. Barcelona, Signo. 1993.
- Fernández Miranda JJ, Marina González PA. Manual de los tratamientos de mantenimiento con opiáceos. Fernández Miranda, Marina González (Eds.). Oviedo 1999.
- García A, Ezquiaga E. Estudio descriptivo de 433 drogodependientes que acudieron a un centro de salud mental. *Adicciones* 1991; 3: 167-180.
- García-Alonso F, Gutiérrez M, Sans L et al. A multicenter study to introduce naltrexona for opiate dependence in Spain. *Drug Alcohol Depend* 1989; 23: 117-121.

- Goldstein A. Adicción. Ediciones en Neurociencias, Barcelona. 1995.
- Gossop M, Green L, Phillips G, Bradley B. Lapse, relapse and survival among opiate addicts after treatment. A prospective follow-up study. *British Journal of Psychiatry* 1989; 754: 348-353.
- Guirado V, Freixa M, Guàrdia J, Salafranca LI, Turbanny J. Predicción del riesgo de recaída en tratamientos de drogodependientes. *Adicciones* 1994; 6: 453-463.
- Iraurgi I, Jiménez-Lerma JM, Herrera A, Murua F, Gutiérrez-Fraile M. Tasas de retención y consumo en un programa de antagonistas opiáceos. Un análisis de supervivencia. *Adicciones* 1997; 9: 7-21.
- Memoria 1998. Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid. Consejería de sanidad y servicios Sociales. Agencia Antidroga. Comunidad de Madrid.
- Norious MJ. / SPSS Inc. Statistical package for the Social sciences/ PC+ 4.0. Chicago, SPSS Inc. 1992.
- Ochoa E, Arias F, Somoza JC, Vicente N, Jordá L. Retención en un programa de mantenimiento con naltrexona: dos años de seguimiento. *Adicciones* 1992; 4: 207-214.
- Palmer A. Estimadores de localización como descriptores de las variables de consumo. *Adicciones* 1993; 5:171-184.
- PRD. Plan Regional sobre Drogas: Dispositivos asistenciales y modelos de procedimiento. Comunidad de Madrid, 1995.
- Rhoades HM, Creson D, Elk R, Schmitz J, Grabowski J. Retention, HIV risk, and illicit drug use during treatment: methadone dose and visit frequency. *Am J Public Health* 1998; 88: 34-39.
- Sánchez-Carbonell J. La evaluación de la eficiencia del tratamiento ambulatorio con heroínómanos. *Adicciones* 1993; 5: 359-370.
- Sánchez-Carbonell J, Brigos B, Camí, J. Evolución de una muestra de heroínómanos dos años después del inicio del tratamiento. *Proyecto EMETYST. Medicina Clínica* 1989; 92: 135-139.