

# Drogodependencias-SIDA: Intervención socio-sanitaria en el ámbito domiciliario (1990-1998)

TATO, J.<sup>(1)</sup>; NICOLÁS, I.<sup>(2)</sup>; SABORIDO, T.<sup>(2)</sup>; LACASTA, S.<sup>(2)</sup>; RODRÍGUEZ, N.<sup>(2)</sup>; TOMÁS, X.<sup>(2)</sup>; MORENO GÓMEZ, M.<sup>(2)</sup>

(1) Toxicomanías/SIDA.

(2) PADS. Cruz Roja. Barcelona.

Enviar correspondencia a:

Jorge Tato. CAS Toxicomanías. Creu Roja. C/ Junta de Comerç, 10 08001 Barcelona. cas@drogsida.creuroja.org.

## RESUMEN

Se presenta la experiencia de nueve años de funcionamiento de un programa público, integral y multidisciplinar de atención domiciliar para enfermos drogodependientes con Sida.

Desde su reestructuración en 1993, se han atendido 329 dependientes de opiáceos (86% UDVP) con características socio-demográficas propias de población marginal. Su media de edad era 33,8 años y los varones (70,2%), tenían de forma significativa, 2 años más que las mujeres. La Tuberculosis fue la enfermedad definitoria de SIDA del 37,8% de casos. El 67,4% se clasificaron, según CDC, en el grupo C<sub>3</sub> y el 62,2% tenía un Karnofsky  $\leq$  70.

La permanencia global en programa fue de 11,4 meses, observándose diferencias significativa entre sexos a favor de las mujeres (+3 meses). Hubo 216 bajas, 114 por exitus y solo 39 pérdidas de contacto.

Conclusiones:

1. El control de la toxicomanía, principalmente PMM, permite y condiciona positivamente el resto de intervenciones del programa.
2. Se relaciona la disminución de la mortalidad en 1996-1998, con las nuevas terapias antirretrovirales.

**Palabras clave:** Sida, drogodependencia, metadona, asistencia domiciliaria.

## ABSTRACT

We present the experience of a public, multidisciplinary and integrate home care program for AIDS and drugdependent patients during nine years.

Since the remodelling in 1993, we have treated 329 patients (86% intravenous users) whose social and demographic living conditions relate with a marginal group of population. Their average age was of 35.8 years and men (70.2%) were significantly 2 years older than women. In the 37.8% of the cases, tuberculosis was the main illness for diagnosing AIDS. Following the CDC criteria, the 67.4% were included in the C<sub>3</sub> group and the 62.2% had a Karnofsky index  $\leq$  70.

The remaining time in the program had a media duration of 11.4 months, with significant differences between sexes, women stayed 3 more months than men.

They were 216 interruptions of the program, 114 exitus and only 39 patients lost contact.

Conclusions:

1. Stopping the drug abuse, mainly with the help of methadone prescription, clearly improves the accomplishment of the remaining activities of the program.
2. The decrease of the mortality during the period 1996-1998, is directly related with the new anti-retroviral therapies.

**Key words:** AIDS, drug dependency, methadone, home care.

## INTRODUCCIÓN

Las personas dependientes de opiáceos en consumo activo, debido a las características del mismo fenómeno de la dependencia y al rechazo social existente, padecen una gran desestructuración social y familiar junto a múltiples carencias personales.

Es conocido que tienen un difícil acceso a los recursos socio-sanitarios debido a mantener unos objetivos ambivalentes en sus demandas de tratamiento y que

el seguimiento por parte de los mismos es también difícil a causa de irregularidad de los contactos.

En ésta población, cuando además está afectada por el SIDA, sobre todo en estadios avanzados, se hace aún más patente la escasez de recursos, lo que acaba sumiendo a parte de sus individuos; precisamente los más carentes, en la más absoluta indigencia, apartados de sus familias y sin un techo bajo el que guarecerse.

En el año 1990, tras identificar las nuevas problemáticas que la epidemia del SIDA generaba en los

pacientes toxicómanos y en previsión de una escalada en el número de casos que el transcurso del tiempo ha confirmado (Casabona et al, 1997(1), en Cruz Roja de Barcelona, nace la idea de crear un programa que dé respuesta a tal situación desde una perspectiva integradora multidisciplinar, primando la calidad y dedicación en la atención.

Esta idea, plasmada en el Programa de Atención Domiciliaria para enfermos de SIDA (PADS), se ha mantenido en el tiempo como filosofía en las diferentes reestructuraciones que merced a la disponibilidad presupuestaria se han producido en el Programa hasta su actual estructuración, a principios de 1998.

## CARACTERÍSTICAS DEL PROGRAMA

La base operativa del PADS está ubicada en el local que Cruz Roja Barcelona tiene en la calle Junta de Comercio y comparte dependencias con el CAS (Centro de Asistencia y Seguimiento) de Toxicomanías de la propia Cruz Roja. Dicho local está situado en el antiguo Barrio Chino y en pleno corazón de Barcelona, cercano a las Ramblas en el Distrito I (Ciutat Vella). Actualmente en transformación, aún se caracteriza por ser una de las zonas socialmente más deprimidas de la ciudad, con un alto índice de desempleo (Gómez P, 1994(2), inmigración, tráfico de drogas, prostitución, conflictividad legal y elevada prevalencia y mortalidad por infección por VIH y tuberculosis.

Además, el CAS de Cruz Roja, por ser uno de los centros de la Red de Drogodependencias de Barcelona que permanece sin sectorizar, atiende pacientes del resto del área metropolitana con similares características sociales y sanitarias.

El programa tiene como objetivo cuidar de las personas enfermas de SIDA, que además son drogodependientes, desde una perspectiva multidisciplinar, en su domicilio y de forma integradora con sus familiares y entorno. Los criterios para la inclusión de usuarios en el programa utilizados hasta 1.998 son:

- Diagnóstico de SIDA o número de linfocitos CD4 inferior o igual a 200/mm<sup>3</sup>
- Diagnóstico de dependencia de drogas con patología asociada que limite seriamente su autonomía y les haga precisar de atención domiciliaria
- Residentes en Barcelona o área metropolitana.

El equipo esta compuesto por dos médicos, dos enfermeras y dos trabajadores sociales, y cuenta además con trabajadoras familiares a horas convenidas y el voluntariado de Cruz Roja.

Las actividades que se realizan en el PADS son:

- Asistencia Médica, coordinada con Servicios de Enfermedades Infecciosas de los Hospitales de

referencia. Equipos de refuerzo domiciliario a la Atención Primaria sanitaria social (PADES) o Areas Básicas de Salud (ABS)

- Tratamiento de la drogodependencia
- Educación Sanitaria individual del paciente y su familia
- Apoyo emocional a la familia y al paciente
- Tratamientos endovenosos, curas y fisioterapia
- Función tanatológica (Kübler-Ross, 1975(3); Guibert, 1991(4)
- Consejo asistido (counselling) (Majore, 1971(5); Noll, 1990(6).
- Asesoramiento y gestión de recursos sociosanitarios
- Orientación y seguimiento legal; salvaguarda de derechos personales, de adultos y niños (Sontag, 1989(7).
- Ayuda en el hogar mediante la intervención de las trabajadoras familiares
- Actividades de voluntariado (Teleasistencia domiciliaria, acompañamientos, gestiones, etc.)
- Actividades de Formación
  - al voluntariado
  - diplomadas en trabajo social
  - diplomadas en enfermería
  - escuelas de Trabajadoras Familiares

Las intervenciones se realizan siempre allí donde se encuentre el paciente: domicilio, hospitales generales, prisiones, etc. y el horario de atención es de lunes a viernes, mañana y tarde, con posibilidad de cubrir, mediante sistema de Teleasistencia domiciliaria, las 24 horas del día, dependiendo de las necesidades del paciente.

## RESULTADOS

Del PADS de la primera etapa 1.990-1.993 se tiene constancia de haber atendido a 57 personas, de las cuales 7 continuaron en programa y el resto (50) murieron.

Desde Mayo de 1993 hasta 31 de diciembre de 1998, en la actual etapa, se han atendido un total de 329 pacientes. Los pacientes del PADS son varones en el 70,2 % de los casos. Tienen una edad global media al ingreso en programa de 33,8±6.6 años y la media de edad de las mujeres es de forma significativa, 2 años menor que la de los hombres. El resto de las características socio-demográficas se presentan en la Tabla I.

Fueron remitidos al programa desde su CAS de Toxicomanías 44.8%, adonde acudían para recibir tra-

**Tabla I. Datos sociodemográficos al ingreso en programa (1.993-1.998)**

<b>EDAD</b>	<b>x±DS</b>	<b>%</b>	<b>n</b>
Global	33.8±6.6		329
Hombre	34.4±6.8	70.2	231
Mujer $p = .003$	32.4±5.9	29.8	98
<b>ESTADO CIVIL</b>			
Soltero		55.9	184
Separado		20.4	67
Casado		14.3	47
Viudo		4.3	14
Otros		5.2	17
<b>Nº DE CONVIVIENTES</b>		3.1±2.0	
solos		17.0	56
una		28.6	94
dos		21.0	69
tres		15.2	50
mas de tres		18.2	60
<b>TIPO FAMILIA</b>			
de origen		53.9	177
pareja e hijos		9.4	31
pareja		10.0	33
solo mas soporte familiar		10.6	35
otras modalidades		16.1	53
<b>SITUACIÓN ECONOMICA</b>			
ayuda familiar		40.4	133
P. C. INSS		15.5	51
P.N. Contributiva		23.7	78
P. INEM		8.5	28
otros		11.9	39
<b>SITUACIÓN LEGAL</b>			
normalizada		58.7	193
causas pendientes		30.4	100
prisión pendiente		6.4	21
artículo 196.1		4.6	15
<b>LOCALIDAD RESIDENCIA</b>			
Barcelona		72.9	240
	distrito I	54.8	
	distrito VII	8.8	
	resto distritos	<7.5	
Alrededores		27.1	89

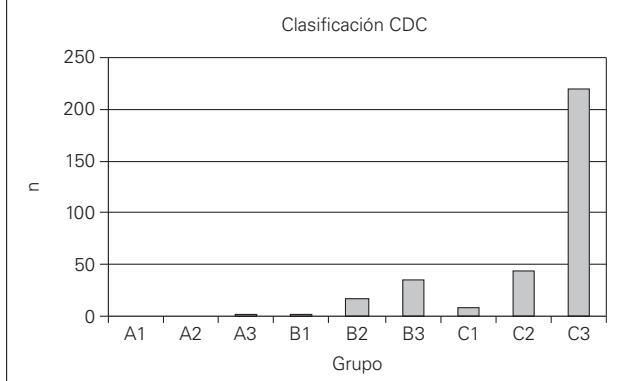
tamiento de dependencia a drogas, que en algún momento de su vida habían utilizado por vía endovenosa (posible vía de transmisión en el 86.0% de la infección VIH/SIDA que padecen). Entre sus antecedentes patológicos debe reseñarse además el haber

recibido tratamiento por TBC activa en el 44.1% de los casos (Tabla II), lo que había sido la enfermedad definitiva para el diagnóstico de SIDA en el 37.8% de los casos y había originado su clasificación, según CDC revisada en 1993 (Fig. 1), en el grupo C<sub>3</sub> (67.4%). Al

**Tabla II. Antecedentes de Tuberculosis al ingreso en programa (1.993-1.998)**

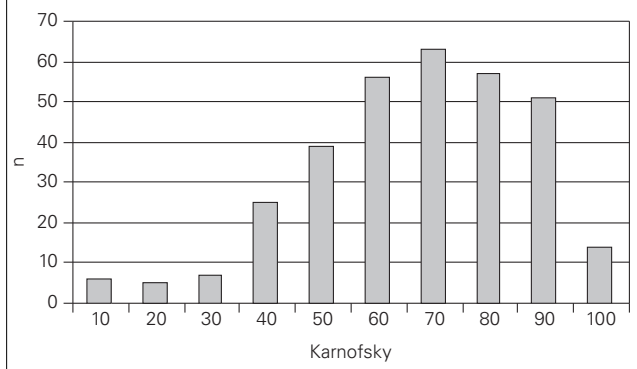
Antecedentes de tuberculosis	n	%
Tratamiento completo	141	42.9
Tratamiento incompleto	4	1.2
Prueba Tuberculina positiva		
Quimioprofilaxis	22	6,7
No quimioprofilaxis	9	2.7
P. Tuberculina negativa	103	31.3
P. Tuberculina no realizada	50	15.2

**Figura 1. Clasificación al ingreso según CDC de los pacientes atendidos en el período 1993-1998**



ingresar en programa, el 62.2% de los pacientes tenían una valoración en la escala de Karnofsky igual o inferior a 70 (Fig. 2).

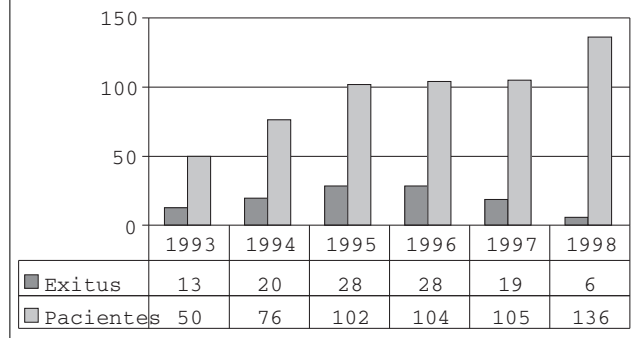
**Figura 2. Valoración al ingreso en la escala de Karnofsky de los pacientes atendidos en el período 1993-1998**



De los 329 pacientes atendidos en la etapa 1993-1998, 216 han causado baja del mismo, 114 al fallecer (52.8%), 63 pacientes derivados hacia otros recursos sociosanitarios y los 39 restantes por pérdidas de contacto con el programa (menos del 12 %), sin detectar-

se diferencias entre sexos para dicha variable. Al comparar la evolución por años de los motivos de baja en programa, encontramos diferencias significativas que se acentúan al comparar de forma individualizada, la defunción con el número de pacientes atendidos anualmente (Fig. 3).

**Figura 3. Evolución del número de pacientes atendidos y fallecidos en el período 1993-1998**



También se detecta una mejoría en el último año, para los valores de la escala de Karnofsky de los pacientes a su ingreso en programa, no así para los de la clasificación del VIH/SIDA según CDC, que se mantienen estables en el tiempo.

La permanencia media en programa ha sido de 11.4±11.8 meses (intervalo de 0.1 a 73.6 meses), observándose de forma significativa que las mujeres han permanecido en programa por término medio 3 meses más que los hombres, independientemente de las diferentes opciones de baja.

En cuanto a intervenciones por parte del equipo aparecen reflejadas en la (Tabla III).

**Tabla III.- Numero de pacientes que han recibido cada tipo de intervención (1.993-1.998)**

Intervenciones	n	%
Soporte emocional paciente	281	85.1
familia	176	53.5
Intervención social	230	69.9
Tratamiento con Metadona	214	65.0
Educación sanitaria	226	68.7
Función Tanatológica	24	7.3
Curas en domicilio	6	1.8
Fisioterapia	5	1.5
Tratamiento endovenoso domiciliario	3	0.9

El número total de intervenciones realizadas durante el período es de 35.927, que hacen un promedio de 109 por paciente.

## CONCLUSIONES

- Los datos demográficos de nuestros pacientes concuerdan casi en su totalidad con los facilitados por los diferentes organismos de vigilancia epidemiológica del SIDA (Casabona et al. 1997(1) salvo en los referentes a edad en varones, ya que nuestros usuarios son un año más jóvenes; y en la distribución por sexos, donde las mujeres son un 10 % más que la referencia.
- La primera observación la relacionamos con una posible transmisión del VIH más temprana, por ser UDVP de una zona especialmente deteriorada socialmente y en cuanto a tráfico y consumo de drogas se refiere. ( Ciutat Vella. (SIDB), 1997(8)
- La segunda con la mayor capacidad de las mujeres para acceder y utilizar los recursos sociosanitarios existentes, en comparación con los hombres.
- La diferencia de permanencia en el programa de 3 meses a favor de las mujeres, no relacionada con el tipo de baja, creemos es debida también a la más precoz utilización del programa.
- La disminución significativa en el número de defunciones durante el presente año creemos que está relacionada directamente con la eficacia de las nuevas terapias antirretrovirales, que han mejorado o estabilizado el estado de salud de los pacientes
- La disminución en el último año, de la puntuación de los pacientes en la escala de Karnofsky, creemos que está relacionada con la ampliación en recursos profesionales de nuestro programa a un PADES completo, que ha permitido incluir a un mayor número de pacientes a los cuales anteriormente no se podía dar asistencia, pese a cumplir con criterios de inclusión del PADS.
- La estabilización de la clasificación CDC a través del tiempo, creemos es debida a su relación directa con los criterios de inclusión.
- La utilización de metadona en pacientes terminales dependientes de opiáceos, en la modalidad de preparado comercial de dispensación en las Oficinas de Farmacia para su administración en domicilio, ha permitido controlar la toxicomanía y seguramente facilitar una retención global mas que aceptable al tratamiento, si la comparamos con los porcentajes sobre abandonos y expulsiones de los PMM (Programas de Mantenimiento con Metadona) de bajo umbral de nuestra zona de actuación, cuyos usuarios mantienen similares características (Torrens et al.), 1.995(9).

La experiencia clínica acumulada durante estos años, nos lleva a participar las siguientes consideraciones que por su relevancia e influencia en el desarrollo del programa y en la calidad de la intervención, creemos las hacen acreedoras del interés general. La

evaluación de las mismas, bien sea por su complejidad o por lo limitado de nuestros recursos, no se ha podido realizar hasta la fecha y no nos permite su presentación como conclusiones.

- El control de la toxicomanía, permite el reagrupamiento familiar y reduce su problemática, facilitando el afrontamiento de la enfermedad por parte del paciente y condicionando de forma positiva el resto de intervenciones del equipo.
- De igual forma, las actuaciones en el marco social sobre el paciente y/o su familia, facilitan el tratamiento y control de la toxicomanía y del resto de patologías.
- La atención domiciliaria y el contacto con la familia del paciente mejoran el nivel de información de los profesionales a la hora de evaluar problemáticas y carencias emocionales, dietéticas, de higiene, de servicios, etc., permitiendo una intervención más efectiva y precisa.
- A su vez, la visita domiciliaria y la participación de la familia, permite un mejor control sobre el cumplimiento de los tratamientos.

El seguimiento frecuente y continuado a través del tiempo, permite la elección de los momentos mas adecuados para realizar las intervenciones e insistir sobre decisiones que fueron rechazadas en un principio.

- El frecuente control del estado de salud del paciente facilita el tratamiento temprano de las infecciones oportunistas, acortando el tiempo de resolución de las mismas, disminuyendo el padecimiento del paciente y su consunción.
- Debido a la naturaleza infecciosa de la problemática sanitaria que genera el SIDA y pese a las intervenciones en salud sobre el paciente y su familia, no se evitan los ingresos hospitalarios de los mismos, sino al contrario se aumentan, sobretudo si los comparamos con la población toxicómana de referencia, pero ello se traduce en una mejora en la salud pública.

## BIBLIOGRAFÍA

- (1) Casabona J, Valls M. (1997) Informe Anual 1996. en: Sistema integrat de vigilància epidemiològica del VIH/Sida a Catalunya (SIVES).
- (2) Gómez P. (1994) Desigualtats socials a la ciutat de Barcelona: Barcelona Societat 2, Ajuntament de Barcelona.
- (3) Kübler-Ross E. (1975) Sobre la muerte y los moribundos. Barcelona: Editorial Grijalbo.
- (4) Guibert H. (1991) Al amigo que no me salvó la vida. Barcelona: Tusquets Editores.

- (5) Majore I. (1971) Muerte, vida y enfermedad. Alcoy: Marfil.
- (6) Noll P. (1990) Palabras sobre el morir. Barcelona: Ediciones Destino.
- (7) Sontag S. (1989) El SIDA y sus metáforas. Barcelona: Muchnik Editores.
- (8) SIDB. (1997). Sistema d'Informació de Drogodependències de Barcelona. Informe 1995. In: Institut Municipal de la Salut Servei d'Epidemiologia Pla d'Acció sobre Drogues Barcelona.
- (9) Torrens M, Castillo C, San L. (1995) Programas de Metadona de bajo umbral. en: Avances en Drogodependencias, Tratamiento Farmacológico. Barcelona: Ediciones en Neurociencias, 45-58.