

El ingreso hospitalario de desintoxicación en pacientes graves en programa de mantenimiento con metadona: resultados a corto y medio plazo

María Dolores Martín Jurado ^(*)(1), Jesús Vicente Cobo Gómez ^(**)(1), Ramón Coronas Borri ^(**)(1), Mireia Pérez del Olmo ^(***)(2), Lourdes Nieto García ^(***)(2), Laura Ros Ribes ^(***)(1), Ester Patró Moncunill ^(*)(1), Rosa Montero ^(**)(3) y Gemma García Parés ^(**)(1)

(*) Enfermera; (**) Psiquiatra; (***) Psicóloga; (****) Residente de Psiquiatría

(1) Salut Mental. Corporació Sanitària Parc Taulí

(2) Programa de Doctorado en Psicología. Universitat Autònoma de Barcelona

(3) Centre d'Atenció i Seguiment de Drogodependències de Sabadell (CAS)

Resumen

Introducción: Se analiza naturalísticamente la evolución durante seis meses de pacientes graves en Programas de Mantenimiento con Metadona (PMM) que presentan recaídas en el consumo de opiáceos y/o cocaína y requieren un ingreso hospitalario de desintoxicación. El diseño es prospectivo y la estadística descriptiva. Resultados: Se realiza el seguimiento de 15 personas que cumplían los criterios de inclusión durante 18 meses consecutivos. La mayoría de los pacientes (11:15) recaen precozmente en el consumo de drogas. El patrón de reinicio de consumo es similar: primero reinician el consumo de cocaína y posteriormente de opiáceos. El tiempo medio de recaída en cocaína es de 1.8 meses, y de heroína es de 2.8 meses. Conclusiones: La efectividad a corto y medio plazo del ingreso hospitalario de desintoxicación en PMM, que han recaído en el consumo de drogas es baja. El patrón de nuevas recaídas es predecible y típico.

Palabras Clave

Cocaína, opiáceos, metadona, recaídas, ingreso hospitalario, evolución.

— Correspondencia a: _____
Dr. Jesús V. Cobo Gómez
Salut Mental. Corporació Sanitària Parc Taulí
Parc Taulí s.n., 08208 Sabadell
Correo electrónico: jcobo@tauli.cat



Abstract

Introduction:We analyze the naturalistic Outcome during 6 months of hospitalized severe inpatients recurring during Methadone Maintenance Treatment Program (MMTP) in a Detoxification Unit. The design is prospective and the statistic is descriptive. **Results:**We follow 15 persons who fulfilled the inclusion criteria during these period (18 month). Most of the patients (11:15) showed a early recurrence in drug abuse. The pattern of recurrence is similar: first cocaine and laterly opioids. The medium period to recurrence of cocaine is 1.8 months and for heroine is 2.8 months. **Conclusions:**The efectivity in medium-short term of a recurrent MMTP inpatient's detoxification is weak. The pattern of new recurrence is typical and predictable.

Key Words

Cocaine, opioids, methadone, recurrence, hospitalization, outcome.

INTRODUCCIÓN

Los Programas de Mantenimiento con Metadona (PMM) constituyen una de las herramientas más eficaces en el abordaje de los problemas de adicción severa a los opiáceos, entre otras indicaciones (Gruber et al 2008). Sin embargo, es una experiencia cotidiana que, tras una desintoxicación exitosa, un porcentaje importante de los usuarios/as de estos programas, presentan también recaídas continuadas en el consumo de opiáceos y/o de cocaína a pesar del tratamiento y seguimiento intensivo. En este grupo de pacientes refractarios/as, algunos usuarios/as solicitan por sí mismos un ingreso hospitalario de desintoxicación para poder abandonar el consumo o bien éste es imposible de realizarlo a nivel ambulatorio.

Sin embargo, no está bien establecida la efectividad de estas intervenciones voluntarias y de alta complejidad (y con un alto

coste personal, familiar, social y sanitario), en la evolución de estos/as pacientes. Debido a las características de nuestra Unidad de Desintoxicación, nuestro equipo ha podido seguir estrechamente la evolución de este grupo concreto de población drogodependiente en nuestro sector y evaluar al alta de la Unidad la efectividad del ingreso hospitalario de desintoxicación.

OBJETIVOS

Se trataría de conocer la evolución de pacientes en PMM que presentan recaídas en el consumo de opiáceos y/o cocaína y que solicitan un ingreso hospitalario de desintoxicación, determinando las tasas posteriores de recaída.

Igualmente interesaría conocer los patrones de reinicio de consumo, si se produce y determinar la duración del período libre de consumo en nuestra muestra.



MÉTODOLOGÍA

Utilizamos un diseño prospectivo y descriptivo, sin intervención.

Los sujetos fueron pacientes ya en PMM, que presentaron recaídas en el consumo de opiáceos y/o cocaína a nivel ambulatorio en nuestro Centro de Atención a las Toxicomanías de referencia y solicitaron un ingreso hospitalario en la Unidad de Desintoxicación de la Corporació Sanitària Parc Taulí de Sabadell (Barcelona). Se incluyeron todos/as los/as usuario/as atendidos en nuestra Unidad durante todo el año 2006 y el primer semestre del año 2007 (18 meses) y que fueron programados para visitas posteriores en nuestra Unidad de Metadona para así poder realizar su seguimiento.

Las variables analizadas fueron de tipo socio-demográfico, clínico, farmacológico (dosis de metadona) y toxicológico (*screening* sistemático de tóxicos en orina) durante un período prospectivo de 6 meses.

Debido al escaso tamaño final de la muestra, la estadística realizada fue meramente descriptiva (medias, desviaciones estándar) y los datos se analizaron mediante el programa SPSS v. 14.0.

RESULTADOS

Se detectaron 15 pacientes durante este periodo de análisis, con una media de edad de 36.41 años y un predominio de hombres (11:4, 63.6%). Sólo 12 usuarios completaron el período (dos lo abandonaron por su cuenta, uno/a más lo abandonó por ingreso en prisión). A nivel laboral, la adaptación era ya difícil desde el comienzo. La mayoría tenían problemas de trabajo, estaban en el paro (8:15, 53.3%) o bien incluso eran pensionistas por diversos motivos (3:15, 20%). Llamaba la atención que, a nivel familiar, muchos/as de ellos/as estaban separados/as ó divorciados/as (6:15, 40%) y en un porcentaje importante de ellos/as convivían con su familia de origen en lugar de permanecer independientes ó convivir con su propia familia (6:15, 40%). La comorbilidad psiquiátrica era alta, pero fundamentalmente a costa de los Trastornos de Personalidad del Clúster B (11:15, 73.3%).

La edad media de inicio del consumo de heroína en esta muestra fue de 19.5 años, mientras que la media de edad del inicio del consumo de cocaína fue a los 21.2 años de edad (ver Tabla I). Todos ellos se encontraban

Tabla I.

	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
EDAD	21	48	37,09	7,015
inicio HEROÍNA	13	36	19,50	6,856
inicio COCAÍNA	13	36	21,20	7,584
N: 15				



en el Programa TMM desde hacía varios años y habían recaído en el consumo de heroína y/o de cocaína en un período variable previo al ingreso. Dos de ellos abandonaron además posteriormente el Programa TMM por su cuenta y no se pudo realizar el seguimiento de su evolución (pérdidas del programa). Las dosis globales de metadona después del ingreso fueron relativamente bajas (media de 59.58 mg/d, s.d. 29.3) pero aparentemente no influyeron en la decisión de reiniciar o no el consumo por parte de los/las usuarios/as. De hecho, aquellos usuarios con dosis más altas iniciales hubieron de mantener estas dosis durante el período de estudio y sólo unos

pocos de los/las usuarios/as pudieron reducir su dosis al final del seguimiento (media final 45.9 mg/d, s.d. 26.2).

Tras el tratamiento y el ingreso, la mayoría de los/las pacientes (11:15, 73.3% del inicial) recayeron de nuevo o abandonaron el programa (ver Gráfico 1). El patrón de reinicio de consumo fue precoz y similar en varios de los casos: primero reiniciaron el consumo de cocaína y posteriormente el de opiáceos ilegales (heroína).

Algunos/as de los/las pacientes re-iniciaban ya el consumo de ambos tóxicos inmediatamente o a los pocos días de salir del ingreso,

Gráfico 1. Resultados de analíticas urinarias y evolución de los casos

Paciente	1º		2º		3º		4º		5º		6º		
	H	C	H	C	H	C	H	C	H	C	H	C	
1	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n	se mantiene abstinente
2	p	n	n	p	n	p	n	p	n	p	n	p	inicia heroína y posteriormente cocaína
3	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n	se mantiene abstinente
4	n	p											abandono del programa
5	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n	se mantiene abstinente
6	n	n	p	n	n	p	n	n	p	n	n	n	oscila en el consumo
7	n	n	n	p	p	p	p	p	p	p	p	p	inicia cocaína y posteriormente ambos
8	n	p	n	p	n	p	n	p	n	p	n	p	inicia y mantiene consumo de cocaína
9													abandono del programa
10	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n	se mantiene abstinente
11	n	n											ingresa en prisión
12	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n	se mantiene abstinente
13	n	n	n	p	p	p	n	p	p	p	n	n	oscila en el consumo
14	p	p	p	p	p	p	n	n	n	n	n	p	inicia consumo cocaína y heroína precozmente
15	n	n	n	n	n	p	n	p	n	p	p	p	inicia cocaína y posteriormente ambos

H: heroína; C: cocaína; p: positivo; n: negativo



mientras que sólo un pequeño grupo se mantenía abstinentes de ambos tóxicos durante los seis meses de seguimiento al alta (26.6%, 4:15 del total inicial; 4:12 de los que siguieron controles hasta el final del período). El tiempo medio de recaída en el consumo (confirmado analíticamente) de cocaína fue de 1.8 meses, y en el consumo de heroína (confirmado analíticamente) fue de 2.8 meses.

DISCUSIÓN

Los programas de mantenimiento con metadona (PMM) ayudan eficazmente a la reducción de recaídas en el consumo de opiáceos. Se ha demostrado que la mayor duración del programa beneficia más a los drogodependientes en virtud de una menor tasa de recaídas (Gruber et al., 2008). De hecho, dosis relativamente altas de entre 40-80 mg/día de metadona han demostrado una menor tasa de recaídas que dosis menores (Hartel et al., 1995; Caplehorn et al., 1993; Brady et al., 2005), pero también influyen otros factores como el papel del terapeuta (Blaney & Craig, 1999), la comorbilidad psiquiátrica y de personalidad (Stenback et al., 2004), la situación socioeconómica y familiar, etc. (Magura et al., 2001). Sin embargo, evidentemente no evitan el reinicio del consumo en todos los casos.

En nuestra muestra las dosis de metadona finales se reducen levemente, aunque se mantienen en el rango de seguridad, si bien es posible que esta reducción de dosis pueda contribuir a la recaída de algunos/as drogodependientes y por lo tanto sería recomendable

no reducir la dosis salvo en casos excepcionales, a pesar de las frecuentes demandas de reducción por parte de estos/as usuarias/os. En todo caso, los factores desfavorables a nivel psiquiátrico, social y laboral eran tan importantes en nuestra muestra que creemos que el factor farmacológico sólo fue uno más de entre todos los factores negativos que contribuyeron a la recaída en el consumo.

A nivel internacional, se ha evidenciado un aumento del uso de cocaína entre los dependientes a opiáceos en PMM (Kidorf & Stitzer, 1993). Sin embargo, parece que, en cualquier caso, los drogodependientes en PMM llegan a consumir dosis menores que los adictos a cocaína "puros", lo cual induce a pensar que el PMM también protege a estos drogodependientes de un mayor consumo de cocaína. En nuestra muestra existe un importante abuso de cocaína entre los usuarios de PMM (prácticamente todos/as lo consumían) y, entre los dependientes que recaen, se observa un inicio precoz del consumo de cocaína.

En todo caso, aunque el ingreso hospitalario en nuestra muestra no parece ser muy efectivo, las tasas en general de recaídas en los PMM son muy altas en cualquiera de los estudios analizados (Davstat et al., 2007). Por lo tanto, y considerando la evolución global en estos grupos de población, los abandonos de los PMM de nuestra muestra no son necesariamente negativos a largo plazo (Encrenaz et al., 2005), pero nuestros resultados indican que, a corto y medio plazo, la efectividad de un ingreso hospitalario puede ser escasa y muy



dependiente de la situación y características de cada usuario/a en concreto.

En nuestro caso, los ingresos de desintoxicación no se continuaban con estancias en centros de rehabilitación. No sabemos cómo hubiera sido el resultado si cada ingreso hospitalario de desintoxicación se hubiera asociado a una estancia prolongada en una Comunidad Terapéutica u otras medidas intensivas de deshabitación en orden a prevenir estas recaídas precoces. En todo caso, un ingreso voluntario de desintoxicación también puede servir como prevención de daños en usuarios/as con un consumo muy importante y/o imposible de controlar a nivel ambulatorio.

Evidentemente, nuestro estudio cuenta con importantes limitaciones, la menor de las cuales es el escaso tamaño final de la muestra y el análisis meramente descriptivo, pero los resultados de este estudio piloto son suficientemente importantes para plantear severas dudas sobre la eficacia a corto plazo de estas complejas intervenciones.

CONCLUSIONES

La efectividad a corto y medio plazo del ingreso hospitalario de desintoxicación en pacientes de PMM que han recaído en el consumo de drogas es baja. El patrón de nuevas recaídas es predecible y típico y el ingreso hospitalario tiene un beneficio reducido a corto y medio plazo, debiendo individualizarse su indicación y muy probablemente asociarse a programas de mantenimiento de abstinencia o reducción de daños a más largo plazo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Blaney, T. and Craig, R.J. (1999). Methadone maintenance. Does dose determine differences in outcome? *Journal of Substance Abuse Treatments*, 16(3): 221-8.

Brady, T.M.; Salvucci, S.; Sverdlov, L.S.; Male, A.; Kyeyune, H.; Sikali, E.; DeSale, S. and Yu, P. (2005). Methadone dosage and retention: an examination of the 60 mg/day threshold. *Journal of Addictive Disorders*, 24(3): 23-47.

Caplehorn, J.R.; Bell, J.; Kleinbaum, D.G. and Gebiski, V.J. (1993). Methadone dose and heroin use during maintenance treatment. *Addiction*, 88(1): 119-24.

Davstat, I.; Stenbacka, M.; Leifman, A.; Beck, O.; Korkmaz, S. and Romelsjö, A. (2007). Patterns of illicit drug use and retention in a methadone program: a longitudinal study. *Journal of Opioid Management*, 3(1): 27-34.

Ecrenaz, G.; Rondeau, V.; Messiah, A. and Auriacombe, M. (2005). Examining the influence of drop-outs in a follow-up of maintained opiate users. *Drug & Alcohol Dependence*, 79(3): 303-10.

Gruber, V.A.; Delucchi, K.L.; Kielstein, A. and Batki, S.L. (2008). A randomized trial of 6-month methadone maintenance with standard or minimal counseling versus 21-day methadone detoxification. *Drug & Alcohol Dependence*, 94(1-3): 190-206.

Hartel, D.M.; Schoenbaum, E.E.; Selwyn, P.A.; Kline, J.; Davenny, K.; Klein, R.S. and Fienland, G.H. (1995). Heroin use during methadone maintenance treatment: the importance of methadone dose and cocaine use. *American Journal of Public Health*, 85(1): 83-8.



Kidorf, M. and Stitzer, M.L. (1993). Descriptive analysis of cocaine use of methadone patients. *Drug & Alcohol Dependence*, 32(3): 267-75.

Magura, S. and Rosenblum, A. (2001). Leaving methadone treatment: lessons learned, lessons forgotten, lesson ignored. *Mt Sinai Journal of Medicine*, 68(1): 62-74.

Stenbacka, M.; Brandt, L. and Lettholm, L. (2004). Leaving methadone maintenance treatment: The role of personality traits and psychiatric status. *Journal of Psychoactive Drugs*, 36(2): 227-34.