

## Drogodependencias y atención primaria: ¿una relación reconducible?

En un momento en que se ha abierto un profundo debate sobre el futuro de la atención primaria, sobre las unidades docentes de medicina familiar y comunitaria, sobre la propia formación MIR, temas todos ellos de enorme trascendencia, puede ser también oportuno que los médicos de familia revisemos algunas de nuestras «tareas pendientes». Entre ellas, encontramos la definición de nuestro papel y grado de implicación ante un trascendental problema de salud, como es el abordaje de las drogodependencias. Parece pertinente realizar una serie de consideraciones previas respecto a los cambios acaecidos en los últimos años en relación al uso y abuso de sustancias por parte de la población española, así como una sincera y profunda reflexión de cuál ha sido nuestra actitud y respuesta hacia su abordaje.

Empezaremos revisando de forma muy breve cuáles parecen ser las actuales tendencias en el uso y abuso de sustancias adictivas<sup>1-3</sup>:

- Mayor precocidad en el inicio del consumo (indicador pronóstico de mayor riesgo de generar drogodependencia) y creciente presencia femenina.

- Descenso en el consumo de heroína, sobre todo inyectada, aumento del consumo de cocaína y elevados consumos de alcohol y cannabis, así como la aparición en el mercado español de nuevas drogas como la ketamina («special K») y otras drogas sintéticas («gas de la risa», «éxtasis líquido...»). El consumo de anfetaminas y éxtasis parece disminuir ligeramente.

- «Policonsumo» de diferentes sustancias adictivas (p. ej., cocaína-alcohol-anfetaminas, metadona-cocaína-alcohol, heroína-cocaína, alcohol-tabaco-cannabis, etc.), lo cual dificulta y complica mucho su abordaje.

- Cada vez es más frecuente, sobre todo en los consumidores más jóvenes, el consumo

de sustancias asociadas a un patrón de «fiesta»: «consumidor de fin de semana».

- Demanda creciente de asistencia por drogodependencias.

- Existe un mayor consumo de sustancias «normalizadas», sustancias que no privan al usuario de su condición de persona «normal», condición que no quiere arriesgarse a perder. Esto hace que el nivel de rechazo y riesgo percibido asociado al consumo de ciertas drogas descienda para casi todas las sustancias, a excepción del tabaco, donde se han registrado avances positivos.

- La disponibilidad de sustancias es muy elevada, tanto para las drogas lícitas (tabaco, alcohol y benzodiacepinas) como para las ilícitas (el resto).

- Siguen existiendo núcleos de marginalidad extrema, donde predomina el policonsumo de drogas inyectadas, que además se han convertido en verdaderos «hipermercados de la droga».

Previamente a reflexionar sobre el papel que debería tener el médico de familia frente a las drogodependencias, es preciso llevar a cabo una serie de consideraciones históricas muy importantes. La primera de ellas es la falta de consideración por la sociedad de las drogodependencias como una enfermedad. A finales de los setenta empieza a aparecer, como si de una explosión epidémica se tratase, un número importante de personas heroínómanas, con una grave sintomatología clínica, psicológica y social, momento en que se empieza a producir un cierto «despegue» del compromiso médico en su asistencia, compromiso que se va sustituyendo por la aparición de otros profesionales que se responsabilizan de la misma<sup>4,5</sup>. En 1985 se pone en marcha el Plan Nacional sobre Drogas, y a partir de entonces los diferentes Planes Regionales, que crean una red asistencial para atender a los drogadictos, red que se desarrolla completamente al margen

**Las tendencias actuales en el uso y abuso de sustancias adictivas son mayor precocidad en el inicio, mayor presencia femenina, descenso del consumo de heroína y aumento del de cocaína, mayor frecuencia de «policonsumo» y de sustancias «normalizadas», mayor disponibilidad y demanda creciente de asistencia.**

**Existe una falta de consideración por la sociedad de las drogodependencias como una enfermedad.**

**Se está consolidando un cambio en el enfoque terapéutico, de un objetivo exclusivamente «curativo» maximalista a una intervención terapéutica con el adicto que supone un acompañamiento de la persona enferma.**

**El médico de familia se ha caracterizado por una falta de implicación (salvo excepciones) para abordar las drogodependencias, tanto ilegales como legales.**

**La implicación de la APS en la asistencia a las drogodependencias es absolutamente necesaria.**

**El correcto abordaje de las drogodependencias es un claro ejemplo de los elementos que caracterizan a la APS: abordaje integral, accesibilidad, continuidad y permanencia en la acción, actuación en equipos interdisciplinarios, posicionamientos activos, acciones integradas, acción comunitaria y participativa, programada y evaluable, docente e investigadora.**

(en la gran mayoría de los casos) de las redes normalizadas de salud. Y no es hasta principios de los noventa cuando, al hilo del agravamiento de los problemas sanitarios que afectaban a la población de consumidores (fundamentalmente por la epidemia VIH/sida), con la intención de desarrollar estrategias médicas de acción, cuando se formalizó un compromiso en el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (SNS), que debería haber supuesto una mayor y más directa implicación en la asistencia de los problemas de drogas. Compromiso que todavía no ha alcanzado siquiera el nivel de desarrollo que se previó para hace ya una década. También es importante reseñar el cambio del enfoque terapéutico que aún se está consolidando en los dispositivos específicos de atención a drogodependientes: de un objetivo exclusivamente «curativo» maximalista, del todo o nada (exclusividad de programas libres de drogas), a una intervención terapéutica con el adicto que supone un acompañamiento de la persona enferma, intentando que su situación patológica se acorte en lo posible o que transcurra con las consecuencias menos graves posibles (programas de disminución del daño), diversificando así los recursos asistenciales<sup>6</sup>. Este desarrollo de redes paralelas y la falta de coordinación con la red asistencial del SNS no eximen al médico de familia de una cierta «culpa» por la falta de implicación (salvo excepciones) por la que se ha caracterizado durante las dos últimas décadas para abordar un problema de tan alta índole como las drogodependencias, tanto de sustancias ilegales (heroína, cocaína, cannabis y otros psicoestimulantes) como legales (alcohol). No obstante, esto no es patrimonio exclusivo de España, dado que se trata de una situación similar a la ocurrida en otros países europeos<sup>7</sup>. A todo ello ha contribuido de forma importante la falta de formación específica en relación a las drogodependencias tanto en el pregrado como en el posgrado. A pesar de lo reseñado, parece innegable que la implicación de la atención primaria de salud (APS) en la asistencia a las drogodependencias es absolutamente necesaria, pues no sólo, con toda probabilidad, los primeros contactos del adicto con la red asistencial se hagan a través de aquélla, sino que lo va a facilitar la tendencia a la «normalización» del consumo de

drogas. En este sentido, tanto la dimensión social como familiar del problema, hacen que la intervención de los diferentes profesionales de los EAP se produzca en casi todos los casos.

En este proceso de reflexión es interesante que revisemos los elementos que caracterizan a la APS en relación a la cuestión que nos ocupa:

– Abordaje integral: sería muy difícil encontrar un ejemplo más característico que las drogodependencias para hablar de la dimensión biopsicosocial de la enfermedad.

– Accesibilidad: las personas con problemas de drogas precisan, más que otras si cabe, que se facilite su acceso rápido a los dispositivos asistenciales. Habrá que realizar esfuerzos con técnicas de captación activa, para actuar en las poblaciones sumidas en una marginalidad extrema (p.ej., las Barranquillas...).

– Continuidad y permanencia en la acción: la atención que requiere la drogadicción ha de ser continua y permanente en el tiempo, por tratarse de un proceso «crónico y recidivante», como los son otros muchos problemas de salud (diabetes, obesidad...) para los que, sin embargo, sí parecemos estar preparados los médicos de familia. En el caso de las drogodependencias, es esencial plantearse objetivos realizables a muy corto plazo, aunque sean muy poco ambiciosos (de mínimos en reducción de riesgo y/o daño), para conseguir un proceso continuo que, «paso a paso», manejando fundamentalmente refuerzos positivos de los logros, por pequeños que éstos sean y, previendo las recaídas (que con toda probabilidad ocurrirán), consigamos llegar lo más lejos (o ganar el mayor tiempo en una situación más saludable) en nuestro objetivo final.

– Actuación en equipos interdisciplinarios: de nuevo se trata de un claro ejemplo que para su correcto abordaje precisa de la participación de diversos profesionales sanitarios y no sanitarios: médicos, psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, etc.

– Posicionamientos activos: es evidente que para un correcto abordaje de las drogodependencias se requiere una actitud activa de los profesionales implicados que, ante cualquier síntoma sospechoso, deben investigar la posible existencia de un consumo de sustancias o de un abuso de éstas. Esta investi-

gación no sólo debe centrarse en un diagnóstico precoz o tratamiento de las drogodependencias, sino también debe ir dirigida a intentar identificar posibles factores de riesgo tanto individuales como familiares o incluso comunitarios.

– Acciones integradas: queda clara esta necesidad cuando hablamos de prevención, diagnóstico precoz, tratamiento, rehabilitación y reinserción social de las personas con drogodependencias, así como de la necesidad de coordinarse los diferentes dispositivos asistenciales existentes tanto en el SNS como fuera de éste.

– Acción comunitaria y participativa: es imposible negar el importantísimo problema de salud pública que constituyen las drogodependencias (marginalidad, delincuencia, enfermedades transmisibles –VIH, TBC, VHC...–, etc.). Por ello, es necesario utilizar todos los procedimientos posibles de participación e intervención comunitaria, implicando a la comunidad en todas las fases del proceso, así como en la puesta en práctica de las diferentes actuaciones.

– Acción programada y evaluable: debido a la dinámica rápidamente cambiante que presentan las drogodependencias, es absolutamente necesaria la continua planificación y evaluación de las diferentes estrategias a desarrollar, exigiendo una actitud terapéutica adaptable y flexible, con unos planteamientos de acción integrada y continua.

– Actividad docente e investigadora: quizás su falta en relación a las drogodependencias en el ámbito de atención primaria, como se señaló anteriormente, sea responsable, al menos en parte, de la falta de implicación en aquéllas.

– Es preciso recalcar el papel fundamental que tienen tanto la familia como la comunidad en todas las etapas del proceso de las drogodependencias.

A mi modesto entender, sería difícil negar que la APS tiene mucho que hacer respecto al abordaje de las drogodependencias y que quizás sea éste un momento idóneo para ello. El grado de implicación podrá variar desde actividades de promoción, preventivas, diagnóstico precoz, apoyo terapéutico, tratamiento de patologías orgánicas, seguimiento del proceso, definición y articulación de las derivaciones terapéuticas, alternativas de disminución de daño, intervenciones so-

ciales con los enfermos y sus familias, hasta la utilización de técnicas de desintoxicación, deshabituación, etc., y estará aún por definir, pudiendo variar, como ocurre con cualquier otro problema de salud, de unas comunidades autónomas a otras, de unas zonas básicas de salud a otras, de unos EAP a otros y de unos médicos de familia a otros, según multitud de condicionantes (sociodemográficos, de estructura sanitaria, de formación, de actitud...).

Para completar esta reflexión hay que tener muy presente cuál es en la actualidad la situación de partida de los médicos de familia. A este respecto, un reciente estudio realizado por la Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (FAD), y por cuya participación en él escribo este editorial, señala que la mayoría de los médicos que trabajan en APS son conscientes de la escasa implicación de ésta en la atención de las drogodependencias, mostrando una actitud proclive a una mayor implicación<sup>8</sup>. En dicho estudio aparece claramente la formación específica en drogodependencias como un factor condicionante esencial para una mayor identificación de problemas e implicación en su tratamiento y, por el contrario, la falta de tiempo, como el factor limitante (como parece serlo para todo) que más podría dificultarlo.

Después de todo lo expuesto, poco más queda por decir, pero mucho por hacer. Los que trabajamos en formación, tanto en pregrado (por desgracia sólo unos pocos de los médicos de familia) como en posgrado, hemos de tomar cumplida nota, y el resto, lo que mejor sabe hacer: cuidar de los problemas de salud de las *personas* a las que atienden.

J. Zarco Montejo

Coordinador de la Unidad Docente  
de Medicina de Familia y Comunitaria.  
Área 1. Madrid.

## Bibliografía

1. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPNSD). Informe n.º 3. Madrid: Observatorio Español sobre Drogas, 2000.
2. Navarro Botella J, Gómez González E. Estudio del consumo de drogas y factores

**La APS tiene mucho que hacer respecto al abordaje de las drogodependencias.**

**Aparece la formación específica en drogodependencias como un factor condicionante esencial para una mayor identificación de problemas e implicación en su tratamiento y, por el contrario, la falta de tiempo, como el factor limitante (como parece serlo para todo) que más podría dificultarlo.**

- asociados en el municipio de Madrid, 1997. Madrid: Doblehache Comunicación, 1998.
3. Fundación de Ciencias de la Salud. Drogas: nuevos patrones y tendencias de consumo. Madrid: Doce Calles, 2000.
  4. Megías E. Organización de los servicios asistenciales. En: Grupo Igja et al, editores. Contextos, sujetos y drogas: un manual sobre drogodependencias. Barcelona: Ajuntament de Barcelona y FAD, 2000; 369-383.
  5. Del Río Meyer M. Drogodependencias: hacia un modelo de integración entre atención primaria y red especializada. MEDIFAM 1999; 9: 34-40.
  6. Megías Valenzuela E. Análisis crítico de los modelos de sustitución en España. En: Las drogas a debate: ética y programas de sustitución. Madrid: Doce Calles, 1999.
  7. Beaumont B. Care of drug users in general practice: a harm-minimization approach. Oxon: Radcliffe Medical Press, 1997.
  8. Megías E, Bravo MJ, Júdez J, Navarro J, Rodríguez E, Zarco J. La atención primaria de salud ante las drogodependencias. Madrid: FAD, 2001.

## Fe de errores

En la revista ATENCIÓN PRIMARIA 2001; 28 (6): 415-423, correspondiente al 15 de octubre, algunas de las tablas del artículo estaban incompletas. Las reproducimos íntegramente para facilitar su consulta:

### DOCUMENTOS

## Uso de antimicrobianos en la exacerbación de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica

F. Álvarez, E. Bouza, J.A. García-Rodríguez, M.A. Mayer, J. Mensa, E. Monsó, E. Nodar, J.J. Picazo, V. Sobradillo y A. Torres

**TABLA 1** Criterios de evaluación hospitalaria en la exacerbación de la EPOC

1. EPOC grave
2. Cualquier grado de EPOC con
Comorbilidad asociada grave
Taquipnea (> 30 resp/min)
Uso de músculos accesorios
Cor pulmonale descompensado
Cianosis
Signos clínicos de encefalopatía hipercápnica
Imposibilidad de controlar la enfermedad en el domicilio
Necesidad de descartar otras enfermedades
Mala evolución en una visita de seguimiento de la agudización

**TABLA 2** Escala de disnea<sup>23</sup>

0. Ausencia de sensación disneica al realizar ejercicio intenso
1. Disnea al andar deprisa o subir una cuesta poco pronunciada
2. Incapacidad de mantener el paso de otras personas de la misma edad, caminando en llano, debido a la dificultad respiratoria, o tener que parar a descansar al andar en llano al propio paso
3. Tener que detenerse a descansar al andar unos 100 metros o a los pocos minutos de caminar en llano
4. La disnea impide al paciente salir de casa o aparece con actividades como vestirse

**TABLA 3** Recomendaciones para el diagnóstico bacteriológico de las agudizaciones de los pacientes con EPOC

Tipo de agudización	Métodos recomendados
I. Leve	Ninguno
IIA. Hospitalización sin factores de riesgo para microorganismos no habituales	Ninguno
IIB. Hospitalización con factores de riesgo para microorganismos no habituales*	Gram + cultivo esputo
III. Ingreso en UCI	
No vía aérea artificial	Gram + cultivo esputo
Sí vía aérea artificial	Broncoaspiración o fibrobroncoscopia con catéter telescópico
IV. Pacientes que no responden al tratamiento inicial	Gram + cultivo esputo, fibrobroncoscopia con catéter telescópico en algunos casos

\* *S. pneumoniae* resistente. *S. aureus* (sensible o resistente a metilicina), bacilos gramnegativos entéricos, *P. aeruginosa*, bacilos gramnegativos no fermentadores multirresistentes. Los factores de riesgo se describen en el texto.

**TABLA 4** Clasificación de las exacerbaciones de la EPOC en relación con los microorganismos más probables

Grupo	Definición	Características	Microorganismos más probables
I	EPOC leve en paciente < 65 años y sin comorbilidad		<i>H. influenzae</i> <i>S. pneumoniae</i> <i>M. catarrhalis</i>
IIa	EPOC moderada o grave <sup>a</sup> sin riesgo de infección por <i>P. aeruginosa</i>	≤ 4 ciclos de tratamiento antibiótico en el último año	Idem grupo I + enterobacterias ( <i>K. pneumoniae</i> , <i>E. coli</i> )
IIb	EPOC moderada o grave con riesgo de infección por <i>P. aeruginosa</i>	> 4 ciclos de tratamiento antibiótico en el último año	Idem grupo IIa <sup>b</sup> + <i>P. aeruginosa</i>

<sup>a</sup>Se incluye también en este grupo a los pacientes con EPOC leve, mayores de 65 años con comorbilidad.

<sup>b</sup>Posible participación de *S. aureus* y enterobacterias con factores de resistencia añadidos.

**TABLA 5**  
**Pautas de tratamiento antibiótico empírico de las agudizaciones de la EPOC**

Grupo	Definición	Tratamiento oral	Tratamiento parenteral	Solidez de los resultados <sup>a</sup>	Calidad de los resultados <sup>b</sup>
I	EPOC leve < 65 años y sin comorbilidad	Amoxicilina-ácido clavulánico <sup>b</sup> , levofloxacin, moxifloxacin, azitromicina <sup>c</sup>		B	I
Ila	EPOC moderada o grave, sin riesgo de infección por <i>P. aeruginosa</i>	Levofloxacin, moxifloxacin amoxicilina-ácido clavulánico <sup>b</sup>	Levofloxacin, cefalosporina de tercera o cuarta generación o amoxicilina-ácido clavulánico	A	I
Ilb	EPOC moderada o grave con riesgo de infección por <i>P. aeruginosa</i>	Ciprofloxacino (tratamiento elegido según antibiograma)	Betalactámico parenteral con actividad frente a <i>P. aeruginosa</i> <sup>d</sup>	A	I

<sup>a</sup>Ver descripción en la tabla 6.<sup>b</sup>Se recomiendan dosis altas de amoxicilina (500-875 mg por toma). La cefuroxima-axetilo es una alternativa a la amoxicilina-ácido clavulánico (ver texto).<sup>c</sup>La claritromicina es una alternativa a la azitromicina (ver texto).<sup>d</sup>Cefepima, piperacilina-tazobactam o un carbapenémico, asociado o no a un aminoglucósido (ver texto).**TABLA 6**  
**Categorías que reflejan la solidez y la calidad de los resultados en que se han basado las recomendaciones<sup>58</sup>**

Categoría	Definición
<b>Solidez de los resultados</b>	
A	Existe un número importante de resultados que recomiendan la utilización
B	Existe un número moderado de resultados que recomiendan la utilización
C	Sólo existe un número limitado de resultados que recomiendan o contraindican la utilización
D	Existe un número moderado de resultados que contraindican la utilización
E	Existe un número importante de resultados que contraindican la utilización
<b>Calidad de los resultados</b>	
I	Los resultados obtenidos recomendando o contraindicando la utilización proceden de al menos un ensayo clínico adecuadamente controlado y aleatorizado
II	Los resultados obtenidos recomendando o contraindicando la utilización proceden de al menos un ensayo clínico bien diseñado aunque no aleatorizado, de estudios analíticos de casos y controles o de cohortes (preferiblemente multicéntricos), de múltiples estudios de series temporales o de resultados excepcionales obtenidos en estudios de experimentación no controlados
III	Se recomienda o contraindica la utilización a partir de la opinión de expertos reconocidos, de la experiencia clínica, de estudios descriptivos o de los informes elaborados por comités de expertos

**TABLA 7**  
**Dosis de los antimicrobianos recomendados**

Antimicrobiano	Dosis (mg) intervalo de administración	
	Vía oral	Vía parenteral
Amoxicilina-ácido clavulánico	875-125 mg/12 h 500-125 mg/8 h	2 g-200 mg/8 h
Cefuroxima-axetilo	500 mg/12 h	–
Azitromicina	500 mg/24 h	–
Claritromicina	500 mg/12 h	500 mg/12 h
Levofloxacin	500 mg/24 h	500 mg/24 h
Moxifloxacin	400 mg/24 h	–
Ciprofloxacino	500-750 mg/12 h	400 mg/8-12 h
Cefotaxima	–	1-2 g/8 h
Ceftriaxona	–	1-2 g/24 horas
Cefepima	–	1-2 g/12 horas

FE DE ERRORES

Álvarez F, Bouza E, García-Rodríguez JA, Mayer MA, Mensa J, Monsó E et al. –  
Uso de antimicrobianos en la exacerbación de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica

FE DE ERRORES

Álvarez F, Bouza E, García-Rodríguez JA, Mayer MA, Mensa J, Monsó E et al. –  
Uso de antimicrobianos en la exacerbación de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica

FE DE ERRORES

Álvarez F, Bouza E, García-Rodríguez JA, Mayer MA, Mensa J, Monsó E et al. –  
Uso de antimicrobianos en la exacerbación de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica

FE DE ERRORES

Álvarez F, Bouza E, García-Rodríguez JA, Mayer MA, Mensa J, Monsó E et al. –  
Uso de antimicrobianos en la exacerbación de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica

FE DE ERRORES

Álvarez F, Bouza E, García-Rodríguez JA, Mayer MA, Mensa J, Monsó E et al. –  
Uso de antimicrobianos en la exacerbación de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica