

Características diferenciales sanitarias y toxicológicas de drogodependientes en tratamiento y consumo activo

C. Navarro Cañadas^a, P. Bachiller Luque^b, T. Palacios Martín^b, P. Ruiz Muñoz^a, M. Herrero Baladrón^a e I. Sánchez Lite^a

Objetivo. Describir y comparar las características demográficas, toxicológicas y sanitarias de un colectivo de drogodependientes que se encuentra en consumo activo y en diferentes modalidades terapéuticas. Analizar las intervenciones realizadas con estos diferentes colectivos.

Diseño. Estudio descriptivo.

Emplazamiento. Usuarios que han acudido a la asociación ACLAD de Valladolid.

Pacientes. Un total de 1.224 drogodependientes.

Mediciones. Revisión de las historias clínicas de los usuarios atendidos en un centro de tratamiento y en un programa de reducción de daños durante un periodo de 30 meses. Se registran diferentes variables demográficas, toxicológicas y clínicas, se efectúa la comparación entre programas y se valora la evolución de los pacientes.

Resultados. Se estudian 1.224 pacientes. Un tercio presenta infección por el virus de la inmunodeficiencia humana; el 63%, marcadores de una hepatitis A pasada, el 48%, marcadores de hepatitis B, y el 68,5% de hepatitis C. En el 39,1% es positiva la prueba de Mantoux. Se observan diferencias en la prevalencia de infecciones entre los usuarios en consumo activo y los usuarios en tratamiento, entre los drogodependientes en diferentes modalidades terapéuticas y en el periodo del estudio.

Conclusiones. Existen claras diferencias en las características demográficas, toxicológicas y sanitarias de los usuarios incluidos en el estudio. Los usuarios que no están en tratamiento de rehabilitación son los que peores condiciones sanitarias tienen. Éstos son los menos estudiados por nuestra parte. En estos años de seguimiento se detecta una leve mejoría de estas condiciones y también una tendencia a la mejora de nuestra intervención.

Palabras clave: Drogodependencias. Infección por el VIH. Hepatitis. Tuberculosis.

DIFFERENTIAL HEALTH AND TOXICOLOGICAL FEATURES OF DRUG-DEPENDENTS IN TREATMENT AND IN ACTIVE CONSUMPTION

Objectives. To describe and compare the demographic and health characteristics and drug use patterns in a group of drug dependent individuals who were actively using drugs versus those in different types of treatment. To analyze the interventions used with the different groups.

Design. Descriptive study.

Setting. Users at the Association for Aid to Drug Dependent Persons (Asociación de Ayuda al Drogodependiente, ACLAD) in the city of Valladolid in northwestern Spain.

Patients. 1224 drug dependent persons.

Measures. We reviewed the medical records for a 30-month period for users who were seen at a treatment center and who were participating in a damage reduction program. We recorded demographic, drug use and clinical variables and compared changes.

Results. We studied 1224 patients in all. One-third had human immunodeficiency virus infection, 63% had markers for previous hepatitis A infection, 48% had markers for hepatitis B, and 68.5% for hepatitis C. The Mantoux test was positive in 39.1%. We found differences in the prevalence of infections between active drug users and users in treatment, between drug dependent persons receiving different types of treatment, and between different periods of study.

Conclusions. There were clear differences in demographic and health characteristics and drug use patterns between users. Those who were not in rehabilitation were in worse health, and were studied in less detail than other groups of drug users. During follow-up we noted a slight improvement in their health conditions, along with a tendency toward improved primary care interventions.

Key words: Drug dependence. HIV infection. Hepatitis. Tuberculosis.

English version available at
www.atencionprimaria.com/61.075

A este artículo sigue
un comentario editorial
(pág. 328)

^aAsociación de Ayuda al Drogodependiente (ACLAD). Valladolid. España.

^bServicio de Medicina Interna. Hospital del Río Hortega. Valladolid. España.

Correspondencia:
Pablo Bachiller Luque.
Independencia, 12, 4.º E.
47004 Valladolid. España.
Correo electrónico:
pbachiller@mixmail.com
cnavarro@adsis.org

Manuscrito recibido el 31 de julio de 2002.
Manuscrito aceptado para su publicación el 23 de abril de 2003.

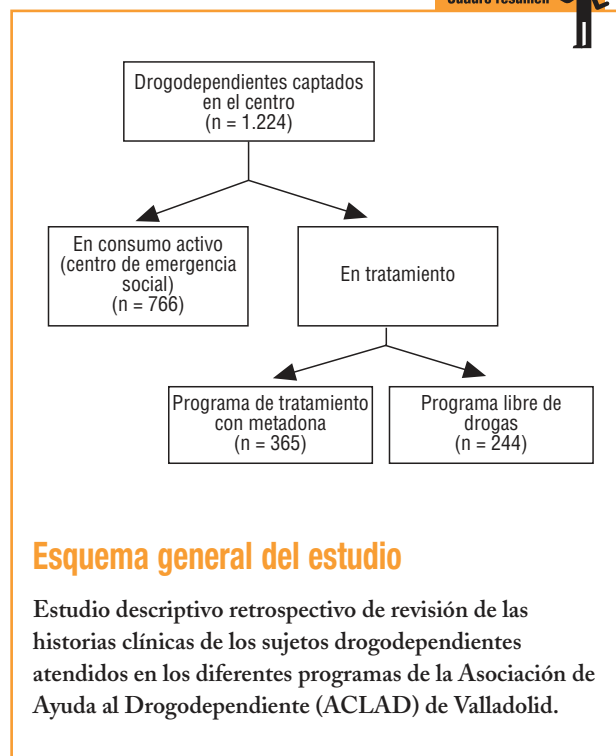
Introducción

Las drogodependencias siguen siendo una de nuestras tareas pendientes. La modificación en los hábitos de consumo y en la percepción «normalizada» de ciertas drogas (alcohol, drogas sintéticas, cannabis...), a la vez que el mantenimiento el rechazo a otras (heroína...) y la precocidad en el inicio de la adicción, configuran un perfil del usuario claramente distinto del clásico arquetipo del drogodependiente: adicto a la heroína intravenosa, marginado, extremadamente deteriorado, con problemas judiciales y sanitarios importantes¹, etc. El «nuevo drogodependiente» empieza a llamar a las puertas de unos servicios sanitarios y sociales que han de ser inespecíficos, normalizados y, por supuesto, resolutivos. El papel de la atención primaria es absolutamente imprescindible, ya que los consumidores de las «nuevas drogas» no acuden a los servicios específicos, al haberse especializado éstos en el manejo de los drogodependientes más deteriorados y cronificados^{2,3}. Por otro lado, los drogodependientes «clásicos» constituyen una población heterogénea; poco tienen que ver los que consumen drogas por vía intravenosa con los que las consumen por otras vías^{4,5}, los que están en consumo activo con los que se encuentran en un determinado proceso de rehabilitación, los que reciben tratamiento con agonistas opiáceos con los que se insertan en programas libres de drogas, etc. Así, los diferentes estudios muestran resultados que, en general, no son superponibles, porque las poblaciones seleccionadas son simplemente distintas. Existe una gran variedad de recursos a los que acceden los drogodependientes. Los centros de emergencia social (CES) son recursos accesibles destinados a los adictos en consumo activo. En ellos se ofrecen diferentes servicios que tratan de reducir los daños sin plantear como condición la abstinencia: intercambio de jeringuillas, descanso, higiene, consulta sanitaria, aulas educativas⁶... Los programas de mantenimiento con metadona (PMM) se ofertan a los drogodependientes adictos a la heroína; a éstos suele acudir el colectivo más cronificado al plantearse como recursos de baja exigencia^{7,8}. Los programas libres de drogas (PLD), por el contrario, se plantean desde la alta exigencia y suelen orientarse a los que presentan mejores condiciones personales y sociales. La hipótesis que planteamos es que deben existir diferencias toxicológicas, demográficas y sanitarias en estos colectivos.

Material y métodos

Se realizó una revisión retrospectiva de las historias clínicas de los drogodependientes atendidos en los diferentes programas (CES para los usuarios de drogas en consumo activo, PMM y PLD para los usuarios en tratamiento) entre el 1 de enero de 2000 y el 30

Material y métodos Cuadro resumen



de junio de 2002, registrándose las siguientes variables: programa que realiza, sexo, edad, edad de inicio en el consumo, principal droga consumida, vía de administración y datos serológicos respecto a la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), la hepatitis A (VHA) y la hepatitis B (VHB), considerando positiva la presencia de anticuerpos anti-HBc o antígenos HBs, hepatitis C (VHC) e infección tuberculosa (PPD +). Se interpretó como positiva toda induración de más de 5 mm mediante la técnica de Mantoux o mayor de 15 mm en los vacunados con la BCG. Finalmente, se anotó respecto a todos estos drogodependientes si el dato era conocido o desconocido.

Análisis estadístico

Las variables cuantitativas que seguían una distribución normal se describieron con la media. La comparación de medias se realizó mediante la prueba de la t de Student. Las variables que no seguían una distribución normal se compararon mediante la prueba de la U de Mann-Whitney. La asociación de variables cualitativas se realizó con la prueba de la χ^2 . El nivel de significación estadística en los contrastes de hipótesis fue de $p < 0,05$. El programa estadístico utilizado fue Epi Info versión 6.

Resultados

Se detectó un total de 1.224 usuarios, con predominio de varones, politoxicómanos por vía intravenosa (actual o pasada) casi la mitad (tabla 1).

En la tabla 2 se muestra la prevalencia de las infecciones estudiadas: infección por VIH, VHA, VHB, VHC e in-

fección tuberculosa, y el porcentaje de usuarios de los que conocemos datos serológicos y de infección tuberculosa. Se muestran los datos globales y por programas.

Al analizar la *edad* de nuestros usuarios y la *edad de inicio* en el consumo de drogas, observamos que las mujeres son más jóvenes que los varones (32,6 frente a 33,6; $p < 0,001$), sin diferencias por sexo en la edad de inicio. Los que consumen por vía intravenosa son mayores que los usuarios por otras vías; los primeros inician el consumo en edades más tempranas ($p < 0,001$). Los dependientes que se encuentran en tratamiento en un PLD son más jóvenes e inician el consumo más tardíamente (por tanto, llevan menos tiempo consumiendo drogas) que los usuarios en consumo activo (CES) ($p < 0,001$) o en PMM ($p = 0,001$). Los portadores de infecciones virales (infección por el VIH y hepatitis) e infección tuberculosa son mayores y, en general, presentan una edad de inicio en el consumo más temprana, con excepción de los portadores del VHA y el PPD+, que inician el consumo en edades significativamente más tardías ($p < 0,001$). En el período (30 meses) no observamos diferencias en estas variables (edad actual y edad de inicio del consumo) en los usuarios que han acudido a los distintos programas.

Con respecto *al sexo*, los varones consumen más frecuentemente por vía intravenosa que las mujeres (el 52,8 frente al 35,1%; $p < 0,001$). Se detectan diferencias en la distribución por sexos entre los distintos programas, de tal manera que, aunque hay predominio de varones en todos ellos, éste se hace más evidente en los PLD.

No hay diferencias en la prevalencia de infecciones virales entre varones y mujeres, observándose una mayor prevalencia de infección tuberculosa en los varones (el 44 frente al 31,3%) ($p < 0,001$). Tam-

TABLA 1

	Global, n = 1.224 (%)	CES, n = 766 (%)	PMM, n = 365 (%)	PLD, n = 244 (%)
Sexo				
Varón	963 (78,7)	586 (76,5)	284 (77,8)	214 (87,7)
Mujer	261 (21,3)	180 (23,5)	81 (22,2)	30 (12,3)
Edad (años)	33,41 (DE = 6,16)	33,84 (DE = 6,14)	33,33 (DE = 6,14)	32,15 (DE = 6,21)
Edad de inicio (años)	21,25 (DE = 6,00)	21,11 (DE = 6,00)	20,99 (DE = 6,13)	22,24 (DE = 5,84)
Droga principal				
Heroína	18,1			
Cocaína	6,4			
Mezcla	70,8			
Vía de administración				
IV.	592 (48,4)	443 (57,8)	159 (43,5)	74 (30,3)
No IV	632 (51,6)	323 (42,2)	206 (56,5)	170 (69,7)

CES: centro de emergencia social; PMM: programa de mantenimiento con metadona; PLD: programa libre de drogas; DE: desviación estándar; mezcla: heroína + cocaína; IV: intravenosa.

co varía la distribución por sexos en el período del estudio.

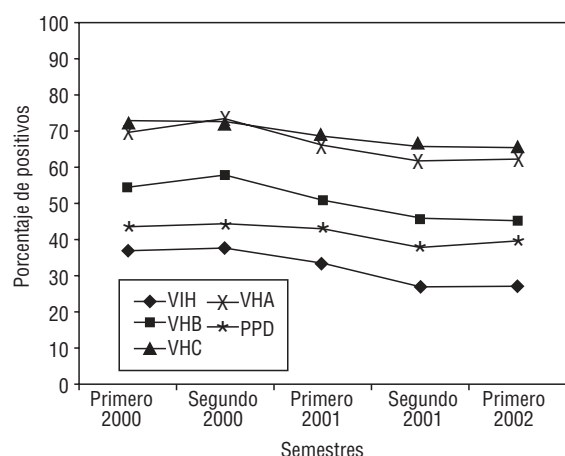
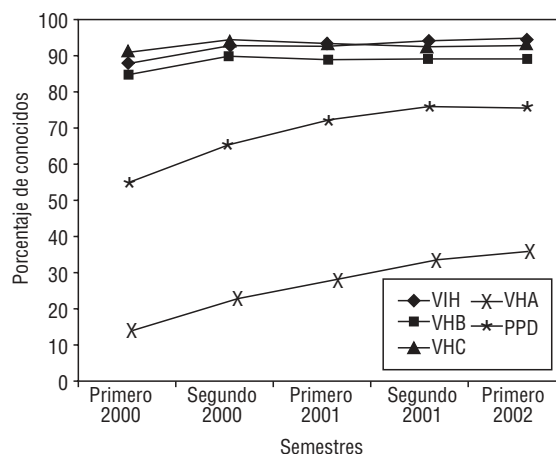
Con respecto a la *vía de administración*, los usuarios en consumo activo son los que más frecuentemente consumen o han consumido drogas por vía intravenosa ($p < 0,001$). Entre los que se encuentran en tratamiento, los usuarios en PMM han sido consumidores por esta vía más frecuentemente que los que se encuentran actualmente en un PLD ($p < 0,001$). En estos últimos 2 años, en la muestra estudiada no se han producido modificaciones en la vía de administración de las drogas. La prevalencia de infecciones por el VIH, el VHB y el VHC es significativamente más alta en los adictos por vía intravenosa que en el resto. Además, se observa una asociación entre infec-

TABLA 2

Prevalencia y conocimiento de la infección, globalmente y por programas

	Global, n = 1.224 (%)	CES, n = 766 (%)	PMM, n = 365 (%)	PLD, n = 244 (%)
VIH+	386 (34,1)	261 (38,2)	109 (30,8)	28 (12,2)
VHA+	217 (63,1)	141 (67,4)	84 (62,3)	31 (66,3)
VHB+	520 (48)	372 (57,9)	177 (51,7)	63 (27,3)
VHC+	777 (68,5)	527 (76)	233 (66,7)	111 (49)
PPD+	334 (39,1)	198 (42,8)	117 (41,7)	75 (35,5)
VIH conocido	1.133 (92,6)	683 (89,2)	355 (97,3)	233 (95,3)
VHA conocido	344 (28,1)	210 (27,4)	135 (37,1)	47 (19,2)
VHB conocido	1.084 (88,6)	642 (83,8)	342 (93,8)	232 (95,1)
VHC conocido	1.135 (92,7)	694 (90,6)	350 (95,9)	227 (93,1)
PPD conocido	854 (69,8)	463 (60,4)	280 (76,7)	211 (86,4)

CES: centro de emergencia social; PMM: programa de mantenimiento con metadona; PLD: programa libre de drogas; VIH: virus de la inmunodeficiencia humana; VHA: virus de la hepatitis A; VHB: virus de la hepatitis B; VHC: virus de la hepatitis C; PPD: infección tuberculosa; +: positivo (número y porcentaje de usuarios en los que presentan ese dato positivo); conocido: número y porcentaje de usuarios en los que se conoce ese dato.


FIGURA 1

FIGURA 2

Conocimiento de infecciones por semestres.

ción tuberculosa y adicción intravenosa, sin que haya diferencias en la prevalencia del VHA en función de la vía ($p < 0,001$).

La *prevalencia de infecciones* se resume en la tabla 2. Las figuras 1 y 2 muestran la evolución temporal de la prevalencia y de su conocimiento (porcentaje de usuarios de un determinado programa o de un determinado semestre en el que tenemos documentado el dato de infección).

Los consumidores activos presentan prevalencias de infección por el VIH, el VHB y el VHC significativamente más altas que los drogodependientes en tratamiento de rehabilitación. En algunos casos se llega a triplicar la prevalencia de alguna infección.

Los drogodependientes en tratamiento en PMM también presentan prevalencias mucho más elevadas de infección por el VIH, el VHB y el VHC que los adictos captados en PLD.

No existen diferencias en la prevalencia de infección tuberculosa ni en la infección por el VHA.

Con respecto al conocimiento que tenemos de las infecciones, los resultados son satisfactorios en todos los programas con respecto al diagnóstico de infección por el VIH, el VHB y el VHC, consiguiéndose estudiar a más del 90% de nuestros usuarios.

Los resultados son menos satisfactorios con respecto a la infección tuberculosa, ya que se desconoce la situación del 30% de nuestros drogodependientes.

Con respecto a la infección por el VHA, los resultados se explican por la implementación reciente de un programa específico de detección de anticuerpos anti-VHA en usuarios del CES.

En general, se observa una tendencia a un mayor porcentaje de usuarios de los que conocemos estos datos en los consumidores en tratamiento de rehabilitación.

A nivel temporal observamos una leve tendencia a la disminución de la prevalencia de todas las infecciones que se hace significativa para el VIH y el VHB ($p = 0,003$). Asimismo, en este tiempo se ha conseguido incrementar el número de usuarios con datos de infección documentada. En este caso, se obtienen mejoras significativas en la infección por el VIH, el VHA y la tuberculosis ($p < 0,001$), sin alcanzarse la significación estadística para la infección por el VHB y el VHC.

Discusión

Existen claras diferencias en las características demográficas, toxicológicas y sanitarias de nuestros usuarios.

Si seleccionamos a los toxicómanos que en la fecha del estudio mantenían el *consumo activo*, observamos que tienen una edad mayor, se inician antes en el consumo de drogas, consumen más frecuentemente por vía intravenosa y presentan una distribución más homogénea con respecto al sexo. Por otro lado, presentan prevalencias más altas de infecciones crónicas.

Por el contrario, los usuarios que se encuentran en tratamiento en *PLD* son más jóvenes, llevan menos años de consumo, presentan un predominio de la vía inhalada y tienen mejores condiciones sanitarias.

Los adictos captados desde *PMM* presentan características intermedias⁹: distribución por edades y sexo similar a la de los consumidores activos, con prevalencias de infecciones intermedias entre los dos colectivos previamente citados, aunque más cercanos a la situación de los consumidores activos.

Las prevalencias obtenidas de anticuerpos anti-VHA por encima del 60% en todos nuestros subgrupos parecen mostrar la conveniencia de realizar marcadores prevacunales en

Discusión
Cuadro resumen

Lo conocido sobre el tema

- Para conseguir un mejor abordaje de la drogodependencia es importante conocer las características de este colectivo.
- Sabemos que los drogodependientes presentan una elevada prevalencia de infecciones virales crónicas transmitidas por vía parenteral y de infección tuberculosa.

Qué aporta este estudio

- Descripción de las características toxicológicas y clínicas de un grupo importante de drogodependientes.
- Detección de diferencias entre los que se encuentran en consumo activo y los que se encuentran en tratamiento, y en estos últimos entre los que se encuentran en diferentes modalidades terapéuticas.
- Descripción de las diferencias encontradas entre el abordaje clínico que hacemos a uno y otro colectivo, observándose que los usuarios que se encuentran en peores condiciones sanitarias son también los que son menos estudiados y diagnosticados.

todos los drogodependientes para seleccionar así los susceptibles de vacunación antihepatitis A¹⁰.

No hemos observado diferencias en la prevalencia de infección tuberculosa en los distintos colectivos de drogodependientes. En general, se encuentra por debajo de los valores encontrados en otros estudios¹¹. Un estudio realizado por nuestro grupo (no publicado) concluye que el número de casos previstos de enfermedad tuberculosa en el año 2000 entre los usuarios que acudieron al CES es de 8,6 casos, lo que nos lleva a insistir en el mensaje de que debemos potenciar nuestros programas de búsqueda activa de casos y de tratamiento de la infección tuberculosa latente¹².

A la vez que observamos estas diferencias, detectamos que los dispositivos de mayor exigencia, que son los que atienden a los drogodependientes menos deteriorados, son los que consiguen diagnosticar a un mayor porcentaje de sus pacientes. Por el contrario, los recursos que atienden a los drogodependientes activos, que son los más deteriorados sanitariamente, son menos capaces de documentar la situación de un porcentaje significativo de usuarios, por lo que es de esperar que la tasa de infecciones crónicas entre éstos sea todavía considerable.

En resumen, los usuarios que no están en tratamiento de rehabilitación son los que peores condiciones sanitarias tienen, y son los menos diagnosticados por nuestra parte.

En estos años de seguimiento se detecta una leve mejoría de estas condiciones y también una tendencia a la mejora de nuestra intervención.

Los nuevos abordajes terapéuticos (p. ej., la prescripción médica de heroína)¹³ tal vez puedan permitirnos el acceso a este colectivo, que escapa todavía a nuestra intervención.

Agradecimientos

A María Gutiérrez-Cortines y a toda la gente de ACLAD, desde estas tierras bolivianas.

Bibliografía

1. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Informe nº 3. Madrid: Observatorio español sobre Drogas, 2000.
2. Zarco Montejó J. Drogodependencias y atención primaria: ¿una relación reconducible? Aten Primaria 2001;28:519-22.
3. Megías E, Bravo MJ, Júdez J, Navarro J, Rodríguez E, Zarco J. La atención primaria de salud ante las drogodependencias. Madrid: FAD, 2001.
4. De la Fuente L, Bravo MJ, Lew C, Barrio G, Soriano V, Royuela L. Prevalencia de infección por el virus de la inmunodeficiencia humana y de conductas de riesgo entre los consumidores de heroína de Barcelona, Madrid y Sevilla: un ejemplo de las ventajas de centrar los estudios en los consumidores y no sólo en los usuarios por vía intravenosa. Med Clin (Barc) 1999;113:646-61.
5. Bachiller P, Navarro C, Muñoz P, Álvarez AA. Prevalencia de infección por el virus de la inmunodeficiencia humana y de conductas de riesgo entre consumidores de drogas. Med Clin (Barc) 2000;114:637.
6. Gutiérrez M, Navarro C, Gómez V. Centro de encuentro y acogida: una propuesta de intervención. En: Grup Igia, et al, editores. Gestionando las drogas. Barcelona: Grup Igia, 2001; p. 389-96.
7. Lahoz B, Moratalla G, Lineros C, Barros C. Consenso para la atención a los usuarios del programa de mantenimiento con metadona en los centros de salud de la provincia de Cádiz. Aten Primaria 2000;25:417-21.
8. Velarde C, Peinó J, Gómez de Caso JA. Programa de mantenimiento con metadona en heroinómanos por vía intravenosa. ¿Qué información tienen los médicos de atención primaria? Aten Primaria 1996;17:581-4.
9. Pérez K, Rodés A, Meroño M, Casabona J. Comportamiento de riesgo en usuarios de drogas por vía parenteral en tratamiento con metadona. Med Clin (Barc) 2001;116:315-6.
10. Martínez-Campillo F, Terán M, Rigo MV, Roda J, Salinas M, García JM. Prevalencia de anticuerpos anti-VHA y eficiencia de la detección prevacunal en instituciones de deficientes psíquicos en la ciudad de Alicante. Aten Primaria 2000;25:552-5.
11. Portilla J, Esteban J, Llinares R, Belda J, Sánchez-Payá J, Manso MI. Prevalencia de infecciones crónicas ocultas en una cohorte de pacientes en tratamiento sustitutivo con metadona. Med Clin (Barc) 2001;116:330-2.
12. Solera J, López E, Serna E, Vergara L, Martínez-Alfaro E, Sáez L. Riesgo de tuberculosis en adictos a drogas por vía parenteral seropositivos frente al virus de la inmunodeficiencia humana. Un estudio de cohortes en comunidades para desintoxicación de toxicómanos. Med Clin (Barc) 1993;100:725-9.
13. March JC, Ballesta R, Equipo PEPSA. La drogadicción por vía intravenosa, un problema de salud pública en España que necesita proyectos alternativos. Aten Primaria 2001;28:631-3

COMENTARIO EDITORIAL

Acomodar la oferta a las necesidades de los drogodependientes: ¿para cuándo la normalización?

M. Melguizo

Durante los últimos 30 años, la sociedad española se ha enfrentado a graves problemas sanitarios y sociales derivados de la drogadicción, y no se puede afirmar que se haya llegado a una normalización en la atención al paciente drogodependiente.

En los últimos años se ha producido además una gran modificación en las tendencias y patrones de consumo: el porcentaje de mujeres con problemas de toxicomanía es cada vez mayor; la edad de inicio en el contacto con los tóxicos es muy precoz —oscila entre los 13 y 15 años—, y esta precocidad incrementa el riesgo de consolidación de la drogodependencia; se ha producido una diversificación en el consumo, con un abanico cada vez más amplio de tóxicos, siendo cada vez mayor el consumo de sustancias «normalizadas» y la accesibilidad a éstas. La politoxicomanía es actualmente la regla, en lugar de la excepción, y esta asociación de tóxicos dificulta el abordaje terapéutico. En un sector importante el consumo ha dejado de ser diario y compulsivo, y ha pasado a tener un carácter episódico, asociado habitualmente con la noche, las fiestas o el fin de semana. La vía de administración ha cambiado fundamentalmente en los consumidores de heroína y opioides, con la sustitución de la administración parenteral por la pulmonar (fumar en chinos o en plata) o intranasal (esnifada).

Desde el punto de vista social, el drogodependiente ha cambiado, teniendo una imagen más normalizada alejada de la marginalidad y la delincuencia. Se ha arrinconado, no desaparecido, la imagen del drogodependiente «yonqui» en situación de pobreza, desempleo, fuera de la legalidad y con enfermedades infecciosas asociadas. Emerge un tipo de drogodependiente más joven, consumidor de fin de semana, politoxicómano, socialmente adaptado (al menos en su fase inicial) y con menos patología infecciosa asociada. No obstante, en función del tipo de producto consumido, la disponibilidad económica y los años de consumo, hay toda una gama heterogénea de estereotipos sociales difuminados que van desde la marginalidad extrema, cada vez más concentrada y condenada a una auténtica eutanasia social, hasta la aceptabilidad distinguida y frívola del drogodependiente con estatus social.

Desde el punto de vista sanitario, nos encontramos en una situación de transición, donde se ha podido contener el

crecimiento epidémico de hepatitis C, hepatitis B, infección por VIH y tuberculosis en los drogodependientes por consumo de opiáceos. No han sido los servicios sanitarios, sino más bien la alarma generalizada provocada por la morbilidad asociada al sida la que provocó la búsqueda de drogas «limpias» que evitaban el uso compartido y la vía intravenosa. El trabajo referenciado nos ofrece una prevalencia de infección por VIH y hepatitis C realmente alarmante, cuyas consecuencias sufriremos a medio y largo plazo. Mención especial merece el problema de la tuberculosis, tantas veces recurrente e infravalorado. Además, debemos tener en cuenta que en los estudios de prevalencia queda siempre al margen la bolsa de drogodependientes por opiáceos más marginal, que constituye un auténtico «cantón inexpugnable» al que no acceden los servicios sociosanitarios.

Como el resto de los niveles asistenciales, la implicación de atención primaria en la atención al drogodependiente ha sido pobre y sólo muy recientemente ha habido un compromiso firme por parte de los sistemas de salud de asumir «su parte» en la atención a estos pacientes. La respuesta que históricamente se ha dado a este problema ha sido externalizar la atención al drogodependiente. Las causas de este desapego a la drogodependencia han sido entre otras:

- Una falta de consideración del drogodependiente como enfermo.
- Una escasa intervención de la red asistencial en la atención al drogodependiente, salvo en su condición de paciente con enfermedad infecciosa, propiciando el desarrollo de redes paralelas y falta de coordinación.
- Un empecinamiento, propio de una mentalidad asistencial curativa, en considerar como único tratamiento posible la deshabituación del drogodependiente.

El futuro próximo nos depara un triple compromiso a los profesionales sanitarios: asumir la heterogeneidad de la drogodependencia, diversificar las estrategias terapéuticas y un mayor esfuerzo asistencial y de coordinación.

La heterogeneidad del drogodependiente depende de la sustancia (única o variada), el tipo de consumo y su actitud respecto al consumo de drogas. El mundo de las drogas ilegales va siempre por delante de nuestros conocimientos

y obliga a una permanente actualización. Si bien, tradicionalmente, hemos asociado drogodependencia con opiáceos y derivados, ya es realidad, por ejemplo, la presencia de drogas de síntesis cuyo consumo se incrementa dentro de la modificación de las pautas de consumo observado en la última década. Drogas que se asocian a otras sustancias, con el riesgo incrementado de intoxicación aguda, dificultad en su tratamiento, ausencia de antidotos y para las que ya se han evidenciado daños neurotóxicos irreversibles, desconociéndose su efecto a medio y largo plazo.

Es una obligación la diversificación de opciones terapéuticas en función de las necesidades de salud e inclinación del paciente drogodependiente. Como bien destaca el trabajo comentado, tan legítimas son las actividades de reducción de daños (intercambio de jeringuillas, prescripción de heroína) como los programas de alta exigencia libres de drogas. Se ha llegado a establecer tres grados de intervención en función de la intensidad de exigencia al paciente drogodependiente:

- Baja: administrar agonista y control médico.
- Media: lo anterior y soporte socioeducativo (talleres y cursos de reinserción económicos y judiciales).
- Alta: lo anterior y soporte psicoterapéutico (terapia educativa y tratamiento psicopatológico). Otra cuestión es valorar la rentabilidad coste/efectividad para cada una de ellas. Es aceptable cualquier opción que produzca mejoras en la salud, mejoras en la situación social del drogodependiente y su familia o mejoras en la cohesión e integración social.

Es imprescindible el incremento del esfuerzo asistencial por parte de los sistemas de salud, y especialmente de atención primaria. Hemos de considerar al drogodependiente como enfermo y también como paciente, susceptible de actuaciones preventivas o tratamiento específico y también como persona que solicita ayuda. Ningún otro usuario se podrá beneficiar más de valores propios del primer nivel asistencial como accesibilidad, integralidad, continuidad y abordaje biopsicosocial. En este caso la implicación del equipo de atención primaria debe ir más allá de lo simbólico.

Por supuesto, habrá situaciones en las que no existe un tratamiento adecuado; en estos casos el paciente debe recibir los cuidados que maximicen las posibilidades de mantener su vida y de conseguir que ésta sea de buena calidad. Exactamente igual que cualquier otro paciente con una enfermedad crónica. Esta será la normalización tan deseada y tan al alcance de los autores del trabajo comentado.

Bibliografía general

- Barrio G, Bravo MJ, De la Fuente L. Consumo de drogas en España: hacia una diversificación de los patrones de consumo y los problemas asociados. *Enf Emergencias* 2000;2:88-102.
- Cabrera J. Ante un cambio, una respuesta: drogas de síntesis en España. *FMC* 2002;9:514-23.
- Claramonte X, Nogué S, Monsalve C. ¿Nuevas drogas de diseño?, ¿nuevas drogas de síntesis? *FMC* 2002;9:323-34.
- Puigdollers E, Cots F, Brugal MT, Torralba L, Domingo-Salvany A. Programas de mantenimiento de metadona con servicios auxiliares: un estudio de coste efectividad. *Gaceta Sanitaria* 2003; 17:123-30.