



FACULTAD DE FARMACIA

Grado en Farmacia

EVALUACIÓN CLÍNICA DE LOS PACIENTES QUE INICIARON TRATAMIENTO CON METADONA Y SUBOXONE ENTRE LOS AÑOS 2008 Y 2014 EN LA UNIDAD DE CONDUCTAS ADICTIVAS DE VILLAJYOYOSA

Memoria de Trabajo Fin de Grado

Sant Joan d'Alacant

Junio 2015

Autor: María Inmaculada Doménech Ibáñez

Modalidad: Experimental

Tutor/es: María de la Cruz Pellín Mira

Javier Esteban Mozo

EVALUACIÓN CLÍNICA DE LOS PACIENTES QUE INICIARON TRATAMIENTO CON METADONA Y SUBOXONE ENTRE LOS AÑOS 2008 Y 2014 EN LA UNIDAD DE CONDUCTAS ADICTIVAS DE VILLAJOYOSA

Tutores

María de la Cruz Pellín Mira y Javier Esteban Mozo, Unidad de Toxicología y Seguridad Química, Instituto de Bioingeniería

Universidad Miguel Hernández de Elche

Agradecimientos

En primer lugar me gustaría mostrar mi agradecimiento a mis tutores María de la Cruz Pellín Mira y Javier Esteban, por su supervisión del trabajo y la ayuda ofrecida.

En segundo lugar, porque sin su colaboración no hubiera sido posible realizar este trabajo, a toda la plantilla de la Unidad de Conductas Adictivas de Villajoyosa:

Carmen Gimeno Escrig, Eva Mora Sáez, Juan Ramón Roberto Llorca, José Luis Furió Vidal, Felipe Gonçalves Fernández y estudiantes de prácticas de enfermería.

Gracias por la ayuda y por los buenos momentos vividos.

Por otra parte, a la Universidad, por permitirme cursar el Grado de Farmacia.

Y por último, a mi madre, por darme todo el apoyo que necesito y las facilidades para llegar a este punto de mi carrera.

Índice

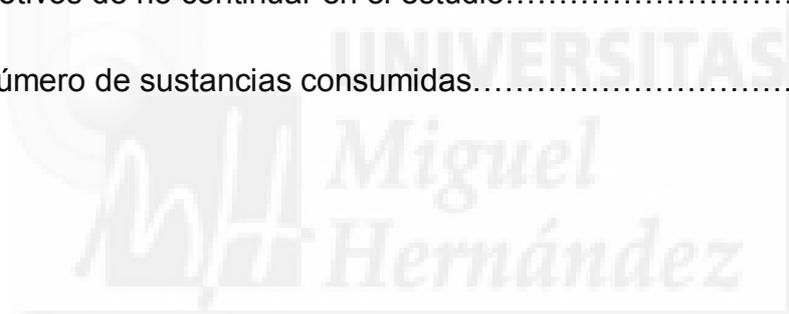
1. Resumen.....	1
2. Antecedentes	
2.1. Opiáceo u opioide.....	2
2.2. Efectos farmacológicos de los opiáceos.....	2
2.3. Fármacos utilizados en la desintoxicación de opiáceos.....	3
2.4. Tratamiento de sustitución o mantenimiento con metadona (TMM).....	4
2.5. Suboxone®.....	5
2.6. Influencia del consumo de benzodiazepinas.....	6
3. Objetivos.....	7
4. Material y métodos	
4.1. Fuentes de información.....	8
4.2. Registro de variables.....	8
4.3. Análisis estadístico.....	10
5. Resultados	
5.1. Características socio-demográficas.....	12
5.2. Comorbilidad física y psicopatológica.....	13
5.3. Patrones de uso de heroína.....	15
5.4. Consumo de otras sustancias.....	15
5.5. Tratamiento.....	17
5.6. Análisis de consumo de sustancias al inicio y final del seguimiento	
5.6.1. Heroína.....	18
5.6.2. Alcohol.....	20
5.6.3. Tabaco.....	21
5.6.4. Cocaína.....	23
5.6.5. Cánnabis.....	24
5.6.6. Benzodiazepinas.....	25
5.7. Sumatorio de sustancias.....	27
5.8. Relación entre el consumo de benzodiazepinas y la presencia o no de enfermedades psicopatológicas.....	28
5.9. Relación entre la presencia de enfermedad psicopatológica y el tratamiento con metadona o suboxone®.....	29

5.10. Relación entre la dosis de metadona y la presencia de enfermedades psicopatológicas.....	30
5.11. Relación entre la dosis de metadona y suboxone con consumo de sustancias al final del estudio.....	30
5.12. Relación entre la vía de administración y presencia o no de enfermedades infecciosas.....	31
6. Discusión.....	33
7. Conclusiones.....	36
8. Anexos	
8.1. Consentimiento informado.....	37
8.2. Encuesta realizada en la Unidad de Conductas Adictivas.....	38



Índice de figuras

Figura 1. Nivel de estudios.....	12
Figura 2. Situación laboral.....	13
Figura 3. Enfermedades psicopatológicas.....	14
Figura 4. Enfermedades orgánicas.....	14
Figura 5. Vía de administración de heroína.....	15
Figura 6. Consumo de sustancias al comienzo del estudio.....	16
Figura 7. Motivos de no continuar en el estudio.....	18
Figura 8. Número de sustancias consumidas.....	27



Índice de tablas

Tabla 1. Comparativa de la prevalencia de consumo de heroína al inicio y final del seguimiento entre todos los pacientes del estudio.....	18
Tabla 2. Comparativa de la prevalencia de consumo de heroína al inicio y final del seguimiento entre los pacientes que recibieron TMM.....	19
Tabla 3. Comparativa de la prevalencia de consumo de heroína al inicio y final del seguimiento entre los pacientes que recibieron Suboxone®.....	19
Tabla 4. Comparativa de la prevalencia de consumo de alcohol al inicio y final del seguimiento entre todos los pacientes del estudio.....	20
Tabla 5. Comparativa de la prevalencia de consumo de alcohol al inicio y final del seguimiento entre los pacientes que recibieron TMM.....	20
Tabla 6. Comparativa de la prevalencia de consumo de alcohol al inicio y final del seguimiento entre los pacientes que recibieron Suboxone®.....	21
Tabla 7. Comparativa de la prevalencia de consumo de tabaco al inicio y final del seguimiento entre todos los pacientes del estudio.....	21
Tabla 8. Comparativa de la prevalencia de consumo de tabaco al inicio y final del seguimiento entre los pacientes que recibieron TMM.....	22
Tabla 9. Comparativa de la prevalencia de consumo de tabaco al inicio y final del seguimiento entre los pacientes que recibieron Suboxone®.....	22
Tabla 10. Comparativa de la prevalencia de consumo de cocaína al inicio y final del seguimiento entre todos los pacientes del estudio.....	23
Tabla 11. Comparativa de la prevalencia de consumo de cocaína al inicio y final del seguimiento entre los pacientes que recibieron TMM.....	23
Tabla 12. Comparativa de la prevalencia de consumo de cocaína al inicio y final del seguimiento entre los pacientes que recibieron Suboxone®.....	24

Tabla 13. Comparativa de la prevalencia de consumo de cannabis al inicio y final del seguimiento entre todos los pacientes del estudio.....	24
Tabla 14. Comparativa de la prevalencia de consumo de cannabis al inicio y final del seguimiento entre los pacientes que recibieron TMM.....	25
Tabla 15. Comparativa de la prevalencia de consumo de cannabis al inicio y final del seguimiento entre los pacientes que recibieron Suboxone®.....	25
Tabla 16. Comparativa de la prevalencia de consumo de benzodiazepinas al inicio y final del seguimiento entre todos los pacientes del estudio.....	26
Tabla 17. Comparativa de la prevalencia de consumo de benzodiazepinas al inicio y final del seguimiento entre los pacientes que recibieron TMM.....	26
Tabla 18. Comparativa de la prevalencia de consumo de benzodiazepinas al inicio y final del seguimiento entre los pacientes que recibieron Suboxone®...	27
Tabla 19. Relación entre el consumo de benzodiazepinas y la presencia o no de enfermedades psicopatológicas.....	28
Tabla 20. Relación entre el consumo de benzodiazepinas y la presencia o no de enfermedades psicopatológicas.....	29
Tabla 21. Relación entre el consumo de benzodiazepinas y la presencia o no de enfermedades psicopatológicas.....	29
Tabla 22. Relación entre el tratamiento seguido y la presencia de enfermedades psicopatológicas.....	30
Tabla 23. Dosis de metadona y suboxone en relación con consumo de sustancias.....	31
Tabla 24. Relación entre la vía de administración y la presencia de VIH.....	31
Tabla 25. Relación entre la vía de administración y la presencia de VHC.....	32

Lista de abreviaturas

ABUCASIS: Sistema de gestión del proceso asistencial completo.

BZD: Benzodiazepinas

LAAM: Levo acetil alfa metadol

SECAD: Sistema de información para la Evaluación de la Calidad Asistencial en Drogodependencia

TMM: Tratamiento de Mantenimiento o sustitución con Metadona

UCA: Unidad de Conductas Adictivas

UDI: Usuario de Drogas Inyectables

VHB: Virus de la Hepatitis B

VHC: Virus de la Hepatitis C

VIH: Virus de la Inmunodeficiencia Humana



1. Resumen

El objetivo de este trabajo es evaluar la efectividad de los programas de mantenimiento de metadona y Suboxone® y la influencia del consumo de benzodiazepinas en los resultados. El estudio se realizó en la Unidad de Conductas Adictivas de Villajoyosa durante el período comprendido entre julio de 2014 y febrero de 2015. El diseño fue el de un estudio observacional retrospectivo con 69 pacientes que acudieron por primera vez a la UCA para tratar su adicción a heroína/mórficos desde el año 2008 hasta 2012. Para la obtención de los datos se utilizaron historias médicas, hojas SECAD y ABUCASIS, además de llamadas telefónicas y entrevistas, siempre con la autorización del paciente. Se hizo un estudio sociodemográfico, de la patología física y la psicopatología asociada así como de los patrones de uso de heroína. Los resultados revelaron reducción significativa en el consumo de heroína, alcohol, cocaína y cannabis. No se reflejaron cambios ni en el consumo de benzodiazepinas ni tabaco. No hubo significación entre la dosis de metadona y de Suboxone® con el consumo de sustancias al final del estudio. El consumo de benzodiazepinas se pudo asociar a la presencia de enfermedades psicopatológicas. En conclusión, los datos indican que permanecer en el tratamiento de mantenimiento con fármacos opiáceos es efectivo en la reducción del consumo de sustancias y que se debe promover la reducción del consumo de benzodiazepinas en la práctica clínica siempre que no forme parte del tratamiento de la psicopatología del paciente.

2. Antecedentes

2.1. Opiáceo u opioide¹

La Unión Internacional de Farmacología Básica y Clínica (IUPHAR), organismo oficial que establece la terminología de fármacos y sus dianas, comenta que se debe restringir el término **opiáceo** a aquellos fármacos derivados del jugo de la adormidera o *Papaver somniferum* denominado opio. Entre estos productos se incluye la morfina, la codeína, derivados semisintéticos de los anteriores tales como la heroína y los derivados de otro alcaloide presente en la adormidera denominado tebaína, compuestos semisintéticos como la buprenorfina o la naloxona. También lo son aquellos productos de origen sintético cuyas propiedades farmacológicas coinciden con las de los anteriores, por ejemplo, la metadona.

El término **opioide** se reserva para los péptidos de origen endógeno como las encefalinas, las endomorfina y la beta-endorfina y cuando nos encontramos ante fármacos sintéticos, de estructura opioide, normalmente utilizados en investigación preclínica, y que poseen actividad farmacológica similar a la de los péptidos opioides endógenos y de los opiáceos. Un ejemplo podría ser la encefalina denominada DAMGO. Los receptores biológicos que reconocen los péptidos opioides y los fármacos opiáceos han de ser denominados receptores opioides. Por lo tanto, el término receptores opiáceos es incorrecto.

2.2. Efectos farmacológicos de los opiáceos

Tanto los opiáceos como los péptidos opioides interactúan con receptores opioides específicos obteniendo los siguientes efectos farmacológicos:

- Receptor mu- μ : motilidad intestinal reducida, depresión respiratoria, analgesia, euforia, sedación, miosis.
- Receptor kappa- k : analgesia, disforia, diuresis
- Receptor delta- δ : no se sabe con certeza el efecto farmacológico, pero está relacionado con analgesia y adicción.

¹ Meana Martínez J. Introducción, conceptos básicos y glosario. En: Bobes J, director. Guía para el tratamiento de la adicción a opiáceos con buprenorfina/naloxona. Barcelona: Sociodrogalcohol; 2010. p. 11-2.

2.3. Fármacos utilizados en la desintoxicación de opiáceos²

- Antagonistas del receptor opioide: Naloxona y Naltrexona. Las presentaciones de naloxona tienen como indicación el diagnóstico y tratamiento de las sobredosis por opiáceos y son ampollas de 0,4 mg disueltos en 1 ml para uso por vía parenteral.

- Fármacos que disminuyen la transmisión noradrenérgica: clonidina, tizanidina y lofexidina (no comercializado en España)

- Metadona: agonista puro de receptor mu opioide. Tratamiento de sustitución o mantenimiento con metadona (TMM)

- Buprenorfina: agonista parcial de receptor mu opioide y antagonista receptor kappa. Se presenta en España para su uso como analgésico en comprimidos sublinguales de 0,2 mg y solución inyectable de 0,3 mg en 1 ml (Buprex®) o parches transdérmicos. Para el tratamiento de pacientes con dependencia a opiáceos, comprimidos sublinguales de 2 y 8 mg de buprenorfina (Subutex®). La asociación de buprenorfina y naloxona en formulaciones como comprimidos de 2 mg de buprenorfina mas 0,5 mg de naloxona o de 8 mg de buprenorfina mas 2 mg de naloxona está también autorizada como Suboxone®.

- Levo acetil alfa metadol (LAAM), como la metadona, es un sintético opioide que es eficaz cuando se ingiere por vía oral. LAAM y metadona son de eficacia equivalente en términos de la capacidad para reducir el uso de drogas ilícitas, pero LAAM tiene un inicio más lento de acción y una duración de acción más larga en comparación con la metadona. Se puede administrar cada tres días, proporcionando una mayor flexibilidad. LAAM se utiliza en los Estados Unidos de América, pero en la Unión Europea no se emplea debido a las preocupaciones acerca de un posible efecto sobre la función cardiaca.

En los dependientes de opiáceos que recaen repetidamente o en los que no es realista proponer la abstinencia de sustancias opiáceas, se debe plantear los programas de mantenimiento con fármacos opiáceos. Los programas de

² Meana Martínez J. Características farmacológicas de la buprenorfina y la naloxona. En: Bobes J, director. Guía para el tratamiento de la adicción a opiáceos con buprenorfina/naloxona. Barcelona: Socidrogalcohol; 2010. p. 31-2.

mantenimiento se deben administrar dentro de un programa completo de tratamiento que incluya una intervención psicosocial. Dichos programas reducen el consumo de opiáceos y la morbi-mortalidad, mejoran la situación social, se asocian a un menor número de crímenes relacionados con las drogas y a una menor transmisión del VIH³. A continuación trataremos las dos opciones más trabajadas para la deshabituación de opiáceos: TMM y Suboxone®.

2.4. Tratamiento de sustitución o mantenimiento con metadona (TMM)

La metadona es un opiáceo sintético que se administra por vía oral como un líquido. Los pacientes toman su dosis diaria ajustada individualmente, la cual se recoge una vez por semana (o cada quince días) en la Unidad de Conductas Adictivas. Cada paciente regularmente se somete a controles de orina y a terapia psicológica y médica. La metadona es el medicamento más utilizado para la terapia de sustitución de la dependencia de opiáceos. El TMM es un tratamiento ampliamente investigado. Hay una fuerte evidencia, desde la investigación y la monitorización de prestación de servicios, que esta terapia es eficaz en la reducción e incluso eliminación de uso de opiáceo, en la reducción de consumo de drogas ilícitas, la reducción de las tasas de mortalidad, reducción de propagación del VIH, mejorar la salud física y mental, la mejora del funcionamiento social, reducción del desempleo, y la reducción de la criminalidad. También se asocia al TMM la reducción de comportamientos de riesgo incluyendo el intercambio de agujas, el número de parejas sexuales, relaciones sexuales sin el uso del preservativo, y el intercambio de sexo por drogas o dinero^{4,5}

³ Roncero Alonso C, Fusté Coetzee G. Utilidad del tratamiento combinado Buprenorfina/ Naloxona: eficacia y efectividad clínica. En: Bobes J, director. Guía para el tratamiento de la adicción a opiáceos con buprenorfina/naloxona. Barcelona: Socidrogalcohol; 2010. p. 43-4.

⁴ World Health Organization, United Nations Office on Drugs and Crime, UNAIDS. Substitution maintenance therapy in the management of opioid dependence and HIV/AIDS prevention: position paper. Switzerland: World Health Organization; 2004.

⁵ Kerr T, Marsh D, Li K, Montaner J, Wood E. Factors associated with methadone maintenance therapy use among a cohort of polysubstance using injection drug users in Vancouver. Drug Alcohol Depend. 2005;80:329-35.

Bravo y col. (2010) ⁶ realizaron un estudio cuyo objetivo era evaluar el efecto del TMM en el consumo de cocaína y el consumo de cocaína vía inyectada entre usuarios de heroína. Se concluyó que la inscripción en TMM es un factor protector frente al consumo de cocaína y de heroína entre los usuarios por vía parenteral.

Sheerin y col. (2004) ⁷ demostraron que el TMM se asocia con una gran reducción de los costos de la delincuencia y el encarcelamiento entre los usuarios de drogas inyectables. El objetivo de este estudio fue estimar los cambios en el consumo de drogas, la delincuencia, el encarcelamiento y costos sociales en población usuaria de drogas inyectables (UDI) en TMM en Christchurch, Nueva Zelanda.

Respecto a enfermedades infecciosas, un estudio con pacientes coinfectados de VIH y VHC, concluyó que la participación en el TMM se asoció con el consumo reducido de heroína y mejora de la adhesión en la terapia antirretroviral, reflejándose esto en los resultados del tratamiento⁸.

2.5. Suboxone®

El suboxone® es un medicamento compuesto por buprenorfina y naloxona en formulaciones como comprimidos de 2 mg /0,5 mg o de 8 mg/2 mg. Los pacientes acuden a la Unidad de Conductas Adictivas para recoger las recetas de Suboxone® y proceder a su posterior compra en una oficina de farmacia. La buprenorfina es un agonista parcial mientras que la naloxona es un antagonista. No se absorbe bien si se toma por vía oral, por lo que la ruta habitual de la administración en tratamiento de la dependencia de opiáceos es sublingual. Con el aumento de dosis los efectos alcanzan una meseta, un “efecto techo”, no produciéndose sobredosis. Esta característica dota a la buprenorfina de mayor seguridad con respecto a otros agonistas. La naloxona produce síntomas de abstinencia en individuos dependientes opiodes, con

⁶ Bravo MJ, Llorens N, Barrio G, Brugal MT, Santos S, Sordo L, et al; Grupo Itinere Project. Methadone maintenance treatment: A protective factor for cocaine injection in a street-recruited cohort of heroin users. *Drug Alcohol Depend.* 2010;112:62–8.

⁷ Sheerin I, Green T, Sellman D, Adamson S, Deering D. Reduction in crime by drug users on a methadone maintenance therapy programme in New Zealand. *NZMed J.* 2004;117(1190).

⁸ Palepu A, W.Tyndall M, Joy R, Kerr T, Wood E, Press N, et al. Antiretroviral adherence and VIH treatment outcomes among HIV/HCV co-infected injection drug users: The role of methadone maintenance therapy. *Drug Alcohol Depend.* 2006;84:188-94.

heroína o metadona (agonistas completos) en su organismo. Debido a estas características farmacocinéticas, Suboxone® debe dispensarse tras respetar el periodo de abstinencia de seguridad.

La eficacia es similar a la de la metadona en dosis adecuadas, como indica un estudio⁹ que concluye que la buprenorfina es un medicamento eficaz en el tratamiento de mantenimiento de la dependencia de la heroína y en la retención de personas en el tratamiento en cualquier dosis por encima de 2 mg, y suprime el uso de opiáceos ilícitos (en dosis de 16 mg o más) sobre la base de ensayos controlados con placebo.

Sin embargo, en comparación con la metadona, la buprenorfina retiene menos personas cuando las dosis son flexibles y en dosis fijas bajas. Si se utilizan dosis medias o altas, la buprenorfina y metadona no tienen diferente efectividad pero la buprenorfina puede estar asociada con tasas más bajas de retención en el tratamiento. Este resultado lo comparte otro estudio¹⁰ que indica que la buprenorfina no difirió de la metadona en su capacidad para suprimir el consumo de heroína, pero retuvo aproximadamente un 10% menos de pacientes.

2.6. Influencia del consumo de benzodiazepinas

Hay estudios que muestran que una gran proporción de pacientes dependientes de opiáceos en el tratamiento de mantenimiento con metadona (MMT) consumen benzodiazepinas (BZD). El abuso de esta sustancia forma parte del patrón de consumo de otras drogas y está asociado a una menor retención y supervivencia¹¹.

⁹ Mattick RP, Breen C, Kimber J, Davoli M; Grupo Cochrane Drugs and Alcohol. Buprenorphine maintenance versus placebo or methadone maintenance for opioid dependence.[monografía en Internet]. 2014 [citado 27 abr 2015]. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/enhanced/doi/10.1002/14651858.CD002207.pub4>

¹⁰ Mattick RP, Ali R, White JM, O'Brien S, Wolk S, Danz C. Buprenorphine versus methadone maintenance therapy: a randomized double-blind trial with 405 opioid-dependent patients. *Addiction*. 2003;98:441–52.

¹¹ Specka M, Bonnet U, Heilmann M, Schifano F, Scherbaum N. Longitudinal patterns of benzodiazepine consumption in a German cohort of methadone maintenance treatment patients. *Hum Psychopharmacol Clin Exp*. 2011; 26:404-11.

3. Objetivos

Debido a toda la información previa, a que muchos estudios avalan la efectividad del tratamiento con metadona y suboxone para la dependencia de opiáceos y son tratamientos ampliamente utilizados en España, el objetivo de este trabajo es evaluar la efectividad de los programas de mantenimiento de metadona y Suboxone® llevados a cabo en la Unidad de Conductas Adictivas de Villajoyosa en una muestra de pacientes que iniciaron tratamiento entre los años 2008 y 2014. Para poder evaluar la efectividad, además de caracterizar la muestra, se valoró la reducción en el consumo de sustancias al final del tratamiento, la relación existente entre la dosis de metadona y suboxone con el consumo de sustancias y la presencia de enfermedades psicopatológicas y la influencia del consumo de benzodiacepinas en los resultados.



4. Material y métodos

El trabajo se realizó en la Unidad de Conductas Adictivas (UCA) de Villajoyosa, durante el período comprendido entre julio de 2014 y febrero de 2015. El diseño fue el de un estudio observacional retrospectivo con 69 pacientes que acudieron por primera vez a la UCA para tratar su adicción a heroína/mórficos desde el año 2008 hasta 2012. No se incluyó en el estudio a los pacientes que reiniciaban el tratamiento en la UCA, solamente se incluyen inicios.

4.1. Fuentes de información

Para la obtención de los datos se utilizaron como fuentes de información las historias médicas en papel, las hojas SECAD (Sistema de información para la Evaluación de la Calidad Asistencial en Drogodependencia). El SECAD es un cuestionario para la recopilación de datos estadísticos que se hace a los casos nuevos o reinicios y estos datos son después analizados por la Conselleria de Sanidad de la Generalitat Valenciana, utilizados para el Plan Nacional sobre Drogas y el Observatorio Europeo. Hay todo tipo de datos epidemiológicos como antecedentes familiares, historia de consumo, historia social, delictiva, tratamientos anteriores, etc. y las historias médicas de ABUCASIS (Sistema de gestión sanitaria de la Agencia Valenciana de Salut), de donde se obtuvieron las variables sociodemográficas, historia toxicológica y otras variables clínicas. También se llamó por teléfono y se concertaron citas para realizar entrevistas. A todos los pacientes del estudio se les solicitó el Consentimiento Informado (anexo 1).

4.2. Registro de variables

Se registraron las siguientes variables:

- a) Año en el que acudió a la UCA
- b) Edad de inicio en tratamiento, es decir, la edad en años del paciente cuando ingresó por primera vez en UCA
- c) Sexo
- d) Provincia de nacimiento: comunitario, extracomunitario u otros países

- e) Estado civil inicial y final, es decir, al inicio y en la actualidad: casado, pareja, viudo, separado/divorciado, soltero
- f) Nivel de instrucción: sin estudios, estudios primarios, estudios secundarios, bachillerato, Formación Profesional, Universidad.
- g) Situación laboral inicial y final: trabajo, no trabajo, incapacidad laboral, ilegal, otros.
- h) Procedencia, es decir, de dónde proceden los pacientes. Iniciativa propia, otros centros de la red de drogodependencias (otras UCAs, centros psiquiátricos, centros de día), derivados por la justicia, otros (amigos, familiares)
- i) Edad de inicio del consumo de heroína
- j) Vía de administración, que se clasificó como: fumada (o pulmonar; aspiración de gases o vapores o nombrada entre la población adicta como “chinos”), inyectada, distintas vías (fumada e inyectada; esnifada e inyectada), esnifada (o intranasal; aspiración de polvo por la nariz), oral y otras vías.
- k) Si se ha inyectado alguna vez y, si es así, edad de la primera inyección.
- l) Si se inyecta actualmente
- m) Tratamiento que realiza en la UCA: TMM (Programa de Mantenimiento con Metadona), Suboxone, Comunidad Terapéutica, Otros (desintoxicación hospitalaria)
- n) Fecha de inicio y final del tratamiento
- ñ) Tiempo total en tratamiento, definido como el tiempo en meses que el paciente recibió tratamiento. En el caso de que el paciente abandonara y posteriormente reingresara en TMM, se sumó la duración en meses de los diversos períodos en que el paciente recibió metadona/suboxone en la UCA.
- o) Si sigue en estudio, es decir, si el paciente lleva un control en la UCA de Villajoyosa
- p) Interrupción del tratamiento, es decir, si el paciente ha dejado de medicarse
- q) Motivo de no seguir en el estudio: traslado a otros centros de conductas adictivas, abandono del tratamiento (alta voluntaria), alta del tratamiento, entrada en prisión, defunción y otras causas.
- r) Dosis inicial de metadona/suboxone (estabilizada) y dosis final de metadona/suboxone

- s) Consumo de benzodiazepinas al inicio y al final del tratamiento en la UCA
- t) Consumo de benzodiazepinas en la actualidad
- u) Consumo de sustancias al inicio del tratamiento en la UCA y actual. Estas sustancias son: Heroína, Cocaína, Alcohol Tabaco, Cánnabis, Alucinógenos, Anfetaminas y Opiáceos (derivados naturales y semi-sintéticos de la morfina; morfina, codeína, tebaína)
- v) Suma de sustancias consumidas junto a la heroína, tanto al inicio del tratamiento como en la actualidad.
- w) Presencia o no de enfermedades orgánicas. Infección por el VIH, infección por el VHC y VHB y mantoux positivo/negativo.
- x) Fecha de diagnóstico de enfermedades orgánicas, para saber si es antes o durante el tratamiento en la UCA la infección.
- y) Presencia o no de enfermedades psicopatológicas y, si es afirmativo, las clasificamos en: trastorno de personalidad, trastorno depresivo, trastorno psicótico, trastorno de ansiedad, esquizofrenia y otras enfermedades.
- z) Estado actual del paciente. Los ítems propuestos fueron: No consume nada, ni heroína ni está en tratamiento; Consume heroína y no acude al tratamiento; Se encuentra en TMM/Suboxone pero consume heroína; Continúa en TMM en la UCA de Villajoyosa; Continúa con Suboxone en la UCA de Villajoyosa; Se encuentra en centros de la red de drogodependencias/seguimiento en otras UCAs; Exitus; No localizado.

4.3. Análisis estadístico

Los datos se analizaron mediante el programa estadístico SPSS versión 20.0 (SPSS Inc., an IBM company).

Las variables cuantitativas distribuidas simétricamente fueron descritas utilizando la media y la desviación estándar (DE). El test de la t-Student se utilizó para comparar dos medias de variables cuantitativas. Los datos de las variables cualitativas se expresaron mediante n y porcentaje. El test de la χ^2 se utilizó para contrastar dos variables cualitativas independientes y el de Mc Nemar en el caso de dos variables cualitativas pareadas. Se rechazó la hipótesis nula para valores de p inferiores a 0,05. Se utilizó la prueba de

Kolmogorov-Smirnov para comprobar si las variables seguían una distribución normal o no paramétrica. Las variables paramétricas se describieron mediante la media y desviación estándar y las variables no paramétricas mediante la n , la mediana y los percentiles 25 y 75%.



5. Resultados

5.1. Características socio-demográficas

Se observó que el 79,7% de los participantes eran hombres y la media de edad fue de 37,6 (DE= 8,6) años. El 34,8% de los pacientes eran de la Comunidad Valenciana, el 30,4% procedían de otras comunidades autónomas y, un 33,3% de otros países.

Al inicio del tratamiento, un 36,2% de la población tenía pareja, un 27,5% estado civil soltero, 17,4% separado, 14,5% casado y 1,4% viudo.

El 29,0% de los participantes tenían un nivel de estudios de educación secundaria obligatoria, el 20,3% no tenían estudios, el 20,3% tenían estudios primarios, el 15,9% estudios de Formación Profesional; el 4,3% bachillerato y el 4,3% estudios universitarios (Figura 1).

Nivel de estudios

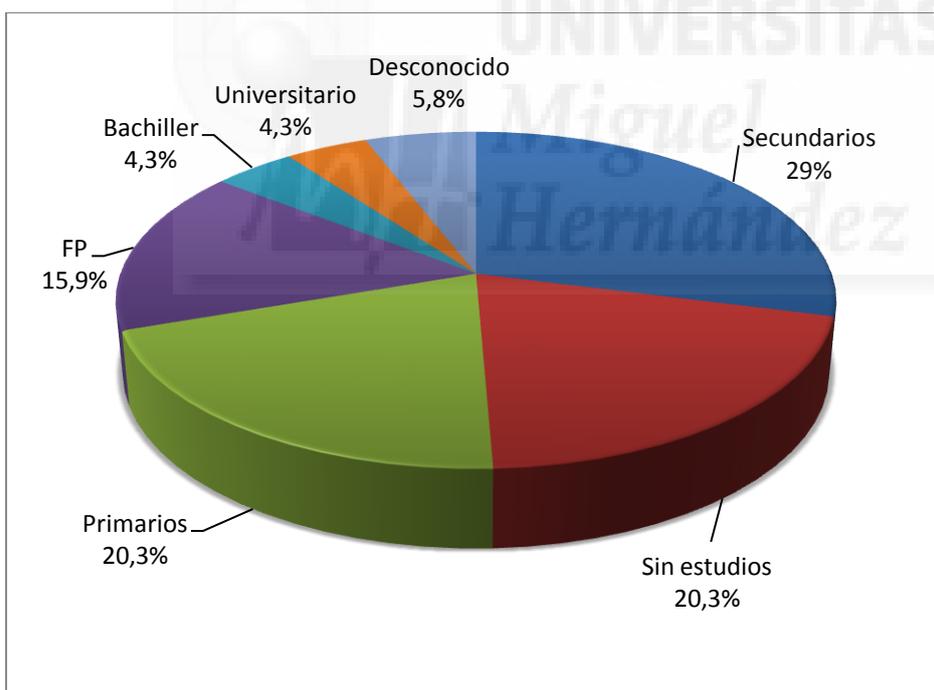


Figura 1. Nivel de estudios.

Por otro lado, la situación laboral inicial mayoritaria era la de no tener trabajo, con un 49,3%, mientras que la situación laboral final era la de tener empleo, con un 31,9%. A la situación laboral inicial le siguen a la de no tener

trabajo: trabajo, incapacidad y trabajos ilegales, con 37,7%; 5,8% y 2,9% respectivamente. A la situación laboral final le siguen a la de tener trabajo: desempleado, incapacidad, otros e ilegal, con los siguientes porcentajes: 26,1%; 4,3%; 2,9% y 1,4% (Figura 2).

Situación laboral

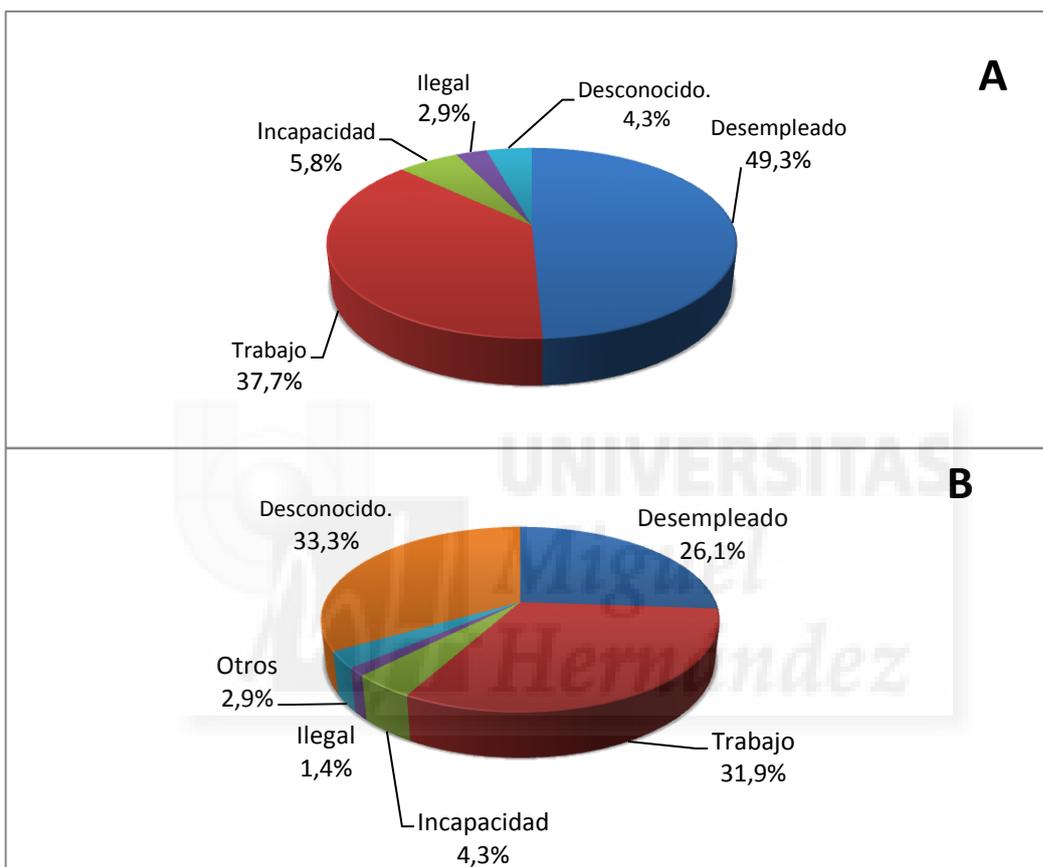


Figura 2. Situación laboral al inicio del programa de mantenimiento (A) y situación laboral actual (B).

5.2. Comorbilidad física y psicopatológica

El 44,9% de los pacientes presentaban enfermedades orgánicas y el 47,8% de los pacientes presentaban enfermedades psicopatológicas (Figura 3). De entre las enfermedades psicopatológicas, la mayoritaria fue el trastorno de personalidad con el 42,4%. A continuación le sigue el trastorno depresivo y el psicótico con el 24,2 y 18,2% respectivamente.

Enfermedades psicopatológicas

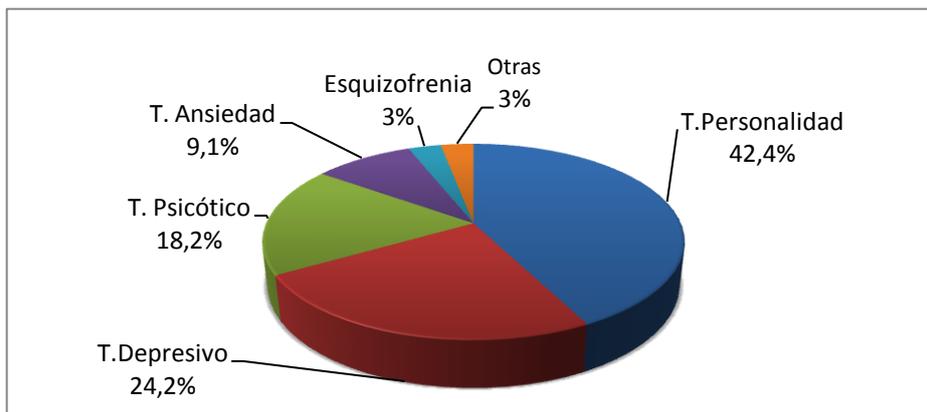


Figura 3. Enfermedades psicopatológicas presentes en los pacientes.

El 7,2% de los pacientes fueron positivos para el VIH. Es decir, 5 de 69 pacientes eran seropositivos y todos ellos lo eran ya antes de entrar en el estudio. El 13,0% de los pacientes fueron positivos para el VHB. 9 de 69 pacientes. Todos eran positivos antes de entrar en tratamiento. Se observó el mismo porcentaje de positivos y negativos para VHC: 47,8%. 33 de 69 pacientes eran positivos, todos antes de iniciar el tratamiento. El 7,2% dio un resultado positivo en la prueba de la tuberculina realizada antes de la inclusión en el estudio (Figura 4).

Enfermedades orgánicas

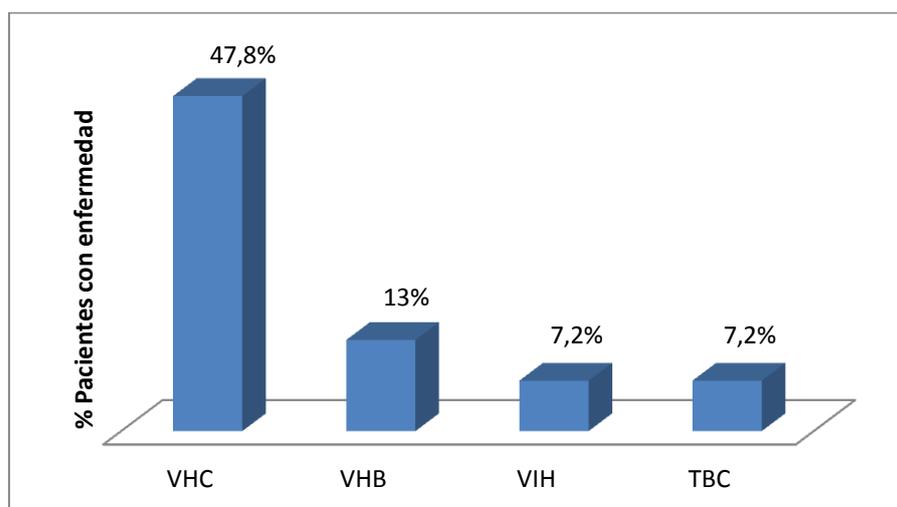


Figura 4. Enfermedades orgánicas. Porcentaje de pacientes con la enfermedad de VHC, VHB, VIH y prueba positiva de la tuberculina.

5.3. Patrones de uso de heroína

La mediana de edad del inicio de consumo para toda la muestra fue de 20 (percentiles 25-75%, 17-26) años. La mediana de edad de la primera inyección para aquellos pacientes que habían consumido alguna vez vía parenteral (50,7%) fue de 18 (percentiles 25-75%, 17-24) años. La vía de administración mayoritaria fue la vía fumada (o pulmonar; chinos, aspiración de gases o vapores) con el 46,4%. Le sigue la vía inyectada con un 21,7 (Figur 5).

Vía de administración de heroína

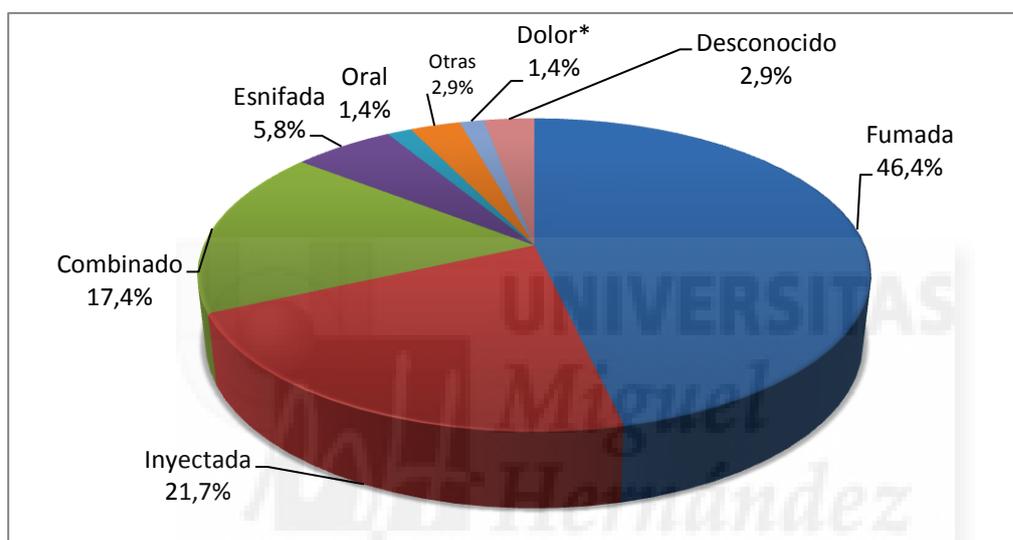


Figura 5. Vía de administración de heroína

*Dolor: El 1,4% de los pacientes acudieron a la UCA para deshabituación de fármacos opiáceos no de heroína, por lo que no se recoge vía de administración.

El 50,7% de los pacientes había consumido heroína por vía intravenosa al menos una vez en su vida. En el momento del estudio, al preguntar si actualmente consumían por vía intravenosa, el 69,6% de los pacientes lo negaban.

5.4. Consumo de otras sustancias

El 89,9% de los pacientes consumían heroína a la llegada a la UCA. La razón de que este porcentaje no sea 100% es debido a que algunos pacientes procedían de otros centros de drogadicción y ya no consumían (4 casos). Un caso acudió a la UCA para deshabituarse de fármacos mórnicos utilizados para

tratar el dolor. El 66,7% de los pacientes consumía alcohol y el 82,6%, tabaco; el 63,8% de los pacientes consumía cocaína; el 73,9% de los pacientes consumía cannabis; el 10,1% consumía alucinógenos; el 13,0% consumía anfetaminas y el 21,7% consumía opiáceos. Respecto al consumo de benzodiazepinas, el 49,3% de los pacientes consumían al inicio del estudio mientras que al final del estudio este porcentaje se reduce al 43,5% (Figura 6).

Consumo de sustancias al comienzo del estudio

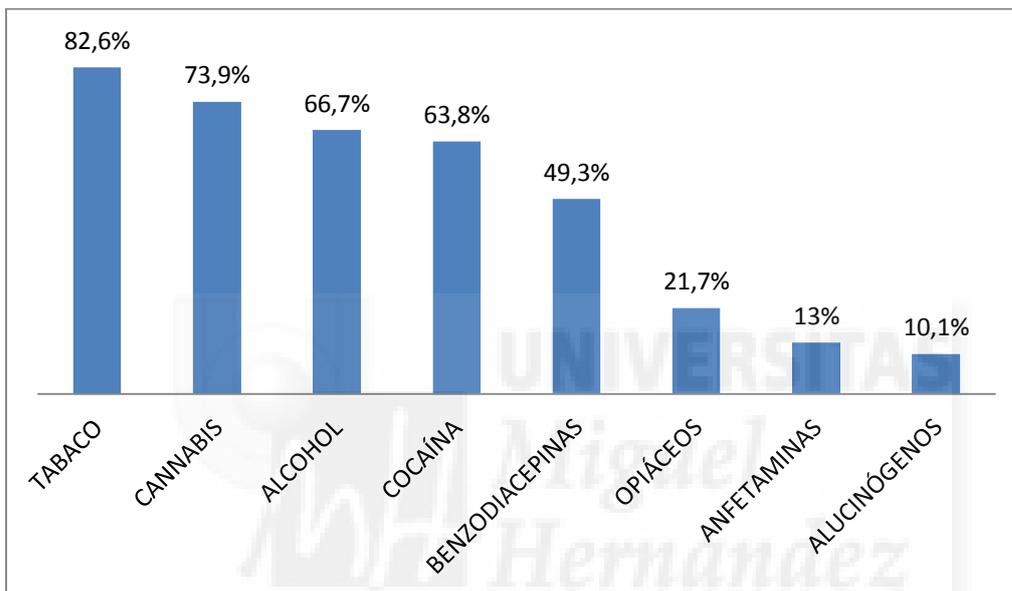


Figura 6. Consumo de sustancias al comienzo del estudio. Se indica el % de pacientes que consumen esa sustancia determinada.

Al final del periodo en estudio se observó que un 27,5% de los pacientes seguían consumiendo benzodiazepinas y que el 29% de los pacientes no consumían ni heroína ni están en tratamiento para deshabituación. Un 13,0% de pacientes continuaban en TMM mientras que el 10,1% se estaban tratando con suboxone; el 5,8% se encontraba en TMM pero consumía heroína; el 4,3% se encontraban en centros de drogodependencias o en seguimiento a través de UCA pero sin consumir; un 1,4% consumía heroína y no acudía a control y hubo un 1,4% de exitus. Desconocido/NL: 34,8%

5.5. Tratamiento

El 59,4% de los pacientes acudieron a la UCA por iniciativa propia. El 23,3% fueron derivados de otros centros de drogodependencias mientras que derivados por la justicia el porcentaje fue 4,3%. El 8,7% de los pacientes fueron por otras causas (amigos, familiares, centros...) y 4,3% se desconoce su procedencia.

De los pacientes que acudieron a la UCA, el 76,8% entraron en el Programa de Mantenimiento con Metadona (TMM). El 17,4% recibieron tratamiento con suboxone. El 4,3% fueron derivados a comunidades terapéuticas y el 1,4% recibieron otros tratamientos (desintoxicación hospitalaria).

En aquellos pacientes cuyo tratamiento fue TMM (n= 53), la mediana del número de tratamientos fue de 1 (percentiles 25-75%, 1-1) y la mediana de meses de tratamiento 7 (percentiles 25-75%, 3-25). La dosis media inicial de metadona fue 48,73 mg (34,107) mientras que la dosis media final de metadona fue de 40,92 (40,26) mg.

En los pacientes que recibieron suboxone (n= 12), la mediana del número de tratamientos fue de 1 (percentiles 25-75%, 1-1) y la media de meses de tratamiento 34,3 (10,7). La dosis media inicial de buprenorfina fue 3,4 mg (1,9) mientras que la dosis media final de buprenorfina fue de 3,1(2,7) mg.

El 76,8% de los pacientes no siguen en estudio (en la UCA de La Vila). El motivo mayoritario de no seguir en el estudio es el traslado a otros centros de conductas adictivas que representa el 36,4%. Abandono del tratamiento (alta voluntaria) es del 23,6% mientras que el alta del tratamiento es el 21,8%. (Figura 7) De 69 pacientes, 14 continúan en la UCA sin interrumpir el tratamiento.

Motivos de no continuar en el estudio

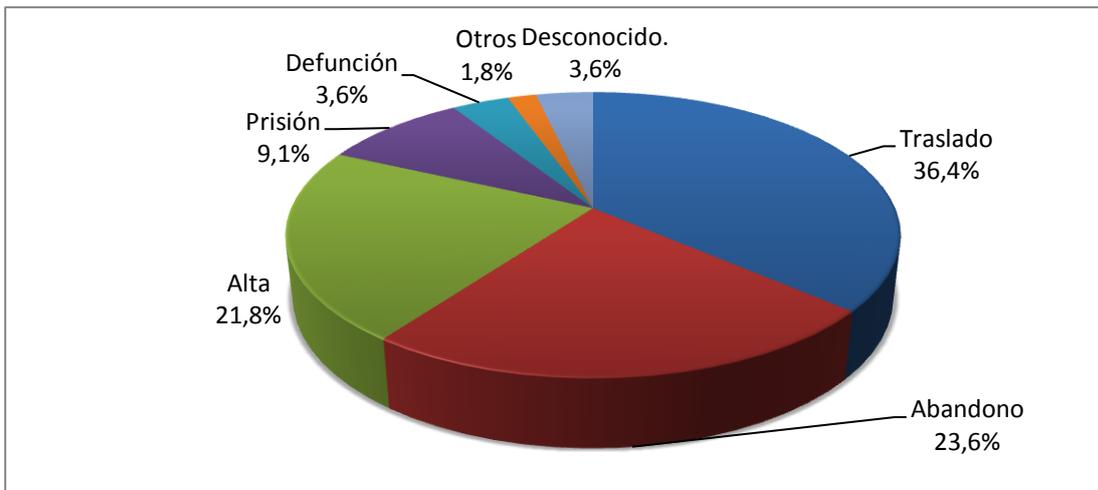


Figura 7. Motivos de no continuar en el estudio en la UCA de Villajoyosa

5.6. Análisis consumo de sustancias al inicio y final del seguimiento

5.6.1. Heroína

De entre los 40 pacientes que al inicio del seguimiento sí consumían heroína, al final del periodo de seguimiento el 87,5% se mantuvo abstinentes frente al 12,5% que la siguió utilizando al final del mismo (Tabla 1).

Consumo de heroína			Final	
			No	Si
Inicial	No	n= 5	5	0
		%	100,0%	0,0%
	Sí	n=40	35	5
		%	87,5%	12,5%

Tabla 1. Comparativa de la prevalencia de consumo de heroína al inicio y final del seguimiento entre todos los pacientes del estudio

Reducción significativa en el consumo con una $p < 0,001$ según la prueba de McNemar.

En aquellos casos que recibieron como tratamiento el TMM, encontramos que, de 30 pacientes que consumían heroína al inicio del tratamiento, al finalizar el periodo de seguimiento, el 90% ya no lo hacían (Tabla 2).

Consumo de heroína			Final	
			No	Si
Inicial	No	n=4	4	0
		%	100,0%	0,0%
	Sí	n=30	27	3
		%	90,0%	10,0%

Tabla 2. Comparativa de la prevalencia de consumo de heroína al inicio y final del seguimiento entre los pacientes que recibieron TMM.

Reducción significativa en el consumo con una $p < 0,001$ según la prueba de Mc Nemar

Entre los que se trataron con Suboxone®, de 8 pacientes que sí consumían al inicio, el 75% ya no lo hacían al final (Tabla 3)

Consumo de heroína			Final	
			No	Si
Inicial	Sí	n= 8	6	2
		%	75,0%	25,0%

Tabla 3. Comparativa de la prevalencia de consumo de heroína al inicio y final del seguimiento entre los pacientes que recibieron Suboxone®

Sin significación estadística

5.6.2. Alcohol

Respecto al **consumo de alcohol**, en la tabla 4 se observa que, de 35 pacientes que consumían al inicio del estudio, el 42,9% se mantuvo sin consumir al final del mismo.

Consumo de alcohol			Final	
			No	Si
Inicial	No	n= 11	9	2
		%	81,8%	18,2%
	Sí	n= 35	15	20
		%	42,9%	57,1%

Tabla 4. Comparativa de la prevalencia de consumo de alcohol al inicio y final del seguimiento entre todos los pacientes del estudio.

Reducción significativa en el consumo con una $p < 0,005$ según la prueba de McNemar.

Entre los pacientes tratados con TMM, de 26 pacientes que consumían alcohol al inicio del estudio, al finalizar el mismo, el 46,2% ya no lo hacían (Tabla 5) y entre los que se trataron con Suboxone®, de 6 pacientes que sí consumían al inicio, 3 ya no consumieron al finalizar el estudio (Tabla 6).

Consumo de alcohol			Final	
			No	Si
Inicial	No	n= 10	9	1
		%	90,0%	10,0%
	Sí	n= 26	12	14
		%	46,2%	53,8%

Tabla 5. Comparativa de la prevalencia de consumo de alcohol al inicio y final del seguimiento entre los pacientes que recibieron TMM.

Reducción significativa en el consumo con una $p < 0,005$ según la prueba de Mc Nemar

Consumo de alcohol			Final	
			No	Si
Inicial	No	n=1	0	1
		%	0,0%	100,0%
	Sí	n= 6	3	3
		%	50,0%	50,0%

Tabla 6. Comparativa de la prevalencia de consumo de alcohol al inicio y final del seguimiento entre los pacientes que recibieron Suboxone®

Reducción no significativa con una $p > 0,005$

5.6.3. Tabaco

En el análisis estadístico de este consumo no se encontró significación estadística en ningún caso. De 40 personas que consumían tabaco al inicio, 5 (12,5%) abandonaron el consumo (Tabla 7). Entre aquellas que recibieron de tratamiento metadona, de las 32 que consumían tabaco al inicio, 4 (12,5%) dejaron de consumir (Tabla 8) y, entre las que recibieron Suboxone®, de 5 personas que sí consumían al inicio, 1 no lo hizo al final del estudio (Tabla 9).

Consumo de tabaco			Final	
			No	Si
Inicial	No	n= 6	6	0
		%	100,0%	0,0%
	Sí	n= 40	5	35
		%	12,5%	87,5%

Tabla 7. Comparativa de la prevalencia de consumo de tabaco al inicio y final del seguimiento entre todos los pacientes del estudio

Reducción no significativa con una $p > 0,005$

Consumo de tabaco			Final	
			No	Si
Inicial	No	n= 4	4	0
		%	100,0%	0,0%
	Sí	n= 32	4	28
		%	22,2%	77,8%

Tabla 8. Comparativa de la prevalencia de consumo de tabaco al inicio y final del seguimiento entre los pacientes que recibieron TMM.

Reducción no significativa con una $p > 0,005$

Consumo de tabaco			Final	
			No	Si
Inicial	No	n= 2	2	0
		%	100,0%	0,0%
	Sí	n= 5	1	4
		%	20,0%	80,0%

Tabla 9. Comparativa de la prevalencia de consumo de tabaco al inicio y final del seguimiento entre los pacientes que recibieron Suboxone®

Reducción no significativa con una $p > 0,005$

5.6.4. Cocaína

De entre los 33 pacientes que al inicio del seguimiento sí consumían cocaína, al final del periodo de seguimiento el 81,8% se mantuvo abstinentemente frente al 18,2% que la siguió utilizando al final del mismo (Tabla 10).

Consumo de cocaína			Final	
			No	Si
Inicial	No	n= 13	12	1
		%	92,3%	7,7%
	Sí	n= 33	27	6
		%	81,8%	18,2%

Tabla 10. Comparativa de la prevalencia de consumo de cocaína al inicio y final del seguimiento entre todos los pacientes del estudio.

Reducción significativa en el consumo con una $p < 0,001$ según la prueba de Mc Nemar.

En aquellos casos que recibieron como tratamiento el TMM, encontramos que, de 24 pacientes que consumían heroína al inicio del tratamiento, al finalizar el periodo de seguimiento, el 87,5% ya no lo hacían (Tabla 11).

Consumo de cocaína			Final	
			No	Si
Inicial	No	n= 12	12	0
		%	100,0%	0,0%
	Sí	n= 24	21	3
		%	87,5%	12,5%

Tabla 11. Comparativa de la prevalencia de consumo de cocaína al inicio y final del seguimiento entre los pacientes que recibieron TMM.

Reducción significativa en el consumo con una $p < 0,001$ según la prueba de Mc Nemar

Entre los pacientes que se trataron con Suboxone®, de 7 pacientes que sí consumían al inicio, el 57,1% ya no lo hacían al final (Tabla 12)

Consumo de cocaína			Final	
			No	Si
Inicial	Sí	n=7	4	3
		%	57,1%	42,9%

Tabla 12. Comparativa de la prevalencia de consumo de cocaína al inicio y final del seguimiento entre los pacientes que recibieron Suboxone®

Sin significación estadística

5.6.5. Cánnabis

De 40 pacientes que al inicio del seguimiento sí consumían cánnabis, al final del periodo de seguimiento la mitad se mantuvo abstinerente (Tabla 13).

Consumo de cánnabis			Final	
			No	Si
Inicial	No	n= 7	7	0
		%	100,0%	0,0%
	Sí	n= 40	20	20
		%	50,0%	50,0%

Tabla 13. Comparativa de la prevalencia de consumo de cánnabis al inicio y final del seguimiento entre todos los pacientes del estudio.

Reducción significativa en el consumo con una $p < 0,001$ según la prueba de McNemar.

En aquellos casos que recibieron como tratamiento el TMM, encontramos que, de 32 pacientes que consumían cánnabis al inicio del tratamiento, al finalizar el periodo de seguimiento, el 46,9% ya no lo hacían (Tabla 14).

Consumo de cannabis			Final	
			No	Si
Inicial	No	n= 5	5	0
		%	100,0%	0,0%
	Sí	n= 32	15	17
		%	46,9%	53,1%

Tabla 14. Comparativa de la prevalencia de consumo de cannabis al inicio y final del seguimiento entre los pacientes que recibieron TMM

Reducción significativa en el consumo con una $p < 0,001$ según la prueba de Mc Nemar

Entre los pacientes que se trataron con Suboxone®, de 5 pacientes que sí consumían al inicio, el 60% ya no lo hacían al final del seguimiento (Tabla 15)

Consumo de cannabis			Final	
			No	Si
Inicial	No	n= 2	2	0
		%	100,0%	0,0%
	Sí	n= 5	3	2
		%	60,0%	40,0%

Tabla 15. Comparativa de la prevalencia de consumo de cannabis al inicio y final del seguimiento entre los pacientes que recibieron Suboxone®

Reducción en el consumo no significativa con una $p > 0,005$

5.6.6. Benzodiacepinas

De 27 pacientes que al inicio del seguimiento sí consumían benzodiacepinas, al final del periodo de seguimiento el 87,5% se mantuvo abstinentes frente al 12,5% que la siguió utilizando al final del mismo (Tabla 16).

Consumo de benzodiazepinas			Final	
			No	Si
Inicial	No	n= 30	28	2
		%	93,3%	6,7%
	Sí	n= 27	10	17
		%	37,0%	63,0%

Tabla 16. Comparativa de la prevalencia de consumo de benzodiazepinas al inicio y final del seguimiento entre todos los pacientes del estudio

Reducción no significativa en el consumo con una $p > 0,005$ según la prueba de McNemar

En aquellos casos que recibieron como tratamiento el TMM, encontramos que, de 20 pacientes que consumían benzodiazepinas al inicio del tratamiento, al finalizar el periodo de seguimiento, el 35% ya no lo hacían (Tabla 17).

Consumo de benzodiazepinas			Final	
			No	Si
Inicial	No	n= 23	22	1
		%	95,7%	4,3%
	Sí	n= 20	7	13
		%	35,0%	65,0%

Tabla 17. Comparativa de la prevalencia de consumo de benzodiazepinas al inicio y final del seguimiento entre los pacientes que recibieron TMM

Reducción no significativa en el consumo con una $p > 0,005$ según la prueba de McNemar

Entre los que se trataron con Suboxone®, de 5 pacientes que sí consumían al inicio, 2 ya no lo hacían al final del estudio (Tabla 18)

Consumo de benzodiazepinas			Final	
			No	Si
Inicial	No	n= 5	4	1
		%	80,0%	20,0%
	Sí	n= 5	2	3
		%	40,0%	60,0%

Tabla 18. Comparativa de la prevalencia de consumo de benzodiazepinas al inicio y final del seguimiento entre los pacientes que recibieron Suboxone®

Reducción no significativa en el consumo con una $p > 0,005$ según la prueba de McNemar

5.7. Sumatorio de sustancias

Cuando consideramos el consumo como la suma de sustancias consumidas, observamos diferencias estadísticas al inicio del estudio con respecto a la suma final. Para ello, consideramos simultáneamente heroína, cocaína, cánnabis, alcohol, tabaco y benzodiazepinas (Figura 8)

Número de sustancias consumidas

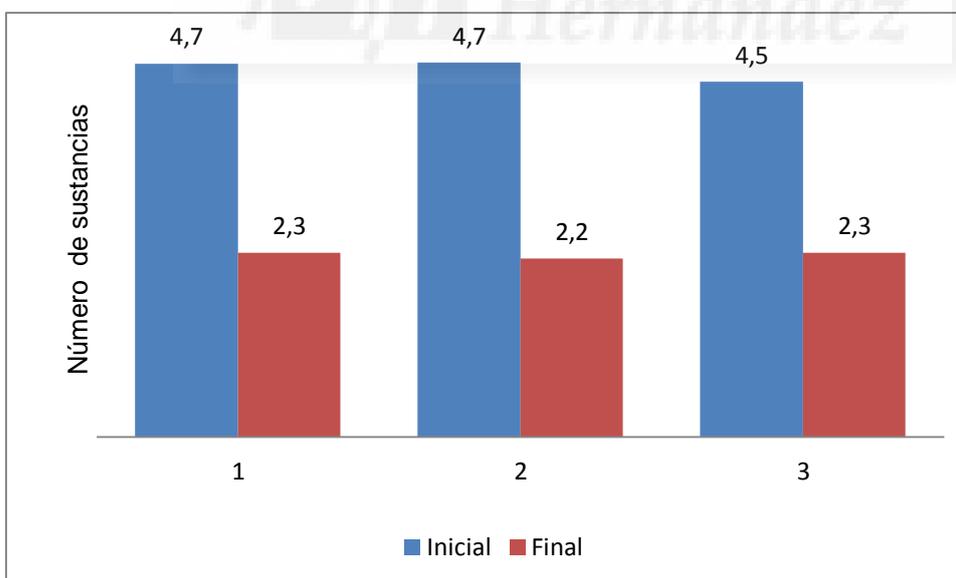


Figura 8. Número de sustancias consumidas al iniciar el tratamiento y al finalizar el estudio. Tratamiento con metadona, suboxone® y evaluación global. *Indica relación significativa con una $p < 0,001$

5.8. Relación entre el consumo de benzodiazepinas y la presencia o no de enfermedades psicopatológicas

Como se observa en la tabla 19, el 75% de los pacientes que consumían benzodiazepinas presentaban enfermedades psicopatológicas frente al 34,4% de los pacientes que no consumían benzodiazepinas que si las presentaban. Es decir, hay una relación entre el consumo de benzodiazepinas y la presencia de enfermedades psicopatológicas.

Benzodiazepinas y enfermedad psicopatológica			Enfermedades psicopatológicas	
			No	Sí
Consumo benzodiazepinas	No	n= 32 %	21 65,6%	11 34,4%
	Sí	n= 28 %	7 25,0%	21 75,0%

Tabla 19. Relación entre el consumo de benzodiazepinas y la presencia o no de enfermedades psicopatológicas.

Relación significativa con una $p < 0,005$ según la prueba de McNemar.

Si analizamos esta misma relación entre solo los pacientes que como tratamiento tenían metadona, el 78,3% de aquellos que consumían benzodiazepinas presentaban enfermedades psicopatológicas mientras que un 33,3% que no consumían las presentaban (Tabla 20).

Benzodiacepinas y enfermedad psicopatológica			Enfermedades psicopatológicas	
			No	Sí
Consumo benzodiacepinas	No	n= 24	16	8
		%	66,7%	33,3%
	Sí	n= 23	5	18
		%	21,7%	78,3%

Tabla 20. Relación entre el consumo de benzodiacepinas y la presencia o no de enfermedades psicopatológicas

Relación significativa con una $p < 0,005$ según la prueba de McNemar

Entre los pacientes con Suboxone®, la mitad que consumía benzodiacepinas presentaba enfermedades psicopatológicas (Tabla 21).

Benzodiacepinas y enfermedad psicopatológica			Enfermedades psicopatológicas	
			No	Sí
Consumo benzodiacepinas	No	n= 5	3	2
		%	60,0%	40,0%
	Sí	n= 4	2	2
		%	50,0%	50,0%

Tabla 21. Relación entre el consumo de benzodiacepinas y la presencia o no de enfermedades psicopatológicas

Relación no significativa con una $p > 0,005$ según la prueba de McNemar

5.9. Relación entre la presencia de enfermedad psicopatológica y el tratamiento con metadona o suboxone®

No existe una relación significativa entre la presencia de una enfermedad psicológica y el tratamiento pautado, si bien, sí se observó una tendencia en cuanto a que los pacientes con metadona presentaban mayor porcentaje de psicopatologías que los que están en tratamiento con suboxone (Tabla 22).

Tratamiento y enfermedad psicopatológica			Enfermedades psicopatológicas	
			No	Sí
Tratamiento	Metadona	n= 48	21	27
		%	43,8%	56,2%
	Suboxone®	n= 10	6	4
		%	60,0%	40,0%

Tabla 22. Relación entre el tratamiento seguido y la presencia de enfermedades psicopatológicas

Relación no significativa con una $p > 0,005$ según la prueba de McNemar

5.10. Relación entre la dosis de metadona y la presencia de enfermedades psicopatológicas

La media de dosis de metadona de pacientes que presentaron trastornos psicopatológicos es de 42,6 (42,7) mg, mientras que en pacientes que no tenían trastornos la dosis fue de 30,6 (28,5) mg. La dosis de metadona de pacientes con y sin trastornos psicopatológicos no difirieron significativamente.

5.11. Relación entre la dosis de metadona y Suboxone® con consumo de sustancias al final del estudio

Con los datos que tenemos no observamos correlación entre dosis de metadona y suboxone con el consumo de sustancias (Tabla 23).

Dosis de metadona y suboxone en relación con consumo de sustancias

	Tratamiento	Consumidores			No consumidores			p
		n	m	SD	n	m	SD	
Benzodiacepinas	Metadona	25	39,04	43,75	25	42,80	37,26	0,745
	Suboxone	4	2,00	1,63	6	3,83	3,25	0,333
Cocaína	Metadona	3	26,67	25,16	31	30,03	31,36	0,859
	Suboxone	3	3,33	2,31	5	3	3,16	0,880
Heroína	Metadona	3	36,33	23,67	29	29,38	31,76	0,717
	Suboxone	2	4,00	2,83	6	3,83	2,71	0,943

Tabla 23. Dosis de metadona y suboxone en relación con consumo de sustancias. Se observa en la tabla: n=número de pacientes; m=media de dosis de metadona y suboxone expresada en miligramos; SD: desviación estándar; p=significación estadística si $p < 0,005$.

5.12. Relación entre la vía de administración de heroína y la presencia o no de enfermedades infecciosas

No se observa una relación significativa entre la vía de administración parenteral y la presencia de VIH (Tabla 24).

Vía de administración y VIH		VIH		
		Positivo	Negativo	
Vía de administración	Parenteral	n= 27 %	3 11,1%	24 88,9%
	No parenteral	n= 38 %	2 5,3%	36 94,7%

Tabla 24. Relación entre la vía de administración y la presencia de VIH

Relación no significativa con una $p > 0,005$

Tampoco se observa una relación significativa entre la vía de administración parenteral y la presencia de VHC (Tabla 25).

Vía de administración y VHC			VHC	
			Positivo	Negativo
Vía de administración	Parenteral	N=27 %	16 59,3%	11 40,7%
	No parenteral	n= 38 %	17 44,7%	21 55,3%

Tabla 25. Relación entre la vía de administración y la presencia de VHC

Relación no significativa con una $p > 0,005$



6. Discusión

Se observaron las variables sociodemográficas de la población y se observó que era una población mayoritariamente extracomunitaria o extranjera, masculina, con un bajo nivel educativo y un alto grado de desempleo.

Con respecto a los patrones de uso de heroína, primero, encontramos que la edad del primer uso para esta sustancia es similar a la media de edad de la población española¹² (22,9 años) y segundo, que la vía de administración mayoritaria fue la vía fumada, pese a que la mitad de la población haya consumido heroína por vía intravenosa al menos una vez en su vida. Se refleja un cambio en la vía de administración, ya que años atrás la vía mayoritaria fue la parenteral¹³.

Otro tema de interés es la prevalencia de VIH y VHC en la muestra. Fue muy baja en comparación con otros estudios previos¹⁴¹⁵. El 7,2% de los pacientes fueron positivos para el VIH y el 47,8% para el VHC. Todos los pacientes infectados lo fueron antes de entrar en tratamiento. Si comparamos estos porcentajes con los de otros estudios (Esteban J y col. (2003)) donde se observa que la prevalencia de infección por el VIH disminuyó del 66% en 1990 al 50% en 1997, mientras que la prevalencia de infección por el VHC aumentó del 66% en 1990 a un 82% en 1997, se ratifica la baja prevalencia de estas dos enfermedades en nuestra población. Quizás sea debido a ese cambio en la vía de administración, a un mayor conocimiento sobre las drogas y las enfermedades infecciosas analizadas y a la mejora de nuestro sistema sanitario. Esta baja prevalencia concuerda con la tendencia de los casos de SIDA de España¹⁶. Tras alcanzar su cénit en el 1995, el número de casos notificados ha sufrido un progresivo declive. Se aprecian diferentes tendencias

¹² Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas, DGPNSD. Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES). Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2009 y 2013 [citado 27 mar 2015]. Disponible en: http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/EDADES_2009.pdf;http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/EDADES2013.pdf

¹³ Lewis R. Consumo de drogas por vía intravenosa y sida en Edimburgo: maximizar los beneficios y minimizar los riesgos. *Adicciones*. 1999;11(1):65-74.

¹⁴ Esteban J, Gimeno C, Aragonés A, Barril J, Pellín MC. Prevalencia de infección por virus de la inmunodeficiencia humana y hepatitis C en una cohorte de pacientes en tratamiento de mantenimiento con metadona. *Med Clin*. 2003;120(20):765-7.

¹⁵ Esteban J, Gimeno C, Barril J, Aragonés A, Climent JM, Pellín MC. Survival study of opioid addicts in relation to its adherence to methadone maintenance treatment. *Drug Alcohol Depend*. 2003;70:193-200.

¹⁶ Área de Vigilancia de VIH y Conductas de Riesgo. Vigilancia Epidemiológica del VIH/sida en España: Sistema de Información sobre Nuevos Diagnósticos de VIH y Registro Nacional de Casos de Sida. Madrid: Plan Nacional sobre el Sida -S.G. de Promoción de la Salud y Epidemiología / Centro Nacional de Epidemiología - ISCIII; 2014.

en la incidencia de nuevos diagnósticos de VIH según mecanismo de transmisión: en Usuarios de Drogas Inyectadas (UDI) la tendencia es descendente; en heterosexuales los casos descienden levemente en mujeres y se mantienen estables en hombres y en hombres homosexuales la tendencia es ascendente. Hasta 1997 la proporción de casos de SIDA en personas nacidas fuera de España estuvo por debajo del 3%, pero desde entonces ha subido progresivamente hasta alcanzar el 28% en 2013. Como resultado de estas tendencias contrapuestas las tasas globales están bastante estables.

Si analizamos la efectividad del tratamiento de mantenimiento con fármacos opiáceos en la reducción del consumo de sustancias, se observó una reducción significativa en el consumo de heroína, alcohol, cocaína y cannabis, además de la reducción existente en el sumatorio de sustancias al final del estudio en comparación con la del principio. En cuanto al consumo de tabaco y benzodiazepinas no se observó una reducción significativa en el consumo, si una tendencia. Se observó una relación estadísticamente significativa entre el consumo de benzodiazepinas y la presencia de psicopatologías. El consumo de benzodiazepinas se ha relacionado en la literatura^{17 18} con una reducción en la retención y supervivencia; así como con comportamientos de riesgo como el uso de drogas como alcohol, heroína, cocaína, cannabis; con mayor porcentaje de HIV y VHB, además de provocar accidentes como apnea y otras lesiones. Es importante una reducción del consumo de benzodiazepinas siempre que la psicopatología del paciente lo permita.

A la hora de establecer relación entre la dosis de metadona y de suboxone con el consumo de sustancias al final del estudio, con los datos que tenemos no observamos correlación. En la literatura¹⁶ se comenta que las dosis más altas de metadona se asocian generalmente con mayores reducciones en el consumo de heroína que cualquiera de las dosis moderadas o bajas.

Se encuentran una serie de limitaciones en el estudio. Primero, señalar el sesgo de recuerdo que tiene el sujeto entrevistado. Segundo, el tamaño de

¹⁷ Peles E, Schreiber S, Adelson M. 15-Year survival and retention of patients in a general hospital-affiliated methadone maintenance treatment (MMT) center in Israel. *Drug Alcohol Depend.* 2010;107:141-8.

¹⁸ Specka M, Bonnet U, Heilmann M, Schifano F, Scherbaum N. Longitudinal patterns of benzodiazepine consumption in a German cohort of methadone maintenance treatment patients. *Hum Psychopharmacol Clin Exp.* 2011;26:404-11.

nuestra muestra, pequeño desde una perspectiva estadística, por lo que es necesario ser prudente en la generalización de los resultados. Por último, al interpretar nuestros datos, debemos tener en cuenta que nuestro estudio se realiza en un contexto muy concreto y por tanto habría que tener precaución de extrapolar los datos a otras poblaciones, aunque hay estudios¹⁹ que indican del beneficio del tratamiento de mantenimiento con fármacos opiáceos en otros ámbitos.



¹⁹ Dolan KA, Shearer J, White B, Zhou J, Kaldor J, Wodak AD. Four-year follow-up of imprisoned male heroin users and methadone treatment: mortality, re-incarceration and hepatitis C infection. *Addiction*. 2005;100:820–8.

7. Conclusión

1. Se observó una reducción significativa en el consumo de heroína, alcohol, cocaína y cannabis, además de la reducción existente en el consumo al final del estudio frente al inicial, cuando se consideró la suma total de las sustancias de abuso.
2. En el consumo de tabaco y benzodiazepinas no se observó una reducción significativa, si bien mostraron una tendencia a la reducción
3. Se observó una relación estadísticamente significativa entre el consumo de benzodiazepinas y la presencia de psicopatologías, por lo que se debe promover la reducción del consumo siempre que no sea parte del tratamiento de la psicopatología del paciente.
4. El estudio entre la dosis de metadona y la de suboxone en relación con el consumo de sustancias no mostró una correlación entre ellos.

8. Anexos

8.1. Consentimiento Informado

HOJA DE INFORMACIÓN

La investigación se llevará a cabo, como toda investigación con seres humanos, de acuerdo con los requerimientos éticos expresados en la declaración de Helsinki y siguiendo la normativa española vigente.

Esta investigación se realizará para conocer el estado y evolución de los pacientes que acuden a la Unidad de Conductas Adictivas de Villajoyosa. Para ello, se le realizarán una serie de preguntas sobre su estado actual, consumo de sustancias y se buscará información acerca de sus patologías y tratamiento en su historia clínica.

El tratamiento será en todo momento el terapéuticamente correcto y no se modificará por participar en la investigación. No se realizará ninguna intervención diferente de la conducta médica habitual.

Tu participación es totalmente voluntaria y te puedes retirar en cualquier momento, sin que por ello se altere la relación equipo terapéutico – paciente, ni se produzca perjuicio en tu tratamiento.

Tu nombre y tus datos médicos y / o personales no serán difundidos en ninguna lista. En todo momento, se mantendrá la confidencialidad de la información. Los datos obtenidos e información serán introducidos sin nombres en la base de datos.

Cualquier duda o información adicional será contestada por el investigador responsable.

Hoja de consentimiento por escrito

Yo, _____

- 1) He leído la hoja de información que se me ha entregado.
- 2) He recibido suficiente información sobre el estudio.
- 3) He podido hacer preguntas sobre el estudio.
- 4) He hablado con _____.
- 5) Acepto voluntariamente entrar en el estudio pudiéndome retirar:
 - Cuando quiera.
 - Sin tener que dar explicaciones.
 - Sin que esto repercuta en mis cuidados médicos.

Doy libremente mi conformidad para participar libremente en este estudio.

En a de de
Firma del participante Firma del investigador

Cuantos meses ha trabajado en los últimos doce meses/ meses trabajados

¿Qué oficio tenía ud ?

PROFESIONALES, TÉCNICOS Y SIMILARES- 1. Arquitectos, ingenieros, médicos, ATS, profesionales (con titulación superior o técnica y diplomados) de las ciencias: Químicas, Físicas, Geológicas, Matemáticas, Informáticas y similares. 2. Personal auxiliar de: Ciencias, Ingeniería, Medicina, Navegación Aérea, Navegación Marítima, Comunicaciones, etc. 3. Escritores, Artistas, Miembros del clero, Profesionales del espectáculo, Profesionales del deporte. 4. Personal docente, Profesionales del derecho, de asistencia social, Economistas, Psicólogos, Sociólogos y profesionales similares.

DIRECTIVOS Y GERENTES DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA Y DE LAS EMPRESAS- 5. Miembros de los órganos del gobierno, legislativos y consultivos. Personal directivo de las Administraciones Públicas. Directores y gerentes de empresas públicas o privadas. (Se excluyen los propietarios de establecimientos agrícolas, comerciales y hoteleros que, además, trabajan con funciones no directivas propias de los mencionados establecimientos)

SERVICIOS ADMINISTRATIVOS A LAS EMPRESAS Y A LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA- 6. Jefes de oficinas administrativas, públicas o privadas (jefes de personal, administración, etc.), Jefes e inspectores de transportes y comunicaciones (jefes de estación, correos, etc.). 7. Resto de empleados administrativos (mecanógrafos, etc.) Personal de atención al público. Recepcionistas, telefonistas, carteros, mensajeros, cajeros, cobradores, revisores, billeteros, empleados de registros, notarios, seguros y similares.

COMERCIO- 8. Agentes y corredores de comercio, representantes comerciales, jefes de compras, jefes de ventas, viajantes, agentes de seguros, subastadores, tasadores y similares. 9. Dependientes de comercio, vendedores, demostradores y similares, propietarios de establecimientos comerciales que trabajan en ellos.

HOSTELERIA, SERVICIOS PERSONALES DE PROTECCIÓN Y SEGURIDAD, DOMÉSTICOS Y SIMILARES- 10. Personal de hostelería (incluye los propietarios de establecimientos hoteleros que trabajan en ellos) y de servicios personales (peluqueros, empleados de pompas fúnebres, encargados de guarda ropa, etc..) Trabajadores dedicados a cuidar a personas, guías, azafatas y similares. 11. Trabajadores de los servicios de protección y seguridad (policías, bomberos, etc..) 12. Personal de servicio doméstico y de limpieza de habitaciones e inmuebles, porteros, acomodadores y trabajadores de servicios no nombrados anteriormente.

AGRICULTURA, GANADERIA SILVICULTURA, PESCA Y CAZA: 13. Agricultores. Ganaderos, pescadores, cazadores o trabajadores forestales. etc. Propietarios de explotaciones agrarias, ganaderas o de pesca

CONSTRUCCION, INDUSTRIA, MINARIA Y TRANSPORTES 14. Contraмаestres, capataces, encargados. 15. Trabajadores especializados en la construcción y mantenimiento de edificios (carpinteros, pintores) 16 Trabajadores especializados en la minería. 17. Trabajadores especializados en industria textil 18. Operarios de instalaciones industriales

PEONES Y TRABAJADORES NO ESPECIALIZADOS: 19. Peones (de paleta, agrícolas o mineros, etc.).

PROFESIONALES DE LAS FUERZAS ARMADAS 20. Profesionales de las fuerzas armadas.

SITUACION LEGAL

¿Cuántas veces en su vida ha estado Ud. arrestado y acusado por los siguientes delitos antes de TMM?

- (1) delito contra la salud publica
- (3) Hurto o vandalismo
- (4) Violación de libertad condicional o bajo fianza
- (5) Acusaciones por drogas
- (6) Falsificación de documentos
- (7) Tenencia ilícita de armas
- (8) Robo de viviendas / Robo con violencia
- (9) Atraco
- (10) Asalto
- (11) Incendio provocado
- (12) Violación
- (13) Homicidio / Homicidio sin premeditación
- (14) Prostitución
- (14) Desacato a la autoridad
- (14) otros
- (15) ¿Cuántas de estas acusaciones acabaron en condena?

Número de ingresos en prisión antes TMM
Meses de condena cumplida antes del TMM

RELACIONES FAMILIARES/SOCIALES Antes del TMM

HISTORIA FAMILIAR

¿Ha tenido alguno de sus parientes lo que Ud. llamaría un problema serio por beber, consumir drogas? ‘

¿Ha tenido alguno de sus parientes lo que Ud. llamaría un trastorno psíquico, que lo hubiera debido llevar a tratamiento?

1. Estado Civil: 1. Casado, 2. Pareja de hecho, 3. Casado en segundas nupcias, 4. Viudo, 5. Separado, 6. Divorciado, 7. Soltero
2. ¿En los años previos al TMM en que situación ha vivido más tiempo? 1. Con pareja sexual e hijos, 2. Con pareja sexual sin hijos, 3. Con hijos solo, 4. Con los padres, 5. Con la familia de origen, 6. Con los amigos, 7. Sólo/a, 8. En ambiente institucional controlado (Cárcel, C.T.), 9. Ninguna situación estable
3. ¿Con quién pasaba la mayor parte de su tiempo libre? 1. Familia, 2. Amigos, 3. Solo
4. ¿Está satisfecho de como emplea el tiempo libre? 1 si, 2. No, 3. Indiferente
5. ¿Cuántos amigos íntimos tiene usted?
6. ¿Ha tenido períodos importantes en los que haya experimentado problemas serios con? 0. Madre, 1. Padre, 2. Hermanos/hermanas, 3. Pareja sexual/esposo (a), 4. Hijos, 5. Otros familiares cercanos, 6. Amigos, 7. Vecinos
7. Algunas de estas personas abusaron de usted? a) emocionalmente, b) físicamente, c) sexualmente

CONSUMO DE DROGAS

Edad de inicio:

Tabaco
Cannabis
Cocaína
Heroína
Benzodiacepinas

Años de consumo

Vía de inicio

Vía de administración: 1.-Oral. 2 Fumada, 3.- Inhalada.- 4.-Inyectada. 5 esnifada 6.-otros 7. Desc.

Vía antes del TMM

Vía de administración: 1.-Oral. 2 Fumada, 3.- Inhalada.- 4.-Inyectada. 5 esnifada 6.-otros 7.- Desc.

Tratamientos previos:

Número de Desintoxicación ambulatorio

Número de Desintoxicación hospitalaria

Número de ingresos en UDR

Número de ingresos en VT

Número de ingresos en CD

Se ha inyectado alguna vez: 1.Sí, 2 No, 9 Desconocido

En caso de Sí, edad de la primera inyección (sí se desconoce=9)

En caso de que Sí, ¿Cuántas al día? (Si se desconoce = 9).

Se inyecta actualmente

1. Sí, 2. No, 9. Desconocido.

Si se ha inyectado, ¿ha compartido alguna vez el material?

1. Sí, he compartido, 2. No he compartido, 9. Desconocido.

Actualmente ¿comparte la jeringuilla u otro material?

Numero de sobre dosis

ESTADO MÉDICO GENERAL ANTES de la

Antecedentes enfermedades orgánicas.

1 Si, 2 No, 9 Desconocido.

Número de ingresos hospitalarios (no UHD):

Señalar las patologías orgánicas .

1. Congénitas, 2. Alergias, 3. Infección de partes blandas, 4. Enfermedades de transmisión sexual. 5. TBC. 6. Otras infecciones pleuropulmonares, 7. Infecciones osteoarticulares, 8. Infección por VIH, 9. Sida, 10. Candidiasis, 11. Infecciones del SNC, 12. Endocarditis, 13. Hepatitis viral o ictericia, 14. Otras hepatopatías....., 15. Otras patologías orgánicas....., 16. Intervenciones, 17. Traumatismos, 18. Ninguno, (si es desconocido 19)

--	--	--	--	--	--

¿Seguía control por alguna patología ?

1. Sí 2. No. 9 Desconocido

¿Seguía tratamiento por alguna patología orgánica?

1. Sí, 2. No. 9 Desconocido

En caso de sí, ¿cual es?

1. Tuberculósico, 2. Profiláctico TBC, 3. Antirretrovirales, 5. Analgésico, 6.-Diabetes 7. Antifúngicos 8. hipertensión , 9. desconocida . 10 .-otros

ESTADO PSICOPATOLOGICO

Antecedentes psicopatológicos: 1.-Sí, 2. No, 9. Desconocido

Señalar que patologías:

1.- Trastornos esquizofrénicos 2.- Intentos de autolesiones o suicidio 3.- Otros trastornos psicóticos 4.- Trastornos depresivos. 5.- Trastornos de ansiedad 6.- trastornos de personalidad 7.- Otros..... 8.- No procede. 9.-Desconocido. 10 TOC 11. Trastorno bipolar

Patologías psíquicas familiares: 1 Sí, 2. No, 3. No lo sabe, 9. desconocido

Señalar que patologías:

1.- Trastornos esquizofrénicos 2.- Intentos de autolesiones o suicidio 3.- Otros trastornos psicóticos 4.- Trastornos depresivos. 5.- Trastornos de ansiedad 6.- trastornos de personalidad 7.- Otros..... 8.- No procede. 9. desconocido 10.TOC 11. Trastorno bipolar

Drogo dependencias familiares: 1. Sí, 2. No, 9. Desconocido

Tipo:

01. Heroína, 02. Metadona, 03. Otros narcóticos, 04. Cocaína, 05. Cannabis, 06. Alucinógenos, 07. Inhalables, 08. Anfetaminas, 09. Analgésicos no opiáceos, 10. Otros estimulantes (éxtasis), 11. Barbitúricos, 12. Benzodiacepinas, 13. Otros depresivos, 14. Tabaco, 15. Otras drogas, 17. No procede, 18. Desconocido. 19.- Alcohol.

Otras patologías familiares:

1 Sí, 2. No, 9. Desconocido

Exploración orgánica y complementaria:

PPD Mantoux :

1. positivo, 2. negativo 9. desconocido

Conoce previamente el paciente:

Ac-VIH: 1. si positivo, 2 si negativo 9 desconocido

Hepatitis B: 1. positivo 2 negativo 9 desconocido

AgHbs: 1. positivo 2 negativo 9 desconocido

Hepatitis C: 1. positivo 2 negativo 9 desconocido / genotipo /Carga Viral

Tratamiento de la hepatitis C: 1. si 2 no 9 desconocido