

Impacto de los Cambios de Filosofía del Programa de Metadona sobre los Resultados del Tratamiento a Corto Plazo

Resumen. Este artículo describe las consecuencias de cambiar del tratamiento de mantenimiento de metadona enfocado principalmente a la eliminación de cualquier tipo de droga ilegal y a la reintegración social del paciente, a los cuidados orientados al paciente. El apoyo psicológico (antiguamente obligatorio) se vuelve opcional, los pacientes son mantenidos en tratamiento a pesar de que continúen usando drogas ilegales, se elimina el tope de dosis de metadona, la opinión (input) del paciente llega a ser parte de la prescripción de metadona y se dobla el número de pacientes en tratamiento. Mediante tres cohortes (antes, durante y después de que se rediseñara el programa) se incrementó la dosis de metadona ($50.4 \text{ mg} \pm 2.5$, $72.6 \text{ mg} \pm 2.4$, $92.2 \text{ mg} \pm 4.0$ respectivamente). El número de visitas a los médicos se incrementó linealmente con las cohortes mientras en el total el número de visitas a terapeutas no se modificó. Dos años de retención en el tratamiento mostró diferencias significativas (73%, 69% y 67% respectivamente). En las tres cohortes hubo una reducción significativa en el uso de opiáceos y benzodiacepinas pero no en el uso de cocaína en los seis primeros meses de tratamiento.

Palabras clave. Tratamiento de mantenimiento con metadona, dependencia a opiáceos, cuidados orientados a paciente y resultados del tratamiento.

INTRODUCCIÓN

La adicción a opiáceos continúa siendo un problema importante de salud pública en Norte América. Un riesgo clave para la salud es la transmisión del VIH y la hepatitis C mediante el uso de drogas inyectables y de contactos sexuales inseguros.¹ Aumenta también el riesgo de mortalidad, de actividades criminales, de paro y de desestructuración familiar.^{2,3} Desde que se ha identificado el tratamiento de mantenimiento con metadona (TMM) como un tratamiento muy efectivo para la dependencia a opiáceos,^{2,4} éste debería hacerse asequible al máximo número posible de personas, para prevenir la extensión de enfermedades infecciosas^{5,6} y para reducir los costes de salud y sociales de la dependencia a los opiáceos no tratada.^{7,8}

Típicamente, en Norte América, se espera que los pacientes en TMM consigan una abstinencia completa y mantenida de todas las drogas ilegales.^{9,10} y se espera que los pacientes participen en tratamientos psicosociales con el objetivo de la reintegración social.¹¹ Estos requisitos pueden excluir a una proporción importante de la población potencial de pacientes que, o bien son

incapaces, o bien no están dispuestos a cumplir. Unos objetivos del tratamiento más flexibles, enfocados a reducir el uso de drogas ilegales y los comportamientos de riesgo asociados en lugar de enfocados principalmente a conseguir la abstinencia, son factores con más probabilidad de atraer y mantener a más pacientes en el TMM.

El Centro para la Adicción y la Salud Mental (CAMH) de Toronto, ha dedicado esfuerzos considerables a iniciativas destinadas a mejorar el acceso al tratamiento de mantenimiento con metadona.¹² Una de estas respuestas fue desarrollar un nuevo modelo orientado al paciente para el tratamiento con metadona. Se diseñó para ayudar a los pacientes de una forma más eficaz, de modo que se pudiera tratar a un mayor número sin incrementar los recursos de modo significativo. Un elemento clave de este nuevo modelo orientado al paciente es la aceptación del uso continuado de drogas ilegales como indicación de más tratamiento en lugar de como un motivo para el alta. El programa se caracteriza por un rápido ingreso racionalizado, por psicoterapia opcional y servicios de apoyo psicológico, por la aceptación de la opinión del paciente sobre las dosis, por más acceso a llevar la medicación a casa ("porta-

dores"), por una reducción de la dependencia de los cribajes de orina para drogas y por una expectación reducida para una abstinencia rápida y sostenida.

Concomitantemente con la evaluación de los cambios en el programa hubo también una rápida expansión de la disponibilidad del tratamiento en la Provincia de Ontario,¹² El impacto de la expansión del acceso al tratamiento en la zona de captación del CAMH sobre las características de los pacientes que iniciaban el tratamiento se ha descrito previamente.¹³ El impacto más significativo fue un descenso en la frecuencia de pacientes con problemas especiales, tales como embarazo, infección por VIH ó patologías médicas o psiquiátricas graves, que justificaban la prioridad del acceso. Hubo también un aumento en la frecuencia de los pacientes que reportaron un opiáceo distinto a la heroína como su problema principal con las drogas y los pacientes tenían menos probabilidad de haber sido consumidores de drogas inyectables en el momento de la admisión.

El presente estudio intenta evaluar la hipótesis de que los pacientes pueden ser tratados tan efectivamente en un programa de mantenimiento con metadona orientado al paciente como lo estaban previamente, en un programa enfocado principalmente a la eliminación de todas las drogas ilegales y a la reintegración en la comunidad. Se usó el procesado de los datos relacionado con los cambios del programa para determinar si el mantenimiento en el tratamiento y el uso de drogas cambiaban cuando la abstinencia de todas las drogas ilegales y el apoyo psicológico obligatorio ya no eran requisitos para permanecer en el programa. Esta evaluación tiene en cuenta los cambios descritos previamente en las características de los pacientes¹³ que han sido atribuidas a la expansión de la disponibilidad del TMM.

MÉTODOS

Participantes

En 1994, se puso en marcha una base de datos para evaluar el programa de mantenimiento con metadona. A lo largo de esta evaluación se monitorizaron la retención en el tratamiento y los cambios en el uso de drogas ilegales. Todos los pacientes que iniciaron el tratamiento con metadona desde enero de 1994 están incluidos en este estudio.

Se excluyeron los pacientes que fueron transferidos al CAMH desde otro programa de mantenimiento con metadona o que se incluyeron antes de 1994. El reclutamiento continuó hasta junio de 1998 con un periodo de seguimiento extendido hasta diciembre de 1999.

Cohortes de tratamiento

Tal como se describe en un estudio previo,¹³ se identificaron tres fases de la evolución del programa de metadona del CAMH. Dado que algunos de los cambios tendían a ocurrir gradualmente más que abruptamente y para evitar crear sesgo, la fase de reclutamiento se dividió en tres intervalos iguales de 18 meses de duración. Los pacientes incluidos entre el 1 de enero de 1994 y el 30 de junio de 1995 formaron la primera cohorte, los pacientes incluidos entre el 1 de julio de 1995 y el 31 de diciembre de 1996 formaron la segunda cohorte y los pacientes incluidos entre el 1 de enero de 1997 y el 30 de junio de 1998, la tercera cohorte.

De las tres cohortes fueron excluidos 2, 6 y 15 pacientes respectivamente de esta evaluación porque habían iniciado el tratamiento en otro lugar y habían sido transferidos al CAMH para la continuación de sus cuidados y por tanto sus datos iniciales de estabilización no estaban disponibles.

Cambio en el programa

Durante el intervalo de tiempo en que ingresó la primera cohorte, la continuación en el tratamiento fue contingente en alcanzar y mantener rápidamente la abstinencia y en asistir al apoyo psicológico, las visitas a los médicos eran infrecuentes y las dosis las determinaba el médico con un límite máximo de dosis diaria de 100mg.¹⁰ Los pacientes eran advertidos de reducciones de dosis y de recibir el alta si no se comprometían con el apoyo psicológico, o no se esforzaban para alcanzar sus objetivos de tratamiento. Sin embargo no se ponía límites a la duración del TMM.

La transición a un programa orientado a paciente tuvo lugar durante el tiempo representado por la segunda cohorte. El apoyo psicológico pasó a ser electivo y las visitas médicas fueron requeridas con más frecuen-

frecuencia de los cribajes de droga en orina y las dosis de metadona para llevar a casa ("portadores") llegaron a ser más aceptadas de buena gana. Además, en junio de 1995, (al inicio del periodo de transición) se incrementó el límite en el número de pacientes coincidentes (100) con la expectativa de que con un programa orientado al paciente se podía atender a más pacientes con los mismos recursos. Esto coincidió con la transferencia de la responsabilidad de los servicios de administración de metadona del gobierno federal a las provincias. En abril de 1996, se eliminaron de las guías federales de prescripción de metadona las restricciones a las dosis de metadona y poco después se inició la formación de los médicos en tratamientos con metadona orientados a la comunidad (septiembre de 1996).

En la tercera fase cuando el programa orientado al paciente estaba bien establecido, hubo un incremento sustancial en la disponibilidad del tratamiento con metadona en la comunidad (incluyendo el área de influencia del CAMH), y se hicieron esfuerzos minuciosos para contactar a todos los pacientes de la lista de espera para informarles de que había plazas disponibles en el CAMH. Aunque se solicitaba a los pacientes que se organizaran para pagar su metadona, la mayoría tenía el coste cubierto por el seguro del gobierno. A algunos pacientes se les permitía recoger su metadona en la farmacia de su localidad.

Cambios en el personal

Durante el periodo de la primera cohorte, había dos equipos de médicos a tiempo parcial o un 1.0 a dedicación plena equivalente (DPE) y tres terapeutas a dedicación plena (o MSW o RN). Se contrató a un psicólogo clínico con dedicación plena para ayudar en el desarrollo del programa orientado al paciente y para formar y supervisar a los terapeutas y para asegurar su entusiasmo y actitud positiva en sus nuevos roles. Durante la fase de transición se incrementó el número de terapeutas a 4.5 DPE. El número de médicos a tiempo parcial se incrementó a 6 pero solo 1.7 DPE. En la tercera fase, el número de médicos a tiempo parcial se incrementó a 8 (2.3 DPE) y se contrató a un terapeuta adicional (para un total de 5.5 DPE) además de a un asistente social. El papel del asis-

tente era proporcionar un servicio de apoyo para el manejo de crisis, cambio de jeringuilla y derivar la asistencia para los servicios de la comunidad como residencias y bancos de alimento. Todos los terapeutas tenían postgrados, un MSW o un MA (psicología). Durante el intervalo combinado de la evaluación hubo un total de un 45% de rotación entre el personal terapeuta. Los aumentos entre el personal de primera línea se consiguieron sin aumentos significativos de la financiación total por medio de eficiencias presupuestarias y la eliminación de un puesto de supervisor. La posición de psicólogo se transfirió al programa interno de tratamiento de salud mental. La integración de la salud mental y el tratamiento de la adicción se mantuvieron como una prioridad durante todo el periodo de evaluación.

Recogida de datos

Los datos de admisión recogidos durante el ingreso se usaron para describir a los pacientes. Estos datos se obtienen rutinariamente por un terapeuta de todos los pacientes con el propósito de destinarlo al programa de tratamiento más apropiado. Se incluye información demográfica y psicosocial y el historial del uso de drogas. La historia del uso de drogas al ingresar se confirma durante la valoración médica posterior durante la que se determina la elegibilidad para el tratamiento de mantenimiento con metadona. La base de datos del programa de metadona se usa para llevar la cuenta de admisiones, altas y los resultados de los cribajes de droga en orina. El sistema de información de pacientes del CAMH se emplea para llevar la cuenta de la información del paciente, incluyendo las horas de visita del paciente, médico que vio al paciente, y estatus de las citas médicas. Las dosis de metadona de un día concreto para cada cohorte se obtuvieron de los registros de farmacia.

En todo el artículo el término dependencia se refiere a la dependencia de opiáceos según el criterio diagnóstico del DSM-IV.

Pruebas de laboratorio

En la cohorte 1 los pacientes proporcionaron muestras de orina supervisada tres veces por semana

durante los primeros tres meses de tratamiento y más tiempo a criterio del médico prescriptor (por ejemplo durante el embarazo) o si era requerido por un programa de servicio social (por ejemplo la Sociedad de Ayuda a los Niños). Las muestras de orina supervisada se recogían posteriormente dos veces por semana. Una muestra por semana se analizó utilizando la técnica de inmunoensayo de enzima múltiple (EMIT®) para la presencia de opiáceos, benzodiacepinas, metabolitos de la cocaína y barbitúricos así como cromatografía de capa fina (TLC) para la presencia de todos los opiáceos (incluyendo metadona y el metabolito de la metadona) cocaína y otra serie de drogas. Las muestras semanales restantes se analizaron usando TLC. En las cohortes 2 y 3 los pacientes proporcionaron muestras de orina supervisada dos veces por semana durante los tres primeros meses o más, si se justificaba como en el caso anterior, y luego semanalmente hasta que el paciente alcanzara suficiente estabilidad clínica y social. Cuando se había alcanzado la estabilidad, las muestras de orina supervisadas se recogían una vez cada dos semanas. Cuando se recogían dos muestras por semana, la primera se analizaba usando la EMIT®. Por otra parte, el resto de muestras se analizaba usando tanto EMIT® como cromatografía líquida de alta presión (HPLC) para la presencia de cualquier opiáceo (incluido metadona y el metabolito de metadona) cocaína y otras series de drogas. La recogida de orina se programaba usando un procedimiento aleatorio de muestras de manera que el paciente no sabía de antemano que día se le requeriría para que proporcionara una muestra. La serología de hepatitis y VIH fue ofrecida a lo largo de la valoración médica pero no era obligatoria.

Análisis

Con el propósito de describir las tres cohortes, se compararon los datos de admisión de todos los pacientes que empezaron el tratamiento con metadona durante cada uno de los tres periodos de tiempo.

Para describir el impacto de los cambios en el programa, se compararon tanto los datos del proceso como los datos de los resultados de las tres cohortes. Los datos del proceso relacionados con la clínica incluye-

ron la dosis media de metadona y el tamaño de la clínica. Los otros datos del proceso disponibles para la comparación fueron la frecuencia de las visitas a médicos y terapeutas. Se recuperaron del sistema de información de paciente los datos de las citas de los pacientes que completaron los seis meses de tratamiento y se clasificaban como visitas médicas o visitas al terapeuta. Las visitas al terapeuta eran principalmente de apoyo psicológico psicosocial o de gestión del caso. Las visitas médicas eran principalmente para la prescripción de metadona y para apoyo psicológico motivacional breve pero podía también haber incluido otros aspectos médicos, apoyo psicológico o gestión del caso.

Los datos de los resultados incluyeron la retención en el tratamiento y el uso de drogas. Para la retención en el tratamiento, solo se codificaron como altas aquellos pacientes que dejaban la metadona; los pacientes que eran transferidos a otro programa de tratamiento con metadona y pacientes que eran institucionalizados con tratamiento continuado con metadona se codificaron como en tratamiento en el momento de sus transferencias. Para valorar el uso de drogas, se realizaron cribajes de droga en orina durante las seis primeras semanas de tratamiento para cada paciente que completaba al menos seis meses de tratamiento. La proporción de pacientes que usaban opiáceos, cocaína y benzodiacepinas se determinaba por el número de pacientes con uno o más cribajes positivos al mes y la frecuencia media de resultados positivos se calculaba mediante el porcentaje de cribajes de orina positivos para cada paciente al mes.

Se realizaron análisis multivariante para explorar cualquier efecto de confusión aquellas características de pacientes que se vieron que eran significativamente diferentes entre las cohortes.

Los análisis estadísticos se realizaron usando el SPSS para Windows. Para todos los grupos los análisis comparativos de los datos categóricos se hicieron mediante la prueba de la Chi cuadrado, de los ordinales mediante la prueba de Kruskal-Wallis y los datos continuos mediante análisis de varianza (ANOVA). La retención en el tratamiento se midió mediante análisis de supervivencia. Se usaron medidas repetidas de ANOVA para los datos de programa de visitas y los

datos de programa de visitas y los datos de uso de drogas para comparar las diferencias entre sujetos (ínter individuales) por cohorte y las diferencias en los sujetos (intra individuales) del efecto del tiempo en el tratamiento. Se usó el análisis de regresión de Cox para determinar si la retención al tratamiento estaba relacionada con alguna de las características del tratamiento que difiriera entre las cohortes o el proceso variable de las visitas de los pacientes. Los posibles efectos de confusión de las diferencias de los pacientes en los programas de visita y el uso de drogas para los primeros seis meses de TMM se exploraron por medio de medidas repetidas de ANOVA.

RESULTADOS

Características de los pacientes en el ingreso

Como se ha descrito anteriormente,¹³ había un cambio significativo en un número de características de los pacientes admitidos al TMM durante el periodo de tiempo de este estudio que estaba relacionado con la expansión del acceso al tratamiento. Las diferencias se mantienen en las cohortes de pacientes iniciando el tratamiento (es decir, se excluyen los transferidos desde otros TMM). La Tabla 1 presenta la frecuencia de pacientes a los que se dio prioridad de acceso al TMM

por embarazo, infección VIH u otras patologías médicas o psiquiátricas graves. La frecuencia a la que los pacientes conseguían la admisión al TMM sin ningún motivo de prioridad se incrementó de forma lineal a lo largo de las tres cohortes a medida que se ampliaba el acceso. Tal como se puede ver en al Tabla 2, emergieron también algunas diferencias en las características socio-demográficas de los tres grupos de pacientes. Los pacientes de las segunda y tercera cohortes tenían, de alguna manera, más educación y empleo que los de la primera cohorte. Reportaron también tener pareja con menos frecuencia.

La Tabla 3 compara la historia de drogas de los tres grupos de pacientes. En el tercer grupo un número menor de pacientes reportó que la heroína era su problema principal con la droga y más pacientes reportaron dependencia a otros opiáceos más que a la heroína (1.6%, 10.1%, y 46.3% en las tres cohortes respectivamente; $p = 0.0001$). Consecuentemente, menos pacientes en este grupo reportaron uso actual de drogas inyectables o compartir los útiles de inyección.

En los pacientes mencionadas anteriormente que dependían más de otros opiáceos que de la heroína, la oxicodona fue la sustancia reportado con más frecuencia (66%) seguida de la codeína (42%) hidromorfina (21%) y morfina (19%). Casi la mitad de estos pacientes reportaron problemas con más de una droga opiácea.

TABLA 1 Comparación de las razones para un acceso prioritario a TMM en tres cohortes cronológicas de pacientes

Ingresos	Cohorte 1 Enero 1994 a junio 1995	Cohorte 2 Julio 1995 a Diciembre 1996	Cohorte 3 Enero 1997 a junio 1998	
N	61	89	67	
Sin condiciones especiales para acceso prioritario %	24.6	33.7	71.6	($p=0.0001$)
Razones para acceso prioritario				
% de embarazos o implicación con la agencia de protección de la infancia	32.8	23.6	13.4	
% VIH positivo	27.9	10.1	4.5	
% de problemas médicos o psiquiátricos graves	14.8	32.6	10.4	

TABLA 2. Características socio demográficas de tres cohortes cronológicas de pacientes en el momento de ingreso en TMM

Ingresos	Cohorte 1	Cohorte 2	Cohorte 3	p
N	61	89	67	
Género (% varones)	45.9	47.2	58.2	.29
Edad: media de edad ± DE	33.9 + 0.9	35.7 + 0.8	35.5 + 0.9	.31
Estado civil (% de casados/ley común)* (% solteros) (% separados/divorciados/viudos)	50.8 32.8 16.4	37.1 34.8 28.1	26.9 52.2 20.9	0.03 (casados o no)
Arreglos de convivencia (% con pareja) (% con padres) (% con otros parientes o amigos) (% solos)	40.3 22.6 12.9 24.2	38.3 24.5 11.7 25.5	23.2 29.3 22.0 25.6	.23
Educación (% < 10° grado) (% grado 10 a 12) (% completaron bachillerato) (% educación post secundaria)	23.7 44.1 16.9 15.3	14.0 34.9 22.1 29.1	15.2 21.2 33.3 30.3	0.04
Problemas legales (% sin problemas)* (% en espera de juicio) (% en libertad bajo fianza/ sentencia suspendida) (% en periodo de pruebas / libertad condicional)	54.1 24.6 8.2 13.1	71.9 10.1 4.5 13.5	70.1 16.4 6.0 7.5	0.06 (problemas legales o no)
Situación laboral (% empleo a tiempo completo) (% empleo a tiempo parcial) (% sin empleo / subsidio) (% discapacitados)	9.8 3.3 78.6 8.2	20.3 3.3 69.6 6.7	22.4 10.5 47.7 19.4	0.005

Uso de metadona y tamaño de la clínica

Un componente importante del cambio a un programa orientado a paciente fue el cambio de dosis determinada por el médico a dosis basadas en los auto informes de síntomas de los pacientes al unísono con las valoraciones clínicas de los médicos. Cerca del inicio de este estudio (mayo, 1994) las dosis media diaria era de 50.4mg ±2.5 (n = 105) y la dosis máxima era 100mg. Cerca del cierre de la mitad del estudio (abril, 1996) durante la fase de transición, la dosis media diaria era de 72.6mg ± 2.4 (n = 153) con un máximo de 155mg. Cerca del final del periodo de reclutamiento del estudio (marzo, 1998) cuando el programa orientado a paciente estaba bien establecido, la dosis media diaria era de 92.2mg ± 4.0 (n = 167) y la dosis máxima era de 325mg.

Otra consecuencia importante del cambio de programa era la capacidad de acomodar más pacientes ya que se elevó el techo de 100 pacientes concurrentes. Durante el intervalo de la primera cohorte el programa de reclutamiento se incrementó gradualmente por lo que hacia junio de 1995 la lista clínica había llegado a los 120. Durante el intervalo de la segunda cohorte el reclutamiento se incrementó más rápidamente por lo que en septiembre de 1996 había 180 pacientes en tratamiento. La lista clínica se mantuvo relativamente constante a lo largo del intervalo de la tercera cohorte con nuevas admisiones equilibradas con pacientes transferidos a servicios de comunidades de apertura reciente. Durante el periodo de seguimiento las nuevas admisiones superaron a las altas y la lista se incrementó de nuevo a 235.

TABLA 3. Historial de uso de drogas de tres cohortes cronológicas de pacientes en el momento de ingreso para TMM

Ingresos	Cohorte 1	Cohorte 2	Cohorte 3	p
N	61	89	67	
Informe principal de problema con drogas con:				
% heroína	96.7	84.3	47.8	0.0001
% otras drogas opiáceas	3.3	15.7	52.2	
Dependencia* a opiáceos				
% heroína solo	57.4	53.9	20.9	0.0001
% heroína y otras drogas opiáceas	41.0	36.0	32.8	
% solo otras drogas opiáceas	1.6	10.1	46.3	
Duración dependencia a opiáceos (años)	11.1 ± 1.1	9.9 ± 0.9	8.6 ± 0.8	0.20
% Informes de problemas de drogas con cocaína	32.8	24.7	31.3	0.50
% Informes de problemas de drogas con benzodiacepinas	26.2	23.6	31.3	0.55
% De uso actual de drogas inyectables	82.0	78.7	52.2	0.0001
% De uso en alguna ocasión de drogas inyectables	93.4	92.1	79.1	0.02
% De compartir actualmente instrumental de inyección	24.1	27.0	9.0	0.02
% De haber compartido en alguna ocasión	70.5	59.6	53.7	0.15

*El término dependencia se refiere a la Dependencia a Opiáceos según los criterios diagnósticos del DSM-IV

Visitas de los pacientes a médicos y terapeutas

La frecuencia de visitas a médicos y terapeutas obtenidas del sistema de control del paciente se analizó durante los primeros seis meses de tratamiento para los tres grupos. (Figura 1). El número total de visitas con terapeutas del programa fue ligeramente menor para la segunda cohorte (transición), pero volvió al nivel inicial en la tercera cohorte (25.4 ± 1.3 , 20.6 ± 1.6 , y 23.8 ± 2.1 , respectivamente; $p = 0.006$). El propósito de estas visitas era o la gestión del caso o el apoyo psicológico individual. De promedio, los pacientes del primer y del último grupo visitaron al terapeuta siete veces en el primer mes de tratamiento, disminuyendo a cuatro veces al mes en los tres meses siguientes y entonces a aproximadamente a tres veces al mes hacia el sexto mes.

El número de visitas a los médicos se incrementó linealmente de una cohorte a otra (13.6 ± 0.8 , 17 ± 0.9 y 22.5 ± 0.8 respectivamente; $p = 0.0001$). De promedio los pacientes de la primera cohorte fueron vistos

por un médico 6 veces en el primer mes; esto se siguió de una vez al mes hacia el cuarto mes. De promedio los pacientes de la tercera cohorte fueron vistos por un médico 8 veces en el primer mes; esto se siguió de cerca de tres veces al mes hacia el tercer mes.

Retención en el tratamiento

La retención en el TMM fue similar en las tres cohortes (Fig. 2). La retención acumulada en dos años en las tres cohortes fue de 73%, 69% y 67% respectivamente, en los casos en que solo se codificaban como altas aquellos pacientes que descontinuaban la metadona. Los pacientes que se sabía que habían sido transferidos a otro programa de tratamiento con metadona y los pacientes que eran institucionalizados con tratamiento continuado con metadona eran codificados como en tratamiento en el momento de su transferencia. El tiempo medio de retención proyectado para estas curvas es de aproximadamente de 60 meses.

FIGURA 1. Número medio de visitas a médicos y terapeutas \pm error estándar para tres cohortes cronológicas de pacientes en los primeros seis meses de TMM. Para las visitas a médicos, había un cambio lineal significativo con las cohortes ($p = 0.0001$). Para las visitas a terapeutas había un cambio cuadrático significativo entre cohortes ($p = 0.02$)

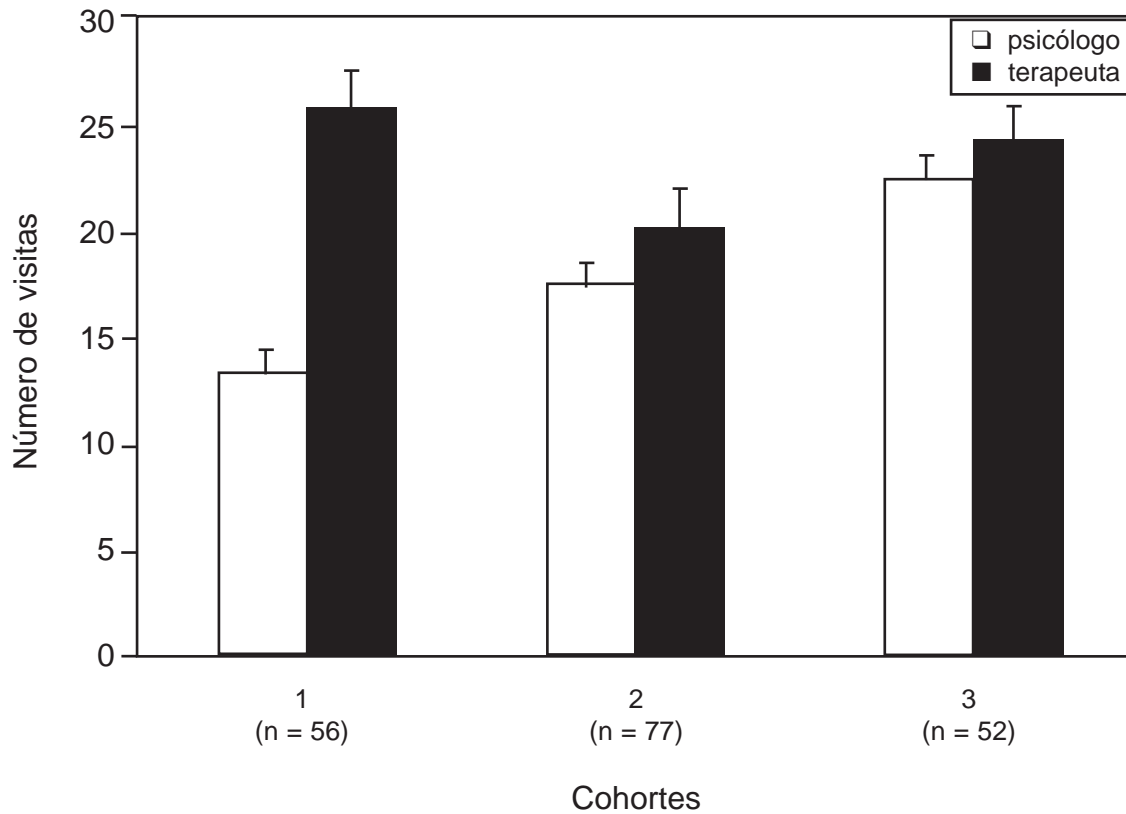
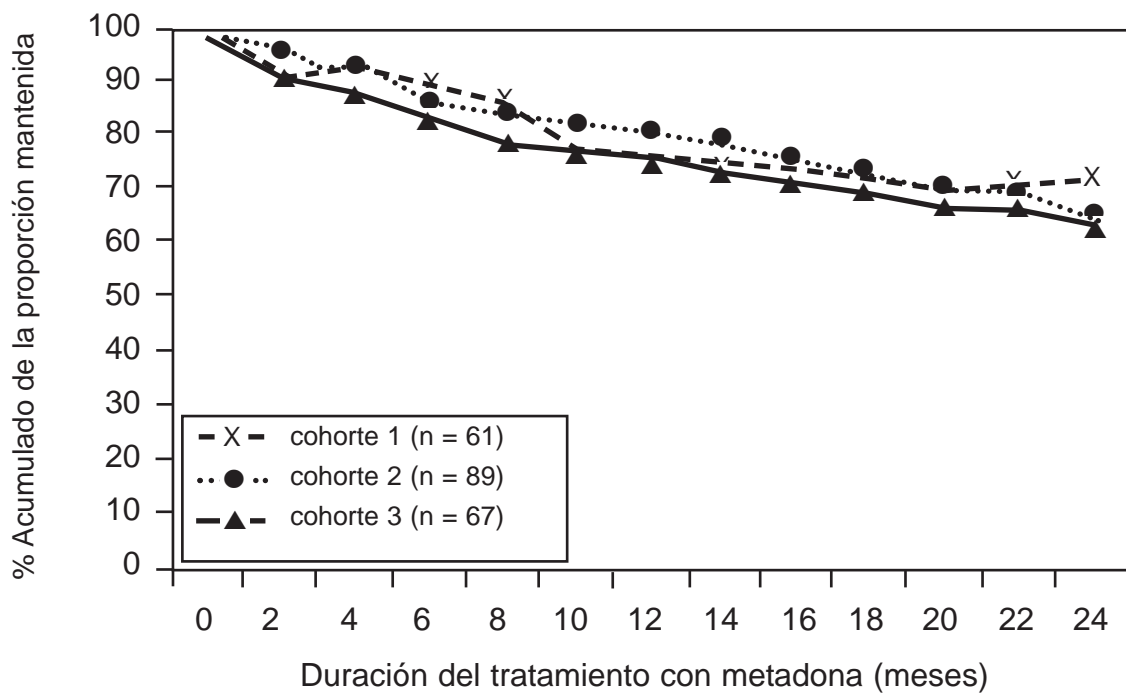


FIGURA 2. Retención acumulada a dos años en el tratamiento con mantenimiento con metadona para tres cohortes cronológicas de pacientes



Uso de drogas

Opiáceos: En todas las cohortes hubo una reducción significativa en el número de pacientes con algún uso de opiáceos. ($F = 18.6$, pacientes <0.0001) durante los seis primeros meses de tratamiento (tal como se determinó por uno o más test positivos de cribaje de orina al mes). El porcentaje de pacientes con uso de algún opiáceo cayó en cada cohorte respectivamente de 98.2%, 87% y 86,5% en el primer mes a 60.6%, 70,1%, 50% en el sexto mes. No hubo diferencias significativas entre las cohortes de los tres tratamientos. La frecuencia media real de resultados positivos de opiáceos (calculados por el porcentaje de cribajes de orina positivos para cada paciente al mes) se ilustra en la Fig. 3. Hubo una reducción significativa en la frecuencia de muestras de orina positiva a opiáceos a lo largo del tiempo en tratamiento ($F = 12.4$, $p < 0.0001$). Las tres cohortes no fueron distintas estadísticamente

aunque la primera y la última cohorte parecían tener de alguna manera una mejor reducción en sus usos de opiáceos que los pacientes en la cohorte de transición.

Cocaína: No hubo diferencias significativas en el número de pacientes con algún uso de cocaína a lo largo del tiempo (en cada cohorte respectivamente desde 41.1%, 42.9% y 30.8% en el primer mes a 33.9%, 48.1% y 30.8% en el sexto mes). O entre las cohortes. La Fig. 4 ilustra la frecuencia real media de muestra de orina positiva a cocaína. No hubo cambio significativo en general con el tiempo o entre las cohortes en la frecuencia de muestras de orina positiva a cocaína entre las tres cohortes.

Benzodiacepinas: Hubo una reducción significativa con el tiempo en el número de pacientes con algún consumo de benzodiacepinas (en cada cohorte respectivamente 64.3%, 54.5% y 50% en el primer mes cayendo a 51.8%, 39% y 30.8% en el sexto mes) No hubo diferencias significativas entre las tres cohortes

FIGURA 3. Frecuencia media de cribajes de orina positivos a opiáceos en cada uno de los seis primeros meses de TMM para tres cohorte cronológicas de pacientes. Hubo una reducción significativa con el tiempo ($p = 0.0001$) pero no diferencia entre las cohortes.

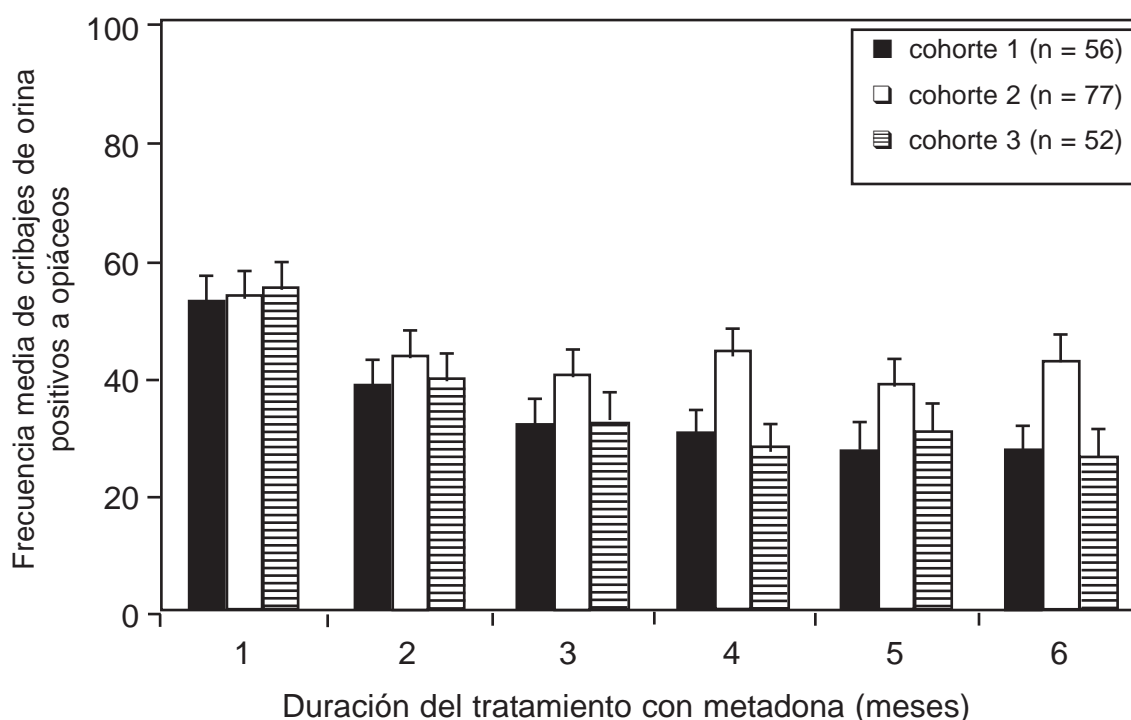


FIGURA 4. Frecuencia media de cribajes de orina positivos a cocaína en cada uno de los seis primeros meses de TMM para tres cohorte cronológicas de pacientes. No hubo cambios significativos ni con el tiempo ni entre las cohortes.

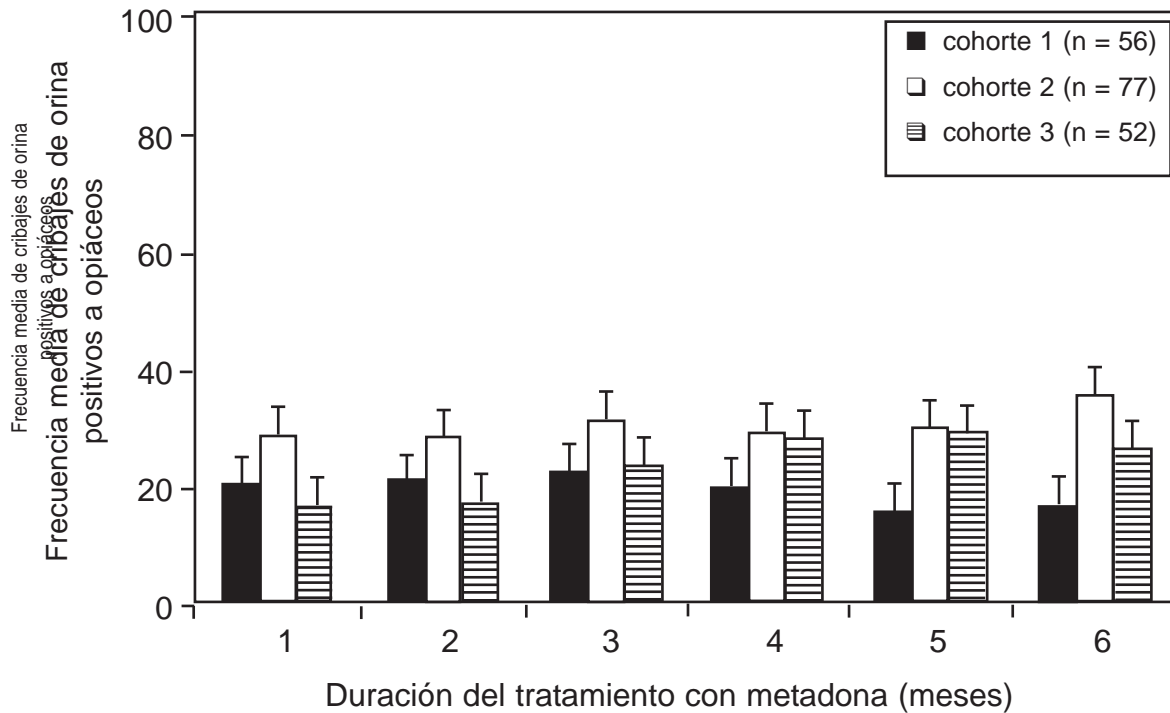
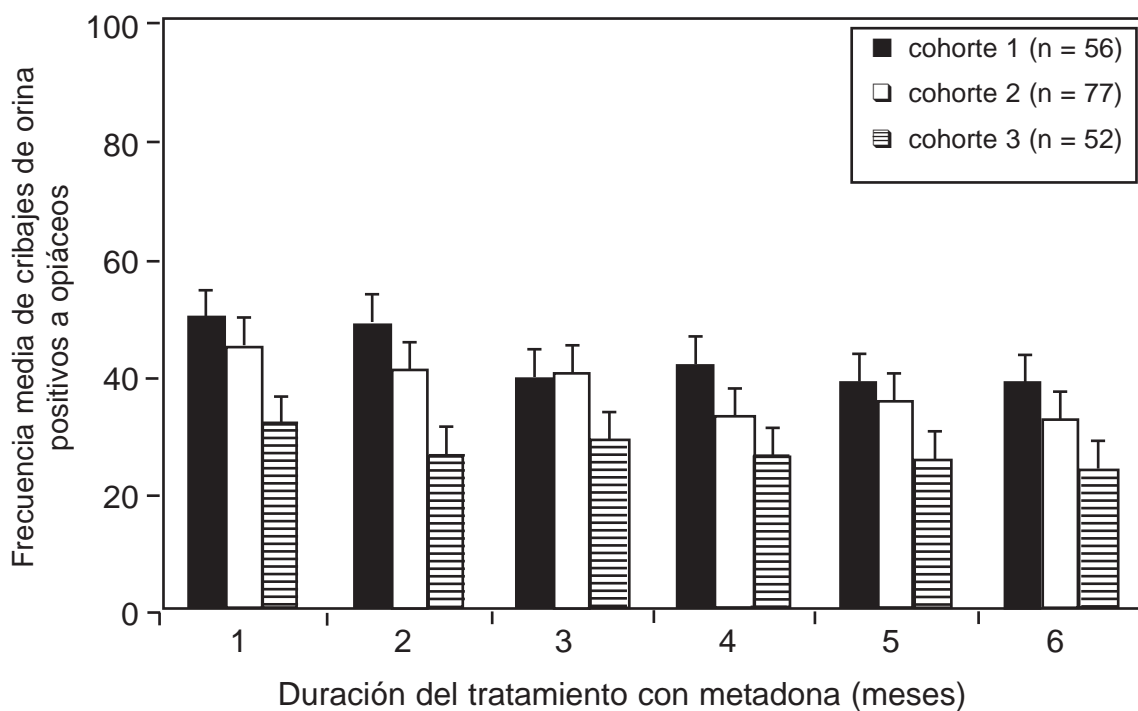


FIGURA 5. Frecuencia media de cribajes de orina positivos a benzodiazepinas en cada uno de los seis primeros meses de TMM para tres cohorte cronológicas de pacientes. Hubo una reducción significativa con el tiempo ($p = 0.0003$) pero no diferencia entre las cohortes.



en los seis primeros meses de TMM. La Fig. 5 ilustra la frecuencia real media de muestras de orina positivas a benzodiazepinas. Hubo una reducción significativa con el tiempo en los pacientes pero no diferencia significativa entre cohortes.

Análisis Multivariante

Control de las características de los pacientes diferentes entre las cohortes

Para determinar si alguno de los cambios en el proceso de tratamiento o en los resultados mencionados anteriormente estaba relacionado con las características de los pacientes más que con los cambios de programa, se realizaron una serie de análisis multivariante. La frecuencia de visitas médicas no era dependiente de ninguna de las variables socio-demográficas que variaban ligeramente en cada cohorte, ni de las diferencias en el principal problema con las drogas ni en la historia de uso de drogas inyectables observada entre las cohortes. Hubo un incremento significativo en la frecuencia de visitas médicas entre aquellos pacientes a los que se dio prioridad a causa de embarazo ($p = 0.01$). Sin embargo, controlando esta relación mediante el análisis multivariante, el incremento lineal en las visitas médicas por cohorte permaneció significativo ($p < 0.0001$). Hubo una relación estadísticamente significativa entre la frecuencia de visitas a los terapeutas y la situación laboral, con una asistencia más frecuente de aquellos pacientes discapacitados o en situación de desempleo. De nuevo, controlando esta relación con el análisis multivariante, no había diferencias significativas entre las cohortes en la frecuencia de visitas a los terapeutas. Tampoco había relación entre la frecuencia de visita a los terapeutas y el problema principal con la droga, el uso de drogas inyectables o las razones para el acceso prioritario.

No se encontró relación entre la retención en el tratamiento y las variables socio demográficas (educación, problemas legales y empleo) que variaron ligeramente con la cohorte no para las diferencias en el problema primario de droga y el uso de drogas inyectables visto entre las cohortes. Hubo una reducción significativa en la retención la tratamiento para aquellos pacien-

tes que tuvieron acceso prioritario debido a embarazo, VIH y problemas médicos o psiquiátricos graves ($p = 0.009$, 0.0001 y 0.009 respectivamente). Esta relación era similar en cada cohorte de manera que en el análisis multivariante la retención general en el tratamiento permaneció similar en las tres cohortes.

Los cambios en el uso de opiáceos y cocaína medidos por los cribajes de orina durante los primeros seis meses de tratamiento no estuvieron afectados por las características de admisión. Sin embargo, esto no se mantuvo como cierto respecto al uso de benzodiazepinas. Los pacientes con prioridad de acceso a TMM debido a VIH o complicaciones médicas o psiquiátricas graves tenían en general una frecuencia más alta de muestra de orina positiva a benzodiazepinas ($P = 0.02$).

En el análisis multivariante que controlaba la asociación entre el uso de benzodiazepinas y VIH o complicaciones médicas o psiquiátricas graves no hubo diferencias significativas entre las cohortes y la reducción en la frecuencia de muestras de orina positivas a benzodiazepinas con el tiempo permaneció significativa ($p = 0.01$).

Visitas de los pacientes y resultados

En el análisis de regresión de Cox no hubo relación significativa entre la retención en el tratamiento y el número de visitas de los pacientes ya fuera a médicos o a terapeutas. Tampoco hubo relación significativa entre los resultados del cribaje de orina y el número de visitas.

DISCUSIÓN

El impacto de los cambios introducidos en el orden establecido del actual programa de TMM orientado a paciente se midió comparando tres cohortes de pacientes: una cohorte de pacientes ingresados para tratamiento cuando el programa estaba principalmente enfocado a lograr la abstinencia de las drogas ilegales y la reintegración social, una cohorte de pacientes que ingresaron cuando el programa estaba en transición y una cohorte de pacientes que ingresaron cuando el programa había incorporado su filosofía de orientación a paciente.

Había algunas diferencias en las características de admisión entre las cohortes. Estas diferencias eran claramente atribuibles al efecto de la rápida expansión de la disponibilidad del tratamiento que ocurrió al mismo tiempo. Estos cambios, que se han descrito anteriormente,¹³ se relacionan principalmente con el impacto de la larga lista de espera en los criterios de admisión durante el periodo de la primera cohorte en comparación con el ampliamente mejorado acceso al tratamiento para la segunda y tercera cohorte. Sin embargo, el análisis multivariante mostró que estas diferencias de pacientes no interfirieron con la valoración del impacto de los cambios del programa sobre los resultados del tratamiento. Los cambios significativos en los resultados entre las cohortes persistieron en aquellos pacientes admitidos sin prioridad de acceso. De forma similar los resultados entre cohortes no fueron un artefacto de los que no usaban drogas inyectables y de los que no usaban heroína que eran más frecuentes en la tercera cohorte.

Un importante componente del cambio a un acercamiento orientado a paciente que podría haber tenido efecto sobre los resultados del tratamiento fue el cambio de apoyo psicológico obligatorio a opcional. A aquellos pacientes que estaban motivados a dirigirse a preocupaciones psicosociales se les proporcionaba apoyo psicológico mientras que al resto se les recordaba que podían disponer de apoyo psicológico en cualquier momento. A los pacientes ya no se les perseguía o se les coaccionaba a asistir a las sesiones con sus consejeros como condición para continuar en tratamiento. Mientras que se observó una disminución en el número de visitas al terapeuta durante la cohorte de transición, este cambio se revirtió en la tercera cohorte. En otras palabras, los pacientes continuaron asistiendo a las sesiones de apoyo aún cuando el apoyo psicológico ya no era obligatorio.

Un segundo componente del programa orientado a paciente era que los pacientes ya no estaban obligados a lograr cribajes de orina negativos como objetivo para permanecer en el programa. Los proveedores de tratamiento no tenían que tratar con informes de cribajes de orina positivos en forma de confrontación. Por el contrario, se relacionó un plan progresivo de incremento del número de dosis para llevar a casa con un aumento en la duración de cribajes de orina libres de drogas

ilegales, lo que culminaba con seis días de medicación para tomar en casa tras una año de tratamiento. No se solicitó la abstinencia de alcohol y cannabis para el acceso a llevar la medicación a casa a menos que la evidencia clínica indicara consecuencias problemáticas por su uso. Los médicos recibieron formación sobre apoyo psicológico motivacional y el personal era capaz de enfocar otros temas sobre los que los pacientes pedían ayuda tales como problemas psicológicos, de empleo o sociales.

Componentes adicionales importantes que podían afectar positivamente a los resultados del tratamiento en el programa orientado a paciente eran que los médicos eran capaces de prescribir dosis más altas de metadona, que las visitas a los médicos eran más frecuentes y que se animaba a los pacientes a dar su opinión sobre la dosificación. Si bien dosis más altas (>60mg) han demostrado repetidamente que mejoran los resultados de los tratamientos,^{14,17} el papel de la participación del paciente en las decisiones sobre las dosis también se ha demostrado que es importante.¹⁸ La variación inter individual del metabolismo de la metadona hace importante la individualización del tratamiento.¹⁹ Los signos clínicos y los síntomas auto reportados de abstinencia así como el uso continuado de opiáceos son indicadores eficaces de la necesidad de un incremento de la dosis.^{19,20}

La retención es un objetivo importante del tratamiento dada la alta tasa de recaídas entre los que abandonan la TMM. El Estudio sobre los Resultados del Tratamiento del Abuso de Drogas (DATOS) fija el umbral de retención en los 360 días para el mantenimiento con metadona.²¹ Las tasas de retención varían considerablemente dependiendo de la filosofía del tratamiento y la práctica.^{4,22} Algunos estudios reportaron unas mejores tasas de retención cuando la filosofía del tratamiento cambió desde una orientación a la abstinencia a una basada en la reducción de los principios dañinos.^{14,16,23} Caplehorn y col.¹⁴ reportaron un cambio en el tiempo medio de retención desde 13.2 a 28.9 meses cuando se compararon programas de TMM con y sin orientación a la abstinencia. Un estudio suizo reciente también ha demostrado mejores tasas de retención consecuentes a cambios en el programa que reflejaban una aproximación orientada a paciente (la retención general

acumulada para 2 años fue del 72%).¹⁵ Maddux y col.¹⁸ encontraron una retención al tratamiento a un año ligeramente mayor entre aquellos pacientes a los que se les asignaba apoyo psicológico opcional en comparación con aquellos con apoyo psicológico obligatorio incluso aunque los primeros acudieron con menor frecuencia. Magura y col.²⁴ reportaron una mejora significativa en la retención al tratamiento asociada con respuestas clínicas constructivas a los problemas de los pacientes tales como apoyo psicológico adicional, tratamientos remitidos y aumento de las dosis de metadona. En sus clínicas la media de retención fue de 23 meses.

Diversos estudios han reportado un beneficio significativo al proporcionar tanto apoyo psicológico básico para las adicciones como servicios profesionales internos.²⁵⁻²⁷ McGowan y col.²⁶ observaron que los pacientes enrolados en el modelo de tratamiento de atención primaria tenían dos veces más de probabilidad de permanecer en tratamiento por al menos seis meses que aquellos en modelos de 12 pasos o de gestión de casos.

En esta evaluación, las tasas de retención al tratamiento permanecieron sin cambios a medida que evolucionó el programa. En relación con las tasas reportadas anteriormente, las tasas en la primera cohorte fueron ya muy altas por lo que la mejora era improbable. El tiempo medio extrapolado de retención fue de aproximadamente 60 meses y la retención acumulada a dos años fue del 73%. La grave falta de programas de tratamiento anteriores a 1996 jugó, probablemente, un papel en el cumplimiento por el paciente de las reglas del programa y por tanto en la retención en el tratamiento en la primera cohorte. Sin embargo, cuando la disponibilidad del tratamiento ya no fue un aspecto a considerar y se tuvieron en cuenta los pacientes transferidos a otros programas, las tasas de retención no fueron significativamente diferentes.

A pesar de permitir a los pacientes del programa CAMH revisado que fijaran su propio ritmo de reducción de la toma de drogas, aproximadamente el 50% de los pacientes habían alcanzado la abstinencia de todas las drogas opiáceas hacia el quinto mes y no había deterioro en esa tasa en comparación con la primera cohorte. La frecuencia media de orinas positivas a opiáceos fue aproximadamente del 53% en los segundos 3 meses de tratamiento comparados con el

32% de este estudio. De forma semejante, la frecuencia de orinas positivas a opiáceos para pacientes en un ensayo aleatorizado de dosis moderadas de metadona (40-50 mg) vs. dosis altas (80-100 mg) fueron aproximadamente del 52% y el 40% respectivamente tras seis meses en TMM.¹⁷

El uso de cocaína antes del ingreso en pacientes en TMM es altamente variable dependiendo de las características socio demográficas y la localización geográfica de la clínica.^{28,29} En algunos estudios el uso de cocaína predice una pobre retención en el tratamiento.^{29,30} De un análisis de los resultados del DATOS que controló el uso de cocaína antes del tratamiento Hser y col.³¹ encontraron que el TMM era relativamente inefectivo en reducir el riesgo de cocaína. En el programa CAMH, el uso de cocaína permaneció esencialmente sin cambios a lo largo del curso de los seis primeros meses. La tasa general de uso de cocaína, según se refleja en los cribajes de orina positivos a cocaína, tendían a ser menores en este estudio (28%) comparado con otros estudios. Magura y col.²⁸ reportaron una media de aproximadamente 67% en los segundos 3 meses de tratamiento; Strain y col.¹⁷ reportaron una media de aproximadamente el 64% en la fase de mantenimiento de sus estudios de dosis y DeMaria y col.³⁰ reportaron un 38.7% al sexto mes.

En este estudio, el uso de benzodiazepinas decreció aproximadamente a la misma tasa durante el tratamiento en todas las cohortes. El abuso de benzodiazepinas en pacientes en TMM se ha asociado con una mayor severidad clínica con respecto tanto a comportamientos dañinos como a comorbilidad psiquiátrica.³² En los pacientes del CAMH, el uso de benzodiazepinas fue más alto en aquellos pacientes a los que se dio prioridad por HIV o por otra patología médica o psiquiátrica que en el resto de pacientes. Sin embargo, no se sabe si el uso de benzodiazepinas en este grupo se debió a abuso o si de hecho fue por prescripción ya que solo se analizaron los cribajes de orina y no los registros de prescripción.

En este análisis naturalístico de la relación de las visitas de pacientes con los resultados de pacientes, los pacientes eligen su propio nivel de terapia en lugar de ser asignados aleatoriamente a apoyo psicológico de

varios niveles de intensidad. Si uno considera los excelentes resultados de las tres cohortes, una posible interpretación puede ser que los pacientes accedieron satisfactoriamente al nivel de terapia que necesitaban.

Es inherente a un experimento natural como este, al contrario que en un estudio prospectivo controlado, que covariantes externas puedan haber acompañado a los cambios de filosofía del programa. Si bien los esfuerzos se hicieron para controlar los cambios en las características de los pacientes que fueron identificados previamente con un análisis multivariante, continúa siendo posible que otros factores no identificados estuvieran afectando a los resultados bien directamente, bien por medio de un efecto de interacción. Por tanto, mientras las observaciones positivas reportadas aquí proporcionan información valiosa para otros que están considerando llevar a cabo una transición similar, la replicación de estos hallazgos probaría su generalización.

CONCLUSIÓN

A pesar del cambio a un acercamiento orientado al paciente, los pacientes aún eran capaces de disminuir y mantener una reducción en el uso de opiáceos. Cuando el apoyo psicológico llegó a ser electivo los pacientes continuaron visitando a los terapeutas tan a menudo como cuando este servicio era obligatorio. Las dosis de metadona aumentadas y personalizadas conjuntamente con la disponibilidad de servicios internos incrementados en respuesta a las necesidades de los pacientes, fueron factores probables que permitieron mantener las altas tasas de retención. Las tasas de retención más altas vistas entre las tres cohortes ofrecen la oportunidad de examinar los datos de los resultados de 18 meses para determinar si estos efectos se mantenían en el tiempo.

En conclusión, tras implantar los cambios de programa descritos aquí, no hubo impacto negativo en los resultados del tratamiento.

Con la colaboración de:



CMBB & Asociados

CMBB & ASOCIADOS, Corredores de Seguros, S.L.

Londres, 27, Est. A 2^a
08029 BARCELONA

Teléfono 93 410 73 26
Fax 93 419 32 96