

Reducir de las consecuencias psicológicas de la nevirapina en adictos a drogas estabilizados con metadona

Javier Sánchez-Carbonell¹
Luisa Lozano²
Joan Alvarós²

¹Facultat de Psicologia i Ciències de l'Educació, Universitat Ramon Llull, Barcelona.
²CAS Garbivent, Barcelona.

En España, casi el 75% de las personas diagnosticadas de sida es adicta a drogas por vía parenteral¹ y a finales de 1997, 51.000 adictos a drogas eran tratados en programas de mantenimiento con metadona². Afortunadamente, la incorporación de nuevos fármacos como los inhibidores de la proteasa y los inhibidores de la transcriptasa inversa no análogos de nucleosidos ha disminuido la mortalidad y ha mejorado la calidad de vida de los pacientes infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana³⁻⁵. La nevirapina es un potente inductor del sistema del citocromo P450, en especial del CYP3 A 4, y, por su atractiva posología, es uno de los fármacos más utilizados ya que puede ser administrado en una dosis única diaria⁶⁻⁷. No obstante la nevirapina puede aumentar la metabolización de la metadona y clínicamente precipitar un síndrome de abstinencia en pacientes que reciben ambos fármacos⁸⁻⁹. En nuestro centro especializado en el tratamiento de adictos a heroína y a otras drogas hemos observado síntomas físicos de abstinencia y elevado malestar subjetivo en pacientes que ya estaban estabilizados en un programa de mantenimiento con metadona. Si el paciente no ha sido previamente advertido de esta eventualidad aumenta su sensación de desamparo e incertidumbre, atribuye a factores psicológicos su incremento de deseo (*craving*) y malestar y aumenta el riesgo de consumo de opiáceos. Dadas las características de los consumidores de drogas se incrementa la posibilidad de incumplimiento de la pauta y la pérdida de contacto con la red sanitaria. Pese a incrementar la dosis previa de metadona entre un 50 y un 100% y repartirla en dos dosis todavía puede observarse sensación de malestar, insomnio y "craving". Para reducir estos efectos recomendamos:

1. Actuar coordinadamente con el centro o servicio dispensador de metadona;
2. advertir al paciente de los efectos indeseables;
3. retrasar la inducción de los pacientes incorporados recientemente a metadona, con deficiente adaptación social o con escaso soporte familiar;
4. retrasar la inducción si el paciente ha iniciado una disminución de dosis para incorporarse a un programa libres de drogas, y

5. valorar las ventajas de la nueva medicación en el conjunto de la calidad de vida del paciente.

Bibliografía

1. European Centre for the Epidemiological Monitoring of AIDS: AIDS surveillance in Europe. *Quarterly Report* 1997;56:11.
2. *Plan nacional sobre Drogas*. Memoria 1997. Madrid: Ministerio del Interior, Plan Nacional sobre Drogas, 1998:35.
3. Hirschel B, Francioli P. Progress and problems in the fight against AIDS. *N Engl J Med* 1998;338:906-908.
4. Palella FJ, Delaney K, Moorman A, Loveless M, Fuhrer J, Satten G *et al*. Declining morbidity and mortality among patients with advanced human immunodeficiency virus infection. *N Engl J Med* 1998; 338:853-860.
5. García de Olalla P, Caylà JA, Brugal T, Galdós H, Jansá JM y Clos R. Evolución de la mortalidad y supervivencia del sida en Barcelona (1981-1997). *Med Clin (Barc)* 1999;113:169-170.
6. Gatell JM, Clotet B, Podzamczar, D, Miró JM y Mallolas J. Guía práctica del SIDA. Clínica, diagnóstico y tratamiento. 5ª ed. Barcelona: *Masson* 1998.
7. Grupo de Estudio de Sida (GESIDA). Moreno S, Arrizabalaga J, Gatell JM, Clotet B, Aguirrebengoa K, Antela A, *et al*. Recomendaciones sobre tratamiento antirretroviral. *Med Clin (Barc)* 1998;110:109-116.
8. Altice FL. *Nevirapine induced methadone withdrawal: implications for antiretroviral treatment of opiate dependent HIV infected patients*. 6th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections. Chicago 1999. Abstract n°: 372.
9. Clarke S, Mulcahy F, Back D, Gibbons S, Tjia J y Barry, M. *Managing methadone and non-nucleoside reverse transcriptase inhibitors: guidelines for clinical practice*. 7th Conference on retrovirus and opportunistic infections. San Francisco 2000. Abstract n°: 88.

Correspondencia:

Dr. Javier Sánchez-Carbonell
Facultat de Psicologia i Ciències de l'Educació Blanquerna.
Universitat Ramon Llull
Císter, 34. 08022
Barcelona.
Tel: 93 253 30 00; e-mail: xaviersc@blanquerna.url.es

Legionelosis y retraso diagnóstico

La mayoría de casos de legionelosis ocurren esporádicamente, no se identifica el mecanismo de transmisión y el diagnóstico puede ser difícil. Por el contrario cuando la enfermedad ocurre en forma de brotes, el diagnóstico suele ser más fácil, y éstos se han relacionado generalmente con aparatos productores de aerosoles¹⁻².

En Catalunya en 1999, entre enero y setiembre, el número de casos confirmados de legionelosis ha sido de 147 casos (excluyendo los de Barcelona ciudad), de ellos consta que se han curado 97 (66%), han muerto 21 (14.2%) y en 29 casos se desconoce la evolución. En Barcelona ciudad en este mismo periodo se ha registrado solamente 9 casos de legionelosis residentes en la ciudad, de los que 6 murieron, en tres de ellos el diagnóstico inicial había sido de virasis, y el diagnóstico final de legionelosis, se realizó "post-mortem". Dos de estos pacientes eran mecánicos de un barco en reparación que había anclado en el puerto de Barcelona. Tenían 33 y 53 años y habían iniciado un síndrome febril con escalofríos, dolor muscular y diarrea, 6 u 8 días antes de su fallecimiento, por lo que acudieron al médico de cabecera. Eran unos días en los que había epidemia de gripe y los síntomas habían sido considerados compatibles con síndrome gripal, no se les practicó inicialmente radiografía de tórax para descartar complicaciones respiratorias, y tampoco se les pautó tratamiento antibiótico. Un paciente falleció y el otro como sus síntomas se habían agravado fue visitado de nuevo, se le hizo una radiografía de tórax en la que a pesar de evidenciarse un patrón alveolar bilateral no fue ingresado. Al día siguiente ya en el hospital se apreció una progresión de los infiltrados poco antes de fallecer. El otro paciente era un caso aislado de una niña de 12 años que había iniciado el día 15 de mayo un cuadro de fiebre alta (40°), tos seca de intensidad creciente y diarrea. Fue visitada por la pediatra de cabecera, con el diagnóstico de virasis y se le pautó tratamiento con antitérmicos. A los cuatro días fue visitada en una clínica donde no le realizaron radiografía de tórax, no ingresó y el diagnóstico fue también de virasis y se mantuvo el mismo tratamiento. Al quinto día ingresó en un hospital de tercer

nivel en donde se le practicó una radiografía de tórax, en la que se evidenció infiltrado alveolar intersticial bilateral de predominio en hemitórax derecho y derrame pleural derecho, falleciendo a las pocas horas.

En la letalidad de estos tres casos podría influir diversos factores: 1) la mayor virulencia de algunas cepas de *Legionella*, de hecho en el barco además de la *Legionella pneumophila* serogrupo 1 subtipo Pontiac, detectada tanto en el lugar donde habían trabajado como también en los afectados, se detectaron otros serogrupos diferentes de *Legionella* en otros puntos del barco³. 2) El grado de exposición a la fuente de infección. 3) Falta de diagnóstico precoz ya que es determinante para reducir el mal pronóstico de esta enfermedad y el retraso en el tratamiento adecuado esta asociado con el incremento en la mortalidad⁴.

Ante un paciente con síndrome febril, compatible con un cuadro gripal, gran afectación del estado general y diarrea, sería conveniente realizar una radiografía de tórax y analítica básica. Si se confirma que es una neumonía, el manejo diagnóstico y terapéutico debe seguir las recomendaciones sobre la neumonía que cumple criterios de gravedad. Ya sea al inicio o durante la evolución⁵ deben realizarse estudios complementarios como: la tinción de Gram, cultivo convencional de esputo, hemocultivos, y debería contemplarse la extracción de la primera muestra para estudio serológico de los siguientes patógenos: *Legionella*, *Mycoplasma*, *Chlamydia*, *Coxiella* y virus respiratorios. El cultivo BCYE para *Legionella*, y detección de antígeno de *Legionella* en orina mediante la técnica de ELISA.

Para realizar un diagnóstico precoz, el método más rentable es la detección de antígeno urinario⁶ (sensibilidad superior al 70%, especificidad de 95%). El cultivo en medio BCYE es la técnica diagnóstica de referencia y cuando los pacientes no han recibido tratamiento alcanza una sensibilidad superior al 70%.

Ante la sospecha razonada de etiología atípica, se debe indicar macrólido oral y si hay sospecha parti-

¹Rocío Maldonado
¹Josep Maria Jansà
²José Álvarez
¹Francesc Xavier Vallès

¹Servei d'Epidemiologia. Institut Municipal de Salut Pública de Barcelona.
²Servei d'Epidemiologia. Delegació Territorial de Barcelona. Departament de Sanitat de Generalitat de Catalunya.

cularizada de *Legionella*, està indicada eritromicina 1g/oral/6h durante 10-14 días o azitromicina 500 mg/día oral 3 días. En las formas graves, neumonía cavitada o paciente inmunodeprimido, debe tratarse con una fluorquinolona de 3ª generación (levofloxacin 500 mg/día, 14 días), o eritromicina 1g/6h iv asociada a rifampicina 600 mg oral o iv 14-21 días.

Es evidente que en estos tres pacientes el diagnóstico no fue precoz, el ingreso hospitalario fue muy tardío y el tratamiento específico no se instauró. Todos estos factores han influido en la letalidad y su evolución fatal.

La utilización sistemática de la detección del antígeno de *Legionella pneumophila* serogrupo 1 en orina, aumentaría de manera notable el diagnóstico de la enfermedad, lo que supondría una mayor orientación terapéutica y consecuentemente un mejor pronóstico, aspecto especialmente relevante, dada la alta letalidad de la legionelosis.

En los factores, virulencia e inóculo, la única acción efectiva es aplicar métodos de descontaminación del agua en edificios públicos y centros sanitarios con una alta endemia de *Legionella* en su red de distribución, en que està especialmente indicado, por su efectividad e inocuidad para la instalación, el moderno sistema de ionización Cu/Ag⁷. También podemos actuar potenciando el diagnóstico y la pauta de tratamiento de una forma precoz y adecuada.

Bibliografía

1. Jernigan DB, Hofmann J, Cetron MS, Genese CA, Nourti JP, Fields BS, *et al.* Outbreak of Legionnaires disease among ship passengers exposed to a contaminated Whirlpool spa. *Lancet* 1996;354:494-9.
2. Hlady WG, Mullen RC, Mintz CS, Shelton BG, Hopkins RS, Daikos GL. Outbreak of legionnaires' disease linked to a decorative fountain by molecular epidemiology. *American Journal of Epidemiology* 1993;138:555-62.
3. Caylà JA, Maldonado R, Gonzalez J, Pellicer T, Ferrer D, *et al.* Brote de enfermedad del legionario en un barco de carga en reparación. (sujeto a revisión).
4. Heath CH, Grove D I, Looke DFM. Delay in appropriate therapy of Legionella pneumonia associated with increased mortality. *Eur J Microbiol Infect Dis* 1996; 15:286-90.
5. Dorca J, Bello S, Blanquer J, Celis R, Molinos L, Torres A, Verano A, Zalacain R. Diagnóstico y tratamiento de la neumonía adquirida en la comunidad. Normativa SEPAR. *Arch Bronconeumol* 1997;33:240-6.
6. Maiwald M, Helbig JH, Lück PC. Laboratory methods for the diagnosis of Legionella infections. *Journal of Microbiological Methods* 1998;33:59-79.
7. Reynaga E*, García M, Pedro-Botet ML, Sopena N, Santa Eugenia S, *et al.* Sistema de Ionización Cu/Ag, desinfección del agua y legionelosis nosocomial. Comunicación escrita. Congreso de la Sociedad Española de Infectología y Microbiología Clínica (SEIMC). Santiago de Compostela, 2000.

XIV Jornadas Estatales sobre Drogodependencia. Cruz Roja Española

Barcelona, 6 - 8 Noviembre 2000

Se celebrará en el Centre de Cultura Contemporània de Barcelona.

Para más información pueden contactar con la Secretaría de Organización:

RCT, Reuniones y Congresos Técnicos, s.l.
Aulèstia i Pijoan, 12 baixos - 08012 Barcelona
Tel.: 93 415 69 38 - Fax: 93 415 69 04
E-mail: rct@rct-congresos.com