

Consejería de Asuntos Sociales
Consejería de Salud

II Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones

Comisionado para las Drogodependencias

programa de
intervención en
unidad de
desintoxicación
hospitalaria en
andalucía



JUNTA DE ANDALUCÍA

AUTORES:

- D^a. María Aránzazu Irastorza Aldasoro. Jefa del Servicio de Protocolos Asistenciales.
Dirección General de Asistencia Sanitaria. Servicio Andaluz de Salud.
-
- D. Fernando Arenas Domínguez. Jefe de Servicio de Coordinación Asistencial. Comisionado para las
Drogodependencias. Consejería de Asuntos Sociales.
-
- D. José Alejandro Mogollo Galván. Director Médico Hospital Punta Europa de Algeciras. Cádiz.
Servicio Andaluz de Salud.
-
- D^a Inmaculada Ugarte Ureta. Facultativo Especialista de Área. UDH Hospital Punta de Europa de
Algeciras. Cádiz. Servicio Andaluz de Salud.
-
- D. Juan Francisco Jiménez Alonso. Servicio de Medicina Interna. Hospital Virgen de las Nieves. Granada.
Servicio Andaluz de Salud.
-
- D^a Blanca Valera Bestrad. Facultativa Especialista de Área. UDH, Hospital Virgen de las Nieves.
Granada. Servicio Andaluz de Salud.
-
- D^a Carmen Hidalgo Sánchez. Facultativa Especialista de Área. UDH, Hospital Virgen de las Nieves.
Granada. Servicio Andaluz de Salud.
-
- D^a M^a Angeles Rodríguez Cejas. Directora del Centro Provincial de Drogodependencias de Sevilla.
Diputación Provincial.
-
- D.Manuel González Gómez. Médico. Unidad de Desintoxicación Hospitalaria Hospital Victoria
Eugenia, de Sevilla.
-
- Eduardo Hidalgo Salvago. Jefe de Sector de Operaciones. Sv^o de Protocolos Asistenciales.
Dirección General de Asistencia Sanitaria. Servicio Andaluz de Salud.
-



programa de
intervención en
unidad de
desintoxicación
hospitalaria en
andalucía



Edita: Junta de Andalucía - Cosejería de Asuntos Sociales.
Comisionado para las Drogodependencias.

I.S.B.N. 84-688-5709-2

Imprime: Tecnocruz, S.L.

Maquetación y Diseño: Tecnocruz, S.L.

Depósito Legal: SE-1.596/04

ÍNDICE

1.- INTRODUCCIÓN	7
2.- DEFINICIÓN DEL RECURSO	9
3.- CRITERIOS DE ADMISIÓN	9
4.- CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	10
5.- PROCEDIMIENTO DE INGRESO Y ESTANCIA	10
6.- OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS	12
7.- ACTIVIDADES	13
8.- METODOLOGÍA	13
9.- TIPOLOGIAS DE PAUTAS DE TRATAMIENTOS DE DESINTOXICACIÓN	16
10.- INDICADORES DE EVALUACIÓN	17
11.- BIBLIOGRAFÍA	18
12.- ANEXOS:	23
<u>ANEXO 1.- Protocolo de Ingreso.</u>	<u>23</u>
<u>ANEXO 2.- Recomendaciones para el Ingreso en U.D.H.</u>	<u>25</u>
<u>ANEXO 3.- Consentimiento Informado.</u>	<u>27</u>
<u>ANEXO 4.- Datos de entrada para confección de Indicadores.</u>	<u>29</u>
<u>ANEXO 5.- Directorio.</u>	<u>30</u>

1.- INTRODUCCIÓN

La desintoxicación es la primera etapa del proceso terapéutico que debe afrontar un drogodependiente para comenzar su rehabilitación y suele realizarse en el propio hogar del paciente o de forma ambulatoria. En ambos casos la familia juega un papel importante como soporte del tratamiento para que el equipo terapéutico pueda realizar el seguimiento del paciente y controlar su evolución. Sin embargo, cuando las circunstancias personales, sociales y familiares no hacen posible este abordaje terapéutico, se hace necesario el ingreso en una Unidad de Desintoxicación Hospitalaria (U.D.H.).

El II Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones reconoce la necesidad de este tipo de unidades, pero dentro de un programa global de atención a las drogodependencias, dirigido no sólo a la desintoxicación sino a la plena rehabilitación y reintegración social del paciente.

Estas unidades son de titularidad del Servicio Andaluz de Salud o concertadas por él, poniéndolas a disposición de la Red Asistencial de Drogodependencias. El tratamiento es totalmente gratuito y de carácter supraprovincial, efectuándose el ingreso a través de los Centros de Tratamiento Ambulatorio integrados en el II Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones.

Las Unidades de Desintoxicación Hospitalaria se crean en noviembre de 1987 con la puesta en marcha de la Unidad del Hospital Victoria Eugenia de Cruz Roja de Sevilla, dotada con ocho plazas. Su objetivo fundamental era ofertar la desintoxicación física en régimen de internamiento de aquellos drogodependientes que no podían conseguirla a nivel ambulatorio.

En años posteriores, el Servicio Andaluz de Salud habilita cuatro nuevas unidades en los Hospitales de El Tomillar (Sevilla) con 14 plazas, Virgen de las Nieves (Granada) con 6 plazas, Punta Europa (Algeciras) con 6 plazas y Ciudad Jardín (Málaga) con 6 plazas.

En 1997 se publica la Ley 4/97 de Prevención y Asistencia en materia de Drogas, la cual en su artículo 18 indica “Los hospitales que se determinen reglamentariamente, del sector público o

vinculados a éste mediante concierto o convenio, dispondrán de una Unidad de Desintoxicación. La designación de estos hospitales se realizará, en todo caso, atendiendo a criterios geográficos, de densidad de población y existencia de núcleos de riesgo”.

También, el II Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones, establece entre sus estrategias: “La elaboración de protocolos de actuación y derivación con Atención Especializada de Salud” (estrategia B.1.2.1.), así como “Disponer de un número de plazas de internamiento adaptado a la demanda” (estrategia B.2.3.2.) y “Definir los recursos y programas que integran la red asistencial para optimizar la coordinación” (estrategia B.1.3.1.).

Estas unidades han venido cumpliendo un papel relevante dentro de la red asistencial del Comisionado para las Drogodependencias, constituyendo el entorno terapéutico adecuado para cierto perfil de drogodependientes que por sus circunstancias psicosociales y familiares no son abordables en un Centro de Tratamiento Ambulatorio.

2.- DEFINICIÓN

Las Unidades de Desintoxicación son espacios cerrados integrados en hospitales generales, aislados del resto de la estructura hospitalaria, pero contando con las instalaciones necesarias que permitan la desintoxicación física de cualquier dependencia a drogas, así como la realización de distintas actividades y el desarrollo de unas adecuadas relaciones interpersonales entre pacientes y equipo técnico de la unidad.

3.- CRITERIOS DE ADMISIÓN

Pacientes con dependencia a cualquier tipo de sustancias, derivados desde un Centro de Tratamiento Ambulatorio (en adelante CTA), de la red de drogodependencias, que cumplan alguno/s de los siguientes criterios:

- Drogodependientes con historia de fracasos repetidos en desintoxicación ambulatoria o domiciliaria.
- Drogodependientes con caracteres psicosociales marcados por:
 - Desarraigo familiar y social que imposibilite el control del tratamiento ambulatorio o domiciliario.
 - Habitar en núcleo social de alto riesgo que impida el mínimo aislamiento necesario para realizar el tratamiento.
 - Nivel socioeconómico bajo que impida obtener los cuidados complementarios al tratamiento médico.
 - Existencia de consumidores en el núcleo familiar.
- Pacientes con trastornos médicos orgánicos o psicopatológicos que hacen que la desintoxicación en un contexto ambulatorio sea poco segura.
En cualquier caso, al acceso de pacientes se producirá según las normas que al respecto se dicten por parte del Comisionado para las Drogodependencias.

4.- CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Vía de urgencia.
- Pacientes con trastornos orgánicos y/o psicopatológicos que revistan mayor gravedad que la desintoxicación propiamente dicha.

5.- PROCEDIMIENTO DE INGRESO Y ESTANCIA

Todos aquellos drogodependientes que se encuentren en tratamiento en un Centro de Tratamiento Ambulatorio y que reúnan los criterios de admisión, podrán ser derivados a una U.D.H., siempre a través de un Protocolo de Ingreso/Derivación específico (Anexo 1). Este Protocolo se remitirá a la F.A.D.A. (Fundación Andaluza para la Atención a las Drogodependencias), organismo colaborador de la Consejería de Asuntos Sociales, que se encarga de la confección de la lista de espera y de la asignación de los ingresos según la fecha de recepción del Protocolo. La F.A.D.A., tras la comprobación de que el Protocolo se encuentra correctamente cumplimentado, lo remitirá a la Dirección Médica del Hospital dónde se ubique la Unidad. En el caso de los Protocolos que se deriven a la Unidad de la Cruz Roja de Sevilla, comunicarán a la Delegación de ésta provincia tal circunstancia a efectos de la gestión interna del Convenio existente con aquella Institución.

En estos momentos disponemos de 24 plazas de UDH en la Comunidad Autónoma Andaluza. Al tratarse de un recurso regional existe una sectorización de las plazas, de tal manera que los pacientes de Sevilla, Córdoba y Huelva ingresan en la Cruz Roja de Sevilla, los de Granada, Jaén, Almería y Málaga en la UDH “Virgen de las Nieves” de Granada y los de la provincia de Cádiz en la UDH “Punta Europa” de Algeciras. Aunque como norma general cada provincia tiene asignada su UDH, existe la flexibilidad de ingresar en otra unidad, previa valoración de la Oficina del Comisionado para las Drogodependencias, en función de las necesidades detectadas.

El ingreso en la unidad será comunicado al paciente telefónicamente o en su defecto por telegrama o por cualquier otro medio que resulte idóneo, desde la UDH correspondiente, indicándosele el día y hora de la entrada en la unidad, siempre con antelación y se le comunicará lo que debe y no debe de llevar el día del ingreso (Anexo 2).

Los casos de mujeres embarazadas, entre el tercer y séptimo mes de gestación y de menores, tendrán prioridad en el ingreso.

El paciente, hasta que no ingresa en la UDH, es responsabilidad del CTA. Éste, una vez decidido el ingreso en la Unidad correspondiente, informará al paciente de las condiciones y responsabilidades que suponen la aceptación del ingreso y la obligatoriedad de respetar el Reglamento de Régimen Interior de la Unidad. El CTA debe de informar igualmente a la unidad si en el plazo de tiempo desde la derivación al ingreso han cambiado alguna de las circunstancias reflejadas en el protocolo de derivación.

El tiempo de estancia lo determinará el objetivo por el que se haya indicado el ingreso en la unidad.

A la recepción del paciente en la UDH, previo al ingreso, será firmado el “Consentimiento Informado” (Anexo 3), por el cual se compromete a cumplir unas normas de comportamiento y realizar una serie de actividades. El incumplimiento de estas normas supone el alta inmediata de la unidad, puesto que el ingreso debe ser en cualquier caso voluntario.

Las altas de la UDH pueden ser de distintos tipos:

- Alta Terapéutica: Se produce cuando se hayan alcanzado total o parcialmente los objetivos propuestos.
- Alta Voluntaria: Se produce cuando el paciente decide abandonar el tratamiento sin finalizar su proceso terapéutico.
- Alta Disciplinaria: Se produce por incumplimiento grave de las Normas de Régimen Interno.
- Alta Derivada: Se produce cuando el paciente es derivado a otros dispositivos antes de finalizar el tratamiento debido a circunstancias ajenas al paciente y al equipo (familiares, sanitarias o judiciales). Cuando finalicen estas circunstancias, el paciente podrá continuar con su tratamiento, produciéndose su reingreso con ocasión de la primera plaza vacante en la Unidad.

En el caso de los reingresos se adoptarán distintas medidas en función del tipo de alta que se haya producido previamente, según las directrices del Comisionado para las Drogodependencias.

Una vez finalizado el tratamiento en la UDH, el paciente será derivado nuevamente al CTA de referencia para el seguimiento y abordaje de las fases posteriores del tratamiento, procurando, siempre que sea posible que se le preste atención ambulatoria el mismo día del alta. O bien se derivará a una Comunidad Terapéutica con el objetivo de la rehabilitación y normalización.

Por otra parte, la UDH comunicará inmediatamente, mediante fax, al terapeuta de referencia del CTA los pacientes que se vayan de la unidad por alta voluntaria o disciplinaria, justificando los motivos de la misma, así mismo comunicará todas las incidencias que surjan a la F.A.D.A.

6.- OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS.

6.1.- OBJETIVO GENERAL.

Realizar la desintoxicación completa, parcial o selectiva de sustancias adictivas, en aquellos pacientes cuyas características no permiten una desintoxicación ambulatoria, efectuar intervenciones terapéuticas que requieren un entorno de vigilancia médica y preparar al paciente para garantizar la continuidad del proceso.

6.2.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- Estudiar la intensidad del síndrome de abstinencia y grado de dependencia, analizando dosis de consumo, antigüedad del consumo, expectativas de resolución y personalidad del toxicómano.
- Establecer Diagnósticos Diferenciales.
- Realizar desintoxicaciones selectivas de sustancias.
- Estabilización de los pacientes en metadona, teniendo en cuenta los acetiladores rápidos.
- Ajuste de tratamientos farmacológicos.
- Elaborar un plan de asistencia posterior al alta del Hospital que incluya estrategia de prevención de recaídas.

7.- ACTIVIDADES.

- **Actividades Sanitarias:**
 - Desintoxicación, tratamiento y seguimiento médico.
 - Formación en Educación para la Salud.
 - Control de dieta alimenticia.
 - Normalización de hábitos de los pacientes en cuanto a la higiene personal, limpieza, cumplimiento de normas, etc.
- **Actividades Complementarias:**
 - Realizar reuniones de grupos, teniendo como objetivo básico el lograr en los pacientes una motivación suficiente que permita finalizar su tratamiento en la unidad y continuarlo fuera de ella.
 - Actividades lúdicas y recreativas que permiten al personal de la unidad establecer una observación mucho más directa de los pacientes y analizar la evolución de éstos a lo largo del tratamiento.

8.- METODOLOGÍA.

Para el tratamiento del paciente drogodependiente es preciso un personal cualificado, ya que presentan características muy diferenciadas que le hacen objeto de un abordaje terapéutico muy específico. La desintoxicación debe entenderse como un primer paso en el tratamiento de la dependencia, debiendo establecerse los necesarios canales de coordinación con los programas normalizados que vayan a llevar a cabo en el tratamiento de deshabituación; mediante la consecución de objetivos secuencialmente establecidos, siempre lógicamente desde un equipo multidisciplinar, altamente cualificado, capaz de hacer frente de forma autónoma a la compleja problemática de la patología de los pacientes.

En el momento del ingreso en la UDH se produce una transferencia del paciente de un equipo terapéutico a otro y es conocido que esos puntos de transición son especialmente sensibles a la ruptura del tratamiento en muchos pacientes, por lo que es importante la acogida del paciente en la unidad, que debe de ser realizada por el médico.

Previo al ingreso se lee el Consentimiento Informado al paciente y al familiar, preguntándosele si lo ha entendido en todos sus términos y se le contestan las posibles dudas que pueda plantear, se realiza un reconocimiento médico, se procede a la revisión de todas las pertenencias del paciente con la finalidad de descartar la presencia de algún tipo de fármaco o droga, se presenta al resto de los pacientes ingresados en la unidad y por último se le informa de las normas del centro y de sus derechos como cualquier usuario de un hospital.

El papel del tratamiento hospitalario en el caso de los trastornos por uso de sustancias continúa siendo un asunto complejo y controvertido, el abordaje es biológico, con estrategias terapéuticas más medicalizadas e incisivas que las que ofrecen los centros no hospitalarios.

Las nuevas necesidades detectadas nos indican que hay que optimizar cada vez más el trabajo de las UDH dentro del nuevo enfoque de la continuidad de los procesos terapéuticos mediante el establecimiento de planes individualizados.

El contexto hospitalario logra un elevado nivel de supervisión sanitaria para aquellos pacientes que requieren de un control físico y/o conductual intensivo. Dicho control concluye con el alta que siempre constituye un momento crítico al retornar el paciente a un ambiente en el que las drogas vuelvan a estar disponibles.

Garantizar la continuidad del proceso ha de ser por tanto, objetivo común de todos los recursos de la red. Es cada vez mayor el porcentaje de pacientes que retoman contacto con los CTA, tras el alta en la UDH, sea ésta terapéutica o voluntaria, siempre que la respuesta de los profesionales sea la reformulación terapéutica ante una recaída.

La UDH puede proporcionar mantenimiento con estabilización de pacientes en programa de metadona que mantienen consumos de otras múltiples sustancias, alcohol, benzodiazepinas, cocaína, anfetaminas, etc; dada la necesidad requerida de desintoxicación selectiva con apoyo farmacológico supervisado, reevaluación y adaptación de las dosis de Metadona, para el mantenimiento ulterior al alta.

Al estar estas unidades inmersas en la estructura hospitalaria, resultan el contexto idóneo para desintoxicar pacientes que presentan complicaciones orgánicas asociadas; diabetes, hepatopatías, nefropatías, EPOC, epilepsia, etc; siempre que dichas complicaciones no estén descompensadas o en situación de agudización.

Los pacientes que presentan complicaciones psiquiátricas o psicopatológicas que se encuentran compensados o en remisión con tratamiento, debieran en caso de plantearse desintoxicación, hacerlo en un ámbito controlado y supervisado sanitariamente, incluida la desintoxicación de metadona, dado el riesgo que implica de desestabilización y reagudización psicopatológica.

Aunque la desintoxicación de alcohol y/o benzodiazepinas puede y suele hacerse con frecuencia de forma ambulatoria, los pacientes alcohólicos descompensados o los que presentan dependencia mixta alcohol / BZD y aquellos que abusan de alprazolam, pueden presentar comportamientos muy disfuncionales por la falta de control de impulsos; y los síndromes de abstinencia a estas sustancias pueden acarrear complicaciones graves. En estos casos sería idóneo plantear la indicación de internamiento en UDH, para aquellos pacientes suficientemente motivados.

Ninguna embarazada debiera desintoxicarse en un ámbito que no fuera el hospitalario. En el caso de que la dependencia fuera a heroína, la indicación debiera ser mantenimiento con metadona durante toda la gestación, no obstante, de insistir la paciente en la desintoxicación, ésta debe efectuarse entre el 3º y 7º mes de gestación.

Un menor dependiente a drogas o que abusa de múltiples sustancias, debiera preferentemente desintoxicarse en UDH, dada la ausencia de límites a nivel familiar, que suele acompañar siempre el trastorno por uso de sustancias a edades tempranas.

Cuando se disponga ambulatoriamente de la posibilidad de usar todos los sustitutivos opiáceos incluidos en el anexo del Decreto 300/2003, la unidad hospitalaria pudiera ser el espacio idóneo para efectuar los cambios de un opiáceo a otro en pacientes con especiales situaciones de riesgo.

En cuanto a la dosis de metadona, se recomienda no derivar a UDHS pacientes con dosis superior a 80 mgrs, en caso de que se plantee desintoxicación de metadona tras un programa de mantenimiento. Los estudios clínicos que se han efectuado concluyen que las pautas de reducción de dosis más altas deben instaurarse lentamente y prolongarse más tiempo. En caso de que la indicación de ingreso sea desintoxicación de otras sustancias y mantenimiento de metadona, no se establece límite de dosis siempre que éstas hagan posible la integración del paciente en las actividades que se desarrollan en la unidad.

9.-TIPOLOGÍA DE PAUTAS DE TRATAMIENTO DE DESINTOXICACIÓN.

Las pautas más utilizadas son las siguientes:

OPIÁCEOS.-

Tratamiento con sustitutivos, alfa-adrenérgicos, ansiolíticos e hipnóticos y en todo caso, tratamiento sintomático. Se realizará inducción con naltrexona, si existe consentimiento informado.

ALCOHOL.-

Clormetiazol, benzodiazepinas, ambas vía oral, vitaminas y fluidoterapia.

PSICOESTIMULANTES.-

Antipsicóticos, inhibidores de la recaptación de serotonina (INRS).

BENZODIAZEPINAS.-

Reducción progresiva y/o sustitución de BZD de vida media corta por otras de vida media larga.

10.- INDICADORES DE EVALUACIÓN.

Las unidades de desintoxicación deberán hacer un esfuerzo en adecuar su cartera de servicios ante la realidad de los diferentes perfiles y patrones de consumo ajustando la relación coste-efectividad, la consolidación de técnicas efectivas, para la innovación y para aportar el valor añadido del soporte diagnóstico y terapéutico del hospital. Esto debe suponer el avance en la calidad de la oferta asistencial que redunde en una mejor rentabilidad de nuestros recursos y un mayor beneficio para nuestros usuarios.

Se proponen los siguientes indicadores a cumplimentar por cada Unidad mensualmente:

- 1.- N° de ingresos por UDH, frecuencia y porcentaje.
- 2.- N° de ingresos por tipo de sustancia por UDH.
- 3.- N° de días de Estancia Media.
- 4.- Índice de Ocupación.
- 5.- Rotación paciente/cama.
- 6.- N° de pacientes por centro derivador y por provincia.
- 7.- N° de Altas Terapéuticas.
- 8.- N° de Altas Voluntarias.
- 9.- N° de Altas Disciplinarias.
- 10.- N° de Altas por Derivación.
- 11.- N° de Reingresos.
- 12.- N° de Altas Terapéuticas según sustancia.

Para obtener unos indicadores homogéneos, que sean útiles para la gestión de las UDH y que permitan a la vez la comparación entre las distintas Unidades, se plantea un esquema sencillo que podría servir de ayuda, que viene reflejado en el Anexo 4.

11. BIBLIOGRAFÍA DE REFERENCIA.

- *Resolución 223/2002, de 17 de diciembre del Servicio Andaluz de Salud, por la que se establece el Procedimiento para recabar el consentimiento informado por escrito en los Centros Asistenciales del Servicio Andaluz de Salud.*
- *Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. (B.O.E. nº 274, de 15 de noviembre de 2002).*
- *Directorio de Centros- Comisionado para la Droga- Junta de Andalucía 2001.*
- *Plan Nacional sobre Drogas- Unidades de Desintoxicación Hospitalaria (UDH). Informe 1990. DGPND.*
- *Anexo VI. Memoria Provincial de Drogodependencias de Sevilla. Años 1999 y 2000.*
- *Actas de Reuniones de Coordinación Provincial-CPD Sevilla. Años 1990 al 2001.*
- *Arenas Domínguez, Fernando. "Normativa a aplicar en cuanto a los reingresos en UDH"- Circular Interna 18-09-97. Comisionado para la Droga de la Junta de Andalucía.*
- *Galanter y Kleber. "Tratamiento de los trastornos de abuso de sustancias. Abordaje Hospitalario". American Psychiatric Press. Masson 1997. Págs 369 a 378.*
- *Altés J, L. Mestre y Forteza-Rei. Tratamiento Hospitalario de la Dependencia de heroína. Evaluación del 1º año de Funcionamiento de la Unidad de Desintoxicación Hospitalaria del "Hospital Son Dureta". Comunidad y Drogas (1988)8:25-36.*

- *Cervera, G. ; Bolinches, F; Lázaro y otros. Estudio Descriptivo y Comparativo de los primeros ingresos en una Unidad de Toxicomanías durante los primeros semestres del bienio 1988-89- Hospital Clínico Universitario de Valencia. XVII Jornadas Nacionales Socidrogalcol-Libro de Ponencias- Valencia 7, 8, 9 diciembre 1989.*
- *Sopelana P., Bautista L Y Diéguez A. "Factores que inciden en la evolución de la Desintoxicación Hospitalaria de Drogodependientes. Hospital Psiquiátrico de Madrid. Med. Clín. Barcelona 1991; 97:326-330.*
- *Muga R y Tor J. Adicción a Drogas y Unidades de Desintoxicación. Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Germans Trias- I Pujol. Badalona. Barcelona. Med. Clín. 1991;97:337-339.*
- *López González E; Manot Perelló M; Medrano Albéniz y otros. "Efectos de la Preparación Clínica del Ingreso en la Retención de una Unidad de Desintoxicación Hospitalaria. Adicciones.1992. Págs 263-271.*
- *Torréns M. San L. Pujol C y otros. Servicio de Psiquiatría y Toxicomanías- Hospital del Mar-Barcelona. 4º Congreso de la Sociedad Española de Toxicomanías. Valencia, 25-27 de noviembre de 1993.*
- *Cervera G., Valderrama J.C., Bolinches F , Martínez J. "Unidad de Desintoxicación Versus Unidad de Toxicomanías: El Paradigma de un Modelo Asistencial Equívoco. XXIV Jornadas Nacionales de Socidrogalcohol. Libro de Ponencias. Alicante, marzo 1997. Págs. 593-606.*
- *Giner Zaragoza F, "Desintoxicación Hospitalaria de Opiáceos. Estudio de Seguimiento a 1 y 6 meses". XXIV Jornadas nacionales Socidrogalcohol. Alicante. Marzo 1997. Págs. 547-570.*

- *Monrás M., Torres M., García S. "Eficacia a largo plazo de los Ingresos Hospitalarios de Desintoxicación para Alcohólicos". XXIV Jornadas nacionales Socidrogalcohol. Alicante. Marzo 1997. Págs. 571-592.*
- *Caballero Garrido F.A. Actuación de Enfermería en una Unidad de Desintoxicación Comunitaria. Centro regional de Rehabilitación de Drogodependientes "Juan Gallardo". Los Palacios y Villafranca (Sevilla). Salud Pública Revista Colegio de Enfermería H Y/ G I A n° 39. Sevilla, 1997.*
- *Seidenberg A., Honegger U., Metadona, Heroína y otros Opiáceos. Desintoxicación Ambulatoria y otros Tratamientos. Capítulo 17. Págs. 170-182.*
- *Seidenberg A., Honegger U., Metadona, Heroína y otros Opiáceos. Desintoxicación Ambulatoria y otros Tratamientos. Capítulos 19 y 20. Págs. 183-202.*
- *Vester A. Y Buning E. Desintoxicación del Mantenimiento con Metadona. Manual de Metadona de la Unión Europea-2000.*
- *Vester A. Y Buning E. "Las Mujeres embarazadas Dependientes a Opiáceos". Manual de Metadona de la Unión Europea-2000.*
- *Parrino M. W. "State Methadone Treatment". Guidelines. Chapter 9. "Methadone Maintenance During Pregnancy". TIP 1. 1993, Rockville EE.UU.*
- *Nieto Rubio, M.A. Desintoxicaciones LAAM: Ambulatorias y Hospitalarias. Memoria Experiencia Multicéntrica "LAAM" Aportaciones de la Comunidad Autónoma Andaluza. C.P.D. Diputación de Sevilla. DPND- Madrid, marzo 1999.*

- *Ries, R. M.D. Assesment and Treatment of Patients With Coexisting Mental Illness and alcohol and Other Drug Abuse. Tip 9. Chapter 7. "Personalit Disorders" Págs 53-89- Rockville (EE.UU.) 1994.*
- *Tejero Pociello A. Y Casas Brugué M. "Trastornos de Personalidad en Pacientes Adictos a Opiáceos: Incidencia, Modelos Explicativos de Interrelación y Repercusiones Clínico-Asistenciales". Libro: Trastornos Psíquicos en Toxicomanías. M. Casas. Citrán. Barcelona, 1992.*
- *González J.L. de Rivera Revuelta y Poveda de Agustín José María. "Estructura de Personalidad Vulnerables a la Adicción a Drogas". Área de Psiquiatría.- Fundación Jiménez Díaz.- Madrid. XXII Jornadas Nacionales de Socidrogalcohol. Santiago de Compostela. Marzo 1995.*
- *Lorenzo Lagos A.; Cabrera Machado I. "La Personalidad como variable clave en el manejo de los problemas de Drogodependencias".-Jornadas Nacionales de Socidrogalcohol. Santiago de Compostela. Marzo 1995.*
- *Reina Galán EL y Conde Hernández C. Proyecto de Creación de 4 Unidades de Desintoxicación Hospitalaria. CAT de Cruz Roja. Sevilla. 1987.*

12.-ANEXOS

ANEXO 1

PROTOCOLO DE INGRESO

DATOS DE FILIACIÓN _____ N° DE HISTORIA _____

APELLIDOS-NOMBRE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: ___ / ___ / ___ / D.N.I.: _____

RESIDENCIA: _____

RESPONSABLE: _____

TELÉFONO: _____

DERIVACIÓN:

CENTRO: _____ CODIGO: _____

RESPONSABLE: _____

TELÉFONO: _____

RESUMEN HISTORIAL:

ÚLTIMOS TRATAMIENTOS EN UDH Y COMUNIDAD TERAPÉUTICA (con desintoxicación)

CENTRO	FECHA ALTA	MOTIVO ALTA

PROCESOS ORGÁNICOS DE INTERÉS:

PSIQUIÁTRICOS:

TRATAMIENTOS ACTUALES/PERFIL TERAPÉUTICO/INDICACIONES A LA UDH

METADONA:DOSIS EN MGRS Y PAUTA:

EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS:

MARCADORES HEPÁTICOS:

HIV: _____ SEROLOGÍA: _____

LÚES: _____ MANTOUX: _____

BACILOSCOPIA: _____ ESPUTOS: _____

RADIOGRAFÍA DE TÓRAX PA y L: _____

BIOQUÍMICA: _____

HEMOGRAMA: _____

ORINA: _____

PERFIL FAMILIAR: _____

OBSERVACIONES: MÁXIMO PERIODO ABSTINENCIA Y RECURSO O PROGRAMA DE
TRATAMIENTO QUE UTILIZÓ - CONSUMO MEDIO / DÍA- CONSUMO MÁXIMO/DÍA _____

ANEXO 2

RECOMENDACIONES PARA EL INGRESO EN UNIDAD HOSPITALARIA DE DESINTOXICACIÓN

Tras remitir el protocolo con los resultados analíticos necesarios desde el Centro de Tratamiento Ambulatorio a la FADA, quedará en una Lista de Espera, pendiente que se produzca una vacante para el ingreso.

El paciente deberá ir acompañado de un familiar o responsable a la hora de ingresar.

Lo que debe llevar el día del ingreso:

- D.N.I. y Tarjeta Sanitaria Individual o en su defecto documento de afiliación.
- Zapatillas de estar en casa.
- Zapatillas para la ducha.
- Ropa interior y calcetines (para 10 días).
- Pueden llevar libros y revistas si así lo desean.
- Utensilios de aseo personal (cepillo de dientes, peine, etc).

Lo que no debe llevar:

- Sábanas.
- Toallas.
- Aparatos de música, cintas.
- Pijama o cualquier otra ropa que no sea la apropiada.

No obstante, cada unidad respetando lo anterior, que se considera como un mínimo, podrá introducir aquellas recomendaciones que considere en función de las características de la propia unidad.

Durante la recepción del paciente para el ingreso, firmará el documento del consentimiento informado y la aceptación las normas que se reflejan en el Reglamento de Régimen Interno que debe elaborar cada unidad.

El día de alta en la unidad, el paciente sería conveniente que fuera recogido por un familiar o responsable y acudiría a su Centro de Tratamiento Ambulatorio.

ANEXO 3

INFORMACIÓN CLÍNICA ESPECÍFICA

La Unidad de Desintoxicación Hospitalaria es una dependencia más del Hospital, aunque con funcionamiento independiente del resto. El ingreso en la Unidad de Desintoxicación Hospitalaria es una decisión voluntaria del paciente. Se encuentra indicado cuando han fracasado los procedimientos ambulatorios de desintoxicación o cuando la misma sólo se puede realizar en un medio hospitalario. La desintoxicación es sólo un primer paso en el tratamiento de su adicción, siendo un proceso largo y que debe continuar después del alta en la Unidad.

Con el ingreso se pretende, por un lado, retirar al paciente del medio cotidiano que le resulta perjudicial en cuanto facilitador del consumo y por otro lado, proporcionar tratamiento farmacológico y psicoterapéutico para atenuar la sintomatología del síndrome de abstinencia (periodo sin drogas) y el efecto de las sustancias consumidas. Esto no garantiza la no aparición de: náuseas, vómitos, diaforesis (sudoración profusa y fría), inquietud, nerviosismo, insomnio, etc.

Con estas actuaciones se intenta preparar al paciente para la incorporación posterior a programas de mayor duración.

El ingreso en la Unidad, supone, por tanto, e inicialmente, una valoración individualizada de cada paciente, para establecer la pauta de desintoxicación que corresponde a cada caso.

El tratamiento tiene propiamente dos aspectos que se superponen en el tiempo. Un primer aspecto que pretende aliviar en lo posible el efecto que sobre el organismo puede suponer el síndrome de abstinencia, mientras los pacientes se acostumbran a estar libre de drogas. Este primer aspecto del tratamiento no sólo tiene como base la medicación, pudiéndose emplear de manera simultánea, otros medios, como pueden ser los físicos. No obstante, la actitud del paciente no puede ser absolutamente

pasiva. Ha de saber que los medios que se utilizan no son de efecto inmediato ni tampoco eliminan por completo los síntomas que la privación de drogas conlleva. Ello supone un esfuerzo por parte del paciente, que debe estar reforzado por su voluntad de abandono de las drogas. Pueden aparecer síntomas, tales como: náuseas, vómitos, sudación fría, inquietud, nerviosismo, insomnio, etc.

Simultáneamente se lleva a cabo el tratamiento de la desintoxicación, a base no sólo de medicación sino de actividades complementarias, como pueden ser ejercicios físicos, reuniones grupales, terapias de conducta, manualidades, trabajos varios. Esta segunda parte de la terapia tiene relación con la sustancia objeto de la adicción.

Los medicamentos que se utilizan para el tratamiento de la adicción a opiáceos (opio, heroína, morfina, codeína, demerol), pueden originar efectos secundarios, siendo el más importante, la depresión respiratoria aguda, que podría conducir a la parada respiratoria. La náusea es el efecto adverso más frecuente que se observa con éste tipo de medicación, pudiéndose evitar/atenuar la misma ingiriendo la medicación con algo de alimento. También pueden aparecer: dolor abdominal, diarrea o estreñimiento, dolores músculo-articulares, cefaleas, vértigos, fatiga, nerviosismo, inquietud, irritabilidad, ansiedad, trastornos del sueño, que puede incluir tanto somnolencia como dificultad para conciliar el sueño, erupciones cutáneas, eyaculación retardada, frío, congestión nasal, dolor torácico, sudación y lagrimeo. La mayoría de los efectos adversos suelen desaparecer a los pocos días.

Los medicamentos utilizados para la desintoxicación de anfetaminas, speed, cocaína y metilxantina, puede producir como efectos adversos más significativos: hipotensión, en tanto que otros, producen fundamentalmente síntomas digestivos tales como náuseas, vómitos y diarrea.

Por otra parte, los que se utilizan para la deshabitación de psicoestimulantes puede producir efectos extrapiramidales (parkinsonismo, distonía aguda, acatisia, discinesia tardía), hipotensión, sequedad de mucosas, estreñimiento, retención urinaria, alteraciones de la acomodación visual.

Finalmente y en cuanto al tratamiento de la adicción a las Benzodiazepinas, aunque ésta se realiza con reducción de la droga de forma progresiva, éste procedimiento puede producir cuadro de insomnio, cefaleas, sensación de inestabilidad momentánea.

ANEXO 4

DATOS DE ENTRADA

- Identificación del centro
- Periodo correspondiente (mes)
- Número de camas funcionantes en dicho periodo.

DATOS A RECOGER EN EL PERIODO

En una tabla formato Excel o Access en la que cada fila sería cada uno de los pacientes ingresados, se podrían recoger en columnas los siguientes datos:

- Columna 1: Identificador unívoco del paciente (numero de TASS o número de historia clínica).
- Columna 2: Edad del paciente.
- Columna 3: Sexo del paciente.
- Columna 4: Centro derivador.
- Columna 5: Fecha de ingreso.
- Columna 6: Número del ingreso (si es el primero, segundo , etc).
- Columna 7: Motivo principal de ingreso (Deshabitación a tal sustancia, o a varias).
En estos casos siempre es conveniente que las distintas alternativas estuviesen codificadas.
- Columna 8: Motivo secundario de ingreso, codificado.
- Columna 9: Fecha de alta.
- Columna 10: Tipo de alta (Terapéutica, Voluntaria, Disciplinaria o Derivada).

ANEXO 5

DIRECTORIO:

CÁDIZ

Hospital Punta Europa
Ctr. Getares s/nº
11207-Algeciras
Tlf.: 956/605722

GRANADA

Hospital Virgen de las Nieves
Avda. Fuerzas Armadas, 2
18014-Granada
Tlf.: 958/020121

SEVILLA

Hospital Victoria Eugenia
Avda. Cruz Roja s/nº
41009-Sevilla
Tlf.: 954/351400