



EL FUNCIONAMIENTO DE LAS UNIDADES DE TOXICOMANÍAS

Covadonga Huergo Lora.

Hospital V. Alvarez-Buylla. Mieres. Asturias. España.

dumpy1981@hotmail.com

RESUMEN:

Las Unidades de Toxicomanías se basan en el abordaje del paciente que padece un trastorno mental debido al consumo de sustancias psicoactivas. Dicha unidad, está integrada por un equipo multidisciplinar (psiquiatra, dos enfermeras, dos auxiliares, una administrativa, una trabajadora social a tiempo parcial y 2 enfermeros que recorren de lunes a viernes las zonas más reseñables del área de Salud Mental) que atienden al paciente de forma integral, considerándole como un ser biopsicosocial. El tratamiento de una toxicomanía consta de tres fases:

- a) Desintoxicación: apoyo farmacológico y psicológico al paciente para el cese del consumo evitando el síndrome de abstinencia agudo.
- b) Deshabitación: proceso largo y complejo donde se pretende que desaparezca el síndrome de abstinencia tardío mientras el paciente aprende una serie de estrategias terapéuticas para no recaer en el consumo.
- c) Reinserción: Se suele solapar a la fase de deshabitación, con progresiva integración del individuo en el medio social que le corresponde. Para lo expuesto anteriormente, se comienza con una entrevista inicial al paciente (datos generales, antecedentes somáticos y psiquiátricos, historia toxicológica, antecedentes de desintoxicación y deshabitación previos, situación laboral, relaciones familiares y sociales, situación legal, grado de motivación, valoración del estado mental, analítica de sangre y orina y valoración de salud pública) y una reunión de equipo posterior para elegir el tratamiento más indicado para el abandono de dicha sustancia :
 - a) Programa de opiáceos: - agonistas opiáceos. - antagonistas opiáceos,
 - b) Programa de alcohol.
 - c) Programa incipiente de cocaína.

Este dispositivo trabaja con aquel paciente que padece un trastorno mental debido al consumo de drogas entendiendo droga como sustancia que al ser introducida en el organismo produce alteraciones fisiológicas, cognitivas y comportamentales.

El tratamiento de una toxicomanía se compone de tres fases:

- A) Desintoxicación: este proceso tiene una duración entre 10 y 15 días e incluso menos. El paciente abandona por completo el consumo de la sustancia mientras se le ofrece un apoyo psicofarmacológico para el síndrome de abstinencia agudo (cortejo de sintomatología física y psíquica específico para cada sustancia y que puede ser letal en determinados tóxicos como en el alcohol y barbitúricos no así en los opioides. Además puede conllevar a la recaída del paciente).

- B) Deshabitación: proceso largo y complejo donde se pretende que desaparezca el síndrome de abstinencia tardío mientras el paciente aprende una serie de estrategias terapéuticas para no recaer en el consumo.
- C) Reinserción: se suele solapar a la fase de deshabitación con progresiva integración del individuo en el medio social correspondiente.

Para el abordaje de cualquier problema y principalmente en el ámbito de salud Mental, debe hacerse de forma integral, considerando al paciente como un ser bio-psico-social contando con la familia y el entorno donde se encuentra inmerso.

Para llevar a cabo lo anteriormente expuesto, se cuenta con un equipo multidisciplinar, donde profesionales de distinta formación aportan sus conocimientos y experiencias para la atención del paciente. Dicho equipo se compone por:

- Psiquiatra.
- Dos enfermeras.
- Dos enfermeros dependientes de una organización no gubernamental que recorren de lunes a viernes las zonas más destacadas del área de Salud Mental.
- Dos auxiliares.
- Una administrativa.
- Una trabajadora social a tiempo parcial.
- Un M.I.R.

También cabe mencionar al personal complementario que aseguran las condiciones del dispositivo como por ejemplo la seguridad, limpieza, informática,etc.

Primera entrevista:

El paciente que acude por primera vez a la Unidad es derivado principalmente por su médico de atención primaria o por el servicio de Urgencias. Es frecuente, que los pacientes vayan a los Servicios de Urgencias pidiendo ayuda para el abandono de una toxicomanía. Allí se le atiende y se valora si precisa algún tipo de tratamiento y es derivado a la unidad de tratamiento de toxicomanías de referencia.

A su llegada al dispositivo, la administrativa recoge datos de filiación del paciente y posteriormente pasa a ser evaluado por la psiquiatra. Esta entrevista se intenta recoger los siguientes puntos de interés:

- Antecedentes somáticos y psiquiátricos previos.
- Historia toxicológica: se recoge en una tabla, como la siguiente a modo de ejemplo, las drogas que consumió y consume el paciente anotando la edad con la que comenzó el consumo, la cantidad y la vía de administración en aquel momento y la cantidad y la vía de consumo en la actualidad.

SUSTANCIA	INICIO	VIA	CONSUMO ACTUAL	VIA
Tabaco	13	FUMADA	20-30 cig/dia	FUMADA
Alcohol	13	ORAL	NO	-
Cannabis	15	FUMADA	NO	-
L.S.D	15	ORAL	NO	-
Anfetaminas	15	ORAL	NO	-
Extasis	NO	-	NO	-
Benzodiacepinas	17	ORAL	Flunitrazepam 3-4 cp/d Alprazolam 2 mg 4 cp/d	ORAL FUMADA
Colas-Pegamento	NO	-	NO	-
Bupremorfina	19	ORAL	NO	-
Metadona	26	ORAL	NO	-
Cocaína	15-16	Esnifada	0,5 -1 gr/d	I.V
Heroína	17-18	Esnifada	0,75 gr/d	I.V.
Dihidrocodeína	25	ORAL	8 cp/d	ORAL

-Tratamientos de desintoxicación y/o deshabituación previos.

-Situación laboral: es de notable importancia saber en el momento de iniciar un tratamiento farmacológico conocer el trabajo que desempeña y si se encuentra en buenas condiciones para desempeñarlo o si por el contrario, sería aconsejable un periodo de descanso. En segundo lugar, aquel paciente que se encuentre sin empleo puede ser un factor de riesgo para una recaída, por lo que es básico conocer la situación e intentar ayudarlo con los medios que se dispone.

- Relaciones familiares y sociales: Es vital conocer el grado de relación con sus familiares (si vive solo o con algún tipo de familiar, cómo son esas relaciones) y si tiene una buena red social sana o si sus amistades también son consumidores o si se encuentra aislado.

- Situación legal: si existe antecedentes o algún proceso legal abierto en ese momento.

- Valoración del grado de motivación para el abandono de consumo de tóxicos: bien sea por iniciativa propia, familiar, social, legal, etc.

- Exploración psicopatológica y valoración del estado mental en el momento actual.

- Analítica de sangre y orina.

-Valoración de salud pública: Son pacientes abandonados en su salud física y también en relación a la vía utilizada para la administración de la droga y las prácticas sexuales de riesgo es preciso descartar patología física y estudiar su calendario de vacunas.

SEGUIMIENTO:

Tras la valoración inicial, hay una reunión de equipo donde se plantea la estrategia terapéutica. Posteriormente, un subequipo formado por una enfermera y una auxiliar tutorizan al paciente y siguen su evolución en estrecho contacto con la psiquiatra que también les cita periódicamente. Es básico señalar la importancia de una buena relación entre los integrantes del equipo multidisciplinar ya que de ahí depende la buena evolución del paciente. También son importantes las relaciones con el resto de especialidades ya que nuestros pacientes son derivados y también

seguidos por otras ramas de la medicina, principalmente por medicina interna y neurología sin olvidarnos del médico de primaria.

PRINCIPALES PROGRAMAS DE LA UNIDAD DE TOXICOMANÍAS:

- a) Programa de agonistas opiáceos.
- b) Programa de antagonistas opiáceos.
- c) Programa de alcohol.
- d) Programa incipiente de cocaína.

a) Programa de agonistas opiáceos (metadona):

La metadona es un agonista sintético que es asimilado sin problemas a través del conducto gastrointestinal, con independencia del tipo de presentación. Tiene una biodisponibilidad del 80 al 95%. La vida media de eliminación de la metadona se calcula entre las 24 y las 36 horas existiendo diferencias interpersonales. Es metabolizada en el hígado por la enzima CYP3A4 (su actividad está influida por factores genéticos, ambientales y por fármacos (antirretrovirales, antibióticos, determinados antiepilépticos, antituberculosos).

Es eliminada por orina y heces. Sus efectos secundarios más comunes son aumento de la transpiración, constipación intestinal, trastornos del sueño, del deseo sexual y de la concentración.

Los requisitos para poder entrar en tratamiento con metadona difieren ampliamente entre los programas. Algunos programas llamados de alto umbral, adoptan un criterio estricto con un mínimo de cinco años de adicción a opiáceos, una edad mínima de 18 años, haber participado sin éxito en otros tratamientos, gran motivación para participar en el tratamiento o basado en uno de los requisitos de diagnóstico internacional para la dependencia a opiáceos. En otros programas, sólo pacientes que sufren otras enfermedades, como VIH/SIDA o tuberculosis además de la misma adicción a las drogas son aceptados en tratamiento. En el otro extremo, hay programas que aceptan a cualquier persona que tenga una adicción a opiáceos probada y que quiera entrar en programa de tratamiento (programas de bajo umbral).

En nuestro servicio, se acepta a todo paciente dependiente de opiáceos que requiera tratamiento tras haber pasado por una valoración y que tenga motivación para incluirse en el programa.

Para la dispensación de la metadona en el área de salud mental, se cuenta con 2 dispositivos: uno fijo instalado en la Unidad de toxicomanías de lunes a domingo en horario de mañana y otro móvil (autobús) que recorre las zonas más reseñables del área

de lunes a viernes en horario también matutino. En estos dispositivos trabajan las enfermeras y auxiliares y que además de dispensar el fármaco, se hace intercambio de jeringuillas y se ofrecen preservativos para evitar enfermedades de transmisión sexual y embarazos no deseados. También se mantiene una relación estrecha con el paciente y donde se puede valorar la evolución del paciente haciendo los ajustes oportunos si es preciso.

b) Programa con antagonistas opiáceos: principalmente con naltrexona.

c) Programa de alcohol:

Tanto en la fase de desintoxicación como en la fase de deshabituación se lleva el seguimiento del paciente y también se valora la evolución a nivel somático tras el abandono del hábito etílico.

d) Programa incipiente de cocaína:

Principalmente se trabaja a nivel de la sintomatología que presenta el paciente. Cabe mencionar la relación entre la cocaína y la presentación de notable sintomatología psicótica principalmente ideación delirante de persecución y alteraciones sensorceptivas.

Cuando no es posible el abordaje ambulatorio del paciente, se cuenta con una unidad de desintoxicación en el hospital de referencia de la región para la atención aguda del paciente en la fase de desintoxicación y también la existencia de comunidades terapéuticas en la fase de deshabituación donde se trabaja con el paciente tanto farmacológicamente como en talleres y programas para el abordaje global del problema. En la fase de reinserción, hay una serie de pisos que se conocen con el nombre de pisos de reinserción donde se ayuda al paciente a integrarse de nuevo en el ambiente social. También se dispone de centros de día en la ciudad para que los pacientes acudan a realizar actividades, deportes, grupos de ayuda, etc.

BIBLIOGRAFÍA:

- Sadock, B. y Sadock, V. Kaplan-Sadock, Sinopsis de Psiquiatría. 9ª edición. Buenos Aires, Argentina: Waverly Hispánica; 2004.
- Hyman, S.E. y Tesar, G.E. Manual de Urgencias Psiquiátricas. 3ª edición. Barcelona: Masson; 1996.
- Hernández, M. y Ocio, S. Manual de la Urgencia Psiquiátrica en atención primaria. 1ª edición. Madrid: TCC.
- Vallejo, J. Introducción a la psicopatología y la psiquiatría. 5ª edición. Barcelona: Masson; 2002.

- Coppel A. [Substitution practices in Europe and reduction of risks]. *Ann Med Interne (Paris)* 1994; 145 Suppl 3:73-4.
- Clark N, Lintzeris N, Gijsbers A *et al.* LAAM maintenance vs methadone maintenance for heroin dependence. *Cochrane Database Syst Rev* 2002; (2):CD002210.