

# CATÁLOGO DE PROGRAMAS ASISTENCIAIS

Plan de Galicia sobre Drogas

Modalidades de tratamento

Programas

Subprogramas

Protocolos

**CATÁLOGO DE PROGRAMAS ASISTENCIAIS**  
**Plan de Galicia sobre Drogas**

**Edita**

CONSELLERÍA DE SANIDADE  
Santiago de Compostela, 2003

**Elabora**

Oficina do Comisionado do Plan de Galicia sobre Drogas

*Dirección*

Manuel Araujo Gallego

*Coordinación técnica*

Indalecio Carrera Machado  
Jesús Osorio López

*Colaboradores*

Jaime Fraga Ares  
Lorena Casete Fernández  
Lourdes Suárez Fernández  
César Pereiro Gómez  
Javier Castelo Álvarez  
Roberto Artabe Noya  
Jesús Cancelo Martínez  
Manuel Lloves Moratinos  
Mercedes Pedreira Quiroga  
Pilar Domínguez González  
Soledad González Sánchez  
José Manuel Iglesias Otero  
Manuel Rodríguez Iglesias  
Jorge Cabrera Riande  
María José Gil Crespo  
Teresa Lage López  
Andrés Domínguez Sánchez  
Juan Luis González Pérez  
Ana M<sup>a</sup> Fernández Sobrino  
M<sup>a</sup> Ángeles Penedo Pita  
Helena Insua Oliveira  
Pilar Sabio Sanz  
María Besada Montenegro

**Deseño** David Carballal estudio gráfico, SL

**Maquetación** Alejandro González Docampo

**Imprime** Tórculo Artes Gráficas, S.A.

**Dep. legal** C-367-04

**ISBN** 84-453-3644-4

Impreso en España

# Índice

## Prólogo

## Introducción

### Modalidades de tratamento

- Modalidades de tratamento e tipoloxía de recursos asistenciais
- Unidade de día UD
- Comunidade terapéutica CT

### Programas asistenciais

- Programa de información, orientación e acollida POA
- Programa de tratamento libre de drogas PTLD
- Programa de tratamento con antagonistas opiáceos PTANO
- Programa de tratamento con derivados opiáceos PTDO
- Programa de tratamento con interdictores do alcohol PTIA
- Programa de tratamento para dependencia a psicoestimulantes PTDP

### Subprogramas

- Subprograma de tratamento de desintoxicación STD
- Subprograma de tratamento de diminución do dano STDD
- Subprograma de tratamento de prevención de recaídas STPR
- Subprograma de tratamento de asistencia domiciliar STAD

### Protocolos

- Protocolo da abordaxe da patoloxía orgánica relacionada co consumo de drogas:
  - I. Protocolo para a prevención e control da tuberculose
  - II. Protocolo para a prevención e control do VIH/SIDA
  - III. Protocolo para a prevención e control da hepatite
  - IV. Protocolo para o control de enfermidades de declaración obligatoria (EDO)
- Protocolo de intervención con colectivos específicos PICE
- Protocolo de tratamento para xestantes drogodependentes PTXD
- Protocolo de intervención con menores drogodependentes PIMD
- Protocolo de tratamento para atención da patoloxía dual PTPD



## Prólogo

No discorrer dos anos, o Plan Autonómico sobre Drogodependencias, creado no ano 1986, pasou a ser o referente da acción nun problema que é motivo de gran preocupación para a sociedade galega e, loxicamente, para a Xunta de Galicia.

A partir dese ano comezou a planificación, a ordenación así como o incremento e diversificación dos recursos asistenciais para drogodependientes por parte da Administración galega, proporcionando deste xeito solucións os afectados e os seus familiares.

O Plan de Galicia sobre Drogas (PGD), nome adoptado dende o ano 1997, como elemento coordinador entre as diferentes administracións local, autonómica e central, así como cos movementos cidadáns, permite actualizar cada catro anos a organización e a planificación da intervención neste campo. Desta forma dáse resposta actualizada, entre outros aspectos, a unha demanda asistencial que se modifica co paso do tempo, e que segue, máis ou menos de cerca, as variacións que se producen no fenómeno do consumo e abuso de sustancias.

Froito desa coordinación e organización obtense unha cobertura e accesibilidade da poboación os recursos asistenciais na totalidade do territorio da nosa Comunidade Autónoma. Temos alcanzado unha ampla diversificación de centros, de programas de tratamento e de protocolos de intervención, que fan posible artellar un plan de intervención personalizado e axustado as necesidades de cada paciente, obxectivo que sempre se persigue, dende a Consellería de Sanidade, para obter os niveis óptimos de benestar e calidade de vida de tódolos cidadáns.

Na actualidade ofrécese unha carteira de servicios uniforme nos diferentes centros e servicios de drogodependencias da rede do PGD. Na procura dunha constante mellora da calidade asistencial, búscase homoxeneizar a metodoloxía de intervención nos distintos programas e modalidades asistenciais. Así xurde a idea da elaboración deste "Catálogo de Programas", que será un importante instrumento no traballo diario para os profesionais da rede asistencial do PGD, o que redundará nesa mellora da atención e tamén da satisfacción dos pacientes e as súas familias.

A tódolos que teñen participado na elaboración deste Catálogo quero manifestarlles o meu sincero agradecemento polo esforzo realizado ó longo dos meses que levou facer este traballo e que incluíu a lectura e relectura de sucesivos borradores, así como o estudio das diferentes observacións e suxestións que se recibiron.

A recompensa para todos e ver, agora, publicado este Catálogo e saber que este vai a sela guía do traballo asistencial en Galicia no ámbito das drogodependencias e que a mesma facilitará a mellora do mencionado proceso asistencial que se dispensa a estes pacientes e as súas familias.

José M<sup>a</sup> Hernández Cochón  
CONSELLEIRO DE SANIDADE



## Introducción

No documento do Plan de Galicia sobre Drogas 2001-2004, recóllense, entre outras, as accións a realizar na área de asistencia en desenvolvemento da Lei 2/1996, de 8 de maio, de Galicia sobre Drogas. O presente Catálogo elaborouse co fin de que estas accións se leven a cabo respectando os principios básicos e as directrices xerais do propio Plan, especialmente os de integralidade, interdisciplinabilidade e continuidade terapéutica, no primeiro caso, e a de especialización e avaliación no segundo.

O seu proceso de elaboración foi bastante costoso, tanto en termos de tempo invertido como de esforzos empregados. Así, varios grupos de traballo, de carácter interdisciplinar, e compostos por profesionais da rede do PGD, así como por técnicos da Oficina da Comisionado e outras unidades da Consellería de Sanidade e do SERGAS, e mesmo doutras consellerías, foron dando forma os distintos apartados dos que consta este Catálogo.

O borrador de cada documento foi posteriormente remitido a cada unidade e servizo asistencial co fin de que tódolos profesionais e os equipos puidesen aportar as suxestións que coidasen oportunas e, desta forma, sentirse partícipes deste material que finalmente ten que ser aplicado por eles mesmos.

O obxectivo deste catálogo é ser o elemento técnico vertebrador da asistencia que ofrece a rede do PGD ó colectivo de drogodependentes. Pero tamén é un referente para os outros servizos profesionais relacionados co noso sector: os demais profesionais da saúde, dos servizos sociais, da xustiza, da educación, etc., etc., poderán agora coñecer con maior claridade o que se fai na rede asistencial galega especializada no tratamento das drogodependencias.

Entre as características deste Catálogo penso que é de subliñar a súa flexibilidade, a súa adaptabilidade e tamén a súa orixinalidade. Flexibilidade porque non se trata dun conxunto de instrucións ríxidas senón, ó contrario, de orientacións ordenadas e orientadas á clínica; adaptabilidade porque o seu proceso de elaboración, e mesmo o seu formato, permite continua-la tarefa de compasar as estratexias diagnósticas e terapéuticas ás variacións e diversidade, cambiante no tempo, que os consumidores de drogas e os drogodependentes van presentando; e orixinalidade porque trátase dunha acción non realizada en ningures e está feita entre os profesionais da rede para os profesionais da rede, aínda que lóxicamente baseado no que evidencia científica ten amosado como máis efectivo e eficiente.

O catálogo estrutúrase en catro apartados: modalidades, programas, subprogramas de tratamento e protocolos de intervención.

No primeiro de eles, modalidades de tratamento, describíense os tipos de réxime en que se pode desenvolver o mesmo: ambulatorio, semirresidencial e residencial, que ven a ser a clásica distinción entre centros: Unidade Asistencial de Drogodependencias (UAD), Unidade de Día (UD), e Comunidade Terapéutica (CT). Podería dicirse que estas modalidades relaciónanse co nivel de esixencia, ou intensidade do tratamento, que os tres "settings" demandan do paciente.

Os programas de tratamento temos que entendelos como o conxunto de actividades ou intervencións, fundamentalmente terapéuticas, que se prescriben, dispensan ou administran ó paciente que posúe o perfil contemplado nas indicacións do programa, na procura dos correspondentes obxectivos.

Finalmente, os subprogramas son estratexias terapéuticas que poden ser empregadas en diferentes programas, mentras que os protocolos tratan de orientar e guiar a atención específica a determinados colectivos ou problemas concretos que poden afectar ó paciente a tratamento.

Outra característica que debe ser tida en conta deste Catálogo é a complementariedade entre modalidades, programas, subprogramas e protocolos. Deste xeito, indo dende o xeral, que representan as modalidades, ó máis concreto e específico, os protocolos, é posible ordenar axeitadamente o proceso asistencial que se lle dispensa a cada paciente, avalía-lo e modificar aquilo que sexa preciso, co fin de incrementa-la calidade do tratamento dispensado.

Quero expresa-lo meu agradecemento a todos los profesionais da rede que teñen participado nas diferentes fases de elaboración desde Catálogo, especialmente a aqueles que traballaron para elabora-los primeiros borradores e tamén a aqueles que sobre os anteriores fixeron as suxestións precisas que os milloraron. A todos, moitas gracias.

Manuel Araujo Gallego

COMISIONADO DE GALICIA SOBRE DROGAS



## Modalidades de tratamento e tipoloxía de recursos asistenciais

Na rede do Plan de Galicia sobre Drogas, o labor asistencial realízase baixo tres modalidades de tratamento segundo a intensidade con que se efectúa:

- Ambulatoria.
- Semirresidencial.
- Residencial.

Os programas de tratamento que se describen a continuación, pódense desenvolver en calquera destes réximes ou modalidades de tratamento, agás o Programa de orientación e acollida, que se efectuará baixo modalidade ambulatoria.

### 1. MODALIDADE AMBULATORIA DE TRATAMENTO

Defínese como modalidade ambulatoria, o réxime de tratamento cunha frecuencia de intervencións  $\leq 2$  veces / semana.

Os dispositivos asistenciais onde se desenvolven as actividades do tratamento en réxime ambulatorio son os seguintes:

- Unidades asistenciais de drogodependencias (UAD): son centros ou servizos de tratamento ambulatorio nos que se desenvolven diferentes tipos de programas terapéuticos en relación coas drogodependencias.

A oferta terapéutica dispensada nunha UAD concrétese na seguinte carteira de servizos:

- Programa de información, orientación e acollida.
- Programa de tratamento libre de drogas.
- Programa de tratamento con antagonistas opiáceos.
- Programa de tratamento con agonistas opiáceos.
- Programa de tratamento con interdictores do alcohol.
- Programa de tratamento para dependencia a psicoestimulantes.
- Subprograma de tratamento de desintoxicación.
- Subprograma de tratamento de prevención de recaídas.
- Subprograma de tratamento de diminución do dano.
- Subprograma de tratamento de asistencia domiciliaria.

Ademais dos labores asistenciais relacionados co desenvolvemento da anterior carteira de servizos, as áreas de intervención do equipo dunha UAD serán as seguintes:

- Apoio e/ou desenvolvemento de actuacións de formación/prevenión.
- Apoio e colaboración en actuacións de incorporación social.
- Coordinación con outros dispositivos de drogodependencias e saúde mental.
- Coordinación con centros de saúde e outros servizos sanitarios, servizos sociais, axentes comunitarios, etc.

Este dispositivo enténdese como o recurso central e vertebrador da planificación asistencial no territorio de actuación asignado. Nembargantes, dada a alta dispersión poboacional que se rexistra en Galicia e a alta frecuentación de servizos que implican algúns programas e subprogramas de tratamento (fundamentalmente os que inclúen a dispensación diaria de metadona ou outros derivados opiáceos), faise necesario descentralizar determinadas actividades do proceso asistencial en drogodependencias. Desde xeito, e para facilita-lo achegamento do recurso ós usuarios dunha determinada UAD, propóñense unha serie de **dispositivos para a descentralización da atención ambulatoria**:

### A. Unidades móbiles (UM)

As unidades móbiles (UM) facilitan o labor de achegamento dos recursos ós usuarios de drogas a tratamento, a modo de extensión das propias UAD. Trátase de dispositivos asistenciais dirixidos a usuarios do Programa de tratamento con derivados opiáceos (PTDO), principalmente os de baixa esixencia (STDD), e sempre que sexan pacientes xa a tratamento nas UAD de referencia.

Ademais destas actividades asistenciais dirixidas ó colectivo de pacientes de PTDO/STDD, os profesionais das UM terán un papel relevante na prevención de riscos asociada ó consumo cos usuarios activos de drogas que non estean a tratamento.

### B. Servizos tipo "dispensario"

Atendendo a un criterio de dispersión xeográfica, o PGD considera unha descentralización de actividades asistenciais máis ampla a través dos servizos tipo "dispensario". Este tipo de dispositivo asistencial posibilita a atención dos pacientes a tratamento nas UAD de referencia nunha localidade distinta, desenvolvendo a carteira de servizos nun centro sanitario asistencial de atención primaria ou especializada, e supón o desprazamento do equipo da UAD de referencia ó centro sanitario colaborador para alí desenvolve-las referidas actividades asistenciais de carácter ambulatorio.

### C. Centros colaboradores para o PTDO

Nesta liña elaborouse conxuntamente coa Subdirección Xeral de Atención Primaria da Dirección Xeral de Asistencia Sanitaria e a Dirección Xeral de Farmacia e Produtos Sanitarios do SERGAS, un protocolo de colaboración para os programas de mantemento con derivados opiáceos entre o comisionado do Plan de Galicia sobre Drogas e os centros de saúde e oficinas de farmacia de Galicia co obxectivo xeral de prestar cobertura asistencial nos mencionados dispositivos sanitarios ó colectivo de drogodependentes en programas de mantemento con derivados opiáceos. A actividade que principalmente se descentraliza é a de administración de metadona, achegando o medicamento a un punto máis próximo ó domicilio dos pacientes.

## 2. MODALIDADE SEMIRRESIDENCIAL

Defínese como modalidade semirresidencial, o réxime de tratamento cunha frecuencia de intervencións >2 veces / semana.

O dispositivo asistencial onde se desenvolven as actividades do tratamento en réxime semirresidencial é o seguinte:

- Unidade de día (UD): é un recurso especializado de tratamento das drogodependencias que en réxime de estada de día ofrece un programa de actividades terapéuticas, educativas e ocupacionais dirixidas á deshabitación e rehabilitación dos pacientes, quedando fóra das súas funcións a súa utilización como residencia.

A oferta terapéutica dispensada nunha UD concrétase na seguinte carteira de servizos:

- Programa de tratamento libre de drogas.
- Programa de tratamento con antagonistas opiáceos.
- Programa de tratamento con agonistas opiáceos.
- Programa de tratamento con interdictores do alcohol.
- Programa de tratamento para dependencia a psicoestimulantes.
- Subprograma de tratamento de desintoxicación.
- Subprograma de tratamento de prevención de recaídas.
- Subprograma de tratamento de diminución do dano.

As UD consideran unha dobre vertente na súa estratexia de intervención. Por unha banda, a abordaxe psicoterapéutica, na que se priorizan as intervencións grupais. Doutra banda, a vertente formativo-ocupacional e educativa, a cal prioriza a inclusión dos pacientes en recursos normalizados da comunidade de referencia de xeito tutelado e coordinado dende a UD. As UD desenvolven un programa terapéutico en réxime intensivo e diario, mais tamén admiten usuarios para intervir sobre obxectivos terapéuticos específicos a través de actividades puntuais, sen que se requira a súa implicación no programa completo.

Dadas as súas características (réxime de internamento parcial) permite a non desvinculación do paciente do seu ambiente, favorecendo a colaboración familiar e a súa incorporación social.

### 3. MODALIDADE RESIDENCIAL

Defínese como modalidade residencial o réxime de tratamento cunha frecuencia de intervencións diarias.

Os dispositivos asistenciais onde se desenvolven as actividades do tratamento en réxime residencial son os seguintes:

- Comunidade terapéutica (CT): son dispositivos que realizan tratamentos de deshabitación e rehabilitación en réxime residencial, orientados a dar resposta satisfactoria a determinados pacientes drogodependentes nos que se considera difícil a recuperación no seu medio habitual. As intervencións e obxectivos nas CT caracterízanse pola abordaxe intensiva e global, con actividades fundamentalmente de tipo psicoterapéutico, ocupacional, socioeducativo e médico-sanitarias.

A oferta terapéutica dispensada nunha CT, concrétase na seguinte carteira de servizos:

- Programa de tratamento libre de drogas.
- Programa de tratamento con antagonistas opiáceos.
- Programa de tratamento con agonistas opiáceos.
- Programa de tratamento con interdictores do alcohol.
- Programa de tratamento para dependencia a psicoestimulantes.
- Subprograma de tratamento de prevención de recaídas.

A comunidade terapéutica concíbese como un marco físico que permite a ruptura, temporal, co medio habitual do drogodependente. Constitúese como un sistema no que o individuo ten a posibilidade de desenvolver novas pautas de comportamento tendentes a facilita-la súa rehabilitación e incorporación social.

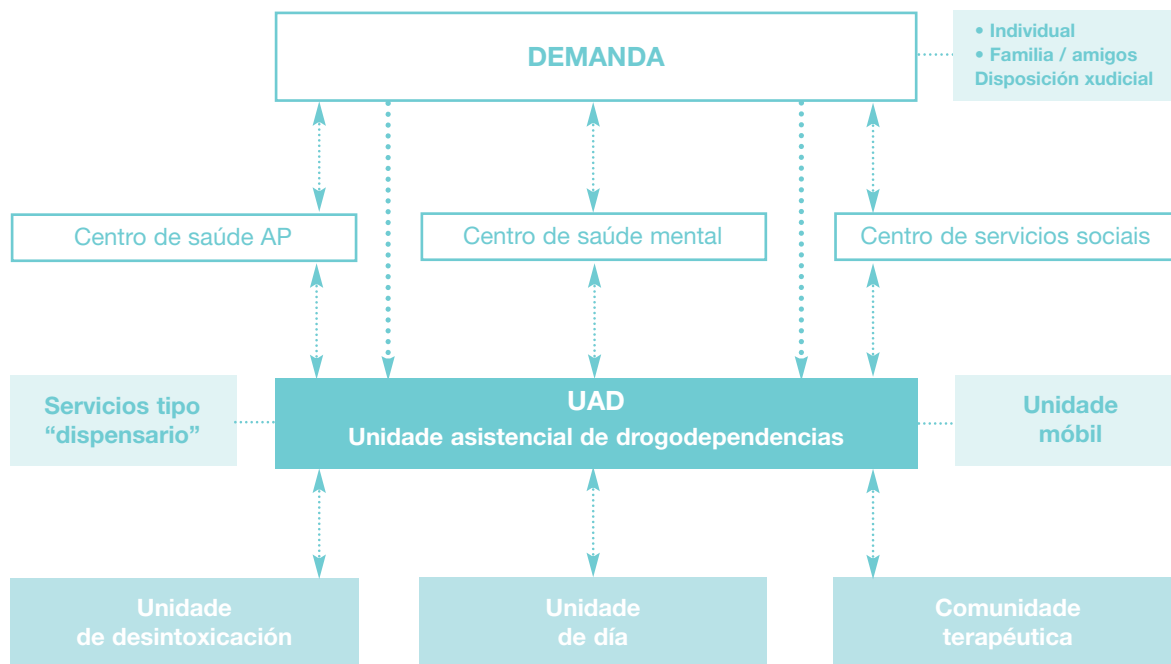
Debe terse en conta que, na actualidade, a comunidade terapéutica é un recurso integrado nunha rede de atención, situándose no terceiro nivel asistencial do circuíto terapéutico do PGD, orientado a dar resposta satisfactoria a determinados pacientes drogodependentes dos que se valora difícil a súa recuperación nun medio normalizado.

- Unidade de desintoxicación hospitalaria (UDH): son dispositivos que, dentro dun servizo hospitalario, realizan en réxime de internamento hospitalario a abordaxe de tratamentos de desintoxicación, así como doutras necesidades que presente o paciente drogodependente e que requiran dunha abordaxe nun medio intrahospitalario. A UDH concíbese como un recurso de "apoio" ante a dificultade dalgunhas desintoxicacións ou outras necesidades do proceso terapéutico en réxime ambulatorio nas UAD.

Representan un recurso de terceiro nivel dentro da rede asistencial de drogodependencias. Os ingresos de pacientes deben ser sempre programados por petición das UAD integradas no circuíto asistencial do PGD, onde deben ser derivados novamente cando finalice a desintoxicación.

#### 4 Modalidades de tratamento e tipoloxía de recursos asistenciais

En definitiva, o esquema de funcionamento da rede asistencial especializada de drogodependencias, evidencia a integración dos recursos de drogodependencias no conxunto da rede asistencial sociosanitaria de Galicia.



## Unidade de día UD

### XUSTIFICACIÓN

As unidades de día (UD) da rede do Plan de Galicia sobre Drogas configuran a modalidade de tratamento semirresidencial na atención a pacientes drogodependentes. Dentro das diferentes modalidades de tratamento sitúanse como un recurso que amplía a oferta tradicional de centros ambulatorios (unidades asistenciais de drogodependencias) e residenciais (unidades de desintoxicación hospitalaria e comunidades terapéuticas), ofrecendo unha atención psicosocial fundamentada en mante-lo paciente na súa comunidade.

A atención nas UD ten en conta os seguintes principios de actuación:

#### 1. Profesionalidade

O equipo está formado principalmente por profesionais do ámbito psicolóxico, educativo e social, aínda que pode estar aberto a calquera disciplina. O conxunto de actividades terapéuticas e educativas de cada UD fundaméntase en coñecementos científicos e empíricos de tipo psicolóxico, médico, educativo e social que sustentan a súa utilidade. Serán os profesionais, de acordo coas liñas definidas polo Plan de Galicia sobre Drogas, os encargados de deseñar, desenvolver e avalía-las actividades terapéuticas e educativas. O seu labor pode ser complementado por persoal procedente do voluntariado social e doutros colectivos comunitarios.

#### 2. Intensidade

A asistencia ás actividades de UD considera unha regularidade que se establece en función do plan individualizado de intervención de cada paciente, salientando un maior tempo de intervención que na atención ambulatoria.

#### 3. Estructuración

Fai referencia ó grao de organización das UD, á coherencia no xeito de entende-lo proceso de rehabilitación, á existencia dunha normativa de funcionamento e á figura dun coordinador que facilita a consecución duns obxectivos terapéuticos dentro do proceso de tratamento que son comúns nas distintas UD do PGD.

#### 4. Diversidade

As UD ofrecen un amplo espectro de intervencións psicoterapéuticas (individuais, familiares, grupais), educativas, sociais, ocupacionais e sanitarias para cubri-los déficits de cada individuo, que se organizan arredor dun horario.

#### 5. Integración

As UD potencian a incorporación social dos pacientes drogodependentes. Neste sentido deben coordinarse tanto cos recursos específicos como cos xerais de carácter sanitario, social, educativo ou cultural e vincularse á súa comunidade de referencia, coa que debe de colaborar antes, durante e despois do proceso rehabilitador.

As UD son, polo tanto, un recurso especializado de tratamento das drogodependencias que ofrece un programa amplo de actividades terapéuticas, educativas e ocupacionais, quedando fóra das súas funcións a

súa utilización como residencia, presentando como característica principal a non desvinculación do paciente do seu ambiente, o que posibilita:

- A. Mantemento do paciente no medio en que se desenvolveu a súa drogodependencia, favorecendo deste xeito a súa incorporación social.
- B. Fomento da colaboración e participación do núcleo familiar no proceso de cambio.

As UD consideran unha dobre vertente nas súas actividades; por unha banda, a vertente psicoterapéutica, na que se priorizan as intervencións grupais; e por outra, a vertente formativo-ocupacional e educativa que prioriza a inclusión dos pacientes en recursos normalizados da comunidade de referencia, de xeito tutelado ou coordinado desde a UD. Por tanto, en canto ó deseño de intervencións con cada paciente, considéranse varias posibilidades:

- *Inclusión a tempo completo*: o paciente participa ó longo da semana nas actividades ocupacionais, educativas e psicoterapéuticas levadas a cabo polo equipo da UD, conformando un horario estruturado que cobre a xornada diaria.
- *Inclusión a tempo parcial*: asígnase o suxeito a actividades concretas da UD e o equipo da UD coordina o seguimento en actividades normalizadas en función das necesidades do paciente.

Para a inclusión a tempo parcial no plan terapéutico do paciente estruturado polo equipo de UD inclúese, alomenos, unha actividade da vertente psicoterapéutica e unha da vertente formativo-ocupacional e educativa.

## POBOACIÓN RECEPTORA

Serán tributarios de tratamento en UD os pacientes de calquera programa terapéutico considerado polo PGD, con excepción do Programa de orientación e acollida (POA), que presenten as seguintes características:

- Desestructuración na organización do tempo e relacións sociais.
- Déficits formativo-laborais, relacionais e de autocontrol.
- Motivación para o cambio de estilo de vida.

Poderán tamén beneficiarse de determinadas actividades da UD persoas pertencentes á comunidade aínda que non sexan pacientes a tratamento na/s UAD de referencia, sempre que a súa participación non supoña detracción nos recursos para a atención ós pacientes drogodependentes.

## SITUACIÓNS ESPECIAIS

Existen unha serie de situacións especiais que requiren dunha valoración específica por parte do equipo de UD:

- Padecemento de enfermidades infecto-contaxiosas que poidan supor un risco para a convivencia normal do grupo.
- No caso de pacientes drogodependentes con outra problemática psiquiátrica asociada, valorarase a repercusión sobre a dinámica grupal da UD.
- No caso de recibírense demandas de tratamento por parte de familiares de pacientes neste programa (parella, irmáns...), farase unha valoración exhaustiva da relación para determinar en qué medida a inclusión pode repercutir no funcionamento dos pacientes no grupo.

Ante a crecente demanda de tratamentos alternativos á privación de liberdade, fanse as seguintes consideracións:

- Han de valorarse tódalas opcións de intervención dispoñibles sen circunscribirse con exclusividade ás UD.
- A asignación a esta modalidade terapéutica debe supeditarse á valoración que realizan os profesionais do equipo da UD.
- O tratamento destes suxeitos sempre terá carácter rehabilitador e con idénticas condicións a calquera outro paciente.

As *readmisións* na UD serán estudadas polo equipo terapéutico. No momento de formular unha demanda de reinicio valórase a situación actual do paciente e a evolución no anterior tratamento.

## OBXECTIVOS

Partindo das características de responsabilidade e liberdade, que son definitorias das UD, pódense definir como obxectivos xerais os seguintes:

1. Reafirma-la abstinencia como un valor positivo que hai que manter.
2. Aumenta-la capacidade de autoanálise do paciente sobre a súa problemática persoal, así como a súa habilidade para resolver os conflitos no seu medio.
3. Aprender e pór en práctica estratexias para manexa-lo *craving* e afrontar situacións de alto risco (SAR) relacionadas co consumo de drogas.
4. Re/estructura-la súa dinámica familiar, promovendo a implicación da familia no proceso terapéutico.
5. Adquirir valores e normas de convivencia.
6. Aprender novos hábitos que faciliten un funcionamento máis autónomo no seu medio (saúde, relacións sociais...).
7. Potencia-la socialización en e desde a comunidade de orixe.
8. Capacita-lo suxeito para que poida desenvolver unha actividade laboral responsable.

A consecución destes obxectivos precisa que se estableza un plan de intervención individualizado con obxectivos específicos para cada unha das áreas, que se describen no epígrafe de sistemática.

## SISTEMÁTICA

### Protocolización

1. Remisión do paciente á UD desde a UAD de referencia.  
Utilizarase unha historia clínica única por paciente segundo o artigo 15 da Lei 3/2001, do 28 de maio, reguladora do consentimento informado e da historia clínica dos pacientes.  
A derivación de calquera paciente será antecedida pola remisión dun protocolo de derivación. Este protocolo é un complemento da historia clínica, e nel detállanse as indicacións para o ingreso en tratamento semirresidencial, obxectivos que hai que conseguir, ademais doutros datos referidos á identificación do paciente e do centro e terapeutas que derivan o caso (**anexo I**). Ó dito protocolo anexarase fotocopia da historia clínica nos casos en que o uso compartido desta non sexa posible.
2. Valoración desde o equipo UD sobre o grao de motivación do paciente para o ingreso, con polo menos unha urinoanálise negativa.
3. Entrada en UD: nas primeiras semanas establécese con cada paciente un plan de intervención con obxectivos e áreas prioritarias e organízase un horario estruturado coas intervencións nas que haberá de participar.
4. Estadía en UD: a duración media desta modalidade de tratamento está entre 6-8 meses, en función do estado inicial do paciente e os obxectivos que se van conseguir en UD. De xeito continuado avalíanse os pacientes para o seguimento das distintas fases do tratamento en UD.
5. Alta en UD. Considérase alta terapéutica de UD cando o paciente non sexa tributario dun tratamento tan intensivo como o semirresidencial. O seguimento do paciente trala alta terapéutica poderá ser realizado indistintamente polo equipo da UAD de referencia ou o da UD desde unha modalidade ambulatoria, debendo estar ambos adecuadamente coordinados.

### Entrada. Proceso de valoración

A derivación establécese mediante un protocolo (**anexo I**) no que se recollen datos básicos do paciente, criterios diagnósticos para a indicación terapéutica de UD e obxectivos que se queren conseguir. Será o equipo da UD quen valora finalmente a adecuación do paciente a esta modalidade de tratamento.

Os pacientes serán remitidos desde as UAD de referencia en que estean a tratamento.

Previamente á inclusión, o paciente será informado sobre as características do tratamento en UD: normas, sinatura da autorización de ingreso voluntario (**anexo II e anexo II-bis\***), esixencias, continxencias e sancións, etc., asegurándose de que comprende o sentido terapéutico deste. En primeiro lugar, e de xeito global, esta información será proporcionada polo terapeuta da UAD que o remite e posteriormente polo equipo da UD.

\* O anexo II-bis utilizarase en caso de que o paciente sexa menor de idade.

### Estadía en UD. Intervención terapéutica

Os pacientes deste programa serán avaliados a través de probas estandarizadas (A.S.I., M.A.P., etc) ademais doutras construídas ad hoc para valora-los seus déficits e as prioridades de intervención.

A intervención terapéutica da UD pretende unha abordaxe global e caracterízase pola conxunción de diferentes terapias nun marco de intervención único, que toma como partida a individualidade de cada paciente. Poden diferenciarse sete grandes áreas:

Áreas de intervención	
1. Situación física. Área de saúde.	5. Área relacional.
2. Área formativo-laboral.	6. Área psicolóxica.
3. Área de conducta adictiva.	7. Área educativa-comunitaria.
4. Situación legal.	

#### 1. Situación física. Área de saúde

Mantense o seguimento médico previsto desde a UAD de referencia facendo fincapé tanto nas patoloxías orgánicas como nos aspectos preventivos (hábitos de vida saudables).

Os obxectivos desta área son:

- Mantemento e mellora progresiva do estado de saúde.
- Coñecemento do propio corpo e dos propios límites ante o esforzo.
- Desenvolvemento de cualidades físicas básicas (resistencia, forza, flexibilidade e velocidade) e habilidades motrices.
- Responsabilización na adquisición e mantemento de hábitos saudables.
- Diminución de riscos asociados ó consumo de substancias.

#### 2. Área formativo-laboral

Os obxectivos desta área son:

- Aumento das capacidades de inserción laboral.
- Aprendizaxe de hábitos e conductas que facilitan unha posterior integración nunha actividade laboral.
- Fomento da integración do suxeito nunha actividade laboral.

#### 3. Área de conducta adictiva

Nesta área preténdese:

- Mantemento da abstinencia.
- Dotar de mecanismos para afronta-los condicionantes da conducta adictiva, previndo recaídas.
- Control no consumo doutra substancia, ademais da droga principal.
- Diminución de riscos asociados ó consumo.

#### 4. Situación legal

A través da inclusión en UD algúns pacientes benefíciense de medidas alternativas á privación da liberdade, así mesmo oriéntase en aspectos xurídico-legais e derivase, cando se precise, ós equipos xurídicos existentes.

Obxectivos nesta área:

- Mellora do coñecemento sobre dereitos e obrigas como cidadán.
- Aumento da información sobre recursos públicos de asesoramento.

#### 5. Área relacional

Obxectivos:

- Normalización das relacións de amizade.
- Mellora das habilidades para as relacións sociais.
- Mellora da relación e comunicación familiar.
- Mellora da capacidade de uso e disfrute do tempo libre alternativo ó consumo de drogas.



### 6. Área psicolóxica

Os obxectivos desta área de traballo son:

- Axudar a comprender e resolver os conflitos individuais, grupais e familiares.
- Aumento da responsabilidade e a capacidade de decisión.
- Facilita-lo coñecemento das propias capacidades e conductas.
- Manexo máis adecuado da ansiedade e a frustración.

### 7. Área educativa-comunitaria

- Aumento do coñecemento e implicación na comunidade.
- Incorporación de hábitos saudables de tempo libre.
- Fomento do interese polas actividades culturais (teatro, museos, cine...).

Os obxectivos das diferentes áreas deben alcanzarse coordinando as intervencións e accións sobre os pacientes a diferentes niveis:

1. Terapeuta de referencia (que pode ser persoal da unidade de día ou da UAD de referencia).
2. Actividades tuteladas desenvolvidas na UD.
3. Actividades comunitarias e normalizadas nas que se inclúen os pacientes.

### Actividades

As actividades que se van realizar en cada unha das áreas son moi diversas tendo que buscar en todo momento a adecuación entre os recursos de UD e os recursos normalizados de xeito que se dea a mellor resposta posible ás necesidades dos pacientes.

A título orientativo as actividades poderán ser:

#### 1. Situación física. Área de saúde

- Actividades deportivas.
- Seguimento sanitario.
- Educación para a saúde.
- Terapia farmacolóxica.

#### 2. Área formativo-laboral

- Talleres de estudio e formación.
- Talleres de capacitación laboral.
- Talleres de técnicas de busca de emprego.
- Actividades de formación normalizadas, formación regulada, asistenciais a academias, formación ocupacional, etc.

#### 3. Área de conducta adictiva

- Grupos terapéuticos de prevención de recaídas.
- Talleres de consumo de menos risco.

#### 4. Situación legal

- Talleres de habilidades no manexo de temas xudiciais.
- Orientación sobre asesoramento xudicial.

#### 5. Área relacional

- Asesoramento familiar.
- Talleres de habilidades afectivo-sexuais.
- Adestramento en habilidades sociais.
- Grupos de pais.

#### 6. Área psicolóxica

- Psicodiagnóstico.
- Terapia de grupo.
- Terapia individual.
- Terapia familiar.

- Talleres de relaxación.
- Talleres de control de ansiedade.
- Talleres de sexo máis seguro.
- Entrevista motivacional.

### 7. Área educativa-comunitaria

- Actividades de ocio e tempo libre.
- Talleres ocupacionais.
- Actividades culturais: cine, museos, elaboración de revistas.
- Actividades artísticas: dirixidas á potenciación da expresión e a creación (teatro, fotografía, cerámica, tapices...).
- Actividades lúdicas: relacionadas directamente co espaxamento e coa diversión (deportes, xogos, saídas de fin de semana...).
- Actividades de ocio “non dirixido”: realizadas polos propios pacientes sen intervención do equipo técnico.
- Talleres de lectura de prensa.
- Vídeo forum.
- Talleres de educación en valores.
- Actividades colectivas: limpeza e mantemento da unidade, etc.
- Asemblea de pacientes.

Tendo en conta a pluralidade de actividades susceptibles de programarse desde unha UD, é necesario establecer un balance entre a vertente psicoterapéutica e a formativo-ocupacional e educativa. Respecto das actividades psicoterapéuticas priorizaranse as realizadas en formato grupal, que suporán alomenos un 25% do total; respecto das actividades formativo-ocupacionais priorizaranse, polo seu carácter normalizador, as que se realicen no ámbito comunitario.

### Saída de UD

A UD viña mantendo clasicamente uns criterios de saída que agora tratamos de equiparar coas súas respectivas correspondencias no Sistema de Avaliación Asistencial (SAA). Para establece-las ditas correspondencias teranse en conta os seguintes considerandos:

- Consignarase un motivo de saída en UD, sempre que o réxime de tratamento do paciente, supoña a perda da principal característica desta modalidade de tratamento, a súa intensidade: se no seguimento do tratamento dun paciente, se espacian as citas de intervención do equipo ( $\leq 2$  veces/semana), consígnase un motivo de saída de UD.
- Para consigna-lo tipo de motivo de saída, debe considerarse que, en coherencia co principio de continuidade terapéutica e a definición do circuito asistencial no PGD, o único motivo de saída que cabe consignar desde unha UD é o CAMBIO DE PROGRAMA.
- En función do grao de consecución dos obxectivos presentados para esta modalidade de tratamento notificarase: cambio de programa por reestructuración de obxectivos terapéuticos (se é insuficiente) ou cambio de programa por cumprimento de obxectivos terapéuticos (se é suficiente).

En coherencia co anterior, trala finalización do tratamento en modalidade semirresidencial, o equipo da UD deberá concertar unha cita de seguimento na UAD de referencia.

Tendo en conta estes supostos, establécense as seguintes correspondencias co SAA<sup>1</sup>.

### Interrupción por causas de forza maior

Prisión, enfermidade, traballo, obrigas familiares, etc...

Correspóndese no SAA a:

- CAMBIO DE PROGRAMA POR REESTRUCTURACIÓN DE OBXECTIVOS: sempre que a xuízo do equipo terapéutico de UD non se conseguisen en grao suficiente os obxectivos propostos para a fase de tratamento en UD.

1. En azul ofrécense os motivos de saída utilizados previamente á implantación do SAA, coas correspondencias de notificación có sistema actual.

### Exclusión

#### 1. Temporal:

- Actitude pouco colaboradora.
- Desinterese cara ó tratamento.
- Incumprimento dalgunha norma.

A sanción, en canto ó tempo, dependerá da gravidade do motivo de expulsión, sendo o tempo máximo de 15 días. O paciente remítese á UAD.

- Dado que durante o tempo que dure esta exclusión (determinada polo equipo da UD), o paciente se remite á UAD de referencia, NON SE CONSIGNARÁ NINGÚN MOTIVO DE SAÍDA DE UD.

#### 2. Total:

- Reincidencia en actitudes ou conductas que previamente provocasen a súa exclusión temporal.
- Incumprimento grave das normas de funcionamento interno de UD.

Correspóndese no SAA a:

- CAMBIO DE PROGRAMA POR REESTRUCTURACIÓN DE OBXECTIVOS: sempre que a xuízo do equipo terapéutico de UD non se conseguisen en grao suficiente os obxectivos propostos para a fase de tratamento en UD.

### Derivación

Se o paciente non evoluciona favorablemente valorarase a conveniencia de realizar unha abordaxe diferente e o equipo da UD proporá o seguemento do caso na UAD de referencia.

Correspóndese no SAA a:

- CAMBIO DE PROGRAMA POR REESTRUCTURACIÓN DE OBXECTIVOS.

### Abandono

Cando o paciente deixa de acudir ás actividades durante un período de 15 días sen xustificación nin contacto coa UD.

Correspóndese no SAA a:

- CAMBIO DE PROGRAMA POR REESTRUCTURACIÓN DE OBXECTIVOS: sempre que a xuízo do equipo terapéutico de UD non se conseguisen en grao suficiente os obxectivos propostos para a fase de tratamento en UD.

### Alta

#### 1. Voluntaria:

Correspóndese no SAA a:

- CAMBIO DE PROGRAMA POR REESTRUCTURACIÓN DE OBXECTIVOS: sempre que a xuízo do equipo terapéutico de UD non se conseguisen en grao suficiente os obxectivos propostos para a fase de tratamento en UD.

#### 2. Terapéutica:

Unha vez dado de alta, o paciente será remitido á UAD de referencia ou se comeza a fase de seguimento desde o equipo da propia UD en modalidade ambulatoria, polo que non se deben consignar ALTAS TERAPÉUTICAS desde UD, por propia coherencia coa definición desta modalidade de tratamento semirresidencial no PGD.

Correspóndese no SAA a:

- CAMBIO DE PROGRAMA POR CUMPRIMENTO DE OBXECTIVOS: se hai continuidade de tratamento en modalidade ambulatoria e sempre que a xuízo do equipo terapéutico de UD se conseguisen en grao suficiente os obxectivos propostos para a fase de tratamento en UD.

Tanto no caso de saída por alta voluntaria ou por exclusión total, valorarase un tempo mínimo para un posible reinicio do tratamento en UD, determinándoo, en cada caso, o equipo de UD en coordinación coa UAD de referencia do paciente.

Independentemente do motivo de saída de UD, remitiráselle á UAD de referencia un informe breve de finalización de tratamento en UD (**anexo III**), no que constará a data de fin de tratamento e o seu motivo. Posteriormente, no prazo de dúas semanas, remitirase un informe de fin de tratamento (**anexo IV**) cos datos relevantes do tratamento seguido en UD e os obxectivos alcanzados.

## AVALIACIÓN

Os criterios de avaliación da modalidade de tratamento semirresidencial UD baséanse nos indicadores do Sistema de Avaliación Asistencial (SAA).

Con base nestes indicadores, para a monitorización do funcionamento dunha UD priorizaranse os seguintes.

### 1. Indicador de impacto

- Volume asistencial: número de usuarios drogodependentes atendidos no período de análise.

### 2. Indicador de intervencións individuais e grupais

- Número de intervencións con usuarios ou familiares.

### 3. Indicador de motivo de saída

- Cambio de programa por cumprimento de obxectivos.
- Cambio de programa por reestructuración.
- Abandono/alta voluntaria.
- Alta terapéutica.

### 4. Indicador de permanencia

- Número de días en programa en función do motivo de saída.



**XUNTA DE GALICIA**  
 CONSELLERÍA DE SANIDADE  
 Comisionado do Plan de Galicia sobre Drogas

Espacio logo UAD

## PROTOCOLO DERIVACIÓN UAD PARA UD

### PROTOCOLO BREVE DE DERIVACIÓN UD

#### 1. UAD que o solicita (de referencia do paciente)

Nome \_\_\_\_\_  
 Terapeuta/s de referencia \_\_\_\_\_  
 Data \_\_\_\_\_

#### 2. Datos do paciente

Nome e apelidos \_\_\_\_\_  
 DNI \_\_\_\_\_  
 Idade \_\_\_\_ Data de nacemento \_\_\_\_\_ Lugar de nacemento \_\_\_\_\_  
 Estado civil \_\_\_\_\_ Nº S.S. \_\_\_\_\_  
 Domicilio \_\_\_\_\_  
 Localidade \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

#### PERSOA RESPONSABLE

Nome \_\_\_\_\_  
 Parentesco \_\_\_\_\_  
 Domicilio \_\_\_\_\_  
 Teléfono de contacto \_\_\_\_\_

#### 3. Criterios diagnósticos que indican o tratamento en UD

#### 4. Obxectivos terapéuticos para o tratamento en UD

#### 5. Observacións (situacións especiais, limitacións para actividades, etc.)

MEDICACIÓN	PAUTA





**XUNTA DE GALICIA**  
 CONSELLERÍA DE SANIDADE  
 Comisionado do Plan de Galicia sobre Drogas

Espacio logo UAD

## FORMULARIO PARA A OBTENCIÓN DA AUTORIZACIÓN DE INGRESO VOLUNTARIO A TRATAMENTO EN RÉXIME SEMIRRESIDENCIAL

### UNIDADE DE DÍA

A unidade de día (UD) é un recurso especializado de tratamento das drogodependencias de carácter semi-residencial. Tras valora-la situación persoal e social de cada paciente, establécese un plan de actividades psicoterapéuticas, educativas e de incorporación social de carácter fundamentalmente grupal, estruturadas arredor dun horario.

#### Para poder permanecer nesta UD, cómpre respecta-las seguintes normas:

1. A estada en unidade de día ten un carácter exclusivamente voluntario. A participación nas actividades comprometidas da UD é obrigatoria, debendo manter unha actitude de interese e participación no seu desenvolvemento.
2. Deberá comunicarse con antelación e xustificarse debidamente calquera falta de asistencia ou puntualidade.
3. A acumulación de faltas de asistencia a unha actividade comprometida suporá a perda dos dereitos a esa actividade e a posible exclusión temporal da UD.
4. En caso de faltar durante dúas semanas ás actividades da UD sen notificación da súa causa, considerase abandono. Tralo abandono requírese avalía-la posibilidade de reingresso.
5. O paciente deberá someterse a controis de droga de urina (urinoanálise) cando se lle soliciten. A ausencia non xustificada a un control considérase positivo.
6. Non acudir baixo os efectos de ningún tipo de droga nin medicamentos non prescritos, nin consumilas durante as actividades da UD.
7. Non se permite ningún tipo de violencia verbal ou física nas actividades da UD.
8. Non posuír nin comerciar con substancias psicotrópicas ou estupefacientes nas actividades de UD.
9. Deberá respectarse tanto a integridade das dependencias como do persoal de UD, así como manter un comportamento xeral que non afecte de xeito negativo ó tratamento do grupo de pacientes.
10. Deberán gardarse as normas de hixiene e de aseo persoal, así como a orde e limpeza en tódalas dependencias da unidade.
11. O consumo de tabaco deberá restrinxirse ós lugares e tempos determinados.
12. O paciente comprométese a cumprir-las normas que a UD vaia incorporando e que quedarán publicamente expostas.

As consecuencias que derivan do incumprimento desta normativa son as seguintes:

- Exclusión temporal (máximo 2 semanas): ante actitude pouco colaboradora, desinterese cara ó tratamento e incumprimento dalgunha norma.
- Exclusión definitiva: ante reincidencia en actitudes ou conductas que previamente provocasen a exclusión temporal ou incumprimento grave das normas de funcionamento interno.

O equipo de UD non se fai responsable das consecuencias que puideran derivarse polo incumprimento das normas xerais.

1 Copia paciente  
1 Copia familiar/responsable  
1 Copia historia clínica

# AUTORIZACIÓN DE INGRESO VOLUNTARIO A TRATAMIENTO EN RÉXIME SEMIRRESIDENCIAL

Unidade de día UD

D/Dna \_\_\_\_\_  
maior de idade, con DNI \_\_\_\_\_  
Domicilio \_\_\_\_\_  
por medio deste escrito.

## SOLICITO

O meu ingreso, libre e voluntario, na unidade de día (UD) de \_\_\_\_\_

Considero que se me explicaron e comprendín adecuadamente a información previa subministrada, así como a contida neste documento do que se me entrega copia. Tamén se me leu, comprendo e acepto as normas desta UD que figuran no anverso deste escrito.

Esta autorización poderá ser revogada se o considero oportuno sen necesidade de expresa-las causas da revogación.

E en proba de conformidade, pasan a ratificar, coa súa sinatura, este documento,  
en \_\_\_\_\_ o \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 200 —

Paciente

Familiar (se procede)

Pola UAD o informante

D/Dna \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

.....

.....

.....





**XUNTA DE GALICIA**  
CONSELLERÍA DE SANIDADE  
Comisionado do Plan de Galicia sobre Drogas

Espacio logo UAD

## FORMULARIO PARA A OBTENCIÓN DA AUTORIZACIÓN DE INGRESO VOLUNTARIO A TRATAMENTO EN RÉXIME SEMIRRESIDENCIAL (Menores e incapacitados)

### UNIDADE DE DÍA

A unidade de día (UD) é un recurso especializado de tratamento das drogodependencias de carácter semi-residencial. Tras valora-la situación persoal e social de cada paciente, establécese un plan de actividades psicoterapéuticas, educativas e de incorporación social de carácter fundamentalmente grupal, estruturadas arredor dun horario.

#### Para poder permanecer nesta UD, cómpre respecta-las seguintes normas:

1. A estadia en unidade de día ten un carácter exclusivamente voluntario. A participación nas actividades comprometidas da UD é obrigatoria, debendo manter unha actitude de interese e participación no seu desenvolvemento.
2. Deberá comunicarse con antelación e xustificarse debidamente calquera falta de asistencia ou puntualidade.
3. A acumulación de faltas de asistencia a unha actividade comprometida suporá a perda dos dereitos a esa actividade e a posible exclusión temporal da UD.
4. En caso de faltar durante dúas semanas ás actividades da UD sen notificación da súa causa, considerase abandono. Tralo abandono requírese avalia-la posibilidade de reingreso.
5. O paciente deberá someterse a controis de droga de urina (urinoanálise) cando se lle soliciten. A ausencia non xustificada a un control considérase positivo.
6. Non acudir baixo os efectos de ningún tipo de droga nin medicamentos non prescritos, nin consumi-las durante as actividades da UD.
7. Non se permite ningún tipo de violencia verbal ou física nas actividades da UD.
8. Non posuír nin comerciar con substancias psicotrópicas ou estupefacientes nas actividades de UD.
9. Deberá respectarse tanto a integridade das dependencias como do persoal de UD, así como manter un comportamento xeral que non afecte de xeito negativo ó tratamento do grupo de pacientes.
10. Deberán gardarse as normas de hixiene e de aseo persoal, así como a orde e limpeza en tódalas dependencias da unidade.
11. O consumo de tabaco deberá restrinxirse ós lugares e tempos determinados.
12. O paciente comprométese a cumprí-las normas que a UD vaia incorporando e que quedarán publicamente expostas.

As consecuencias que derivan do incumprimento desta normativa son as seguintes:

- Exclusión temporal (máximo 2 semanas): ante actitude pouco colaboradora, desinterese cara ó tratamento e incumprimento dalgunha norma.
- Exclusión definitiva: ante reincidencia en actitudes ou conductas que previamente provocasen a exclusión temporal ou incumprimento grave das normas de funcionamento interno.

O equipo de UD non se fai responsable das consecuencias que puideran derivarse polo incumprimento das normas xerais.

1 Copia paciente  
1 Copia familiar/responsable  
1 Copia historia clínica

# AUTORIZACIÓN DE INGRESO VOLUNTARIO A TRATAMIENTO EN RÉXIME SEMIRRESIDENCIAL. Menores e incapacitados

Unidade de día UD

D/Dna \_\_\_\_\_  
maior de idade, con DNI \_\_\_\_\_ representante legal do paciente

D/Dna \_\_\_\_\_  
en virtude das facultades que me confire o artigo 6 da Lei de Galicia 3/2001 do 28 de maio, reguladora do consentimento informado e da historia clínica dos pacientes, por medio deste escrito.

## SOLICITO

O ingreso, libre e voluntario, na Unidade de día (UD) de \_\_\_\_\_  
de D/Dna \_\_\_\_\_  
con DNI \_\_\_\_\_  
Domicilio \_\_\_\_\_

Considero que se me explicaron e comprendín adecuadamente a información previa subministrada, así como a contida neste documento do que se me entrega copia. Tamén se me leu, comprendo e acepto as normas desta UD que figuran no anverso deste escrito.

Esta autorización poderá ser revogada se o considero oportuno sen necesidade de expresa-las causas da revogación.

E en proba de conformidade, pasan a ratificar, coa súa sinatura, este documento,  
en \_\_\_\_\_ o \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 200 —

Representante legal

Pola UAD o informante

D/Dna \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

.....

.....



XUNTA DE GALICIA  
CONSELLERÍA DE SANIDADE  
Comisionado do Plan de Galicia sobre Drogas



## INFORME BREVE FIN DE TRATAMENTO UD

UNIDADE DE DÍA \_\_\_\_\_

### Informe breve de FIN DE TRATAMENTO

Nome e apelidos do paciente \_\_\_\_\_

Nº Hª clínica \_\_\_\_\_

DIRIXIDO A UAD:

Data ingreso \_\_\_\_\_ Data fin de tratamento \_\_\_\_\_

Motivo da finalización

[Empty light blue box for text entry]

Observacións a UAD

[Empty light blue box for text entry]

En \_\_\_\_\_ o \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 200—

Asdo. responsable UD

D/Dna \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

.....





**XUNTA DE GALICIA**  
CONSELLERÍA DE SANIDADE  
Comisionado do Plan de Galicia sobre Drogas

Espacio logo UAD

## INFORME FIN DE TRATAMIENTO EN UD PARA UAD

### DATOS XERAIS

Dirixido a \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

Data de ingreso \_\_\_\_\_ Data fin de tratamento \_\_\_\_\_

Motivo

### EVOLUCIÓN POR ÁREAS

#### Área física

Estado de saúde xeral, coñecemento do propio corpo e límites ante o esforzo, desenvolvemento de cualidades físicas básicas e habilidades motrices, hábitos saudables, diminución de riscos asociados ó consumo de substancias...

#### Área formativo-laboral. Emprego e soportes

Capacidade de inserción laboral, hábitos e condutas en relación á integración laboral.

#### Área de conducta adictiva. Uso de drogas e alcohol

Control no consumo doutra substancia, ademais de droga principal, mantemento de abstinencia, mecanismos de afrontamento ante situacións de alto risco, prevención de recaídas...

### Área legal

Coñecemento sobre dereitos e obrigas como cidadán, información sobre recursos públicos de asesoramento...

### Área relacional

Relacións de amizade, competencia social, relación e comunicación familiar, capacidade de uso e disfrute do tempo libre alternativo ó consumo de drogas...

### Área psicolóxica

*Insight* sobre conflitos individuais, grupais e familiares, responsabilidade e capacidade de decisión, coñecemento das propias capacidades e conductas, manexo da ansiedade e frustración...

### Área educativo-comunitaria

Coñecemento e implicación na comunidade, hábitos saudables de tempo libre, interese por actividades culturais...

### Valoración global

### OBXECTIVOS ACADADOS

En función de obxectivos presentados na derivación

**LOGROS**

Cumprimentos xudiciais, obtención de cualificacións educativas ou doutro tipo...

[Empty light blue box for Logros]

**OBXECTIVOS SUXERIDOS PARA DESENVOLVER TRALA SAÍDA UD**

[Empty light blue box for Objectives]

En \_\_\_\_\_ o \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 200 —

**Asdo. responsable UD**

D/Dna \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

.....





## Comunidade terapéutica CT

### XUSTIFICACIÓN

O termo comunidade terapéutica (CT) é utilizado por primeira vez no ano 1946 por T.F. Main, definindo así o que deberían se-los hospitais ante as novas esixencias sanitarias suscitadas pola Segunda Guerra Mundial.

Desde entón, o concepto e a funcionalidade das CT acusaron un rápido desenvolvemento e permanente proceso de cambio. As achegas fundamentais de Maxwell Jones, os modelos de Synanon e Daytop, a progresiva profesionalización e institucionalización (ademais doutras consideracións teórico-metodolóxicas) contribuíron á concepción das CT como un dos recursos de tratamento máis coñecidos e de maior tradición entre os afectados e as súas familias.

A CT é un recurso pertencente a unha rede de atención máis ampla (I Seminario de Comunidades Terapéuticas, Santiago 1987) situándose no terceiro nivel asistencial do circuíto terapéutico do PGD. Os ingresos realízanse por decisión dos equipos das unidades asistenciais de drogodependencias (UAD) como recursos de entrada na rede, en estreita relación e coordinación co equipo da comunidade terapéutica. As CT son dispositivos que realizan tratamentos de deshabitación e rehabilitación en réxime residencial, orientados a dar resposta satisfactoria a determinados pacientes drogodependentes, a recuperación dos cales se considera difícil no seu medio. As intervencións e obxectivos nas CT caracterízanse pola abordaxe intensiva e global, con actividades fundamentalmente de tipo psicoterapéutico, ocupacional, socioeducativo e médico-sanitarias.

A comunidade terapéutica concíbese como un marco físico que permite a ruptura, temporal, co medio habitual do drogodependente. Constitúese como un sistema no que o individuo ten a posibilidade de desenvolver novas pautas de comportamento tendentes a facilita-la súa rehabilitación e incorporación social.

Neste contexto, as CT da rede do Plan de Galicia sobre Drogas baséanse nos seguintes elementos definitorios:

1. Marco físico: tratamento residencial que permite a ruptura temporal co medio habitual do drogodependente.
2. Sistema microsocia: nun marco protexido cada individuo ten a posibilidade de adquirir habilidades e pautas de socialización que faciliten a integración posterior no medio e o cambio de estilo de vida, mediante un proxecto máis autónomo. Na metodoloxía da CT son básicas a interacción grupal e a participación activa do paciente no tratamento.
3. Tratamento profesional: existencia dun equipo terapéutico interdisciplinar que contemple as diferentes áreas de intervención, cunha formación académica homologada e cun programa terapéutico avalado por principios e técnicas cientificamente recoñecidas.
4. Tratamento integrado dentro dun sistema de intervención entendendo que a CT é un recurso enmarcado dentro dunha rede que debe posibilita-lo principio de continuidade terapéutica.
5. Nesta modalidade de tratamento residencial poderanse desenvolver tódolos programas de tratamento.

Ademais dos anteriores elementos, as CT do PGD para drogodependentes defínense polos seguintes principios de actuación:

1. Cientificidade, avaliación e diagnóstico: existencia de protocolos psicolóxicos, médicos e sociais, así como de sistemas de avaliación de resultados.
2. Tempo límite de estadía arredor de seis meses.
3. Existencia dun documento que contén os deberes e os dereitos do paciente e a normativa do centro.
4. Control obxectivo da ausencia/presencia de consumo de drogas.
5. Consideración da drogodependencia como un trastorno biopsicosocial de carácter crónico, de curso variable con períodos de remisión e recaídas e que afecta tanto a saúde física, a psicolóxica e a esfera social, configurando unha realidade complexa, abordable desde unha perspectiva individual, familiar e social, de tal maneira que se adaptan os recursos ás necesidades do paciente, facendo que cada programa de tratamento sexa individualizado.

Esta concepción fai da CT unha modalidade residencial de tratamento específica e diferenciada onde se recibe tratamento clínico. Non se trata en ningún caso dun recurso de emerxencia social e en ningún caso se poderá utilizar como tal.

### POBOACIÓN RECEPTORA

A CT é un recurso asistencial orientado a dar respostas satisfactorias a determinados pacientes drogodependentes a recuperación dos cales se considera difícil nunha modalidade ambulatoria de tratamento. Os cambios na demanda asistencial en drogodependencias esixen das CT a adaptación á nova realidade. Isto derivase tanto dos novos patróns de consumo, como da cada vez máis frecuente poboación con patoloxía dual. Desta maneira, pasouse dos modelos clásicos de CT libres de drogas, nas que se cuestionaba incluso o uso de medicacións psiquiátricas, a uns contextos de tratamento intensivo e residencial que ofrecen atención a pacientes con maior problemática psicopatolóxica, social e de uso de drogas. Así, non serán motivos de exclusión os seguintes:

- Falta de familiar ou persoa responsable do tratamento, aínda que será preferible que esta exista para o traballo terapéutico. Pódense beneficiar deste tratamento as persoas que carezan dunha estrutura familiar de apoio. Nestes casos é importante unha valoración social exhaustiva para a programación das saídas e a fase de alta (sustento económico mínimo de gastos na CT, aloxamento para saídas do recurso, apoio ás indicacións terapéuticas, medicación, etc.).
- Programa terapéutico. Non será motivo de exclusión ningún programa terapéutico.
- A comorbilidade psiquiátrica non será motivo de exclusión sempre que o paciente poida cumprir coas actividades do programa terapéutico.

Os criterios de inclusión preferentes son:

- Desestructuración familiar e/ou social.
- Necesidade de illamento do medio para garantir boas expectativas de tratamento e a consecución dunha abstinencia continuada.
- Fracaso en anteriores tratamentos en medio ambulatorio.
- Situación xudicial problemática.
- Motivación para o cambio de estilo de vida.

### SITUACIÓNS ESPECIAIS

- O paciente deste servizo non padecerá enfermidades ou discapacidades que imposibiliten a normal participación nas actividades programadas, nin que supoñan unha fonte de contaxio para o resto de pacientes.
- No caso de solicitude de ingreso para o tratamento nunha CT de familiares ou parellas ó mesmo tempo, valorarase a conveniencia de derivar a outra das CT da rede do PGD.
- O ingreso dun menor de idade nunha CT debe ser valorado exhaustivamente polas consideracións legais que puidesen derivarse.

No caso de tratamentos alternativos á privación de liberdade, para internos drogodependentes fanse as seguintes consideracións:

- O tratamento alternativo á privación de liberdade non debe reducirse unicamente á modalidade residencial en comunidade terapéutica.
- A asignación a un determinado programa terapéutico debe supeditarse á valoración que realizan os profesionais do equipo responsables da CT.

- O tratamento sempre deberá ter carácter rehabilitador. Os pacientes derivados xudicialmente deberán participar nas actividades terapéuticas nas mesmas condicións cós demais internos. Polo tanto, o tratamento realizarase en réxime residencial e non en réxime pechado, polo que en ningún caso se deberá entende-la CT como un centro de custodia.

## OBXECTIVOS

### Obxectivo xeral

Promove-la competencia persoal e o autocontrol sobre o consumo de drogas, así como un novo estilo de vida no seu contorno social.

### Obxectivos específicos

Son os enmarcados en cada unha das áreas de intervención:

- Desenvolver hábitos de traballo.
- Facilita-lo acceso a niveis socioculturais básicos.
- Valorar e desfrutar de momentos de ocio sen consumo de drogas.
- Seguimento e control de patoloxías asociadas.
- Desenvolver maior capacidade de socialización e convivencia.
- Adquirir e/ou recuperar hábitos de hixiene e saúde.
- Adquirir e/ou aumenta-la responsabilidade e o autocontrol.
- Facilita-lo proceso de incorporación social.
- Desenvolver habilidades de afrontamento en situacións de consumo de drogas.

## SISTEMÁTICA

### 1. Derivación

A modalidade de tratamento residencial nunha CT está integrada nunha rede máis ampla, situándose a un nivel de maior especialización dentro do circuíto terapéutico.

Para a sectorización das UAD respecto ás tres CT da rede do PGD, e tendo en conta a razón de volume asistencial/praza, procederase da seguinte maneira:

- **CT Tomiño (ALBORADA, Vigo). Razón vol/praza: 192,1**
  - UAD Alborada, Vigo.
  - UAD Pontevedra.
  - UAD Cedro, Vigo.
  - UAD Cangas.
  - UAD O Porriño.
  - UAD Ourense.
  - UAD Centro penal da Lama.
  - UAD Centro penal do Pereiro de Aguiar.
- **CT Confurco, ASFEDRO, Ferrol. Razón vol/praza: 114,1**
  - UAD Asfedro, Ferrol.
  - UAD Burela.
  - UAD Monforte.
  - UAD Noia.
  - UAD Ribeira.
  - UAD Centro penal de Bonxe.
  - UAD Centro penal de Monterroso.
- **CT Fonte de Ouro. ACLAD, A Coruña. Razón vol/praza: 173,2**
  - UAD Lugo.
  - UAD Santiago.
  - UAD Vilagarcía.
  - UAD O Grove.
  - UAD Carballo.
  - UAD ACLAD, A Coruña.
  - UAD Centro penal de Teixeira.

Os ingresos nesta modalidade de tratamento realízanse a través das unidades asistenciais de drogodependencias debidamente autorizadas polo Plan de Galicia sobre Drogas, cumprindo o correspondente **protocolo de derivación UAD para CT (anexo I)**.

No caso de que un paciente demande tratamento en CT e non haxa prazas libres na de referencia, poderán pórse en contacto os profesionais responsables dos ingresos cos doutras CT do PGD para axiliza-la inclusión.

O protocolo de derivación inclúe a seguinte información:

- Resumo da historia clínica: datos persoais, historia sociofamiliar e toxicolóxica.
- Historia médica: informes e análíticas, medicación actual.
- Historia social.
- Datos psicolóxicos. Psicodiagnóstico.
- Informe do terapeuta de referencia especificando obxectivos e criterios diagnósticos do ingreso.

## 2. Proceso de valoración

Esta fase de valoración será realizada por membros do equipo de CT: psicólogo responsable da CT, médico e traballador social. Nela téñense en conta dous tipos de factores:

- Factores relacionados co paciente: posibles modificacións na situación do suxeito que xustifiquen cambios na súa motivación para o ingreso en CT.
- Factores relacionados co funcionamento da CT: fundamentalmente se pola composición actual do grupo de residentes, o ingreso do paciente puidese condiciona-la aparición de situacións de conflictividade por relacións previas, situacións de parentesco, etc.

O equipo da CT, trala recepción da solicitude de ingreso na CT desde a UAD de referencia do paciente, cita a este e a súa familia (se colabora no tratamento) para valora-la demanda. Como criterio xeral serán aceptados tódolos pacientes remitidos polas UAD.

Informarase por escrito a UAD que deriva do resultado da fase de valoración. No **anexo II-A** recóllese o resultado da entrevista preparatoria, especificándose a data prevista de ingreso e, no seu defecto, a documentación necesaria para a súa formalización.

De tódalas maneiras, sempre que a fase de valoración implique que o paciente derivado non ingrese na CT, o equipo da CT deberá remitir á UAD de referencia un informe onde se argumente esta decisión (**anexo II-B. Informe de non admisión da CT para UAD**).

No proceso de valoración búscase que o paciente identifique o desenvolvemento dos obxectivos desta alternativa terapéutica, especialmente da primeira fase de integración no recurso: establecemento e cumprimento de normas, marco social de convivencia e recoñecemento dos problemas derivados do cambio de estilo de vida, todos eles factores que o paciente terá que afrontar durante o seu tratamento nesta modalidade terapéutica.

O día do ingreso deberá formalizarse:

- Informe favorable de fase de valoración que se remitirá á UAD que deriva o paciente (**anexo III. Notificación de ingreso na CT**).
- Análise de urina negativa.
- Lectura e asinamento da **autorización de ingreso voluntario (anexo IV e IV-bis\*)**.

## 3. Estadía

### 3.1. Duración do tratamento

De maneira orientativa a duración do tratamento será de 6 meses. Dependendo de criterios terapéuticos individuais, a duración pode ser inferior ou superior dado que o decisivo para a alta ou finalización de tratamento é a valoración da evolución de maneira individualizada

\* O anexo IV-bis utilizarase en caso de que o paciente sexa menor de idade.

Existe unha primeira fase na CT de integración no recurso, a súa duración oscila entre 1-2 meses, na que se limitará o contacto do paciente co exterior (chamadas, visitas, etc), onde se traballa de maneira prioritaria a definición conxunta de obxectivos que hai que conseguir na CT, facilitado pola posición de abstinencia e o illamento temporal do medio.

Así mesmo, poderán beneficiarse de tratamentos de breve ou media estadía (inferiores a 6 meses) os pacientes que así o requiran: tratamentos intensivos e de curta duración en réxime residencial, ingresos breves e cun plan estruturado de intervención para pacientes que se encontran en fase de descompensación e que existan antecedentes de bo funcionamento na CT.

### 3.2. Réxime interno

As CT dispoñen dunha normativa xeral que se pon en coñecemento do paciente e da súa familia (**anexo IV. Normativa de funcionamento**) antes do ingreso, no momento da lectura e asinamento da autorización de ingreso voluntario. Existe tamén unha normativa complementaria interna de cada centro que regula o período de estadía. Esta normativa esta á disposición dos equipos das UAD e será coñecida polos pacientes e familiares.

A normativa de funcionamento interno revísase periodicamente co fin de que sexa común nos tres centros da rede.

### 3.3. Funcionamento

O programa de actividades por **áreas de intervención**, encóntrase no **anexo V**, onde se enumeran as prestacións básicas nesta modalidade de tratamento.

Áreas de intervención (Europ-ASI)	
1. Situación física. Área de saúde.	4. Área xudicial.
2. Área emprego/apoio.	5. Área de relacións familiares e sociais.
3. Área de conducta adictiva.	6. Área psicolóxica.

Engádese como sétima área a educativa.

Tendo en conta a pluralidade de actividades susceptibles de programarse desde unha CT é necesario establecer un balance entre a vertente psicoterapéutica e a ocupacional e educativa. As actividades psicoterapéuticas serán de carácter grupal e individual e deberán supoñer arredor do 30% do total de actividades realizadas diariamente na CT.

Dentro das actividades que se consideran como prestacións mínimas nunha CT da rede do PGD, ademais das relacionadas coa hixiene diaria, alimentación e outros hábitos de vida saudables (ritmo sono-vixilia), encóntranse as seguintes: psicoterapia individual (unha entrevista paciente/semana), psicoterapia de grupo (1 vez por semana), asemblea (diaria) e o cumprimento dos módulos terapéuticos de grupos de saúde, grupos de prevención de recaídas, habilidades sociais e adestramento en control de ansiedade durante o ingreso do paciente.

## 4. Finalización do tratamento

### 4.1 Criterios orientativos para establece-los motivos de saída

#### *Alta terapéutica*

É decisión do terapeuta de referencia sobre a base da consecución dos obxectivos e coas informacións do equipo da CT. Puntualmente, un paciente pode recibir unha alta terapéutica antes do período orientativo de estadía de 6 meses, sempre que o equipo considere que se cumpriron os obxectivos individuais marcados no seu tratamento. Así, o paciente será dado de alta unha vez que se cumpriron os seguintes obxectivos:

- Motivación para abandonar o consumo de drogas.
- Adecuado nivel de responsabilidade e interese cara ó cambio de valores e o estilo de vida.
- Ter sido obxecto de avaliacións satisfactorias continuadas do conxunto de áreas de intervención polo equipo da CT.
- Ter desempeñado satisfactoriamente responsabilidades na CT.
- Manter un adecuado nivel no cumprimento de normas e pautas de convivencia.

- Ter elaborado un proxecto vital a curto-medio prazo contrastado coa realidade de acordo coas últimas saídas.
- Ter iniciado ou retomado contacto coa súa UAD de referencia.
- Cumpri-la maioría dos seguintes criterios orientativos:
  - Coñecemento dos motivos que inflúen no consumo de drogas e adecuado manexo de estratexias de afrontamento.
  - Melloría das relacións familiares.
  - Aumento do autocontrol.
  - Capacidade de autonomía e responsabilidade.
  - Consecución dos principais obxectivos xerais e específicos de cada área.

#### Alta voluntaria

De acordo co documento de consentimento informado, o paciente pode solicitar en calquera momento a interrupción do tratamento, sen a necesidade de expresa-las causas que motivan a súa decisión de revogalo acordo inicial.

En caso de que esta decisión non lla comunique ó seu terapeuta, convídasele a que espere para falalo con el. En caso de persistir no seu desexo de abandona-lo centro será informado sobre as consecuencias que se derivarán da súa decisión e, logo de aviso ós seus familiares, asinará o **documento de alta voluntaria (anexo VI)**.

En caso de estar cumprindo un tratamento alternativo á privación de liberdade será informado de que se avisará a súa interrupción de tratamento ás autoridades competentes.

Procedemento:

- Avisarase o terapeuta de referencia, ou no seu defecto o coordinador/a da CT ou director do centro. Quedará constancia na UAD de referencia do fin de tratamento (**anexo VII**).
- Facilitarase preferentemente á familia ou ó interesado a medicación (psicofármacos, metadona...) ata o primeiro día laborable en que poida contactar coa súa unidade.
- Contactar coa familia para acorda-la maneira de proceder.
- O paciente poderá falar telefonicamente cos seus familiares.
- O paciente asinará o documento da ALTA VOLUNTARIA (**anexo VI**).
- Concértase cita co seu terapeuta na UAD de referencia.
- Explícase á familia a súa situación e prognóstico e a posterior cita co seu terapeuta na UAD.
- Se o paciente está cumprindo un TRATAMIENTO ALTERNATIVO á condena avisarase inmediatamente ó xulgado correspondente informando ó suxeito desta cuestión.

#### Exclusión

En ocasións o comportamento do paciente na CT, a súa relación cos compañeiros ou o incumprimento reiterado das indicacións e normativa interna de funcionamento pode levar ó equipo da CT a toma-la decisión de que un paciente interrompa o tratamento nesta modalidade. A exclusión deberá perseguir sempre un sentido terapéutico na medida en que se confronten co paciente as causas, incumprimentos e consecuencias previamente acordados respecto ó seu tratamento, tamén se ten que considera-la repercusión de tal decisión sobre o grupo de residentes. En función da gravidade do incumprimento, da actitude e evolución do paciente e das repercusións sobre o grupo da CT poderá ser temporal ou total e **en ningún caso poderá supoñe-la interrupción do contacto asistencial** que se levará desde a modalidade ambulatoria.

Exclusión temporal (non deberá supera-los quince días):

- Actitude pouco colaboradora.
- Desinterese cara ó tratamento.
- Incumprimento dalgunha norma (**anexo IV. Normativa de funcionamento**).

Exclusión total:

- Reincidencia en actitudes ou conductas que previamente provocasen a súa exclusión temporal.
- Incumprimento grave das normas de funcionamento interno da CT.

Sempre que un paciente incumpra normas coñecidas que sexan motivo de exclusión procédese de maneira similar á alta voluntaria e envíase un informe breve de finalización de tratamento á UAD de orixe (**anexo VII**).

### *Abandono*

Nos casos en que o paciente abandone, sen a petición previa da alta voluntaria, notificárase no día á UAD de referencia o feito (informe breve de finalización de estadia na CT: **anexo VII**), así como á familia. Se o paciente está tomando medicación (psicofármacos, metadona,...) remitírase un fax á UAD de referencia co fin de que poida mante-la toma de medicación e o contacto asistencial.

Se o paciente está cumprindo un TRATAMENTO ALTERNATIVO á condena avisarase inmediatamente as autoridades competentes.

### 4.2. Notificación SAA

Na modalidade de tratamento residencial en CT, víñanse mantendo uns criterios de saída que agora teñen que notificarse cos criterios do Sistema de Avaliación Asistencial (SAA). Para establecer esta correspondencia hai que ter en conta os seguintes considerandos:

- Consignarase un motivo de saída en CT, sempre que o réxime de tratamento do paciente deixe de ser residencial.
- Para consignar-lo tipo de motivo de saída, debe considerarse que en coherencia co principio de continuidade terapéutica e a definición do circuíto asistencial no PGD o único motivo de saída que cabe consignar desde unha CT é o CAMBIO DE PROGRAMA.
- En función do grao de consecución dos obxectivos propostos para esta modalidade de tratamento notifícarase: "reestructuración dos obxectivos terapéuticos" (se é insuficiente) ou "cumprimento dos obxectivos terapéuticos" (se é suficiente).

Tendo en conta estes supostos, establécense as seguintes correspondencias co SAA.

### *Alta terapéutica*

Cumprimento adecuado dos obxectivos individuais prefixados durante o período de estadia en CT.

Correspóndese no SAA a:

- CAMBIO DE PROGRAMA POR CUMPRIMENTO DE OBXECTIVOS: se hai continuidade de tratamento en modalidade ambulatoria ou semirresidencial e sempre que a xuízo do equipo terapéutico da CT se conseguisen en grao suficiente os obxectivos propostos para esa fase de tratamento.

Trala finalización do tratamento por alta terapéutica, o paciente será remitido á UAD de referencia polo que non se deben consignar ALTAS TERAPÉUTICAS desde a CT, por propia coherencia coa definición desta modalidade de tratamento no circuíto asistencial do PGD.

Sen embargo, poden darse casos en que os pacientes, unha vez finalizado satisfactoriamente o tratamento na CT, reestructuren a súa vida familiar e isto implique o cambio de residencia a outra CC.AA. ou outro país ou ben, rexeiten a continuidade de tratamento en UAD e desexen realizalo en recursos privados. Nestes casos, e excepcionalmente, poderase consignar como motivo de saída ou de ALTA TERAPÉUTICA.

### *Alta voluntaria*

Cando o paciente, por iniciativa propia decide interrompe-lo tratamento.

Correspóndese no SAA a:

- CAMBIO DE PROGRAMA POR REESTRUCTURACIÓN DE OBXECTIVOS: se hai continuidade de tratamento en réxime ambulatorio ou semirresidencial e sempre que a xuízo do equipo terapéutico da CT non se conseguisen en grao suficiente os obxectivos propostos para a fase de tratamento en CT.

### *Exclusión*

Por incumprimento de normas coñecidas e asinadas no consentimento informado.

Subdivídese en:

1. Temporal: dado que durante o tempo que dure esta exclusión (determinada polo equipo da CT), o paciente será remitido e seguido na UAD de referencia ou seguido polo equipo de CT, non SE CONSIGNARÁ NINGÚN MOTIVO DE SAÍDA DE CT.

2. Total: o paciente excluído será remitido á UAD de referencia.

Correspóndese no SAA a:

- CAMBIO DE PROGRAMA POR REESTRUCTURACIÓN DE OBXECTIVOS: se hai continuidade de tratamento en réxime ambulatorio e sempre que a xuízo do equipo terapéutico de CT non se conseguisen en grao suficiente os obxectivos propostos para a fase de tratamento en CT.

#### Derivación

Se o paciente non evoluciona favorablemente valorarase a conveniencia de realizar unha abordaxe diferente e o equipo da CT propondrá o seguemento do caso na UAD de referencia.

Correspóndese no SAA a:

- CAMBIO DE PROGRAMA POR REESTRUCTURACIÓN DE OBXECTIVOS.

#### Forza maior

Por enfermidade, obrigas familiares ou outras causas de forza maior que obrigan á interrupción do tratamento en CT.

Correspóndese no SAA a:

- CAMBIO DE PROGRAMA POR REESTRUCTURACIÓN DE OBXECTIVOS: se hai continuidade de tratamento en réxime ambulatorio e sempre que a xuízo do equipo terapéutico de CT non se conseguisen en grao suficiente os obxectivos propostos para a fase de tratamento en CT.

#### Abandono

O paciente interrompe o tratamento sen a petición de alta voluntaria.

Correspóndese no SAA a:

- CAMBIO DE PROGRAMA POR REESTRUCTURACIÓN DE OBXECTIVOS: se hai continuidade de tratamento en réxime ambulatorio e sempre que a xuízo do equipo terapéutico da CT non se conseguisen en grao suficiente os obxectivos propostos para a fase de tratamento na CT.

#### 4.3. Normativa de actuación xeral. Finalización da estadia

O procedemento de actuación será o seguinte:

- Diñeiro. Presentarase á familia o estado de contas do interno para que asine a súa conformidade.
- Efectos persoais. O interno faise cargo, ó fin do tratamento, de recolle-las súas pertenzas, non facéndose a CT responsable dos seus efectos persoais.
- Medicación. Faise entrega da medicación á familia. Se o paciente non conta cunha persoa responsable, entrégaselle a seguinte toma de medicación ata a cita na súa UAD de referencia.
- Non se permiten as despedidas que supoñan interrupción das actividades. A actividade de despedida faise nos espazos terapéuticos establecidos para iso (assemblea, comida...).
- A finalización do tratamento farase sempre, de maneira planificada co seu terapeuta e remítese o paciente á súa UAD de referencia. En tódolos casos o terapeuta desde a CT indicará a importancia da continuidade a tratamento na UAD de referencia, proporcionándolle unha cita de seguimento na súa UAD.
- Envíase o informe breve de finalización de tratamento (**anexo VII**) á UAD de referencia para notifica-lo feito.

Trala finalización de tratamento na CT, independente do motivo, informarase a UAD de orixe do paciente mediante o **informe breve de finalización de estadia en CT (anexo VII)** coa maior brevidade, enviando posteriormente o **informe de fin de tratamento (anexo VIII)** nun prazo non superior a 15 días despois do informe breve.

#### 5. Criterios de readmisión

Para a readmisión na modalidade residencial de comunidade terapéutica, en calquera das CT da rede do PGD valorarase, por parte da UAD que deriva e da CT, de maneira individual cada caso (situación actual, motivo de finalización, composición do grupo de residentes e evolución previa en CT).



## AVALIACIÓN

Os criterios de avaliación da modalidade de tratamento residencial de CT baséanse nos indicadores do Sistema de Avaliación Asistencial (SAA).

De acordo con estes indicadores, para a monitorización do funcionamento dunha CT priorízanse os seguintes.

### 1. Indicador de impacto

- Número de pacientes en CT durante o período de análise, tendo en conta o número de prazas de cada CT e o tempo medio de permanencia recomendado.
- Índice de rotación.
- Índice de ocupación.
- Casos derivados/casos aceptados.
- Tempo de espera para ingreso.

### 2. Indicador de intervencións individuais e grupais

- Número de intervencións con usuarios ou familiares.

### 3. Indicador de motivo de saída

- Cambio de programa por cumprimento de obxectivos.
- Cambio de programa por reestructuración de obxectivos, cos diferentes subtipos de motivo de saída: derivación, exclusión e forza maior.
- Abandono/alta voluntaria.
- Alta terapéutica.

### 4. Indicador de permanencia

- Número de días no programa en función do motivo de saída.





**XUNTA DE GALICIA**  
 CONSELLERÍA DE SANIDADE  
 Comisionado do Plan de Galicia sobre Drogas

Espacio logo UAD

## PROTOCOLO DERIVACIÓN UAD PARA CT

### PROTOCOLO DE DERIVACIÓN CT

#### 1. UAD que o solicita (de referencia do paciente)

Nome \_\_\_\_\_

Terapeuta/s de referencia (nome e profesión) \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

#### 2. Datos de filiación do paciente

Nome \_\_\_\_\_

Apelidos \_\_\_\_\_

DNI \_\_\_\_\_ Idade \_\_\_\_\_

Data de nacemento \_\_\_\_\_ Lugar de nacemento \_\_\_\_\_

Estado civil \_\_\_\_\_ Nº S.S. \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_

Localidade \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

#### PERSOA DE REFERENCIA

Nome \_\_\_\_\_

Parentesco \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_

Teléfono de contacto \_\_\_\_\_

#### 3. Resumo da historia social

Breve historia familiar (xenograma e observacións):

Descrición do núcleo de convivencia:

Persoas de apoio nas saídas \_\_\_\_\_

Estudios (regrados e formación complementaria) \_\_\_\_\_

Profesión \_\_\_\_\_

Situación laboral actual:

Situación xudicial (actual e pasada):

Afeccións \_\_\_\_\_

Outros datos de interese \_\_\_\_\_

Sinatura do traballador social

.....

**4. Psicodiagnóstico**

Sinatura do psicólogo

.....

**5. Resumo da historia de consumo de drogas**

Segundo a terminoloxía do SAA, especifica-la droga principal, tempo de consumo e vía de consumo:

Segundo a terminoloxía do SAA, especifica-las drogas secundarias actuais (último mes) e o tempo de consumo e vía de consumo:

Resumo de tratamentos anteriores			
Tratamento	Duración	Tipo de tto/entidade	Observacións (resultados tto., períodos de abstinencia,...)
Tratamento actual	Data de inicio	Tipo de tto.	Observacións (evolución, expectativas, colaboración familiar, outros datos de interese)

**6. Resumo da historia médica. Deberase achegar documentación sobre****Datos analíticos**

- Hemograma, fórmula, hematocrito, hemoglobina, velocidade de sedimentación.
- Glicosa, colesterol, triglicéridos, amilasas, GOT/ASAT, GOT/ALT, GGT, bilirrubina (directa e total), fosfatasa alcalina, LDH total, proteinograma, creatina, urea, ácido úrico.
- Análise rutineira de urina e sedimentación.
- Seroloxía luética.
- Mantoux.
- Ac. VIH.
- Marcadores hepáticos.
- Test de embarazo.

**Exame físico**

- Cardiocirculatorio.
- Pulmonar.
- Estomatolóxico.
- Pel e mucosas.
- Dixestivo.
- Xenitourinario E.T.S.
- Neurolóxico.

No caso de que o médico vexa preciso achegar outro tipo de datos, enviaranse en informe separado e asinado polo facultativo que o realizou. Deberá constar nel, claramente especificado, os tratamentos farmacolóxicos que está realizando o paciente na actualidade.

MEDICACIÓN	PAUTA

**Sinatura do médico**

.....

**7. Criterios que indican o tratamento nunha CT****8. Obxectivos do paciente para tratamento nunha CT****9. Obxectivos terapéuticos para o seu tratamento nunha CT**





XUNTA DE GALICIA  
CONSELLERÍA DE SANIDADE  
Comisionado do Plan de Galicia sobre Drogas



## INFORME FASE DE VALORACIÓN CT

### RESULTADO DA ENTREVISTA DE VALORACIÓN PARA INGRESO NA CT

Comunidade terapéutica \_\_\_\_\_

Nome do paciente \_\_\_\_\_

UAD \_\_\_\_\_

Á atención de \_\_\_\_\_

#### Preparado para ingreso

Data prevista de ingreso \_\_\_\_\_

Queda pendente para proceder ó ingreso, a recepción da seguinte documentación:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

En \_\_\_\_\_ o \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 200 \_\_\_\_

Asdo. responsable valoración

D/Dna \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Asdo. Vº e Pr do responsable da CT

D/Dna \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

.....

.....







XUNTA DE GALICIA
CONSELLERÍA DE SANIDADE
Comisionado do Plan de Galicia sobre Drogas



INFORME FASE DE VALORACIÓN CT

INFORME DE CT A UAD

D/Dna \_\_\_\_\_,
paciente a tratamento na Unidade Asistencial de Drogodependencias de \_\_\_\_\_,
remitido para inclusión na modalidade de tratamento residencial da comunidade terapéutica de
\_\_\_\_\_, foi valorado o \_\_\_\_\_ polo equipo desta CT.
O seu proceso de valoración resulta negativo.

Os motivos que se citan para iso son os seguintes.

Empty light blue box for listing reasons.

En \_\_\_\_\_ o \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 200 \_\_\_\_

Asdo. responsable valoración
D/Dna \_\_\_\_\_

Asdo. Vº e Pr. responsable CT
D/Dna \_\_\_\_\_

.....

.....





**XUNTA DE GALICIA**  
CONSELLERÍA DE SANIDADE  
Comisionado do Plan de Galicia sobre Drogas

Espacio logo UAD

## INFORME NOTIFICACIÓN INGRESO EN CT PARA UAD DE REFERENCIA

### NOTIFICACIÓN DO INGRESO NA CT

D/Dna \_\_\_\_\_ ,  
procedente da Unidade Asistencial de Drogodependencias de \_\_\_\_\_ ,  
ingresou nesta comunidade terapéutica con data \_\_\_\_\_ .

En \_\_\_\_\_ o \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 200\_\_

Asdo. UAD

.....





**XUNTA DE GALICIA**

CONSELLERÍA DE SANIDADE

Comisionado do Plan de Galicia sobre Drogas

Espacio logo UAD

## FORMULARIO PARA A OBTENCIÓN DA AUTORIZACIÓN DE INGRESO VOLUNTARIO A TRATAMENTO EN RÉXIME RESIDENCIAL

### COMUNIDADE TERAPÉUTICA

A comunidade terapéutica (CT) é un recurso especializado de tratamento das drogodependencias que se realiza en réxime de internamento. Establécese unha primeira fase de integración no recurso na que se limita o contacto co medio habitual do residente e unha fase posterior en que comeza a saír ó seu contorno de maneira programada ata a alta. Na CT trabállase para a consecución destes obxectivos con actividades fundamentalmente psicoterapéuticas, educativas e de inserción social. A duración do tratamento establécese arredor dos seis meses.

#### Para poder permanecer nesta CT, é necesario respecta-las seguintes normas:

1. Non se permitirá o consumo de drogas durante o tratamento. O consumo de tabaco está limitado e restrinxido a determinados lugares e momentos do día.
2. Non se permitirá a violencia física ou verbal cara ás persoas ou instalacións.
3. Evitar pautas de comportamento na CT que afecten de maneira negativa ó funcionamento do grupo de residentes (establecemento de relación de parella, subgrupos, alianzas, etc).
4. O paciente comprométese, durante a súa estadía, a que as súas relacións interpersoais non interfiran negativamente coa boa marcha da CT.
5. Non se permitirá manter relacións sexuais dentro da CT.
6. Poderanse realizar periodicamente controis de urina para detectar posibles consumos de drogas.
7. Poderanse realizar periodicamente rexistros dos cuartos e calquera outro control que se considere oportuno.
8. Cumpriranse as indicacións, horarios e actividades establecidas polo equipo terapéutico.
9. O contacto co exterior será supervisado polo equipo de tratamento: visitas, chamadas telefónicas, correspondencia. Establecerase un calendario e horario de saídas programado para cada residente.
10. Cada residente poderá dispoñer dunha cantidade fixa de diñeiro ó mes (máximo 90 euros) para cubri-los gastos persoais. O diñeiro en efectivo será confiado e administrado polo equipo terapéutico, non podendo dispoñer de talonarios nin tarxetas de crédito.
11. Prohíbese a entrada de alimentos dentro do recinto de CT, agás casos excepcionais (fundamentalmente por motivos de tipo médico) e con autorización expresa do equipo terapéutico.
12. Durante a estadía no centro non se permiten préstamos, xogos de azar nin apostas, así como tampouco o intercambio ou venda de obxectos.
13. Respectaranse as normas de hixiene persoal e comunitaria.
14. Utilizarase unha indumentaria adecuada en función de cada actividade.
15. O uso de máquinas de videoxogos, aparellos de música persoais, CD, etc. está limitado e restrinxido a determinados lugares e momentos do día.
16. Non se permitirá o uso de medios de comunicación electrónicos (móviles) co exterior.
17. A utilización das dependencias está restrinxida en función das actividades ás que estean destinadas. Non está permitido entrar nas dependencias destinadas ó equipo terapéutico mentres non se encontre nelas algún membro deste.
18. O paciente deberá levarse, no momento no que abandone a CT, tódalas súas pertenzas, non facéndose responsable delas o equipo da CT.
19. En caso de ingresos por derivación xudicial, o responsable da CT deberá informar de calquera incidencia no tratamento en CT, comunicándollo inmediatamente ó órgano xudicial correspondente.

As consecuencias que derivan do incumprimento desta normativa son as seguintes:

- Incumprimento leve. Chamada de atención, realización de servizos en beneficio da comunidade, retirada de privilexios.
- Incumprimento grave (se se reitera o incumprimento). Exclusión de CT.

O equipo terapéutico non se fai responsable dos danos e perdas que puidesen derivarse por incumprimento das normas xerais nin daquelas outras circunstancias producidas por conductas non atribuíbles a un proceso de tratamento.

1 Copia paciente  
1 Copia familiar/responsable  
1 Copia historia clínica

# AUTORIZACIÓN DE INGRESO VOLUNTARIO A TRATAMIENTO EN RÉXIME RESIDENCIAL

Comunidade terapéutica CT

D/Dna \_\_\_\_\_  
maior de idade, con DNI \_\_\_\_\_  
Domicilio \_\_\_\_\_  
por medio deste escrito.

## SOLICITO

O meu ingreso, libre e voluntario, na comunidade terapéutica (CT) de \_\_\_\_\_

Considero que se me explicaron e comprendín adecuadamente a información previa subministrada, así como a contida neste documento do que se me entrega copia. Tamén se me leu, comprendo e acepto as normas desta CT que figuran no anverso deste escrito.

Esta autorización poderá ser revogada se o considero oportuno sen necesidade de expresa-las causas da revogación.

E en proba de conformidade, pasan a ratificar, coa súa sinatura, este documento,  
en \_\_\_\_\_ o \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 200 \_\_\_\_

Paciente

Familiar (se procede)

Pola CT o informante

D/Dna \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

.....

.....

.....



**XUNTA DE GALICIA**  
 CONSELLERÍA DE SANIDADE  
 Comisionado do Plan de Galicia sobre Drogas

Espacio logo UAD

## FORMULARIO PARA A OBTENCIÓN DA AUTORIZACIÓN DE INGRESO VOLUNTARIO A TRATAMENTO EN RÉXIME RESIDENCIAL (Menores e incapacitados)

### COMUNIDADE TERAPÉUTICA

A comunidade terapéutica (CT) é un recurso especializado de tratamento das drogodependencias que se realiza en réxime de internamento. Establécese unha primeira fase de integración no recurso na que se limita o contacto co medio habitual do residente e unha fase posterior en que comeza a saír ó seu contorno de maneira programada ata a alta. Na CT trabállase para a consecución destes obxectivos con actividades fundamentalmente psicoterapéuticas, educativas e de inserción social. A duración do tratamento establécese arredor dos seis meses.

#### Para poder permanecer nesta CT, é necesario respecta-las seguintes normas:

1. Non se permitirá o consumo de drogas durante o tratamento. O consumo de tabaco está limitado e restrinxido a determinados lugares e momentos do día.
2. Non se permitirá a violencia física ou verbal cara ás persoas ou instalacións.
3. Evitar pautas de comportamento na CT que afecten de maneira negativa ó funcionamento do grupo de residentes (establecemento de relación de parella, subgrupos, alianzas, etc).
4. O paciente comprométese, durante a súa estadía, a que as súas relacións interpersoais non interfiran negativamente coa boa marcha da CT.
5. Non se permitirá manter relacións sexuais dentro da CT.
6. Poderanse realizar periodicamente controis de urina para detectar posibles consumos de drogas.
7. Poderanse realizar periodicamente rexistros dos cuartos e calquera outro control que se considere oportuno.
8. Cumpriranse as indicacións, horarios e actividades establecidas polo equipo terapéutico.
9. O contacto co exterior será supervisado polo equipo de tratamento: visitas, chamadas telefónicas, correspondencia. Establecerase un calendario e horario de saídas programado para cada residente.
10. Cada residente poderá dispoñer dunha cantidade fixa de diñeiro ó mes (máximo 90 euros) para cubri-los gastos persoais. O diñeiro en efectivo será confiado e administrado polo equipo terapéutico, non podendo dispoñer de talonarios nin tarxetas de crédito.
11. Prohíbese a entrada de alimentos dentro do recinto de CT, agás casos excepcionais (fundamentalmente por motivos de tipo médico) e con autorización expresa do equipo terapéutico.
12. Durante a estadía no centro non se permiten préstamos, xogos de azar nin apostas, así como tampouco o intercambio ou venda de obxectos.
13. Respetaranse as normas de hixiene persoal e comunitaria.
14. Utilizarase unha indumentaria adecuada en función de cada actividade.
15. O uso de máquinas de videoxogos, aparellos de música persoais, CD, etc. está limitado e restrinxido a determinados lugares e momentos do día.
16. Non se permitirá o uso de medios de comunicación electrónicos (móbiles) co exterior.
17. A utilización das dependencias está restrinxida en función das actividades ás que estean destinadas. Non está permitido entrar nas dependencias destinadas ó equipo terapéutico mentres non se encontre nelas algún membro deste.
18. O paciente deberá levarse, no momento no que abandone a CT, tódalas súas pertenzas, non facéndose responsable delas o equipo da CT.
19. En caso de ingresos por derivación xudicial, o responsable da CT deberá informar de calquera incidencia no tratamento en CT, comunicándollo inmediatamente ó órgano xudicial correspondente.

As consecuencias que derivan do incumprimento desta normativa son as seguintes:

- Incumprimento leve. Chamada de atención, realización de servizos en beneficio da comunidade, retirada de privilexios.
- Incumprimento grave (se se reitera o incumprimento). Exclusión de CT.

O equipo terapéutico non se fai responsable dos danos e perdas que puidesen derivarse por incumprimento das normas xerais nin daquelas outras circunstancias producidas por condutas non atribuíbles a un proceso de tratamento.

1 Copia paciente  
1 Copia representante legal  
1 Copia historia clínica

# AUTORIZACIÓN DE INGRESO VOLUNTARIO A TRATAMIENTO EN RÉXIME RESIDENCIAL. Menores e incapacitados

Comunidade terapéutica CT

D/Dna \_\_\_\_\_  
maior de idade, con DNI \_\_\_\_\_ representante legal do paciente

D/Dna \_\_\_\_\_  
en virtude das facultades que me confire o artigo 6 da Lei de Galicia 3/2001 do 28 de maio, reguladora do consentimento informado e da historia clínica dos pacientes, por medio deste escrito.

## SOLICITO

O ingreso, libre e voluntario, na comunidade terapéutica (CT) de \_\_\_\_\_ de  
D/Dna \_\_\_\_\_  
con DNI \_\_\_\_\_  
Domicilio \_\_\_\_\_

Considero que se me explicaron e comprendín adecuadamente a información previa subministrada, así como a contida neste documento do que se me entrega copia. Tamén se me leu, comprendo e acepto as normas desta CT que figuran no anverso deste escrito.

Esta autorización poderá ser revogada se o considero oportuno sen necesidade de expresa-las causas da revogación.

E en proba de conformidade, pasan a ratificar, coa súa sinatura, este documento,  
en \_\_\_\_\_ o \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 200 \_\_\_\_

Representante legal

Pola CT o informante

D/Dna \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

.....

.....



## ÁREAS DE INTERVENCIÓN NO PROGRAMA RESIDENCIAL DE COMUNIDADE TERAPÉUTICA

### ÁREAS DE INTERVENCIÓN EN COMUNIDADE TERAPÉUTICA

Para a avaliación, diagnóstico e plan de tratamento de cada paciente, utilízase o perfil por áreas que ofrece o Europ-ASI\*, versión para Europa do Addiction Severity Index.

Áreas de intervención (Europ-ASI)	
1. Situación física. Área de saúde.	5. Área de relacións familiares e sociais.
2. Área de emprego/apoio.	6. Área psicolóxica.
3. Área de conducta adictiva.	<i>Engádesse como sétima área a educativa.</i>
4. Área xudicial.	

\* EuropASI é a adaptación para Europa da 5ª versión do Addiction Severity Index desenvolvido en Estados Unidos por McLellan (1990). En Instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica, J. Bobes, MP González, e cols, Universidade de Oviedo, Área de Psiquiatría, 2000.

En función destas sete áreas o tratamento en modalidade residencial en comunidade terapéutica (CT) inclúe as seguintes intervencións mínimas:

#### 1. Situación física. Área de saúde

Médico-sanitaria.  
Educación para a saúde.  
Educación física e deporte.

#### Obxectivos

Préstase especial atención á prevención, aprendizaxe de hábitos de saúde e hixiene, e á educación física como vías de rehabilitación. Así mesmo, ofrécese atención médico-sanitaria a tódolos pacientes. Os obxectivos específicos que hai que desenvolver son:

- Mellora da forma física dos residentes en función das súas posibilidades.
- Promoción da saúde mediante a actividade física dirixida, o coidado da alimentación, os ritmos estables de sono-vixilia, o fomento de hábitos de hixiene, etc.
- Controis médicos periódicos sobre posibles patoloxías asociadas.
- Prevención de transmisión de enfermidades infectocontaxiosas.
- Adquisición de coñecementos que permitan mante-lo nivel alcanzado tras abandona-la CT.

#### Actividades

##### 1. Médico-sanitarias

- Revisións médicas.
- Profilaxe de tuberculose, vacinación de hepatite B, despistaxe de portadores VIH, vacinación antigripal, etc.
- Tratamento e derivación.
- Coordinación con servizos de atención especializada.
- Coordinación co centro de atención primaria de referencia.
- Control farmacolóxico.
- Atención psiquiátrica.
- Prescrición e dispensación de agonistas opiáceos, antagonistas e outros tratamentos especializados.

##### 2. Educación para a saúde

- Talleres de educación para a saúde: nutrición, sexualidade, hixiene, consumo de menor risco, sono, prevención de sobredose, tabaco, alcohol, etc.
- Talleres de formación en primeiros auxilios.

##### 3. Educación física e deporte.

- Acondicionamento físico xeral (resistencia, velocidade, forza,...).
- Iniciación a deportes de equipo.

### Cráterios de evolución

- Mantemento físico.
- Consecución de boa forma física e participación activa.
- Coñecemento e uso dos recursos persoais e comunitarios na área da saúde.
- Seguimento de tratamento farmacolóxico prescrito.
- Reducción de queixas somáticas.
- Demandas adecuadas de atención médica.
- Adquisición de hábitos saudables.
- Interiorización da necesidade de manter hábitos saudables.
- Xeneralización destes hábitos na súa dinámica diaria.

## 2. Área de emprego/apoio

Estudios/formación.  
Laboral.  
Incorporación social.

### Obxectivos

- Desenvolvemento de actitudes positivas e hábitos cara ó estudio e á aprendizaxe.
- Adquisición de hábitos laborais e desenvolvemento de actitudes positivas ante o traballo.
- Adquisición de coñecementos e habilidades relacionadas con diferentes áreas laborais.
- Adaptación ó traballo en grupo e aceptación de xerarquías.
- Adquisición de responsabilidades e manifestación de iniciativa.
- Integración nun grupo laboral.

Inténtase salienta-la utilidade social do traballo e da formación-aprendizaxe así como fomenta-la satisfacción asociada a estas actividades.

### Actividades

#### 1. Estudios/Formación

Foméntase o inicio e reinicio de estudos como base de futuras aprendizaxes:

- Sesións de estudio (cultura xeral, idiomas, informática, graduado escolar / graduado en educación secundaria, etc).

#### 2. Actividades prelaborais-ocupacionais

As actividades en CT ofrecen a posibilidade de traballar co paciente aspectos socio ocupacionais, de aproximación e adecuación ó traballo, entre outros:

- Actividades para o funcionamento e mantemento diario (lavandería, limpeza, cociña, obras, etc.).

#### 3. Talleres laborais

Os talleres laborais buscan ampliar horizontes e formar de cara á recuperación da vida sociolaboral en cada momento, a través de actividades formativas supervisadas en CT polos monitores.

- Talleres laborais (carpintería, albanelería, electricidade, agropecuario, etc.).
- Talleres de busca de emprego e orientación laboral.

### Cráterios de evolución

- Adquisición de hábitos laborais e aceptación de xerarquías.
- Disposición para aprender e traballar.
- Maior iniciativa, autonomía e satisfacción coa tarefa desenvolvida.
- Receptividade cara ó estudio e aprendizaxe.
- Apoio á aprendizaxe dos demais.
- Posta en práctica de coñecementos teóricos.
- Adquisición de responsabilidades.
- Cumprimento de tarefas planificadas.
- Adaptación ó traballo en grupo.
- Colaboración co equipo.
- Puntualidade e orde.
- Coidado na conservación do material e equipamento.

### 3. Área de conducta adictiva

Conducta de consumo de drogas.  
Estilo de vida.  
Habilidades de afrontamento adecuadas.

#### Obxectivo

- Aumenta-la capacidade de autocontrol sobre o desexo e a conducta de consumo.
- Dotar de estratexias e ferramentas para afronta-lo novo estilo de vida.

#### Actividades

- Intervencións individuais en prevención de recaídas.
- Intervencións grupais en prevención de recaídas.
- Tratamentos farmacolóxicos.

#### Criterios de evolución

- Xeneralización do seu problema de adicción a outras substancias-droga.
- Reducción do argot e conversas asociadas a drogas cos seus compañeiros.
- Detección e afrontamento adecuado a situacións de alto risco.
- Abstinencia á droga principal.
- Abstinencia a outras substancias.
- Control doutras conductas adictivas (tabaco, xogo, sexo, etc).

### 4. Área xudicial

Problemática xurídico-legal.  
Ética e educación en valores.  
Afrontamento activo e responsable.

#### Obxectivos

- Aprendizaxe de valores sociais e de respecto á legalidade.
- Normalización da situación xudicial.
- Afrontamento activo da problemática xudicial.
- Cumprimento alternativo de condena.

#### Actividades

- Consello psicolóxico.
- Titorías.
- Grupo de educación en valores.
- Asesoramento xudicial

#### Criterios de evolución

- Actitudes éticas no seu funcionamento diario de relación na CT.
- Reducción da problemática xudicial.
- Interiorización de valores cara á legalidade.
- Resolución de problemas xudiciais.

### 5. Área de relacións familiares e sociais

Área social/amizades.  
Área de ocio e tempo libre.  
Área familiar.

#### Obxectivos

- Normalización das relacións de amizade.
- Mellora das habilidades para as relacións sociais.

- Mellora da relación e comunicación familiar.
- Mellora da capacidade de uso e desfrute do tempo libre alternativo a drogas.

### Actividades

#### 1. Área de ocio e tempo libre

Busca a adquisición de habilidades de ocupación e organización do tempo libre e ofrecer recursos que permitan desenvolver proxectos individuais de tempo libre trala saída de CT.

- Actividades artísticas: dirixidas á potenciación da expresión e a creación (teatro, fotografía, cerámica, tapices,...).
- Actividades lúdicas: relacionadas directamente co esparexemento e diversión (deportes, xogos, saídas de fin de semana...).
- Actividades de ocio "non dirixido": realizadas polos propios residentes sen intervención do equipo técnico dentro e fóra da comunidade.

#### 2. Área familiar

- Orientación, intervencións individuais coa familia.
- Grupos de familiares.

#### 3. Área de relacións sociais

Na fase de saídas trabállanse estes aspectos co fin de retomar amizades e afeccións alternativas ó consumo de drogas ou iniciar novas.

### Criterios de evolución

- Colaboración nas actividades propostas.
- Participación activa nas actividades e tolerancia cara ó aburrimiento.
- Planificación de actividades individuais.
- Diversificación de actividades: físicas, intelectuais e manuais
- Establecemento de novos contactos.
- É activo/participativo nas relacións cos demais.
- Posúe recursos propios.
- Utilización de recursos comunitarios, toma de iniciativa.
- Establecemento de relacións de amizade fóra do grupo de residentes.

## 6. Área psicolóxica

Psicodiagnóstico  
Psicoterapia

### Obxectivo

A intervención psicoterapéutica aborda os déficits psicolóxicos persoais, perseguindo o mantemento do cambio e a integración e adaptación psicosocial.

### Actividades

- Psicodiagnóstico: psicopatoloxía, personalidade, intelixencia, actitudes, aptitudes, etc.
- Psicoterapia individual: tódolos pacientes son atendidos polo psicólogo en función das súas necesidades. Realízase así mesmo atención psiquiátrica nos pacientes que a precisen (Ver Área de saúde: I).
- Psicoterapia de apoio, consello psicolóxico.
- Intervención/terapia familiar.
- Grupos de pais con periodicidade regrada.
- Terapia de grupo: realízase semanalmente dirixida por un psicólogo.
- Grupos psicoeducativos (habilidades sociais, educación en valores, control de ansiedade, etc).

### Criterios de evolución

- Implicación.
- Elaboración e verbalización de conflitos.
- Capacidade de autocontrol e manexo de estados de ánimo negativos.

- Aumento da autoestima.
- Independencia e identidade propia.
- Proxecto de vida coherente e autónomo.
- Control e manexo de síntomas.
- Mellora da capacidade de introspección.
- Capacidade de autocrítica, asertividade, tolerancia.

## 7. Área educativa

Traballo sobre valores.  
Interiorización de pautas.  
Funcionamento en CT.

### Obxectivos

Nesta área trabállase desde o medio grupal para o desenvolvemento de procesos de intervención que colaboren co desenvolvemento individual. Proporcionáanse espazos nos que os membros do grupo participan na organización de actividades e contrastan experiencias sobre o control, avaliación, responsabilidade, etc.

Utilízanse os aspectos normativos do réxime de CT para enfronta-lo suxeito coas súas dificultades de interiorización e axudar no proceso do cambio.

- Fomento e consolidación de coñecementos, recursos e hábitos adaptativos de convivencia, relación, socialización, etc.
- Superación de déficits persoais localizados no ámbito cultural e relacional.

### Actividades

#### 1. Comunitarias.

- Asemblea diaria: tódolos días, ó remata-la xornada, realízase de maneira conxunta con tódolos residentes, unha análise dos acontecementos persoais e de relación máis relevantes.
- Actividades de responsabilidade: co obxectivo de que os residentes se impliquen persoalmente co funcionamento interno da comunidade, establécese unha serie de áreas de responsabilidade nas que os residentes, por quendas e segundo os criterios de evolución do ET, faranse cargo delas.

#### 2. Educativas.

- Talleres educativos xerais: elaboración e aplicación de programas de duración limitada e destinados especificamente a unha área concreta trala detección de déficits.
- Talleres de animación á lectura.
- Talleres de sensibilización grupal.
- Talleres de educación para a saúde.
- Preparación cultural específica.
- Revista.
- Taller de radio.

### Criterios de evolución

- Aceptación e cumprimento da normativa.
- Aceptación de indicacións.
- Cumprimento de tarefas asignadas.
- Capacidade de orde e limpeza en espazos persoais.
- Reducción de conductas manipulativas.
- Iniciativa.
- Integración en grupo.
- Consecución dos obxectivos dos subprogramas.
- Normas interiorizadas.
- Valores e metas autónomos e coherentes cos obxectivos do tratamento.
- Soluciona adecuadamente os conflitos.
- Reforza a conducta adaptativa dos compañeiros.
- Participa activamente nas actividades de grupo.





**XUNTA DE GALICIA**  
 CONSELLERÍA DE SANIDADE  
 Comisionado do Plan de Galicia sobre Drogas



## DOCUMENTO DE FINALIZACIÓN VOLUNTARIA DE TRATAMENTO

**COMUNIDADE TERAPÉUTICA** \_\_\_\_\_

### DOCUMENTO DE ALTA VOLUNTARIA

Eu \_\_\_\_\_  
 paciente deste programa de tratamento residencial na comunidade terapéutica de \_\_\_\_\_  
 solicito a alta voluntaria deste recurso o \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 200 \_\_\_\_ .

Informáronme das consecuencias que supón para a miña problemática esta interrupción, e contactouse coa miña familia e/ou responsables do tratamento para informalos deste feito. Infórmase tamén da necesidade de continuar coa medicación actual (cando proceda).

Así mesmo, exímese a institución das responsabilidades que poidan derivarse da dita decisión.

Indícanme a min e a miña familia-responsable que me poña en contacto co meu centro (UAD) de referencia sinalándome a conveniencia da continuidade do programa de tratamento para a miña drogodependencia.

En \_\_\_\_\_ o \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 200 \_\_\_\_

<b>Paciente</b>	<b>Familiar ou responsable (se procede)</b>	<b>E. terapéutico</b>
_____	_____	D/Dna _____ _____
.....	.....	.....

- 1 Copia paciente
- 1 Copia familiar/responsable
- 1 Copia historia clínica







**XUNTA DE GALICIA**  
 CONSELLERÍA DE SANIDADE  
 Comisionado do Plan de Galicia sobre Drogas



## INFORME BREVE DE FIN DE TRATAMIENTO

**COMUNIDADE TERAPÉUTICA** \_\_\_\_\_

### INFORME BREVE DE FINALIZACIÓN DE ESTADÍA EN CT

Nome e apelidos \_\_\_\_\_

Nº Hª \_\_\_\_\_ Dirixido a UAD \_\_\_\_\_

Terapeuta \_\_\_\_\_

O paciente citado, rematou a súa estadía nesta modalidade de tratamento residencial o día \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ do ano que corre.

O motivo da finalización é:

- Alta terapéutica (cambio por cumprimento de obxectivos).
- Alta voluntaria (cambio por reestructuración de obxectivos).
- Exclusión (cambio por reestructuración de obxectivos).
- Abandono (cambio por reestructuración de obxectivos).
- Derivación (cambio por reestructuración de obxectivos).
- Outras. Especificar.

TRATAMIENTO FARMACOLÓXICO ACTUAL	

Indícaselle ó paciente e á súa familia que se poña en contacto coa súa UAD de referencia, sinalándolle a conveniencia da continuidade nun programa de tratamento para a súa drogodependencia.

Pendente de envia-lo informe definitivo de fin de tratamento, notificase a derivación do paciente en \_\_\_\_\_ o \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 200\_\_

**Responsable CT**

.....





**XUNTA DE GALICIA**  
 CONSELLERÍA DE SANIDADE  
 Comisionado do Plan de Galicia sobre Drogas

Espacio logo UAD

## INFORME DE FIN DE TRATAMENTO EN CT PARA UAD

### INFORME FIN DE TRATAMENTO CT

#### Datos xerais

Dirixido a \_\_\_\_\_

Nome do paciente \_\_\_\_\_

DNI \_\_\_\_\_

Data de ingreso \_\_\_\_\_ Data de fin de tratamento \_\_\_\_\_

Motivo fin tratamento \_\_\_\_\_

#### Evolución na CT por áreas

##### 1. Área física\*

Estado de saúde xeral, coñecemento do propio corpo e límites ante o esforzo, desenvolvemento de calidades físicas básicas e habilidades motrices, hábitos saudables, diminución de riscos asociados ó consumo de substancias...

\* Deberase anexar informe médico referente á situación médica e tratamento actual do paciente, asinado polo facultativo de referencia.

##### 2. Área formativo-laboral. Emprego e soportes

Capacidade de inserción laboral, hábitos e condutas en relación coa integración laboral.

##### 3. Área de conducta adictiva. Uso de drogas e alcohol

Control no consumo doutras substancias, mantemento de abstinencia, mecanismos de afrontamento ante situacións de alto risco, prevención de recaídas...

##### 4. Área legal

Coñecemento sobre dereitos e obrigas como cidadán, información sobre recursos públicos de asesoramento, procesos xudiciais pendentes...

5. Área de relación

Relacións de amizade, competencia social, relación e comunicación familiar, capacidade de uso e disfrute do tempo libre alternativo a drogas...

[Empty text box for notes]

6. Área psicolóxica

Toma de conciencia (*insight*) sobre conflitos individuais, de grupo e familiares, responsabilidade e capacidade de decisión, coñecemento das propias capacidades e condutas, manexo da ansiedade e frustración...

[Empty text box for notes]

7. Área educativo-comunitaria

Coñecemento e implicación no medio amplo, hábitos de tempo libre positivos, interese por actividades culturais...

[Empty text box for notes]

Datos significativos da evolución na CT

Comportamento nas diferentes áreas, hábitos de traballo, sociais, autocontrol, responsabilidade, toma de decisións, exteriorización de conflitos, tolerancia á frustración, autonomía.

[Empty text box for notes]

Obxectivos conseguidos

En función de obxectivos propostos na derivación inicial a CT.

[Empty text box for notes]

Psicodiagnóstico e psicometría

[Empty text box for notes]

Obxectivos suxeridos que hai que desenvolver trala saída da CT

[Empty text box for notes]

En \_\_\_\_\_ o \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 200 —

Vº e Pr. do responsable da CT

Terapeuta de referencia na CT

.....

.....

## Programa de **información, orientación e acollida** POA

### XUSTIFICACIÓN

A necesidade de establecer estratexias facilitadoras do acceso ó tratamento e de avalialas demandas de atención relacionadas coa problemática das drogodependencias, xustifican a existencia deste programa, sendo un dos seus principais obxectivos capta-la demanda do paciente independentemente da abstinencia e cumprimento do tratamento.

O POA é a porta de entrada ó circuíto da rede asistencial e faise necesariamente desde as unidades asistenciais de drogodependencias (UAD).

### POBOACIÓN RECEPTORA

- Individuos que soliciten orientación e tratamento en relación ó seu consumo de drogas.
- Familias, amigos, etc. que demanden orientación sobre cómo manexar no seu medio un problema de consumo de drogas.
- Colectivos (educadores, sanitarios, mediadores e traballadores sociais, etc.) que demanden orientación sobre o manexo de situacións relacionadas co tema.
- Institucións que precisen información e/ou asesoramento sobre a materia.
- Poboación xeral que desexe información sobre o fenómeno do consumo de drogas.

### SITUACIÓNS ESPECIAIS

Débase informar adecuadamente a familia e o interesado que as unidades asistenciais son para o tratamento da adicción e non para atender-las situacións de urxencia relacionadas directa ou indirectamente co consumo. As demandas de atención inmediata débense manexar atendendo á contención da ansiedade familiar e dando unha resposta áxil á demanda que se formula de tratamento.

### OBXECTIVOS ESPECÍFICOS

Destácanse os seguintes:

#### A. Pacientes

- Captación do paciente.
- Información sobre a oferta terapéutica do servizo.
- Coñecemento da problemática do paciente e da súa demanda (apertura da historia clínica, elaboración dun diagnóstico biopsicosocial e asignación terapéutica).
- Favorece-la motivación para o proceso de tratamento.

#### B. Familias

- Informar sobre a oferta asistencial.
- Informar e orientar sobre a problemática da adicción a substancias e o proceso de tratamento.
- Conter e manexar situacións de ansiedade no grupo familiar.
- Ofrecer pautas de intervención, motivación e axuda no grupo familiar.
- Motiva-la familia para colaborar no proceso de tratamento.

### C. Poboación xeral

- Informar e asesorar sobre o fenómeno do consumo de drogas.
- Ofrecer pautas de actuación adaptada ó medio da persoa que fai a demanda.

### SISTEMÁTICA

As demandas de atención e información solicitadas por colectivos, institucións e familiares de persoas, que aínda non sexan casos, serán atendidas, en primeiro lugar, polo asistente social, quen poderá deriva-la demanda a outro profesional da UAD en caso de necesidade. Este tipo de intervencións serán rexistradas na memoria cualitativa anual do servizo.

Ante unha demanda de información para a admisión a tratamento, darase cita cun profesional da UAD para inicia-la fase de acollida.

O sistema de chegada ás UAD é a través dunha cita previa que se pode solicitar directamente nas UA, por teléfono, en persoa, ou a través das derivacións que se establecen desde recursos sociais ou sanitarios que detecten o posible caso.

As acollidas de posibles novos casos (sen tratamento previo) serán avaliadas polo traballador social, médico e psicólogo da UAD. Abrirase unha historia clínica asignándolle un número de rexistro e dando de alta o paciente no Sistema de Avaliación Asistencial (SAA).

No referente á atención ós casos con tratamento/s previo/s, será o último profesional que atendeu ó paciente o encargado de inicia-la nova fase de acollida.

O tempo máximo para unha primeira cita non deberá excede-los **dez días naturais**, dende a formalización da súa demanda.

Os profesionais responsables do caso recollerán os datos necesarios, explicaranlle ó paciente o funcionamento do servizo e as normas básicas para ser incluído a tratamento na UAD. Nas primeiras citas asinarase a **autorización de ingreso voluntario (anexo I)** polo tratamento que vai realizar na UAD. Se o caso non fora competencia desta unidade, será derivado ó recurso apropiado (en **anexo II** figura unha **“tarxeta”** que recolle a oferta terapéutica básica da carteira de servizos das UADs).

Durante a fase de acollida realízanse as primeiras intervencións coa familia e así mesmo, informárase o paciente sobre os diferentes programas de tratamento dos que pode dispoñer no centro asistencial en modalidade ambulatoria, semirresidencial ou residencial. Así mesmo, será informado dos distintos tipos de intervención dispoñibles e deberanse formaliza-los requisitos mínimos da historia clínica dende unha vertente biopsicosocial.

Unha vez reunidos tódolos datos que permitan a elaboración dun xuízo clínico sobre o caso, este será presentado (se así o require) en reunión do equipo asistencial para decidi-la asignación terapéutica que se vai adoptar.

### Protocolización

1. Cubri-la información básica da historia clínica (incluíndo a petición das probas complementarias que se estimen oportunas) e inclusión do caso no POA.
2. Asignar profesionais de referencia.
3. Decisión sobre a modalidade de tratamento e programa asistencial máis axeitado ás características do paciente.

Este proceso de avaliación inicial do paciente non deberá excede-los **20 días** dende a apertura do POA.

### **CRITERIOS DE AVALIACIÓN**

Os criterios para a avaliación do Programa de orientación e acollida baséanse nos indicadores do Sistema de Avaliación Asistencial (SAA). Con base nestes indicadores, e para a monitorización do POA, priorizaranse os seguintes:

#### **1. Indicador de motivo de saída**

- Abandonos.
- Cambio por cumprimento de obxectivos.

#### **2. Indicador de permanencia**

- A media de días se o motivo de saída é cambio por cumprimento de obxectivos.







**XUNTA DE GALICIA**  
 CONSELLERÍA DE SANIDADE  
 Comisionado do Plan de Galicia sobre Drogas



**AUTORIZACIÓN DE INGRESO VOLUNTARIO**

D/Dna \_\_\_\_\_  
 maior de idade, con DNI \_\_\_\_\_  
 Domicilio \_\_\_\_\_  
 por medio de este escrito

**SOLICITO**

Libre e voluntariamente, iniciar tratamento ambulatorio na unidade Asistencial de Drogodependencias (UAD)  
 \_\_\_\_\_.

Explícaseme en qué consiste a miña drogodependencia, os factores que máis se relacionan co bo pronóstico e as distintas modalidades de tratamento ás que pododo acceder: ambulatorio, semirresidencial e residencial.

Por tratarse dun problema que pode levar consigo problemas orgánicos, psicolóxicos e sociais, o tratamento poderá incluír atención médica (tratamento/s farmacolóxico/s, análises e outras exploracións complementarias, etc.), psicolóxica e social, encamiñada a miña reincorporación social.

**AUTORIZO**

Que os datos relacionados coa miña enfermidade poidan ser utilizados con fins de investigación, garantíndome o debido segredo profesional e a condición de anonimato no manexo estatístico destes, de acordo co disposto na normativa vixente nesta materia (Lei orgánica 15/1999, do 13 de decembro, de protección de datos de carácter persoal).

Considero que se me explicaron e comprendín adecuadamente a información previa subministrada, así como a contida neste documento do que se me entrega copia. Tamén se me leu, comprendo e acepto as normas desta UAD que figuran no anverso deste escrito.

Esta autorización poderá ser revogada se o considero oportuno sen necesidade de expresa-las causas da revogación.

E en proba de conformidade, pasan a ratificar, coa súa sinatura, este documento,  
 en \_\_\_\_\_ o \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 200\_\_

**O paciente**

**Familiar (se procede)**

**Pola UAD o informante**

D/Dna \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

.....

.....

.....

## FORMULARIO PARA A OBTENCIÓN DA AUTORIZACIÓN DE INGRESO VOLUNTARIO A TRATAMENTO EN RÉXIME AMBULATORIO

### UNIDADE ASISTENCIAL DE DROGODEPENDENCIAS

#### REGULAMENTO DE RÉXIME INTERNO

Para poder permanecer a tratamento nesta unidade é necesario respecta-las seguintes normas de funcionamento:

1. Respetar tanto a integridade das dependencias como do persoal da UAD e manter un comportamento xeral que non afecte o tratamento dos outros pacientes.
2. Non posuír nin comerciar con substancias psicotrópicas ou estupefacientes dentro do recinto da UAD nin nos seus arredores.
3. Non participar en ningún tipo de agresión, física ou verbal, nin dentro do recinto nin nas proximidades del.
4. Non introducir ningún tipo de obxecto que poida ser utilizado como arma.
5. Aceptar sempre que se requira, a realización de análises toxicolóxicas propostas polo equipo terapéutico.
6. En caso de que no tratamento se conte con persoa/familiar responsable, estes poderán ser informados das incidencias xerais do proceso e da evolución.
7. O equipo da UAD non se fai responsable das consecuencias que puideran derivarse polo incumprimento das normas xerais.

O incumprimento dalgunha das anteriores normas poderá ter como consecuencia a derivación a outra UAD da rede do Plan de Galicia sobre Drogas ou outro centro sanitario, para a continuidade do tratamento.



**XUNTA DE GALICIA**  
 CONSELLERÍA DE SANIDADE  
 Comisionado do Plan de Galicia sobre Drogas



**AUTORIZACIÓN DE INGRESO VOLUNTARIO  
 (Menores e incapacitados)**

D/Dna \_\_\_\_\_  
 maior de idade, con DNI \_\_\_\_\_  
 Domicilio \_\_\_\_\_  
 por medio de este escrito

**SOLICITO**

Que D/Dna \_\_\_\_\_  
 con DNI \_\_\_\_\_  
 Domicilio \_\_\_\_\_  
 inicie, libre e voluntariamente, tratamento ambulatorio na Unidade Asistencial de Drogodependencias (UAD)  
 \_\_\_\_\_ .

Explícaseme en qué consiste a miña drogodependencia, os factores que máis se relacionan co bo pronóstico e as distintas modalidades de tratamento ás que podó acceder: ambulatorio, semirresidencial e residencial.

Por tratarse dun problema que pode levar consigo problemas orgánicos, psicolóxicos e sociais, o tratamento poderá incluír atención médica (tratamento/s farmacolóxico/s, análises e outras exploracións complementarias, etc.), psicolóxica e social, encamiñada a miña reincorporación social.

**AUTORIZO**

Que os datos relacionados coa miña enfermidade poidan ser utilizados con fins de investigación, garantíndome o debido segredo profesional e a condición de anonimato no manexo estatístico destes, de acordo co disposto na normativa vixente nesta materia (Lei orgánica 15/1999, do 13 de decembro, de protección de datos de carácter persoal).

Considero que se me explicaron e comprendín adecuadamente a información previa subministrada, así como a contida neste documento do que se me entrega copia. Tamén se me leu, comprendo e acepto as normas desta UAD que figuran no anverso deste escrito.

Esta autorización poderá ser revogada se o considero oportuno sen necesidade de expresa-las causas da revogación.

E en proba de conformidade, pasan a ratificar, coa súa sinatura, este documento,  
 en \_\_\_\_\_ o \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 200\_\_

**Representante legal**

**Pola UAD o informante**

D/Dna \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

.....

## FORMULARIO PARA A OBTENCIÓN DA AUTORIZACIÓN DE INGRESO VOLUNTARIO A TRATAMENTO EN RÉXIME AMBULATORIO

### UNIDADE ASISTENCIAL DE DROGODEPENDENCIAS

#### REGULAMENTO DE RÉXIME INTERNO

Para poder permanecer a tratamento nesta unidade é necesario respecta-las seguintes normas de funcionamento:

1. Respectar tanto a integridade das dependencias como do persoal da UAD e manter un comportamento xeral que non afecte o tratamento dos outros pacientes.
2. Non posuír nin comerciar con substancias psicotrópicas ou estupefacientes dentro do recinto da UAD nin nos seus arredores.
3. Non participar en ningún tipo de agresión, física ou verbal, nin dentro do recinto nin nas proximidades del.
4. Non introducir ningún tipo de obxecto que poida ser utilizado como arma.
5. Aceptar sempre que se requira, a realización de análises toxicolóxicas propostas polo equipo terapéutico.
6. En caso de que no tratamento se conte con persoa/familiar responsable, estes poderán ser informados das incidencias xerais do proceso e da evolución.
7. O equipo da UAD non se fai responsable das consecuencias que puideran derivarse polo incumprimento das normas xerais.

O incumprimento dalgunha das anteriores normas poderá ter como consecuencia a derivación a outra UAD da rede do Plan de Galicia sobre Drogas ou outro centro sanitario, para a continuidade do tratamento.



## TARXETA

A oferta terapéutica dispoñible nesta unidade asistencial de drogodependencias, inclúe os seguintes programas de tratamento:

### 1. Programa de tratamento con derivados opiáceos

Programa de deshabitación que, entre outras medidas terapéuticas, basea o seu desenvolvemento na administración de fármacos agonistas opiáceos (metadona, buprenorfina...), co fin de facilita-lo abandono ou redución do consumo de opiáceos e previ-la deterioración asociada a este. A súa finalidade é facilita-la participación do consumidor de opiáceos nun programa global que fomente a súa incorporación social.

### 2. Programa de tratamento con antagonistas opiáceos

Programa de deshabitación que se caracteriza principalmente pola utilización dunha substancia antagonista opiácea (naltrexona), ademais de intervencións psicolóxicas e sociais. A naltrexona é unha substancia que bloquea o acceso dos agonistas opiáceos ós seus receptores, polo que impide os efectos farmacolóxicos da heroína e outros opiáceos.

### 3. Programa de tratamento para dependentes a psicoestimulantes

Programa específico de tratamento para as persoas con abuso e/ou dependencia a psicoestimulantes, que integra intervencións médicas, psicolóxicas e sociais.

### 4. Programa de tratamento con interdictores do alcohol

Programa dirixido a pacientes que presenten unha dependencia do alcohol, que poidan beneficiarse dunha medida de contención farmacolóxica en relación co desexo de consumo, co obxectivo de facilita-la conducta abstinente fronte ó consumo de alcohol e o control de recaídas noutras drogas en dependentes a opiáceos ou cocaína.

### 5. Programa de tratamento libre de drogas

Programa de deshabitación orientado á abstinencia, que non utiliza ningún fármaco específico para abordar a conducta adictiva do paciente, facendo fincapé na aplicación de intervencións psicoterapéuticas, sociais e farmacolóxicas. Orientado principalmente a pacientes con evolución favorable noutros programas e como paso previo á súa alta terapéutica.

Así mesmo, e como paso previo para supera-la sintomatoloxía de abstinencia a unha determinada droga, dispónse dun **Subprograma de tratamento de desintoxicación**, que pode ser realizado en medio ambulatorio, domiciliario ou hospitalario.



## Programa de **tratamento libre de drogas** PTLD

### XUSTIFICACIÓN

Programa de deshabitación orientado á abstinencia e que adopta a súa denominación no senso da non utilización dun fármaco específico para a abordaxe da conducta adictiva do paciente, facendo fincapé na aplicación de intervencións psicoterapéuticas, sociais e farmacolóxicas.

O PTLD naceu como exclusión no tratamento de heroíno dependentes ós programas con antagonistas e agonistas opiáceos. Posteriormente, pola especialización e formación dos profesionais das UAD na área de saúde mental, moitos dos pacientes incluídos no PTLD presentan comorbidade con outros problemas psiquiátricos e reciben psicofármacos como parte do tratamento.

### POBOACIÓN RECEPTORA

- Suxeitos que presentan consumo/dependencia de substancias distintas dos opiáceos.
- Suxeitos que, consumindo opiáceos, aínda non desenvolveron unha dependencia a eles, non manifestan deterioración biopsicosocial significativa, e contan con suficiente apoio familiar e social.
- Drogodependentes que presentan unha alta motivación para a abstinencia.
- Pacientes con evolución favorable noutros programas e como paso previo á súa alta terapéutica.

### SITUACIÓNS ESPECIAIS

A inclusión no PTLD como programa de primeira elección para pacientes consumidores de opiáceos, debe ser coidadosamente valorada para evita-los posibles fracasos no tratamento, das súas repercusións na saúde do paciente e as implicacións emocionais no grupo familiar.

### OBXECTIVOS ESPECÍFICOS

- Extinción da conducta drogodependente e de abuso e consumo de drogas que o suxeito presente.
- Prevención do uso de drogas no medio social do paciente: familia, grupo de iguais.
- Reestructuración da situación persoal, familiar e social do suxeito drogodependente, potenciando o cambio de estilo de vida.
- Restablecemento do nivel de saúde.
- Alta terapéutica.

### SISTEMÁTICA

Nas primeiras citas perfílase o diagnóstico multidisciplinar (biopsicosocial) e elabórase un plan de intervención terapéutico axustado ás súas necesidades, informando deste ó paciente, así como do funcionamento, sistemática e obxectivos do PTLD.

O obxectivo específico deste programa é a deshabitación psicolóxica e o cambio no estilo de vida. As intervencións deberanse centrar no ensino de estratexias de afrontamento de situacións de risco de consumo e no adestramento en estratexias de resolución de problemas, na procura dun estilo de vida máis saudable e a autonomía persoal do paciente.

Ademais das técnicas específicas de manexo do comportamento adictivo e *craving*, levaranse a cabo outras intervencións:

- Intervencións breves.
- Consello de saúde.
- Psicoterapia individual.
- Psicoterapia de parella.
- Intervencións médico-sanitarias.
- Intervencións sociais.
- Prevención de recaídas.
- Psicoterapia de grupo.
- Entrevista motivacional.
- Orientación familiar.
- Terapia familiar.
- Terapia de apoio.
- Terapias farmacolóxicas.
- Intervencións de redución de danos.
- Outras.

Partindo do diagnóstico inicial na área social, en función das carencias que presente, o paciente poderá ser incluído nun programa de incorporación social personalizado (PIP).

Considérase que o PTLD non é tanto un programa de entrada como un programa de saída, previo á alta terapéutica. Polo tanto, débense prioriza-las intervencións psicolóxicas e sociais que promovan a estabilización do paciente.

### **Protocolización**

1. Diagnóstico biopsicosocial.
2. Plan de intervención terapéutica con obxectivos específicos centrados nas necesidades do paciente.
3. Seguimento psicolóxico, médico e social.

### **CRITERIOS DE AVALIACIÓN**

Os criterios para a avaliación do Programa de tratamento libre de drogas baséanse nos indicadores do Sistema de Avaliación Asistencial (SAA). De acordo con estes indicadores, e para a monitorización do PTLD, priorizaranse os seguintes:

#### **1. Indicador de intervencións individuais e grupais**

#### **2. Indicador de motivo de saída**

- Cambios por reestructuración de obxectivos.
- Cambios por cumprimento de obxectivos.
- Abandonos.
- Alta terapéutica.

#### **3. Indicador de permanencia**

- Número de días en programa en función do motivo de saída.



## Programa de **tratamento con antagonistas opiáceos** PTANO

### XUSTIFICACIÓN

Programa de deshabitación que se caracteriza principalmente pola utilización dunha substancia antagonista opiácea (naltrexona), ademais de intervencións psicolóxicas e sociais.

O mecanismo de acción da naltrexona realízase pola fixación competitiva ós receptores opioides cerebrais e o desprazamento dos agonistas opioides, antagonizando os efectos das drogas opiáceas.

A naltrexona é unha substancia que posúe a capacidade de bloquea-los efectos dos agonistas opioides, bloquea o acceso dos agonistas ós receptores opioides ocupando o receptor; desta maneira impide os efectos farmacolóxicos (analgésico e de euforia) da heroína e outros opiáceos.

Así, o tratamento con naltrexona bloquea as respostas obxectivas e subxectivas producidas polos opiáceos. Trala toma do antagonista non se experimenta o reforzo positivo en resposta ó uso de opiáceos, sendo este proceso o que axuda á extinción da conducta de busca de droga.

Non produce tolerancia, dependencia nin aparecen síntomas de abstinencia trala interrupción do tratamento.

### POBOACIÓN RECEPTORA

Pacientes con abuso/dependencia a opiáceos con:

- Escaso grao de deterioración biopsicosocial, boa motivación para abandona-lo consumo, e que poidan beneficiarse dunha medida de contención farmacolóxica en relación co desexo de consumo.
- Fracasos anteriores en PTLD.
- Pacientes con evolución favorable noutros programas (PTDO) e modalidades de tratamento (CT, UD) e como paso intermedio a PTLD.

### SITUACIÓNS ESPECIAIS

#### Precaucións

- Interaccións con outros medicamentos que serán descritas ó paciente e entregadas por escrito.
- Advertiráselle ó paciente que informe os médicos que o atendan de que está tomando naltrexona, co fin de evitar riscos ó iniciar un tratamento con outros medicamentos ou someterse a unha intervención cirúrxica. As interaccións descritas son as seguintes:
  - Opiáceos (preparados para a tose, antidiarreicos, analxésicos, etc).
  - Tioridazina. Risco de somnolencia e astenia.
- Precaución en inicia-lo tratamento en pacientes con valores de transaminasas superiores a cinco veces os valores normais. Pode ser necesario o axuste na dosificación.
- Se existe elevación das transaminasas durante o tratamento con naltrexona débese valorar:
  - a) Se existe incremento do consumo de alcohol.
  - b) Outras medicacións concomitantes (interdiores).
  - c) O risco-beneficio derivado da diminución ou retirada da naltrexona.

- Recoméndase valora-la continuidade do tratamento en pacientes que, trala toma regular de naltrexona presenten unha elevación na cifra de transaminasas por encima do triple do valor basal.

### Riscos

- Insuficiencia hepática grave.
- Contraindicación relativa nos casos de hepatite aguda ou valores elevados dos enzimas hepáticos.
- Embarazo.
- Mulleres en período de lactación.
- Enfermidade psiquiátrica en fase aguda que requira tratamento inmediato.
- Outras que sexan propias do fármaco: alerxia ou sensibilidade á naltrexona, pacientes a tratamento con analxésicos opiáceos ou narcóticos, consumos recentes de opiáceos e en pacientes que non superen o test da naloxona.
- Outras drogas, en especial o consumo de alcohol pola alteración da función hepática.

Os **efectos secundarios** da naltrexona son en xeral infrecuentes aínda que moderadamente importantes. As reaccións adversas máis características son:

- *Frecuentemente* (10-25%): alteracións do sono, ansiedade, dor abdominal, cambras abdominais, náuseas e/ou vómitos, astenia, cefalea, artraxia e mialxia.
- *Ocasionalmente* (1-9%): anorexia, estrinximento, diarrea, sede incrementada, irritabilidade, mareos, erupcións exantemáticas, anorgasmia, impotencia sexual e calafríos.
- *Raramente* (<1%): congestión nasal, tose, flebite, edema, hipertensión, taquicardia, flatulencia, diarrea, tremor, tenesmo vesical, prurito, alopecia, depresión, paranoia, alucinacións, pesadelos, visión borrosa, somnolencia, sequidade de boca, febre, hepatotoxicidade (principalmente con dose altas).

A duración media do tratamento con naltrexona establécese ó redor de 12 meses. Non obstante a duración é variable e debe axustarse individualmente, podendo ser desde poucos meses para aqueles pacientes que sofren unha breve recaída tras levar bastante tempo de abstinencia ata anos en pacientes con recaídas frecuentes e fácil accesibilidade ós opiáceos.

### OBXECTIVOS ESPECÍFICOS

- Aumenta-la adherencia ó tratamento mediante a administración continuada dunha medicación que funciona como contención química fronte ó *craving* a opiáceos, facilitando intervencións psicoterapéuticas encamiñadas á extinción do desexo e á busca de alternativas no estilo de vida.
- Cesamento do consumo de opiáceos.
- Previ-las recaídas.
- Reduci-los riscos asociados ó consumo de opiáceos trala desintoxicación.
- Modifica-los hábitos prexudiciais de saúde.
- Restablecemento do nivel de saúde.

### SISTEMÁTICA

#### Recomendacións especiais

- Posibilidade de provocar unha síndrome de abstinencia se previamente ó inicio do tratamento non existe un período libre de consumo de opiáceos.
- O tempo mínimo libre de opiáceos será 72 horas nos casos dos opiáceos de vida media curta (heroína) e 5 días para os opiáceos de vida media longa (metadona, buprenorfina, etc).
- Informar sobre o efecto do bloqueo, e os riscos da toma dunha dose alta de opiáceos que pode orixinar unha intoxicación aguda ou sobredose.
- En adictos que abandonan intermitentemente a toma do antagonista e consomen opiáceos, e posteriormente retoman o fármaco, provoca unha síndrome de abstinencia ós cinco minutos da inxesta e dura entre 24-48 horas. Pode aparecer confusión, somnolencia e alucinacións visuais, diarrea e vómitos. Aconséllase a administración de líquidos por vía intravenosa, clonidina e monitorización en contorno hospitalario.
- Controlaranse as transaminasas periodicamente para a valoración hepática.
- Son frecuentes as molestias dixestivas nas primeiras semanas, que remiten sen tratamento. Aconséllase o uso de antiácidos e non toma-la naltrexona en xaxún.

- É aconsellable a entrega dunha tarxeta explicativa do tratamento, cos datos persoais do paciente, os do facultativo que o atende e na que tamén consten as contraindicacións do fármaco (**anexo I**).
- A eficacia da naltrexona aumenta cando se supervisa a inxesta do fármaco.

## Fases

### 1. Fase de inducción

Unha vez confirmado que o paciente leva un período mínimo de 72 horas nos casos dos opiáceos de vida media curta (heroína) e 5 días para os opiáceos de vida media longa (metadona, buprenorfina, etc) realizárase a proba da naloxona co fin de verificar que o paciente está libre de opiáceos, reducindo a probabilidade de precipitar abstinencia. Realízase inxectando subcutaneamente 0,8 mg de naloxona. Manterase o paciente en observación durante 45-60 minutos para detectar signos e síntomas de abstinencia.

Se transcorrido o dito tempo non se evidencian procederáse á terapia de inducción, administrándolle 25 mg de naltrexona unha hora despois.

O día seguinte o paciente tomará a dose de 50 mg.

### 2. Fase de estabilización

Considérase que é o primeiro mes trala inducción.

O *craving* desaparece no 80% dos adictos durante o primeiro mes, mentres que os síntomas de abstinencia prolongada poden durar meses. Estes síntomas son náuseas, cambras gastrointestinais, ansiedade difusa e diminución da enerxía. Os síntomas presentados non son atribuíbles ó bloqueo da naltrexona senón á síndrome de abstinencia tardía. En moitas ocasións supoñen un claro aumento da psicopatoloxía que fai precisa a intervención psicofarmacolóxica.

### 3. Fase de mantemento

O tratamento con naltrexona, en xeral, non debe ser inferior ós seis meses, recomendándose períodos dun ano para a súa prescrición.

## Dose

A naltrexona adminístrase oralmente en forma de líquido, cápsulas ou comprimidos. A dose total semanal recomendable é de 350 mg/semana, ben diariamente, ben administrada baixo diferentes pautas posolóxicas (días alternos, tres días á semana, etc).

## Protocolización

### 1. Selección do paciente

A avaliación da situación do paciente será determinante para a súa inclusión no PTANO, tendo en conta o resultado da avaliación biopsicosocial.

### 2. Explicación do PTANO

Trala decisión do equipo terapéutico de incluír un paciente neste programa, o terapeuta responsable do caso daralle unha información previa dirixida a informar sobre o tratamento, utilidade, precaucións e as súas condicións especiais.

### 3. Lectura e sinatura do consentimento informado

A información básica sobre o medicamento prescrito seralle explicada e entregada por escrito e asinarase o consentimento informado (**anexo II**).

### 4. Seguimento: intervencións médicas, psicolóxicas e sociais

Medicamente débense realizar determinacións periódicas das cifras de transaminasas. De xeito rutineiro serán ó inicio, ós seis e ós doce meses e sempre que o estado do paciente o aconselle.

No caso de que o paciente estea tomando interdictores do alcohol, tuberculostáticos ou tratamentos antirretrovirais prestarase maior atención ó seguimento enzimático polo posible aumento da hepatotoxicidade.

Ademais da toma da naltrexona proporcionaráselle ó paciente outras medidas terapéuticas:

- Intervencións breves.
- Consello de saúde.
- Psicoterapia individual.
- Intervencións sociais.
- Prevención de recaídas.
- Psicoterapia de grupo.
- Entrevista motivacional.
- Orientación familiar.
- Terapia familiar.
- Terapia de apoio.
- Terapias farmacolóxicas.
- Intervencións de redución de danos.
- Outras.

#### 5. Finalización da toma de naltrexona

Trala finalización da toma de naltrexona o paciente comezará no PTLD ata o momento da alta terapéutica. Nesta fase recoméndase a maior frecuencia de intervencións psicolóxicas e sociais e a posibilidade de restaura-la medicación no caso de novos consumos ou recaída.

### CRITERIOS DE AVALIACIÓN

Os criterios para a avaliación do Programa de tratamento con antagonistas opiáceos baséanse nos seguintes indicadores do Sistema de Avaliación Asistencial (SAA). Con base nestes indicadores, e para a monitorización do PTANO, priorizaranse os seguintes:

#### 1. Indicador de intervencións individuais e grupais

#### 2. Indicador de motivo de saída


- Cambios por reestructuración de obxectivos.
- Cambios por cumprimento de obxectivos.
- Abandonos.
- Alta terapéutica.

#### 3. Indicador de permanencia

- Número de días en programa en función do motivo de saída.

Os pacientes no PTANO poden ser incluídos na modalidade semirresidencial da unidade de día; ademais na modalidade residencial da comunidade terapéutica tamén pode ser útil o uso de antagonistas opiáceos tanto na fase de saídas ou como programa de elección trala alta terapéutica de CT.

## TARXETA

	<b>XUNTA DE GALICIA</b> CONSELLERÍA DE SANIDADE Comisionado do Plan de Galicia sobre Drogas	Espacio logo UAD
Nome do paciente _____		
Nome do médico _____		
Teléfono UAD _____		
Información toxicolóxica (servicio permanente) <b>915 620 420</b>		

- Este paciente está sendo tratado con naltrexona; un antagonista opiáceo oral.
- En caso de utilización de medicación opiáceo (anestésicos, analxésicos, antitúxicos, antidiarreicos que conteñan derivados opiáceos como meperidina, codeína, dextropropoxifeno, morfina, loperamida ou outros) debe considerarse que non serán efectivas as doses habituais. Caso de ser necesarias, debe considerarse que se requirirán doses maiores das habituais e, por tanto, a depresión respiratoria resultante sería máis profunda e prolongada.
- O paciente debe permanecer baixo vixilancia de persoal capacitado.





**XUNTA DE GALICIA**  
 CONSELLERÍA DE SANIDADE  
 Comisionado do Plan de Galicia sobre Drogas



**CONSENTIMENTO INFORMADO.**

Don/a. ...., maior de idade con DNI  
 ...., domicilio ....., por medio deste escrito.

**MANIFESTO:**

Que fun informado/a polo médico/a .....do Programa/Subprograma de tratamento ..... dos beneficios que se esperan e que tamén fun advertido dos riscos, efectos secundarios, contraindicacións, interaccións e advertencias especiais da medicación empregada e de que teño que tomala tal e como se me indica.

Así mesmo, recibín información completa sobre outros métodos de tratamento e a pesar dos riscos e posibles complicacións desexo comezar este programa/subprograma como parte do meu tratamento. **DECLARO** que comprendo adecuadamente a información previa subministrada, así como a contida neste documento do que se me entrega copia e que as miñas dúbidas foron aclaradas satisfactoriamente.

**CONSINTO:**

Ser incluído no Programa/Subprograma de tratamento ..... como parte do meu tratamento por drogodependencia.

Este consentimento poderá ser revogado se o considero oportuno sen necesidade de expresa-las causas da revogación, tendo en conta as debidas precaucións posteriores ó abandono da medicación.

E en proba de conformidade, pasan a ratificar, coa súa sinatura, este consentimento informado en ..... o ..... de..... de 200...

Paciente

Familiar ou responsable  
(se procede)

Médico

O día ..... decidín **REVOGA-lo** consentimento para a realización do tratamento referido neste documento.

Sinatura do paciente  
(ou persoa autorizada)

Sinatura da testemuña

Sinatura do médico

**1 copia para o paciente.**  
**1 copia para o familiar/responsable.**  
**1 copia para a historia clínica.**

Aprobado na reunión do 23-04-03 da Comisión de Consentimento Informado (Decreto 247/2002 do 18 de xullo)

## **PROGRAMA DE TRATAMENTO CON ANTAGONISTAS OPIÁCEOS (PTANO)**

Os **obxectivos específicos** deste programa de tratamento son: aumenta-la adherencia ó tratamento mediante a administración continuada dunha medicación que funciona como contención química ó desexo vehemente de opiáceos, cesamento do consumo de opiáceos, prevención de recaídas, redución de riscos asociados ó consumo de opiáceos trala desintoxicación, modificación de hábitos prexudiciais para a saúde e restablecemento do nivel de saúde.

A **naltrexona** é un antagonista opiáceo puro, sen efectos agonistas, que bloquea o receptor cerebral opioide, polo que impide a acción dos opiáceos que se consuman tras inxeri-lo fármaco.

### **CONTRAINDICACIÓN:**

- > Alerxia á naltrexona, embarazo, lactación, así como en pacientes que reciben analxésicos opiáceos ou narcóticos, con drogodependencia a opiáceos, en crise de abstinencia ós opiáceos, os que non superaron o test de naloxona ou que presentan análise de urina positiva a opiáceos.

### **PRECAUCIÓN:**

- > Pode ser necesario un axuste da dosificación en pacientes con insuficiencia renal e/ou hepática grave.
- > A toma dunha dose elevada de opiáceos, co fin de anula-lo efecto producido pola naltrexona, pode orixinar unha intoxicación aguda de consecuencias posiblemente fatais.

### **INTERACCIÓN:**

- > Opiáceos (para a tose, antidiarreicos ou analxésicos, etc.): posible perda da acción destes fármacos ou desencadeamento dunha síndrome de abstinencia de intensidade variable segundo a dose de opiáceos.
- > Tioridazina: risco de somnolencia e astenia.

### **EFECTOS ADVERSOS:**

Os efectos adversos de naltrexona son, en xeral, infrecuentes aínda que moderadamente importantes. As reaccións adversas máis características son:

- > Frecuentemente (10-25%): alteracións do sono, ansiedade, dor abdominal, cambras abdominais, náuseas e/ou vómitos, astenia, cefalea, artraxia e mialxia.
- > Ocasionalmente (1-9%): anorexia, estrinximento, diarrea, sede incrementada, irritabilidade, mareos, erupcións exantemáticas, anorgasmia, impotencia sexual e calafríos.
- > Raramente (<1%): congestión nasal, tose, flebite, edema, hipertensión, taquicardia, flatulencia, diarrea, tremor, tenesmo vesical, prurito, alopecia, depresión, paranoia, alucinacións, pesadelos, visión borrosa, somnolencia, sequidade de boca, febre, hepatotoxicidade (principalmente con doses altas).

### **ADVERTENCIAS ESPECIAIS:**

- > Para previ-la provocación dunha síndrome de abstinencia aguda, o paciente debe permanecer libre de opiáceos durante un mínimo de 72 horas (opiáceos de vida media curta) a 5 días (opiáceos de vida media longa) antes de iniciar-lo tratamento con naltrexona.
- > A naltrexona non produce por si mesma lesión hepática. Dado que en moitas ocasións existe lesión hepática previa é necesario realizar controis hepáticos cando o indique o médico.
- > Non se coñecen os efectos da naltrexona sobre o feto. A muller en tratamento debe seguir un método contraceptivo fiable.
- > O tratamento farmacolóxico con antagonistas opiáceos debe ir acompañado doutras medidas terapéuticas de carácter psicosocial. Desta maneira:
  - A naltrexona só ten unha función complementaria e disuasoria dentro do marco dun programa terapéutico; non actúa en substitución da "forza de vontade".
  - A toma continuada de naltrexona facilita o prognóstico favorable a longo prazo do paciente cando se inclúen nun programa terapéutico.

A duración do tratamento establécese en arredor dun ano. Non produce ningún tipo de tolerancia nin dependencia. Calquera modificación no tratamento deberá ser realizada polo seu médico.

O paciente comprométese a informar a calquera médico que o atenda da súa participación no Programa de tratamento con antagonistas opiáceos.

Se vostede, ou algún familiar, desexa maior información, non dubide en consultar a calquera dos médicos do servizo que o atenden.

### **RISCOS PERSONALIZADOS:**





**XUNTA DE GALICIA**  
CONSELLERÍA DE SANIDADE  
Comisionado do Plan de Galicia sobre Drogas



**CONSENTIMENTO INFORMADO. Menores e incapacitados.**

Don/a ..... maior de idade, con DNI ..... representante legal do paciente don/a ....., en virtude das facultades que me confire o artigo 6 da Lei de Galicia 3/2001, do 28 de maio reguladora do consentimento informado e da historia clínica dos pacientes, por medio deste escrito.

**MANIFESTO:**

Que fun informado/a polo médico/a .....do Programa/Subprograma de tratamento....., dos beneficios que se esperan e que tamén fun advertido dos riscos, efectos secundarios, contraindicacións, interaccións e advertencias especiais da medicación empregada e de que ten que ser tomada tal e como se me indica.

DECLARO que don/a ..... comeza de maneira libre e voluntaria este programa/subprograma e, así mesmo, que comprendo adecuadamente a información previa subministrada, así como a contida neste documento do que se me entrega copia e que as miñas dúbidas foron aclaradas satisfactoriamente.

**CONSINTO:**

QUE don/a ....., con DNI ..... domicilio ....., por medio deste escrito, sexa incluído en el Programa/Subprograma de tratamento ..... como parte do seu tratamento por drogodependencia.

Este consentimento poderá ser revogado, se o considero oportuno, sen necesidade de expresa-las causas da revogación, tendo en conta as debidas precaucións posteriores ó abandono da medicación.

E en proba de conformidade, pasan a ratificar, coa súa sinatura, este consentimento informado en ..... o ..... de..... de 200...

Representante legal

Médico

Aprobado na reunión do 23-04-03 da Comisión de Consentimento Informado (Decreto 247/2002 do 18 de xullo)

O día ..... decidín <b>REVOGA-lo</b> consentimento para a realización do tratamento referido neste documento.		
Sinatura do representante legal	Sinatura da testemuña	Sinatura do médico

- 1 copia para o paciente.
- 1 copia para o familiar/responsable.
- 1 copia para a historia clínica.

## **PROGRAMA DE TRATAMENTO CON ANTAGONISTAS OPIÁCEOS (PTANO)**

Os **obxectivos específicos** deste programa de tratamento son: aumenta-la adherencia ó tratamento mediante a administración continuada dunha medicación que funciona como contención química ó desexo vehemente de opiáceos, cesamento do consumo de opiáceos, prevención de recaídas, redución de riscos asociados ó consumo de opiáceos trala desintoxicación, modificación de hábitos prexudiciais para a saúde e restablecemento do nivel de saúde.

A **naltrexona** é un antagonista opiáceo puro, sen efectos agonistas, que bloquea o receptor cerebral opioide, polo que impide a acción dos opiáceos que se consuman tras inxeri-lo fármaco.

### **CONTRAINDICACIÓN:**

- > Alerxia á naltrexona, embarazo, lactación, así como en pacientes que reciben analxésicos opiáceos ou narcóticos, con drogodependencia a opiáceos, en crise de abstinencia ós opiáceos, os que non superaron o test de naloxona ou que presentan análise de urina positiva a opiáceos.

### **PRECAUCIÓN:**

- > Pode ser necesario un axuste da dosificación en pacientes con insuficiencia renal e/ou hepática grave.
- > A toma dunha dose elevada de opiáceos, co fin de anula-lo efecto producido pola naltrexona, pode orixinar unha intoxicación aguda de consecuencias posiblemente fatais.

### **INTERACCIÓN:**

- > Opiáceos (para a tose, antidiarreicos ou analxésicos, etc.): posible perda da acción destes fármacos ou desencadeamento dunha síndrome de abstinencia de intensidade variable segundo a dose de opiáceos.
- > Tioridazina: risco de somnolencia e astenia.

### **EFECTOS ADVERSOS:**

Os efectos adversos de naltrexona son, en xeral, infrecuentes aínda que moderadamente importantes. As reaccións adversas máis características son:

- > Frecuentemente (10-25%): alteracións do sono, ansiedade, dor abdominal, cambras abdominais, náuseas e/ou vómitos, astenia, cefalea, artraxia e mialxia.
- > Ocasionalmente (1-9%): anorexia, estrinximento, diarrea, sede incrementada, irritabilidade, mareos, erupcións exantemáticas, anorgasmia, impotencia sexual e calafríos.
- > Raramente (<1%): congestión nasal, tose, flebite, edema, hipertensión, taquicardia, flatulencia, diarrea, tremor, tenesmo vesical, prurito, alopecia, depresión, paranoia, alucinacións, pesadelos, visión borrosa, somnolencia, sequidade de boca, febre, hepatotoxicidade (principalmente con doses altas).

### **ADVERTENCIAS ESPECIAIS:**

- > Para previ-la provocación dunha síndrome de abstinencia aguda, o paciente debe permanecer libre de opiáceos durante un mínimo de 72 horas (opiáceos de vida media curta) a 5 días (opiáceos de vida media longa) antes de iniciar-lo tratamento con naltrexona.
- > A naltrexona non produce por si mesma lesión hepática. Dado que en moitas ocasións existe lesión hepática previa é necesario realizar controis hepáticos cando o indique o médico.
- > Non se coñecen os efectos da naltrexona sobre o feto. A muller en tratamento debe seguir un método contraceptivo fiable.
- > O tratamento farmacolóxico con antagonistas opiáceos debe ir acompañado doutras medidas terapéuticas de carácter psicosocial. Desta maneira:
  - A naltrexona só ten unha función complementaria e disuasoria dentro do marco dun programa terapéutico; non actúa en substitución da "forza de vontade".
  - A toma continuada de naltrexona facilita o prognóstico favorable a longo prazo do paciente cando se inclúen nun programa terapéutico.

A duración do tratamento establécese en arredor dun ano. Non produce ningún tipo de tolerancia nin dependencia. Calquera modificación no tratamento deberá ser realizada polo seu médico.

O paciente comprométese a informar a calquera médico que o atenda da súa participación no Programa de tratamento con antagonistas opiáceos.

Se vostede, ou algún familiar, desexa maior información, non dubide en consultar a calquera dos médicos do servizo que o atenden.

### **RISCOS PERSONALIZADOS:**

## Programa de **tratamento con derivados opiáceos** PTDO

### XUSTIFICACIÓN

Desde mediados da década dos 60, en que o Consello de Investigacións Sanitarias da cidade de Nova York lles concedeu unha bolsa a Vincent P. Dole e Marie Nyswander co fin de investigaren tratamentos de mantemento e conseguiron bos resultados coa metadona, moito se leva escrito e falado arredor da súa utilidade e necesidade, chegándose a establecer un pretendido debate nun terreo acientífico, alleo ó método científico, o único método aplicable a esta cuestión.

Os programas de mantemento con agonistas opiáceos, baséanse na substitución do opiáceo obxecto da dependencia por un opiáceo de curso legal, prescrito baixo control médico, durante un período de tempo prolongado. A tolerancia cruzada existente entre os diversos opiáceos permite, teoricamente, utilizar calquera deles para realizar un programa de mantemento.

A través do Real decreto 5/1996, do 15 de xaneiro (BOE nº 44, do 20 de febreiro) a Administración central procedía á modificación do R.D. 75/1990, do 19 de xaneiro, polo que se regulaban os tratamentos con opiáceos de persoas dependentes deles. En Galicia, as distintas actividades que implican o desenvolvemento deste tipo de tratamentos, están reguladas pola orde do 15 de maio de 2000, pola que se aproba o procedemento de acreditación administrativa para o desenvolvemento de actividades de tratamentos de mantemento con substancias opiáceas (DOG nº 105, do 31 de maio de 2000).

O PTDO é un programa de deshabitación que, entre outras medidas terapéuticas, basea o seu desenvolvemento na administración de fármacos agonistas opiáceos (metadona, buprenorfina...), co fin de facilita-lo abandono ou redución do consumo de opiáceos e preví-la deterioración asociada a el. A súa finalidade é facilita-la participación do consumidor de opiáceos nun programa global que fomente a súa incorporación social.

Pódense considerar tres niveis diferentes no PTDO:

1. Os tratamentos de mantemento de alto limiar ou de "máximos": preténdese a abstinencia, son moi selectivos e de duración limitada.
2. Os tratamentos de mantemento de baixo limiar ou de "mínimos": a abstinencia non sería un obxectivo prioritario. Preténdese que o paciente se manteña dentro do programa, procurando que abandone as prácticas de risco e manteña contacto cos servizos sanitarios e sociais (correspóndese co Subprograma de tratamento de diminución do dano).
3. Os tratamentos de mantemento adaptativos ou de obxectivos intermedios: o prioritario é a readaptación persoal e social do adicto máis que a abstinencia. A maioría dos pacientes situaríanse neste sector intermedio.

## POBOACIÓN RECEPTORA

Todo paciente dependente de opiáceos no que non se considere viable a consecución da abstinencia a curto/medio prazo, a través doutro programa asistencial.

Serán candidatos prioritarios a este programa:

- Mulleres embarazadas.
- Pacientes con alto risco de infección polo virus da SIDA.
- Pacientes con deterioro somática importante e/ou patoloxía psiquiátrica asociada.
- Boa resposta en tratamentos previos en PTDO.

## SITUACIÓNS ESPECIAIS

Tendo en conta as características dos pacientes obxecto deste programa, e dos produtos que se van utilizar, é necesario un seguimento do estado de saúde por un centro especializado nos casos en que coexista patoloxía orgánica ou psiquiátrica que o faga necesario.

### As contraindicacións da metadona son as seguintes

- Non poderá acceder a este programa ningún paciente que non presente dependencia a opiáceos.
- Alerxia a metadona.
- Analxesia obstétrica: a administración de opiáceos durante o parto pode orixinar depresión respiratoria no neonato.
- Pacientes con depresión respiratoria ou enfermidade obstrutiva respiratoria grave.
- Presión intracranial elevada ou lesión cerebral.

### Como precaucións

- Adenoma de próstata: os opiáceos poden producir retención urinaria.
- Asma ou enfermidade pulmonar obstrutiva crónica: polo potencial efecto broncoconstrictor dos opiáceos.
- Diabete: débese prestar atención ó contido en glicosa do excipiente para que non interfira no control da glicemia.
- Insuficiencia hepática: dado que se metaboliza maioritariamente polo fígado, debe axustarse a dose ó grao de incapacidade funcional deste.
- Insuficiencia renal: dado que se elimina maioritariamente por vía renal, debe axustarse a posoloxía de acordo co grao de funcionamento renal. Ademais, os opiáceos causan retención urinaria.
- Hipotiroidismo: aumento de risco de depresión respiratoria e de depresión prolongada do sistema nervioso central.

### Advertencias especiais

Non se aconsella a conducción de vehículos nin o manexo de maquinarias de precisión durante os primeiros días do tratamento, debido ó risco de aparición de somnolencia, visión borrosa, etc.

### Interaccións

Os pacientes en PTDO son unha poboación que presentan unha alta probabilidade de interaccións farmacolóxicas pola concorrencia dunha serie de factores: unha situación orgánica precaria, a toma de tratamentos concomitantes para patoloxías orgánicas e mentais e o consumo de alcohol e outras substancias de abuso.

No **anexo I**, descríbense as principais interaccións farmacocinéticas e farmacodinámicas da metadona.

### Efectos secundarios

Son, en xeral, frecuentes e moderadamente importantes. Na maior parte dos casos, os efectos adversos son unha prolongación da acción farmacolóxica e afectan principalmente o sistema nervioso central e os aparellos dixestivo e respiratorio. Os efectos secundarios máis característicos son:

- *Frecuentemente* (10-25%): náuseas, vómitos, estrinximento, sudoración, euforia, depresión respiratoria, apnea. Con tratamentos prolongados aparece tolerancia.
- *Ocasionalmente* (1-9%): cefalea, axitación, somnolencia, desorientación. Con administración repetida pode aparecer sedación marcada, tremor, convulsións, alteracións do humor (ansiedade, depresión), rixidez muscular, alucinacións, insomnio, hipertensión intracranial, sequidade de boca, espasmo de larinxe, diarrea, cambras abdominais, alteracións do gusto, taquicardia, bradicardia, hipertensión, colapso, parada cardíaca.

ca, retención urinaria, redución da libido, impotencia, visión borrosa, nistagmo, diplopía, miose, prurito, urticaria, erupcións cutáneas, edema, dermatite de contacto, dor no punto da inxección, e a inxección subcutánea ocasiona irritación tisular local e induración.

### Embarazo

Nesta situación, un programa global de mantemento con metadona, que inclúa atención médica, prenatal e psicosocial, permite identificar e trata-las complicacións, reducindo así a morbilidade e mortalidade materno-infantil. Ademais, redúcese a exposición da nai ó VIH no caso de ser usuaria de drogas por vía parenteral.

En principio, manterase á paciente coa mesma dose anterior ó embarazo, tendo en conta a necesidade de incrementa-la dose, se aparecen signos e síntomas de abstinencia, sendo máis frecuentes no último trimestre. Nas mulleres embarazadas non tratadas previamente con metadona, recoméndase o seu ingreso hospitalario, co fin de avalía-lo estado da nai e do feto e inicia-lo programa.

Non existen probas de que a metadona teña efectos negativos sobre a muller embarazada, mais no caso de que se decida proceder a unha desintoxicación a recomendación é desaconsella-lo seu inicio antes da 14 semana de xestación, polo risco de aborto, e despois da 32 semana, polo estrés fetal que podería inducir. A desintoxicación debería facerse mediante unha redución da dose a un ritmo máximo de 5 mg cada 1 a 2 semanas.

### OBXECTIVOS ESPECÍFICOS

Os obxectivos específicos do tratamento de substitución con opiáceos deben elaborarse tendo en conta as necesidades obxectivas e subxectivas do paciente e polo tanto, axustaranse ás súas necesidades concretas. Sen embargo, as metas xerais dun tratamento de substitución son:

1. Eliminar ou reduci-los síntomas obxectivos e subxectivos de abstinencia.
2. Diminuí-lo consumo ilegal de opiáceos e o uso non axeitado e dependencia doutras drogas.
3. Diminuí-los hábitos de risco para a saúde individual e pública (uso da vía parenteral, redución das prácticas de risco sexuais) e mellora da saúde física e mental (control da patoloxía psiquiátrica e orgánica asociada etc.).
4. Diminuí-la conducta antisocial, incrementa-los apoios e mellora-lo funcionamento psicosocial (incluídas as habilidades para conseguir e manter un emprego).
5. Favorece-la captación e retención do paciente nun programa de tratamento de forma que sexa susceptible doutro tipo de intervencións.

### SISTEMÁTICA

Na rede asistencial do Plan de Galicia sobre Drogas, o derivado opiáceo utilizado no PTDO é a metadona en presentación de comprimidos dispersables ou solución oral, polo que a exposición que figura a continuación se centrará neste principio activo.

### Pautas para a dosificación

Un tratamento de substitución debe proporciona-la dose adecuada para produci-los efectos desexados (prever síntomas de abstinencia, diminuí-lo desexo de opiáceos e bloquea-los efectos da heroína, ou outro opiáceo, sen producir euforia nin efectos secundarios indesexables) durante o tempo pertinente, atendendo ós límites de eficacia e seguridade.

A determinación da dose de metadona eficaz basearase nun **proceso de avaliación individualizado** tendo en conta o historial toxicolóxico do paciente e a súa situación somática e mental.

### Fase de inducción

A metadona ten unha vida media de 24-36 horas, e se necesitan de 5-8 días para alcanza-lo equilibrio farmacocinético.

Débese comezar por unha dose exenta de perigo. En xeral, unha dose inicial de 20-30 mg/día é normalmente segura (agás en casos de readmisión de pacientes coñecidos, o médico pode valorar doses iniciais máis altas). Cando hai dúbida respecto á tolerancia ós opiáceos, recoméndase empezar con 10 mg/día.

Xeralmente trala inxestión oral de metadona, a taxa plasmática alcánzase en 1-5 horas. Se pasado ese prazo se observa algún sintoma de abstinencia, sería necesario dar unha dose suplementaria de metadona, que debe determinarse de forma individualizada, mais habitualmente sitúase arredor dos 5-10 mg.

Esta operación pode repetirse ata que os síntomas sexan adecuadamente controlados seguindo os pasos que se indican no **anexo II**.

Existen unha serie de elementos obxectivos que poden ser útiles para determina-lo axuste de dose durante as primeiras etapas do tratamento: tensión arterial, a temperatura, o pulso, o tamaño das pupilas, os reflexos tendinosos, lixeiros tremores musculares e a motilidade intestinal. Sen embargo, son os síntomas subxectivos (como a axitación, a irritabilidade, os trastornos do sono, a ansiedade, a depresión e a apetencia imperiosa de droga), os de maior utilidade para afina-la dose de metadona e os que permiten obte-las mellores vantaxes terapéuticas.

A inducción remata cando a dose permanece estable máis dunha semana e, tanto o médico como o paciente, a consideran axeitada.

#### Fase de mantemento

Nesta fase, a dose debe ser suficiente para mante-los efectos desexados durante 24 horas ou máis. A duración desta fase oscilará entre uns meses e varios anos. Na actualidade compártese o criterio de que **a duración do tratamento de mantemento debe ser indefinida**: débese proseguir todo o tempo que o paciente desexe e mentres obteña beneficios derivados do tratamento.

Aínda que os pacientes pasan longos períodos de tempo coa dose estable, nalgún caso (aumento de estrés, determinadas medicacións concomitantes, desexo de drogas etc.) pódense necesitar certos axustes, temporal ou permanentemente. No caso dos pacientes en que os niveis plasmáticos descenden por debaixo dos terapéuticos nos intervalos entre tomas (metabolizadores rápidos, interaccións madicamentosas etc.), aconséllase fracciona-la dose do día en dúas tomas cada 12 horas. Nestes casos pódese valora-la necesidade da determinación da metadonemia.

A variación de dose, **nunca** debe ser utilizada como premio ou castigo para reforzar ou sancionar determinados comportamentos.

No **anexo II** recóllese, a modo de resumo, o proceso de inducción e as fases da dosificación da metadona.

Tendo en conta que se considera a **retención en tratamento** como un dos obxectivos específicos deste programa, sinálanse as seguintes recomendacións para melloralas:

- Accesibilidade ó centro.
- Determinar horarios en función das necesidades dos pacientes.
- Persoal adecuadamente formado.
- Baixa rotación do persoal.
- Calidade das prestacións psicosociais e axuste ás necesidades do suxeito.
- Alteración mínima da vida do paciente.
- Asegurarse de que os pacientes reciben doses axeitadas de metadona, baseadas nas súas necesidades individuais.

#### Fase de retirada

O descenso da metadona débese facer cando o paciente estea fortemente motivado por unha meta de abstinencia, polo que non se debe desintoxicar a un paciente en programa con metadona sen o seu coñecemento e consentimento.

Os pacientes deben seguirse moi de preto, xa que se atopa unha porcentaxe de recaídas dun 82,1% no consumo de heroína intravenosa nos primeiros 12 meses seguintes a desintoxicación. No caso de recaída ou inminente recaída, deben tomarse medidas terapéuticas complementarias.

Aínda que o ritmo de descenso debe individualizarse, recoméndase non supera-lo 10% da dose cada 10-

14 días. Tamén se pode descender 1-2 mg por semana, avaliando a resposta cada 2-4 semanas para aumentar, reducir ou mante-la velocidade do descenso. Independentemente do ritmo da desintoxicación, hai pacientes que non toleran os síntomas de abstinencia que aparecen ó chegar ós 15-40 mg. Nestes casos, débese valorar un posible ingreso nunha unidade de desintoxicación hospitalaria.

### Doses óptima

A determinación da dose axeitada de metadona é un proceso **individualizado e clínico**, que se fundamenta nunha boa anamnese e exame físico.

A dose óptima para a maioría dos pacientes estaría arredor dos 80 mg/día ( $\pm 20$ ), aínda que algúns pacientes estarán estabilizados con menos de 50 mg e outros necesitarán máis de 100 mg, por iso cada caso deberíase avaliar individualmente.

### Sobredoses e subdoses

Cando a dose é *moderadamente excesiva* aparece constricción da pupila (miose), somnolencia, picor e rascado da cara (especialmente do nariz), sedación (aínda que a algúns pacientes os estimula), náuseas e vómitos. Cando se detectan estes síntomas, recoméndase rebaixa-la dose.

Cando a dose é *discretamente excesiva* poden aparecer efectos euforizantes. É moi importante explicarlle ó paciente que a desaparición destes efectos non significa que a dose sexa insuficiente, senón que desenvolveu tolerancia.

Sospeitarase dunha *dose insuficiente* cando se observe dilatación pupilar (midriase), bocexos, rinorrea, lagrimex, calafríos, ansiedade, insomnio e desexo e procura de drogas.

### Toma domiciliaria

A "dose para levar", é aquela que o paciente inxire sen que haxa unha observación directa por parte dun responsable sanitario e constitúe un recurso para facilita-la rehabilitación e reinserción das persoas a tratamento de substitución.

Deberá se-lo médico responsable do caso quen determine se o paciente está en condicións de iniciar un réxime de tomas domiciliarias. Como factores orientativos deberán considerarse os seguintes:

- Ausencia de abusos tóxicos recentes.
- Regularidade na toma do tratamento.
- Ausencia de problemas de comportamento importantes no centro de tratamento.
- Ausencia de actividade delictuosa recente.
- Estabilidade do contorno familiar e das relacións sociais do paciente.
- A incorporación do paciente a actividades propicias á reinserción.
- Determinadas situacións de urxencia (viaxes, crise familiar etc.).
- A certeza de que a metadona para levar poderá ser conservada con seguridade no domicilio do paciente.
- Se os beneficios para o paciente, derivados da diminución da frecuencia das súas visitas o centro, compensan o risco potencial de desvío da metadona ó mercado ilegal.

Os criterios deben ser manexados polos equipos de xeito flexible e personalizado, buscando o máximo beneficio co mínimo risco. A dose debe ser percibida polo paciente como parte do proceso de tratamento e non como un premio ou castigo. Os pacientes e familiares/persoas responsables que levan doses deben ser instruídos sobre cómo garda-lo fármaco sen perigo para terceiros (principalmente nenos e anciáns demenciados) e evitando que se deteriore. Estes pacientes deben ser avaliados periodicamente para revisa-la súa situación clínica.

A cantidade de doses que se poden dispensar en réxime de toma domiciliaria, debe ser unha decisión individualizada en función da situación de cada caso. Segundo os datos dispoñibles sobre esta cuestión, na rede asistencial do PGD a maioría dos pacientes levan a metadona para unha ou dúas semanas. Excepcionalmente, rexístranse casos nos que se leva para preto dun mes, sendo pacientes moi seleccionados nos que concorren situacións moi particulares (viaxes principalmente).

### Tratamento da dor

Cando as enfermidades ou intervencións causan dor aguda, cométese habitualmente erros no tratamento do paciente. O tratamento inadecuado da dor conduce a un comportamento irritado, asustado e ó abandono do programa. Os principios do tratamento da dor nos pacientes en PTDO son:

- Non interrompe-lo mantemento da metadona.
- Non debería modificarse a dose da metadona.
- No caso de que unha analxesia sen estupefacientes sexa ineficaz, utilizaranse medicamentos agonistas dos opiáceos a curto prazo e a doses máis altas e máis frecuentes.
- Non empregar medicamentos agonistas-antagonistas (pentazocina, tartrato de butorfanol, nalbufina o buprenorfina), xa que poden precipitar unha síndrome de abstinencia.
- Cambia-las substancias non estupefacientes en canto sexa posible.
- Evita-la autoadministración.

Os pacientes poden solicitar un aumento temporal da dose de metadona durante un período de dor. Esta práctica é frecuente, mais só cobre 6 horas de analxesia. Se son correctamente empregados, os analxésicos opiáceos de curta duración están indicados e son eficaces. No caso de dor crónica, en moitos pacientes non se atopa unha resposta satisfactoria e o tratamento redúcese a controlar e conte-la situación. É necesaria unha coordinación entre o especialista da dor e o de drogodependencias.

### O tratamento da politoxicomanía no PTDO

A experiencia clínica demostra que máis do 60% dos pacientes a tratamento con metadona consome regularmente outras drogas (principalmente cannabis, benzodiacepinas, alcohol e cocaína). A remisión de todo consumo de drogas constitúe un obxectivo do tratamento de mantemento.

- Cando se diagnostique unha dependencia de depresores do SNC en pacientes tratados con metadona, debe manterse a metadona (verificando se existe a necesidade de aumenta-la dose) e inicia-la desintoxicación do depresor se as circunstancias clínicas o esixen. Os antecedentes de crises convulsivas en relación coa abstinencia de hipnosedantes, ansiolíticos ou alcohol, constitúen unha indicación clara para a desintoxicación hospitalaria.
- O consumo de estimulantes é moi elevado entre heroinómanos e pode esperarse que persista no inicio do tratamento de mantemento, xa que a metadona non trata a dependencia de estimulantes. Aínda non se atopou unha medicación que sexa claramente eficaz para trata-la dependencia de cocaína e doutros estimulantes.

Considéranse **recomendacións básicas** para o tratamento da politoxicomanía nun programa de mantemento con metadona: administración presencial de doses axeitadas de metadona, a retención en tratamento, unha oferta asistencial ampla, accesibilidade e flexibilidade do programa, utilización de fármacos con eficacia clinicamente amosada e o tratamento psicoterapéutico asociado (especialmente as abordaxes grupais e intervir precozmente cando se detecta o consumo doutras substancias).

### Patoloxía orgánica

O colectivo de usuarios de drogas por vía parenteral presenta maior risco de infeccións por VIH, hepatite, etc. Isto convérteo nun problema de saúde pública, sobre todo polo difícil que resulta o cumprimento do tratamento, orixinándose resistencias e outras complicacións.

Para facilita-la abordaxe deste problema, pódese consulta-lo protocolo de actuación en patoloxías orgánicas do Catálogo de programas asistenciais do PGD, que inclúe a problemática relacionada co VIH/SIDA, tuberculose, hepatite e EDO.

### Comorbilidade

Existe unha elevada prevalencia de comorbilidade entre dependencia a opiáceos e outros trastornos psiquiátricos. Esta comorbilidade afecta a instauración da dependencia e a súa evolución, empeorando o pronóstico do seu tratamento. Cómpre avalía-la comorbilidade psiquiátrica nos pacientes adictos a opiáceos e determina-la relación etiolóxica entre eles (trastorno psiquiátrico primario, secundario ou concomitante), xa que isto terá importantes implicacións de cara ó deseño e seguimento do plan terapéutico.



Nos pacientes adictos a opiáceos, débense valora-los efectos ansiolíticos, antidepressivos e antipsicóticos da metadona.

O tratamento de ámbolos trastornos debe ser coordinado polo mesmo equipo, e recoméndase que sexa levado por un único profesional de referencia. Os programas integrados buscan a estabilización dos síntomas psiquiátricos e da dependencia mediante:

- Manexo de casos (posibilita a adecuación dos recursos ós diferentes problemas ou necesidades).
- Intervencións grupais (posibilitan un mellor funcionamento social e as axeitadas estratexias de afrontamento para manexar situacións de risco).
- Intervencións familiares (para reduci-los factores de mantemento dos consumos).
- Intervencións psicoeducativas (psicoeducación sobre o trastorno mental e os efectos das drogas sobre os trastornos mentais).
- Intervencións motivacionais (uso de técnicas específicas en función da motivación do paciente).
- Prevención de recaídas (posibilita a diminución da vulnerabilidade nas recaídas mediante o adestramento en habilidades sociais e estratexias de afrontamento).

O tratamento debe ser en principio ambulatorio e máis intenso có tratamento dos pacientes que non presentan comorbidade.

Para facilita-la abordaxe deste problema, pódese consulta-lo protocolo de actuación en patoloxía dual do Catálogo de programas asistenciais do PGD.

## Outros derivados opiáceos

### Buprenorfina

A buprenorfina é un principio activo autorizado para programas de mantemento con derivados opiáceos e actualmente pendente de comercialización no noso país.

A súa administración é por vía sublingual, cunha dose inicial de 0,8 a 4 mg, administrados nunha dose diaria única. A dose debe aumentarse progresivamente segundo a necesidade do paciente, sen supera-los 16 mg diarios. As contraindicacións son: lactación, hipersensibilidade á buprenorfina ou a calquera dos outros compoñentes do medicamento, nenos menores de 15 anos, insuficiencia respiratoria severa, insuficiencia hepática severa, intoxicación alcohólica aguda ou delirium tremens.

A depresión respiratoria é o efecto adverso máis perigoso, xa que non é totalmente reversible pola naloxona; necesítanse doses altas desta para revertela depresión respiratoria e administrar un estimulante respiratorio. A buprenorfina non debe ser administrada conxuntamente con depresores do SNC, IMAOS ou fenitoínas. Deberase advertir ó paciente que non debe inxerir bebidas alcohólicas durante o tratamento con buprenorfina.

## Protocolización

### 1. Selección do paciente

Antes de inicia-lo tratamento con metadona, realizarase unha avaliación biopsicosocial do paciente, na que se deberá incluír:

- 1.1. *Recoñecemento físico completo.*
- 1.2. *Analítica xeral:* as probas analíticas deben incluír: hemograma, bioquímica, seroloxía VIH, virus de hepatitis, seroloxía luética, test da tuberculina, test de embarazo nas mulleres e test de detección de substancias-droga en urina.
- 1.3. *Historia toxicolóxica:* grao de dependencia a opiáceos, vía de administración, antigüidade do consumo, presenza de signos e síntomas de dependencia física ou outros signos do uso crónico de opiáceos como as marcas de venopunción, consumo doutras drogas (principalmente alcohol, benzodiazepinas e cocaína) e antecedentes de tratamento.
- 1.4. *Historial clínico:* antecedentes persoais e familiares (médicos, psiquiátricos e de uso de drogas) e anamnese actual para determinar trastornos médico-psiquiátricos, crónicos ou agudos, que deben ser controlados durante o tratamento da dependencia de drogas.
- 1.5. *Situación sociofamiliar:* estrutura familiar, situación formativo-laboral, causas penais etc.

Será o médico quen tome a decisión final de admitir ó paciente no programa e prescribirlle o tratamento con metadona ou outro derivado opiáceo.

## 2. Explicación do PTDO

Trala decisión do equipo terapéutico de incluír un paciente neste programa, o facultativo médico daralle unha información previa dirixida a informar sobre o tratamento, utilidade, precaucións e as súas condicións especiais.

3. Lectura e asinamento do consentimento informado (**anexo III e anexos III-bis**), no que será preciso informar claramente sobre:

- O risco de depresión respiratoria e morte con doses excesivas de metadona. Explicar que ese risco se produce sobre todo durante a primeira semana de tratamento.
- O risco do consumo de metadona con alcohol, heroína e outros opiáceos, ou medicación non prescrita (especialmente tranquilizantes e hipnóticos), en calquera momento ó longo do tratamento e sobre todo durante a primeira semana.
- Os efectos que pode esperar da metadona, co fin de que non se xeren falsas expectativas que induzan ó paciente a pensar que a dose é insuficiente.
- Os efectos secundarios que pode produci-la metadona, como sudoración e insomnio, que se poden malinterpretar como debidos a doses insuficientes.
- Que o efecto da metadona irá aumentando a medida que pasen os días aínda que non se incremente a dose.

## 4. Fase de inicio no PTDO

Como xa foi referido, a dose inicial débese determinar de modo individualizado. O paciente debe ser observado durante os cinco primeiros días de tratamento polo persoal de enfermería e/ou médico, atendendo ós posibles síntomas ou signos de toxicidade ou abstinencia. Aconséllase que as modificacións de dose para o establecemento da dose adecuada sexan de +/- 5-10 mg cada 5-10 días.

## 5. Fase de mantemento

O obxectivo nesta fase será a saturación estable dos receptores opiáceos. A dose vén determinada polas características de cada paciente, o historial de consumo previo, a situación orgánica, as interaccións farmacolóxicas con medicacións concomitantes etc. Calquera variación da dose establecida, deberá realizarse sempre baixo a indicación do médico responsable do caso.

O PTDO non se reduce só a prescrición e administración do fármaco. Son necesarias outras medidas terapéuticas para conseguí-los obxectivos previstos. De feito, a eficacia e as taxas de retención en programas de mantemento con derivados opiáceos débense, non só ás características da metadona, senón tamén á oferta doutros servizos para estes pacientes, respectando a voluntariedade e motivación destes.

Ademais da administración da metadona, e outras intervencións sanitarias (terapia farmacolóxica, control da vacinación, control do VIH, consello de saúde etc.), disporanse para o paciente outras medidas terapéuticas que se consideren convenientes:

### Intervencións psicolóxicas

- Intervencións breves.
- Psicoterapia individual.
- Prevención de recaídas.
- Psicoterapia de grupo.
- Entrevista motivacional.
- Psicoterapia familiar.
- Intervencións de redución de danos.
- Talleres de sexo máis seguro.
- Talleres de consumo de menos risco.
- Outras.

### **Intervencións sociais**

- Diagnóstico social.
- Orientación familiar.
- Coordinación con recursos e programas de socialización.
- Apoio ou resolución da problemática xudicial.
- Realización dun itinerario individualizado formativo-laboral.
- Outras.

Partindo do diagnóstico inicial na área social, en función das carencias que presente, o paciente poderá ser incluído nun programa de incorporación social personalizado (PIP).

### **CRITERIOS DE AVALIACIÓN**

Os criterios para a avaliación do Programa de tratamento con derivados opiáceos baséanse nos indicadores do Sistema de Avaliación Asistencial (SAA). De acordo con estes indicadores e para a monitorización do PTDO, priorizaranse os seguintes:

#### **1. Indicador de intervencións individuais e de grupo**

#### **2. Indicador de motivo de saída**

- Cambios por reestructuración de obxectivos.
- Cambios por cumprimento de obxectivos.
- Abandonos.

#### **3. Indicador de permanencia**

- Número de días en programa en función do motivo de saída.



## INTERACCIÓNS DA METADONA

Interaccións entre **ANTIDEPRESIVOS** e metadona

Fármaco	Mecanismo de acción	Efecto	Recomendación
<i>Fluoxetina</i>	Inhibidor enzimático	Lixeiro ↑ MTD	Sen relevancia clínica
<i>Fluvoxamina</i>	Inhibidor enzimático	↑ MTD/ SAO	↓ dose MTD
<i>Desipramina</i>	Inhibición enzimática	↑ desipramina	↓ dose desipramina
<i>Imipramina</i>	Inhibidor enzimático	↑ MTD	↓ dose MTD
<i>Nortriptilina</i>	Inhibidor enzimático	↑ MTD	↓ dose MTD
<i>Maprotilina</i>	Inhibidor enzimático	↑ MTD	↓ dose MTD
<i>Clomipramina</i>	Inhibidor enzimático	↑ MTD	↓ dose MTD
<i>Sertralina</i>	Inhibidor enzimático	Lixeiro ↑ MTD	Sen relevancia clínica
<i>Paroxetina</i>	Inhibidor enzimático	Lixeiro ↑ MTD	Sen relevancia clínica
<i>Citalopram</i>	Inhibidor enzimático	Lixeiro ↑ MTD	Sen relevancia clínica

Ref. *Optimización de los programas de mantenimiento con metadona a través del conocimiento de sus interacciones farmacológicas*, Pinazo, (Trastornos adictivos 2000).

Interaccións entre **ANTICOMICIAIS** e metadona

Fármaco	Mecanismo de acción	Efecto	Recomendación
<i>Fenitoína</i>	Inductor enzimático	↓ MTD	↑ dose MTD
<i>Fenobarbital</i>	Inductor enzimático	↓ MTD	↑ dose MTD
<i>Carbamacepina</i>	Inductor enzimático	↓ MTD	↑ dose MTD
<i>Valproato sódico</i>	Non		
<i>Lamotrigina</i>	Non		
<i>Vigabatrina</i>	Non		
<i>Gabapentina</i>	Non		

Ref. *Optimización de los programas de mantenimiento con metadona a través del conocimiento de sus interacciones farmacológicas*, Pinazo, (Trastornos adictivos 2000).

Interaccións entre **ANTITUBERCULOSOS** e metadona

Fármaco	Mecanismo de acción	Efecto	Recomendación
<i>Rifampicina</i>	Inductor enzimático	↓ MTD/ SAO	↑ dose MTD
<i>Rifabutina</i>	Non		

Ref. *Optimización de los programas de mantenimiento con metadona a través del conocimiento de sus interacciones farmacológicas*, Pinazo, (Trastornos adictivos 2000).

Interaccións entre **ANTIRRETROVIRAIS** e metadona

Fármaco	Mecanismo de acción	Efecto	Recomendación
AZT ( <i>Zidovudina</i> )	Inhibición glicuronidación	↑ AZT	Monitorización toxicidade hematolóxica
ddl ( <i>Didanosina</i> )	↓ absorción e ↑ efecto primeiro paso	↓ ddl	↑ dose ddl
d4T ( <i>Estavudina</i> )	↓ absorción e ↑ efecto primeiro paso	↓ d4T	Sen relevancia clínica
RTV ( <i>Ritonavir</i> )	Inductor/inhibidor enzimático	Posible ↓ MTD. SAO	Monitorización eficacia / toxicidade MTD
ABV ( <i>Abacavir</i> )	Inductor enzimático	↓ MTD. Posible SAO	Monitorizar eficacia MTD
IDV ( <i>Indinavir</i> )	Non		
NFV ( <i>Nelfinavir</i> )	Inductor enzimático	↓ MTD	↑ dose MTD
SQV ( <i>Saquinavir</i> )	Non		
NVP ( <i>Nevirapina</i> )	Inductor enzimático	↓ MTD / SAO	↑ dose MTD
DLV ( <i>Delavirdina</i> )	Inhibidor enzimático	↑ MTD	Monitorizar toxicidade de MTD. ↓ dose MTD
EFV ( <i>Efavirenz</i> )	Inductor/inhibidor enzimático	Posible ↓ o ↑ MTD	Monitorización eficacia / toxicidade MTD

Ref. Optimización de los programas de mantenimiento con metadona a través del conocimiento de sus interacciones farmacológicas, Pinazo, (Trastornos adictivos 2000).

**OUTROS FÁRMACOS****Benzodicepinas**

A asociación de benzodicepinas e metadona produce unha sedación importante e potencia os efectos da metadona.

**Antipsicóticos**

*Fenotiazina*: produce modificacións na absorción e nos niveis plasmáticos.

*Prometazin*: potencia a acción opiácea.

*Haloperidol*, *perfenacina*, *risperidona* e *tioridacina*: a metadona pode inhibi-lo seu metabolismo cun posible aumento dos efectos indesexables.

**ALCOHOL**

- No consumo moderado: non se describiron cambios nos niveis de metadona.
- No consumo agudo: incremento da sedación e depresión respiratoria.
- No consumo crónico: incremento da metabolización con diminución do efecto da metadona.

**COCAÍNA E ANFETAMINAS**

Aumentan os efectos analxésicos da metadona. Por outra banda, a metadona potencia as propiedades reforzadoras da cocaína.

**FASE DE INDUCCIÓN**

Día	Tempo (h)	Dose (mg)	Observacións
1	0	20-30	Dose inicial habitual
1	+3	5-10	Persistencia de síntomas de abstinencia
1	+6	5-10	Persistencia de síntomas de abstinencia
2	0	De 5 a 20 máis có total do día anterior	Axuste da dose en función da resposta á dose total do día anterior
2	+3	5-10	Persistencia de síntomas de abstinencia
3	0	De 5 a 20 máis có total do día anterior	Axuste da dose en función da resposta á dose total do día anterior
4-10	0	De 5 a 20 máis có total do día anterior	Aumento progresivo ata alcanzar dose prefixada ou os efectos buscados

Ref. *Manual de los tratamientos de mantenimiento con opiáceos*, Fernández Miranda y Marina González, 1999.

**MARXES DE DOSES RECOMENDADAS NO CURSO DO TRATAMENTO**

(A dose de metadona adecuada debe determinarse de xeito individualizado)

Fase	Obxectivo	Dose (comentarios)
Dose inicial	Elimina-los síntomas de abstinencia	20-40 mg
Inicio da inducción	Alcanza-lo limiar de tolerancia	+/- 5-10 mg (cada 3-24 h)
Fin da inducción	Establece-la dose axeitada (efectos desexados)	+/- 5-10 mg (cada 5-10 días)
Mantemento	Mante-los efectos desexados (saturación estable dos receptores opiáceos)	Habitualmente 80 +/- 20 mg. Pode exceder 100 mg ou ser inferior a 50 mg

En *Manual de tratamiento con metadona*, Parrino, 1997.







**XUNTA DE GALICIA**  
 CONSELLERÍA DE SANIDADE  
 Comisionado do Plan de Galicia sobre Drogas

Espacio logo UAD

### CONSENTIMENTO INFORMADO.

Don/a. ...., maior de idade con DNI  
 ...., domicilio ....., por medio deste escrito.

#### MANIFESTO:

Que fun informado/a polo médico/a .....do  
 Programa/Subprograma de tratamento .....  
 dos beneficios que se esperan e que tamén fun advertido dos riscos, efectos secundarios, contraindicacións, interaccións e advertencias especiais da medicación empregada e de que teño que tomala tal e como se me indica.

Así mesmo, recibín información completa sobre outros métodos de tratamento e a pesar dos riscos e posibles complicacións desexo comezar este programa/subprograma como parte do meu tratamento. DECLARO que comprendo adecuadamente a información previa subministrada, así como a contida neste documento do que se me entrega copia e que as miñas dúbidas foron aclaradas satisfactoriamente.

#### CONSINTO:

Ser incluído no Programa/Subprograma de tratamento .....  
 como parte do meu tratamento por drogodependencia.

Este consentimento poderá ser revogado se o considero oportuno sen necesidade de expresa-las causas da revogación, tendo en conta as debidas precaucións posteriores ó abandono da medicación.

E en proba de conformidade, pasan a ratificar, coa súa sinatura, este consentimento informado en  
 ..... o ..... de..... de 200...

Paciente

Familiar ou responsable  
 (se procede)

Médico

O día ..... decidín **REVOGA-lo** consentimento para a realización do tratamento referido neste documento.

Sinatura do paciente  
 (ou persoa autorizada)

Sinatura da testemuña

Sinatura do médico

1 copia para o paciente.  
 1 copia para o familiar/responsable.  
 1 copia para a historia clínica.

## **PROGRAMA DE TRATAMENTO CON DERIVADOS OPIÁCEOS (PTDO)**

O PTDO é un programa que integra intervencións médicas, psicolóxicas e sociais. A meta final do tratamento con metadona é a rehabilitación. Para algúns pacientes, o tratamento con metadona pode durar un período relativamente longo. No curso da evolución do meu tratamento con metadona, avaliarase periodicamente a oportunidade e as posibilidades de abandonar este fármaco para estar abstinente de calquera substancia opiácea.

Os **obxectivos específicos** deste programa de tratamento son: eliminar ou reduci-los síntomas de abstinencia a opiáceos mediante a administración continuada dunha pauta substitutiva con derivados opiáceos, para lograr unha melloría do estado de saúde e estabilización da situación sociolegal do paciente.

A **metadona** é un fármaco agonista opiáceo a administración do cal ten o fin de facilita-lo abandono ou redución do consumo de opiáceos e previ-la deterioración asociada a este. É unha droga narcótica que pode ser perigosa se se toma sen a correspondente supervisión médica e crea dependencia como poden facelo a heroína e outros opiáceos.

### **CONTRAINDICACIÓNS:**

- > Non presentar dependencia a opiáceos, alerxia á metadona, analxesia obstétrica, depresión respiratoria ou enfermidade obstrutiva respiratoria, presión intracranial elevada ou lesión cerebral.

### **PRECAUCIÓNS:**

- > Adenoma de próstata, asma ou enfermidade pulmonar obstrutiva crónica, diabete, insuficiencia hepática, insuficiencia renal e hipotiroidismo.

### **INTERACCIÓNS:**

- > A metadona interacciona con antidepressivos, antiepilépticos, antituberculosos, antirretrovirais e antipsicóticos.
- > A asociación de benzodiazepinas e metadona produce unha sedación importante e potencia os efectos da metadona.
- > Doses agudas de alcohol poden provocar sedación e depresión por aumento dos niveis de metadona.

### **EFECTOS SECUNDARIOS:**

Os efectos secundarios da metadona son, en xeral, frecuentes e moderadamente importantes. Os máis característicos son:

- Frecuentemente (10-25%): náuseas, vómitos, estrinximento, sudoración, euforia, depresión respiratoria, apnea. Con tratamentos prolongados aparece tolerancia.
- Ocasionalmente (1-9%): cefalea, axitación, somnolencia, desorientación. Con administración repetida pode aparecer sedación marcada, tremor, convulsións, alteracións do humor (ansiedade, depresión), rixidez muscular, alucinacións, insomnio, hipertensión intracranial, sequidade de boca, espasmo de larínxe, diarrea, cambras abdominais, alteracións do gusto, taquicardia, bradicardia, hipertensión, colapso, parada cardíaca, retención urinaria, redución da libido, impotencia, visión borrosa, nistagmo, diplopía, miose, prurito, urticaria, erupcións cutáneas, edema, dermatite de contacto, dor no punto da inxección, e a inxección subcutánea ocasiona irritación tisular local e induración.

### **ADVERTENCIAS ESPECIAIS:**

- Non se aconsella a conducción de vehículos nin o manexo de maquinarias de precisión durante os primeiros días de tratamento, debido ó risco de aparición de somnolencia, visión borrosa etc.

O paciente comprométese a informar a calquera médico que o atenda da súa participación no Programa de tratamento con derivados opiáceos.

Se vostede, ou algún familiar, desexa maior información, non dubide en consultar a calquera dos médicos do servizo que o atenden.

### **RISCOS PERSONALIZADOS:**



**XUNTA DE GALICIA**  
 CONSELLERÍA DE SANIDADE  
 Comisionado do Plan de Galicia sobre Drogas



**CONSENTIMENTO INFORMADO. Menores e incapacitados.**

Don/a ..... maior de idade, con DNI ..... representante legal do paciente don/a ....., en virtude das facultades que me confire o artigo 6 da Lei de Galicia 3/2001, do 28 de maio reguladora do consentimento informado e da historia clínica dos pacientes, por medio deste escrito.

**MANIFESTO:**

Que fun informado/a polo médico/a .....do Programa/Subprograma de tratamento....., dos beneficios que se esperan e que tamén fun advertido dos riscos, efectos secundarios, contraindicacións, interaccións e advertencias especiais da medicación empregada e de que ten que ser tomada tal e como se me indica.

DECLARO que don/a ..... comeza de maneira libre e voluntaria este programa/subprograma e, así mesmo, que comprendo adecuadamente a información previa subministrada, así como a contida neste documento do que se me entrega copia e que as miñas dúbidas foron aclaradas satisfactoriamente.

**CONSINTO:**

QUE don/a ....., con DNI ..... domicilio ....., por medio deste escrito, sexa incluído no Programa/Subprograma de tratamento ..... como parte do seu tratamento por drogodependencia.

Este consentimento poderá ser revogado, se o considero oportuno, sen necesidade de expresa-las causas da revogación, tendo en conta as debidas precaucións posteriores ó abandono da medicación.

E en proba de conformidade, pasan a ratificar, coa súa sinatura, este consentimento informado en ..... o ..... de..... de 200...

Representante legal

Médico

O día ..... decidín <b>REVOGA-lo</b> consentimento para a realización do tratamento referido neste documento.		
Sinatura do representante legal	Sinatura da testemuña	Sinatura do médico

- 1 copia para o paciente.
- 1 copia para o familiar/responsable.
- 1 copia para a historia clínica.

Aprobado na reunión do 23-04-03 da Comisión de Consentimento Informado (Decreto 247/2002 do 18 de xullo)

## **PROGRAMA DE TRATAMENTO CON DERIVADOS OPIÁCEOS (PTDO)**

O PTDO é un programa que integra intervencións médicas, psicolóxicas e sociais. A meta final do tratamento con metadona é a rehabilitación. Para algúns pacientes, o tratamento con metadona pode durar un período relativamente longo. No curso da evolución do meu tratamento con metadona, avaliarase periodicamente a oportunidade e as posibilidades de abandonar este fármaco para estar abstinente de calquera substancia opiácea.

Os **obxectivos específicos** deste programa de tratamento son: eliminar ou reduci-los síntomas de abstinencia a opiáceos mediante a administración continuada dunha pauta substitutiva con derivados opiáceos, para lograr unha melloría do estado de saúde e estabilización da situación sociolegal do paciente.

A **metadona** é un fármaco agonista opiáceo a administración do cal ten o fin de facilita-lo abandono ou redución do consumo de opiáceos e previ-la deterioración asociada a este. É unha droga narcótica que pode ser perigosa se se toma sen a correspondente supervisión médica e crea dependencia como poden facelo a heroína e outros opiáceos.

### **CONTRAINDICACIÓNS:**

- > Non presentar dependencia a opiáceos, alerxia á metadona, analxesia obstétrica, depresión respiratoria ou enfermidade obstrutiva respiratoria, presión intracranial elevada ou lesión cerebral.

### **PRECAUCIÓNS:**

- > Adenoma de próstata, asma ou enfermidade pulmonar obstrutiva crónica, diabete, insuficiencia hepática, insuficiencia renal e hipotiroidismo.

### **INTERACCIÓNS:**

- > A metadona interacciona con antidepressivos, antiepilépticos, antituberculosos, antirretrovirais e antipsicóticos.
- > A asociación de benzodiazepinas e metadona produce unha sedación importante e potencia os efectos da metadona.
- > Doses agudas de alcohol poden provocar sedación e depresión por aumento dos niveis de metadona.

### **EFECTOS SECUNDARIOS:**

Os efectos secundarios da metadona son, en xeral, frecuentes e moderadamente importantes. Os máis característicos son:

- Frecuentemente (10-25%): náuseas, vómitos, estrinximento, sudoración, euforia, depresión respiratoria, apnea. Con tratamentos prolongados aparece tolerancia.
- Ocasionalmente (1-9%): cefalea, axitación, somnolencia, desorientación. Con administración repetida pode aparecer sedación marcada, tremor, convulsións, alteracións do humor (ansiedade, depresión), rixidez muscular, alucinacións, insomnio, hipertensión intracranial, sequidade de boca, espasmo de larinxe, diarrea, cambras abdominais, alteracións do gusto, taquicardia, bradicardia, hipertensión, colapso, parada cardíaca, retención urinaria, redución da libido, impotencia, visión borrosa, nistagmo, diplopía, miose, prurito, urticaria, erupcións cutáneas, edema, dermatite de contacto, dor no punto da inxección, e a inxección subcutánea ocasiona irritación tisular local e induración.

### **ADVERTENCIAS ESPECIAIS:**

- Non se aconsella a conducción de vehículos nin o manexo de maquinarias de precisión durante os primeiros días de tratamento, debido ó risco de aparición de somnolencia, visión borrosa etc.

O paciente comprométese a informar a calquera médico que o atenda da súa participación no Programa de tratamento con derivados opiáceos.

Se vostede, ou algún familiar, desexa maior información, non dubide en consultar a calquera dos médicos do servizo que o atenden.

### **RISCOS PERSONALIZADOS:**



**XUNTA DE GALICIA**  
 CONSELLERÍA DE SANIDADE  
 Comisionado do Plan de Galicia sobre Drogas



**CONSENTIMENTO INFORMADO. Mulleres en idade de procrear**  
 Programa de tratamento con derivados opiáceos (PTDO)

Don/a ....., maior de idade con DNI ....., domicilio ....., por medio deste escrito.

**MANIFESTO:**

*Que, de acordo coas miñas informacións, actualmente SI/NON estou embarazada.*

Que fun informado/a polo médico/a .....do Programa/Subprograma de tratamento....., dos beneficios que se esperan e que tamén fun advertido dos riscos, efectos secundarios, contraindicacións, interaccións e advertencias especiais da medicación empregada e de que teño que tomala tal e como se me indica.

Así mesmo, recibín información completa sobre outros métodos de tratamento e a pesar dos riscos e posibles complicacións desexo comezar este programa/subprograma como parte do meu tratamento. DECLARO que comprendo adecuadamente a información previa subministrada, así como a contida neste documento do que se me entrega copia e que as miñas dúbidas foron aclaradas satisfactoriamente.

**CONSINTO:**

Ser incluído no Programa de tratamento con derivados opiáceos como parte do meu tratamento de dependencia a opiáceos.

Este consentimento informado poderá ser revogado, en calquera momento que o estime oportuno, sen necesidade de expresa-las causas desta revogación. Neste caso proporcionaránseme os medios para realizar unha desintoxicación en réxime de internamento hospitalario, dadas as repercusións que esta decisión tería sobre a miña saúde e a do meu fillo.

E en proba de conformidade, pasan a ratificar, coa súa sinatura, este consentimento informado en .....o .... de ..... de 200.....

Paciente

Familiar ou responsable  
(se procede)

Médico  
Don/a\_\_\_\_\_

O día ..... decidín **REVOGA-lo** consentimento para a realización do tratamento referido neste documento.

Sinatura do paciente  
(ou persoa autorizada)

Sinatura da testemuña

Sinatura do médico

1 copia para o paciente.  
 1 copia para o familiar/responsable.  
 1 copia para a historia clínica.

Aprobado na reunión do 23-04-03 da Comisión de Consentimento Informado (Decreto 247/2002 do 18 de xullo)

## **PROGRAMA DE TRATAMENTO CON DERIVADOS OPIÁCEOS (PTDO)**

### **Mulleres en idade de procrear**

O PTDO é un programa que integra intervencións médicas, psicolóxicas e sociais. A meta final do tratamento con metadona é a rehabilitación. Para algúns pacientes, o tratamento con metadona pode durar un período relativamente longo. No curso da evolución do meu tratamento con metadona, avaliarase periodicamente a oportunidade e as posibilidades de abandonar este fármaco para estar abstinente de calquera substancia opiácea.

Os **obxectivos específicos** deste programa de tratamento son: eliminar ou reduci-los síntomas de abstinencia a opiáceos mediante a administración continuada dunha pauta substitutiva con derivados opiáceos, para lograr unha melloría do estado de saúde e estabilización da situación sociolegal do paciente.

A **metadona** é un fármaco agonista opiáceo a administración do cal ten como fin facilita-lo abandono ou redución do consumo de opiáceos e preví-la deterioración asociada a el. É unha droga narcótica que pode ser perigosa se se toma sen a correspondente supervisión médica e crea dependencia como pode facelo a heroína e outros opiáceos.

#### **CONTRAINDICACIÓNS:**

- > Non presentar dependencia a opiáceos, alerxia á metadona, analxesia obstétrica, depresión respiratoria ou enfermidade obstrutiva respiratoria, presión intracranial elevada ou lesión cerebral.

#### **PRECAUCIÓNS:**

- > Adenoma de próstata, asma ou enfermidade pulmonar obstrutiva crónica, diabete, insuficiencia hepática, insuficiencia renal e hipotirodismo.

#### **INTERACCIÓNS:**

- > A metadona interacciona con antidepressivos, antiepilépticos, antituberculosos, antirretrovirais e antipsicóticos.
- > A asociación de benzodiazepinas e metadona produce unha sedación importante e potencia os efectos da metadona.
- > Doses agudas de alcohol poden provocar sedación e depresión por aumento dos niveis de metadona.

#### **EFFECTOS SECUNDARIOS:**

Os efectos secundarios da metadona son, en xeral, frecuentes e moderadamente importantes. Os máis característicos son:

- Frecuentemente (10-25%): náuseas, vómitos, estrinximento, sudoración, euforia, depresión respiratoria, apnea. Con tratamentos prolongados aparece tolerancia.
- Ocasionalmente (1-9%): cefalea, axitación, somnolencia, desorientación. Con administración repetida pode aparecer sedación marcada, tremor, convulsións, alteracións do humor (ansiedade, depresión), rixidez muscular, alucinacións, insomnio, hipertensión intracranial, sequidade de boca, espasmo de larínxe, diarrea, cambras abdominais, alteracións do gusto, taquicardia, bradicardia, hipertensión, colapso, parada cardíaca, retención urinaria, redución da libido, impotencia, visión borrosa, nistagmo, diplopía, miopía, prurito, urticaria, erupcións cutáneas, edema, dermatite de contacto, dor no punto da inxección, e a inxección subcutánea ocasiona irritación tisular local e induración.

#### **ADVERTENCIAS ESPECIAIS:**

- Non se aconsella a conducción de vehículos nin o manexo de maquinarias de precisión durante os primeiros días de tratamento, debido ó risco de aparición de somnolencia, visión borrosa etc.

#### **ADVERTENCIAS DURANTE O EMBARAZO:**

- > Os coñecementos relativos ós seus efectos sobre a muller embarazada e o feto son hoxe en día incompletos para garantir que non poñan implicar efectos secundarios importantes ou graves.
- > A metadona transmítese ó feto e pode desencadear nel unha dependencia física. Se a embarazada decidise interromper este tratamento e deixase bruscamente de tomar metadona, é posible que esta ou o feto presenten signos de abstinencia, o que podería prexudicar seriamente o embarazo ou o feto.
- > A paciente comprométese a non utilizar outros medicamentos sen autorización do médico, dado que poden interferir coa metadona causando dano ó neno ou a ela mesma.
- > A metadona é transmitida ó bebé a través do leite materno. O neno non debe ser amamentado, xa que isto pode provocarlle unha dependencia física á metadona.
- > Durante un breve período despois do nacemento, o neno pode presentar unha irritabilidade temporal ou outros síntomas debidos ó uso da metadona por parte da nai.

A paciente comprométese a informar **a calquera médico que a atenda** durante o seu presente ou futuro embarazo e o pediatra que atenda o seu fillo, da súa participación no Programa de tratamento con derivados opiáceos.

*Se vostede, ou algún familiar, desexa maior información, non dubide en consultar a calquera dos médicos do servizo que a atenden.*

#### **RISCOS PERSONALIZADOS:**

## Programa de **tratamento con interdictores do alcohol** PTIA

### XUSTIFICACIÓN

Os interdictores do consumo de alcohol comézanse a utilizar nos tratamentos de deshabitación alcohólica no ano 1948, e aínda que en principio tiveron unha finalidade aversiva, pódense considerar como técnicas disuasorias. Os interdictores son un grupo de substancias de diferentes familias químicas (disulfiram, cianamida cálcica e outras) cun mecanismo de acción inhibitorio da aldehido-deshidroxenasa –ALDH– (enzima encargado da metabolización do acetaldehido, por oxidación, en ácido acético). Cando se consome alcohol non se metaboliza, producíndose un aumento do acetaldehido en sangue, o que resulta nunha intoxicación acetaldehídica, cun típico cadro alérxico, con severa sintomatoloxía disuasoria que se denomina RDE (reacción disulfirum-etanol).

Carecen de efecto psicotrópico e débese informar disto ós pacientes de xeito que lles sirva de freo psicolóxico ante circunstancias concretas que inciten ó consumo. Non actúan directamente sobre o desexo de beber, senón a modo de efecto disuasorio polo feito de estar advertido o paciente dos efectos que se lle producirán pola interacción co alcohol.

O tratamento farmacolóxico con interdictores sempre debe ir acompañado doutras medidas terapéuticas de carácter psicosocial:

- Os interdictores só teñen unha función complementaria-disuasoria dentro dun programa terapéutico.
- O paciente ten que saber que o toma, entende-lo seu sentido e telo aceptado.
- Non actúa en substitución da forza de vontade, senón que o paciente está a exercer-la vontade de non beber facendo voluntariamente unha conducta de evitación que pecha o camiño a posibles impulsos.
- Os interdictores facilitan o pronóstico favorable a longo prazo do paciente cando se inclúe nun programa terapéutico.

### POBOACIÓN RECEPTORA

- Todo paciente que presente unha dependencia do alcohol, que poida beneficiarse dunha medida de contención farmacolóxica en relación co desexo de consumo.

### SITUACIÓNS ESPECIAIS

Entre as **precaucións** cabe destacar:

- A prescrición e administración do fármaco sempre será co coñecemento e consentimento do paciente. Tanto as contraindicacións absolutas como as relativas deberán sopesarse cos beneficios para o paciente e o seguimento de posibles RDE que obriguen á súa retirada.
- Posibilidade de provocar RDE se, previamente ó inicio do tratamento, non existe un período libre de consumo de alcohol (mínimo de 12 horas).
- Advertirase o paciente de que informe os médicos que o atendan de que está tomando un interdictor, co fin de que se valoren as interaccións e efectos indesexables coa prescrición doutras medicacións.
- Advertiráselle que calquera cantidade de consumo de alcohol orixinará RDE con risco para a súa saúde.
- Necesidade de control e seguimento bioquímico de parámetros hepáticos.

- A eficacia do tratamento con interdictores aumenta cando a administración é supervisada por unha persoa responsable desta.
- O efecto do fármaco pode ser excedido pola repetida inxesta de pequenas cantidades de etanol (efecto "burning off").
- Pódese presentar unha síndrome de sobredosificación caracterizada por unha resposta esaxerada ó tratamento en ausencia de alcohol, con sintomatoloxía de astenia, somnolencia diúrna, insomnio, confusión e vertixe a doses consideradas normais.

As **contraindicacións** dos interdictores do alcohol son as propias de cada fármaco e descríbense máis adiante. Tanto no caso das contraindicacións absolutas como das relativas, recoméndase sopesar coidadosamente calquera eventual contraindicación antes de renunciar ó tratamento e establecer alternativas terapéuticas (revisa-la dose, cambio de interdictor...). No caso de incremento das transaminasas GOT e GPT, recoméndase valora-la continuidade do tratamento con interdictores en función do beneficio para o pronóstico do caso. Diversos estudos refiren que a necesidade de retirar-lo fármaco non se presenta en máis do 10% dos casos, sendo a única contraindicación absoluta o descoñecemento da medicación por parte do paciente.

Suxírese a interrupción do tratamento nos seguintes casos:

- Intolerancia hepática.
- Reacción alérxica.
- Presencia de efectos secundarios: neurite óptica, polineurite, somnolencia excesiva, vertixes excesivas.
- Frecuentes RDE.

## OBXECTIVOS ESPECÍFICOS

- Facilita-la conducta abstinente fronte ó consumo do alcohol, previndo recaídas no consumo de bebidas alcohólicas.
- Facilita-lo control de recaídas noutras drogas en dependentes a opiáceos ou cocaína.
- Facilita-la abordaxe terapéutica sobre os factores relacionados co uso de alcohol e outras drogas dende a abstinencia.

## SISTEMÁTICA

### Recomendacións especiais

- Informa-lo paciente de que o fármaco non quita o desexo de beber senón que obriga á reflexión ante a posibilidade dun consumo, polos efectos secundarios asociados.
- Advertir da posible interacción medicamentosa con fármacos de excipiente alcohólico (xaropes, elixir, reconstituíntes, etc.).
- Advertir de non consumir bebidas "sen" alcohol (bitter, cervexa) nin vinagre nin viño nin outro tipo de alcohol para a cociña. Tamén sobre o uso de locións de afeitado e colonias.
- Antes da primeira toma o paciente deberá estar abstinente un mínimo de 12 horas para previlo RDE.
- Asinarase un consentimento informado (**anexo I, anexo I-bis**) no que constarán as interaccións e riscos do tratamento, explicitando a voluntariedade da aceptación da indicación terapéutica.
- A duración aconsellada do tratamento é ó redor dun ano, transitoriamente caben reinstauracións ante o incremento puntual da vulnerabilidade do paciente por eventos vitais internos ou externos.
- Recoméndase a administración supervisada do fármaco por algunha persoa responsable (familiar, etc). No seu defecto, débense valora-las alternativas sociais e doutro tipo que garantan a administración supervisada para incrementa-lo control externo: pacientes con tomas diarias de metadona na UAD, paciente en modalidade semirresidencial, etc.

### Protocolización

#### 1. Selección do paciente

A avaliación da situación do paciente será determinante para a súa inclusión no PTIA. Débese considerar, por unha banda, a necesidade do control/cesamento do consumo de alcohol e por outra os condicionantes físicos, psicolóxicos e sociais.

#### 2. Discuti-la reacción do etanol co aversivo. Información dos riscos e beneficios

Explicacións sobre a RDE e a función do interdictor no seu problema de adicción ás drogas.



### 3. Lectura e sinatura do consentimento informado

A información básica sobre o medicamento prescrito seralle explicada e entregada por escrito.

### 4. Seguimento: intervencións médicas (especialmente o control das enzimas hepáticas), psicolóxicas e sociais e urinoanálises

No caso de que o paciente estea tomando naltrexona prestarase maior atención ó seguimento enzimático polo posible aumento da hepatotoxicidade.

Ademais da toma do interdictor proporcionaráselle ó paciente outras medidas terapéuticas:

- Intervencións breves.
- Consello de saúde.
- Psicoterapia individual.
- Intervencións sociais.
- Prevención de recaídas.
- Psicoterapia de grupo.
- Entrevista motivacional.
- Orientación familiar.
- Terapia familiar.
- Terapia de apoio.
- Terapias farmacolóxicas.
- Intervencións de redución de danos.
- Outras.

Partindo do diagnóstico inicial na área social, en función das carencias que presente, o paciente poderá ser incluído nun programa de incorporación social personalizado (PIP).

Os pacientes no PTIA poden ser incluídos na modalidade semirresidencial de unidade de día; ademais na modalidade residencial de comunidade terapéutica (CT) tamén pode ser útil o uso de interdictores do alcohol tanto na fase de saídas ou como programa de elección trala alta terapéutica de CT.

## DISULFIRAM

O disulfiram emprégase en forma oral, xeralmente en doses de 1 comprimido/día de 250 mg (125-500 mg/24 h).

Débese iniciar cun mínimo de 12 horas despois da última inxesta de alcohol. A súa eficacia, inhibindo o metabolismo do etanol, comeza ás 3-12 horas de instaurada a primeira toma da medicación.

No caso de producirse consumos de etanol, a sintomatoloxía do RDE pódese presentar ós 15-90 minutos da inxesta.

Débese advertir de que as reaccións adversas no caso de inxesta de alcohol se poden presentar ata 7-14 días despois da administración da última toma do medicamento.

O disulfiram inhibe ademais outras enzimas, como a dopamina-beta-hidroxilasa e as oxidasas microsómicas, o que explica algúns dos efectos secundarios do medicamento, directamente atribuíbles ó incremento da dopamina (insomnio, cadros psicóticos) e ó descenso da noradrenalina (hipotensión, somnolencia, fatiga).

A reacción disulfiram-alcohol (RDE) presenta a clínica dunha intoxicación acetaldehídica, á que se suma a sintomatoloxía dun desequilibrio neurovexetativo: ruborización facial, sudoración, náuseas, debilidade, visión borrosa de vértixe, palpitacións precordiais, taquicardia, hipotensión, dispnea, cefalaxia, colapso, confusión e posible reacción psicótica.

A intensidade da reacción depende fundamentalmente da cantidade ingerida de alcohol.

Para o tratamento do RDE empréganse antihistamínicos intravenosos, vitamina C intravenosa, corticoides (nos casos graves) e expansores do plasma. As reaccións leves pódense resolver sen medicación ou con antihistamínicos orais e medidas básicas de reanimación.

### Interaccións farmacolóxicas

- Alcohol etílico.
- Anticoagulantes (warfarina).
- Antidepressivos tricíclicos (amitriptilina, imipramina).
- Benzodiazepinas (clordiacepóxido, diacepam, temacepam).
- Fenitoína.
- Isoniacida.
- Metronidazol.
- Omeprazol.
- Perfenazina.
- Tranilcipromina.
- Xantina.

## Contraindicacións

### Absolutas

- Psicose.
- Alteracións cardiovasculares.
- Epilepsia.
- Diabetes.
- Insuficiencia renal crónica.
- Embarazo.

### Relativas

- Cirrose hepática.
- Bronquite crónica.
- Hipotiroidismo.

Os *efectos secundarios* do disulfiram son en xeral frecuentes. Na maior parte dos casos, as reaccións adversas son unha prolongación da acción farmacolóxica e afectan principalmente o sistema nervioso central, sendo os máis característicos os seguintes:

### Frecuentemente (10-25%)

- Somnolencia e fatiga ó inicio do tratamento.

### Ocasionalmente (1-9%)

- Alteracións do gusto, sabor metálico.
- Halitoses.
- Cefalea, mareo.
- Impotencia.
- Dermatites de contacto, erupcións, urticaria.

### Raramente (<1%)

- Neuropatía óptica e periférica.
- Hepatotoxicidade.
- Reagudizacións psicóticas.

Nestas situacións de interaccións medicamentosas, así como no caso das contraindicacións absolutas desaconséllase o uso do disulfiram, e recoméndase o uso da cianamida cálcica.

## CIANAMIDA CÁLCICA

No caso da reacción cianamida-alcohol, os síntomas son similares ós descritos na RDE.

Recoméndase 36-75 mg/d, en dúas ou tres tomas diarias de 12-25 gotas (unha gota solución contén 3 mg de cianamida).

As principais **interaccións** son as seguintes:

- Antidepressivos (tricíclicos, IMAO): potencia a toxicidade do antidepressivo por alteracións metabólicas.
- Benzodiazepinas.
- Metronidazol. Potencia a toxicidade con cambios no comportamento e confusión.

Entre as **contraindicacións** destacan:

- Enfermidade coronaria ou miocárdica grave.
- Insuficiencia respiratoria.
- Insuficiencia renal grave.
- Precoma hepático.
- Insuficiencia tiroidea.

Os *efectos secundarios* son en xeral frecuentes aínda que leves e transitorios, sendo os máis característicos os seguintes:

### Ocasionalmente (1-9%)

- Somnolencia.
- Fatigabilidade e astenia.
- Mareos.
- Depresión.
- Impotencia sexual.
- Reaccións alérxicas cutáneas.
- Tinnitus.
- Incontinencia urinaria.

### Raramente (<1%)

- Alteracións hepáticas (en tratamentos prolongados a doses altas).
- Elevación transitoria dos leucocitos.

A reacción do fármaco con alcohol pode ter efectos graves no aparello respiratorio (depresión respiratoria) e no corazón (arritmia cardíaca, insuficiencia cardíaca).

A cianamida cálcica ten menos contraindicacións e interaccións, pero tamén é menos eficaz para producir RDE. Ademais a duración do seu efecto é menor polo que deben administrarse dúas ou tres tomas diarias. Nembargantes en pacientes ben informados e motivados pode ser suficiente unha dose pequena para que cumpra a función de freo psicolóxico.

**Cadro comparativo sobre as recomendacións do uso do disulfiram/cianamida cálcica<sup>1</sup>**

	Disulfiram	Cianamida cálcica
	Fármaco de elección	
Mecanismo de acción	Inhibición ALDH, dopamina-beta-hidroxilasa, oxidasas microsómicas	Inhibición ALDH
Inicio do efecto	3-12 h. despois da primeira toma	1-2 h. despois da primeira toma
Duración do efecto	Prolongado (ata 2 sem.)	Limitado (12-18 horas)
Dosificación	250-500 mg/día. 1-2 comprimidos. Monodose	36-75 mg/día 12-25 gotas 3 veces/día
Tratamento continuado <sup>2</sup>	Si	Non
Cambio de interdictor	Esperar 10 días.	Esperar 24 horas.
Polineuropatía	Si	Non
Hepatotoxicidade	+	+++
Reagudiz. psicóticas	Si	Non

1. Bobes, Casas e Gual (1999) modificado de Ritchie (1987).

2. No caso de indicacións de tratamento non diario (tomas en fins de semana, ante situacións de risco puntuais, etc.) é aconsellable o uso da cianamida cálcica. A irreversibilidade da acción inhibitoria da ALDH co disulfiram obriga a tratamentos continuados e advertir da posible aparición de RDE ata 7-15 días despois da última toma. No caso da cianamida cálcica á marxe de tempo é menor, pois o 80% da ALDH recupérase tras 24 horas.

## CRITERIOS DE AVALIACIÓN

Os criterios para a avaliación do Programa de tratamento con interdictores do alcohol baséanse nos indicadores do Sistema de Avaliación Asistencial (SAA). Con base nestes indicadores e para a monitorización do PTIA, priorizaranse os seguintes:

### 1. Indicador de intervencións individuais e grupais

#### 2. Indicador de motivo de saída

- Cambios por reestructuración de obxectivos.
- Cambios por cumprimento de obxectivos.
- Abandonos.
- Alta terapéutica.

#### 3. Indicador de permanencia

- Número de días en programa en función do motivo de saída.





**XUNTA DE GALICIA**  
 CONSELLERÍA DE SANIDADE  
 Comisionado do Plan de Galicia sobre Drogas



**CONSENTIMENTO INFORMADO.**

Don/a. ...., maior de idade con DNI  
 ...., domicilio ....., por medio deste escrito.

**MANIFESTO:**

Que fun informado/a polo médico/a .....do Programa/Subprograma de tratamento .....dos beneficios que se esperan e que tamén fun advertido dos riscos, efectos secundarios, contraindicacións, interaccións e advertencias especiais da medicación empregada e de que teño que tomala tal e como se me indica.

Así mesmo, recibín información completa sobre outros métodos de tratamento e a pesar dos riscos e posibles complicacións desexo comezar este programa/subprograma como parte do meu tratamento. **DECLARO** que comprendo adecuadamente a información previa subministrada, así como a contida neste documento do que se me entrega copia e que as miñas dúbidas foron aclaradas satisfactoriamente.

**CONSINTO:**

Ser incluído no Programa/Subprograma de tratamento ..... como parte do meu tratamento por drogodependencia.

Este consentimento poderá ser revogado se o considero oportuno sen necesidade de expresa-las causas da revogación, tendo en conta as debidas precaucións posteriores ó abandono da medicación.

E en proba de conformidade, pasan a ratificar, coa súa sinatura, este consentimento informado en ..... o ..... de..... de 200...

Paciente

Familiar ou responsable  
(se procede)

Médico

O día ..... decidín **REVOGA-lo** consentimento para a realización do tratamento referido neste documento.

Sinatura do paciente  
(ou persoa autorizada)

Sinatura da testemuña

Sinatura do médico

1 copia para o paciente.  
 1 copia para o familiar/responsable.  
 1 copia para a historia clínica.

Aprobado na reunión do 23-04-03 da Comisión de Consentimento Informado (Decreto 247/2002 do 18 de xullo)

## **PROGRAMA DE TRATAMENTO CON INTERDICTORES DO ALCOHOL (PTIA)**

De maneira xeral, o tratamento farmacolóxico con interdictores debe ir acompañado doutras medidas terapéuticas de carácter psicosocial. Desta maneira:

- Os interdictores só teñen unha función complementaria-disuasoria dentro do marco dun programa terapéutico; non actúan en substitución da "forza de vontade".
- Os interdictores facilitan o prognóstico favorable a longo prazo do paciente cando se inclúen nun programa terapéutico.

Os obxectivos específicos deste programa de tratamento son: facilita-la conducta abstinente fronte ó consumo de alcohol mediante a administración continuada de medicación aversiva (previndo a recaída no consumo de bebidas alcohólicas), e facilita-la abordaxe terapéutica sobre os factores relacionados co uso de alcohol e outras drogas desde a abstinencia.

Os fármacos interdictores do alcohol producen, cando se consome alcohol, unha intoxicación acetaldehídica con severa sintomatoloxía, que pode ir desde un típico cadro alérxico ata colapso circulatorio, denominada reacción disulfiram-etanol (RDE).

### **COLME:**

**Efectos adversos:** os efectos adversos da cianamida cálcica son, en xeral, frecuentes, aínda que leves e transitorios.

- > Ocasionalmente (1-9%): somnolencia, mareos, fatiga, erupcións exantémicas, tinnitus, depresión, impotencia sexual, incontinencia urinaria.
- > Raramente (<1%): leucocitose, alteracións hepáticas (en tratamentos prolongados a doses altas).

### **Advertencias especiais:**

- > A reacción da cianamida cálcica con alcohol pode ter efectos graves no aparello respiratorio (depresión respiratoria) e no corazón (arritmia cardíaca, insuficiencia cardíaca).
- > O tratamento non se debe iniciar ata que transcorresen 12 horas como mínimo desde a última inxesta de alcohol.
- > Non tomar bebidas alcohólicas mentres dure o tratamento nin durante as 24-48 horas seguintes á interrupción deste.
- > A toma ou uso das seguintes substancias pode xerar reacción disulfiram-etanol (RDE), con grave risco para a miña saúde: alcohol, alimentos preparados con alcohol (bombóns, salsas e calquera comida preparada con bebidas alcohólicas), vinagres ou derivados, xarapes, tónicos ou similares, colonias, locións para despois do afeitado ou masaxe con excipiente alcohólico.

### **Riscos personalizados:**

### **ANTABUS:**

**Efectos adversos:** os efectos adversos do disulfiram son, en xeral, frecuentes. As reaccións adversas máis características son:

- > Frecuentemente (10-25%): somnolencia e fatiga ó inicio do tratamento.
- > Ocasionalmente (1-9%): alteracións do gusto (sabor metálico), dispepsia, halitose, cefalea, impotencia, dermatite de contacto, erupcións acneiformes.
- > Raramente (<1%): neuropatía óptica e periférica, psicose, hepatotoxicidade, hepatite colestática, acetonemia.

### **Advertencias especiais:**

- > A reacción do disulfiram con alcohol pode ter efectos graves no aparello respiratorio (depresión respiratoria) e no corazón (arritmias cardíacas, insuficiencia cardíaca).
- > Non tomar bebidas alcohólicas mentres dure o tratamento nin durante polo menos os 7 días seguintes á interrupción deste.
- > A toma ou uso das seguintes substancias pode xerar reacción disulfiram-etanol (RDE), con grave risco para a súa saúde: alcohol, alimentos preparados con alcohol (bombóns, salsas e calquera comida preparada con bebidas alcohólicas), vinagres ou derivados, xaropes, tónicos ou similares, colonias, locións para despois do afeitado ou masaxe con excipiente alcohólico.

### **Riscos personalizados:**

A duración do tratamento establécese arredor dun ano. O paciente comprométese a **informar a calquera médico que o atenda** da súa participación neste Programa de tratamento con interdictores do alcohol.

*Se vostede, ou algún familiar, desexa maior información, non dubide en consultar a calquera dos médicos do servizo que o atenden.*



**XUNTA DE GALICIA**  
 CONSELLERÍA DE SANIDADE  
 Comisionado do Plan de Galicia sobre Drogas

Espacio logo UAD

**CONSENTIMENTO INFORMADO. Menores e incapacitados.**

Don/a ..... maior de idade, con DNI ..... representante legal do paciente don/a ....., en virtude das facultades que me confire o artigo 6 da Lei de Galicia 3/2001, do 28 de maio reguladora do consentimento informado e da historia clínica dos pacientes, por medio deste escrito.

**MANIFESTO:**

Que fun informado/a polo médico/a .....do Programa/Subprograma de tratamento....., dos beneficios que se esperan e que tamén fun advertido dos riscos, efectos secundarios, contraindicacións, interaccións e advertencias especiais da medicación empregada e de que ten que ser tomada tal e como se me indica.

DECLARO que don/a ..... comeza de maneira libre e voluntaria este programa/subprograma e, así mesmo, que comprendo adecuadamente a información previa subministrada, así como a contida neste documento do que se me entrega copia e que as miñas dúbidas foron aclaradas satisfactoriamente.

**CONSINTO:**

QUE don/a ....., con DNI ..... domicilio ..... por medio deste escrito, sexa incluído en el Programa/Subprograma de tratamento ..... como parte do seu tratamento por drogodependencia.

Este consentimento poderá ser revogado, se o considero oportuno, sen necesidade de expresa-las causas da revogación, tendo en conta as debidas precaucións posteriores ó abandono da medicación.

E en proba de conformidade, pasan a ratificar, coa súa sinatura, este consentimento informado en ..... o ..... de..... de 200...

Representante legal

Médico

O día ..... decidín **REVOGA-lo** consentimento para a realización do tratamento referido neste documento.

Sinatura do representante legal

Sinatura da testemuña

Sinatura do médico

1 copia para o paciente.  
 1 copia para o familiar/responsable.  
 1 copia para a historia clínica.

Aprobado na reunión do 23-04-03 da Comisión de Consentimento Informado (Decreto 247/2002 do 18 de xullo)

## **PROGRAMA DE TRATAMENTO CON INTERDICTORES DO ALCOHOL (PTIA)**

De maneira xeral, o tratamento farmacolóxico con interdictores debe ir acompañado doutras medidas terapéuticas de carácter psicosocial. Desta maneira:

- Os interdictores só teñen unha función complementaria-disuasoria dentro do marco dun programa terapéutico; non actúan en substitución da "forza de vontade".
- Os interdictores facilitan o prognóstico favorable a longo prazo do paciente cando se inclúen nun programa terapéutico.

Os obxectivos específicos deste programa de tratamento son: facilita-la conducta abstinente fronte ó consumo de alcohol mediante a administración continuada de medicación aversiva (previndo a recaída no consumo de bebidas alcohólicas), e facilita-la abordaxe terapéutica sobre os factores relacionados co uso de alcohol e outras drogas desde a abstinencia.

Os fármacos interdictores do alcohol producen, cando se consome alcohol, unha intoxicación acetaldehídica con severa sintomatoloxía, que pode ir desde un típico cadro alérxico ata colapso circulatorio, denominada reacción disulfiram-etanol (RDE).

### **COLME:**

**Efectos adversos:** os efectos adversos da cianamida cálcica son, en xeral, frecuentes, aínda que leves e transitorios.

- > Ocasionalmente (1-9%): somnolencia, mareos, fatiga, erupcións exantémicas, tinnitus, depresión, impotencia sexual, incontinencia urinaria.
- > Raramente (<1%): leucocitose, alteracións hepáticas (en tratamentos prolongados a doses altas).

### **Advertencias especiais:**

- > A reacción da cianamida cálcica con alcohol pode ter efectos graves no aparello respiratorio (depresión respiratoria) e no corazón (arritmia cardíaca, insuficiencia cardíaca).
- > O tratamento non se debe iniciar ata que transcorresen 12 horas como mínimo desde a última inxesta de alcohol.
- > Non tomar bebidas alcohólicas mentres dure o tratamento nin durante as 24-48 horas seguintes á interrupción deste.
- > A toma ou uso das seguintes substancias pode xerar reacción disulfiram-etanol (RDE), con grave risco para a miña saúde: alcohol, alimentos preparados con alcohol (bombóns, salsas e calquera comida preparada con bebidas alcohólicas), vinagres ou derivados, xarapes, tónicos ou similares, colonias, locións para despois do afeitado ou masaxe con excipiente alcohólico.

### **Riscos personalizados:**

### **ANTABUS:**

**Efectos adversos:** os efectos adversos do disulfiram son, en xeral, frecuentes. As reaccións adversas máis características son:

- > Frecuentemente (10-25%): somnolencia e fatiga ó inicio do tratamento.
- > Ocasionalmente (1-9%): alteracións do gusto (sabor metálico), dispepsia, halitose, cefalea, impotencia, dermatite de contacto, erupcións acneiformes.
- > Raramente (<1%): neuropatía óptica e periférica, psicose, hepatotoxicidade, hepatite colestática, acetonemia.

### **Advertencias especiais:**

- > A reacción do disulfiram con alcohol pode ter efectos graves no aparello respiratorio (depresión respiratoria) e no corazón (arritmias cardíacas, insuficiencia cardíaca).
- > Non tomar bebidas alcohólicas mentres dure o tratamento nin durante polo menos os 7 días seguintes á interrupción deste.
- > A toma ou uso das seguintes substancias pode xerar reacción disulfiram-etanol (RDE), con grave risco para a súa saúde: alcohol, alimentos preparados con alcohol (bombóns, salsas e calquera comida preparada con bebidas alcohólicas), vinagres ou derivados, xaropes, tónicos ou similares, colonias, locións para despois do afeitado ou masaxe con excipiente alcohólico.

### **Riscos personalizados:**

A duración do tratamento establécese arredor dun ano. O paciente comprométese a **informar a calquera médico que o atenda** da súa participación neste Programa de tratamento con interdictores do alcohol.

*Se vostede, ou algún familiar, desexa maior información, non dubide en consultar a calquera dos médicos do servizo que o atenden.*



## Programa de **tratamento para dependentes a psicoestimulantes** PTDP

### XUSTIFICACIÓN

Os datos do Observatorio de Galicia sobre Drogas indican que a evolución das demandas por cocaína, drogas de síntese e psicoestimulantes en xeral aumentou notablemente a súa incidencia nos últimos anos. Os recursos de tratamento no ámbito das adiccións a drogas centráronse clásicamente no tratamento da heroínodependencia. Ante as novas demandas establécese a necesidade de deseñar un programa específico de tratamento para as persoas con abuso e/ou dependencia a psicoestimulantes.

As persoas que demandan tratamento por psicoestimulantes presentan un perfil que pode caracterizarse como máis conservador que os que inician tratamento por heroína, aínda que dentro deste amplo colectivo de pacientes, pódese sinala-la existencia de diversas tipoloxías.

### Tipoloxía de pacientes consumidores de estimulantes

Tipo I	Tipo II	Tipo III	Tipo IV
Única substancia	Policonsumo	Segunda substancia	Alcohol e cocaína

Baixo o **tipo I** estarían as persoas que presentan uso problemático ou abuso da cocaína fundamentalmente e que a nivel sociolaboral, familiar e persoal manteñen un adecuado funcionamento e integración. Un consumo mantido durante anos sen unha clínica aparente, normalmente asociado a situacións de relación social. Nalgúns pacientes pódense presentar cadros inespecíficos (insomnio, irritabilidade, disforia).

Baixo o **tipo II** estarían pacientes novos con pautas de policonsumo, onde aparece asociado o consumo de varias substancias-droga: psicoestimulantes (cocaína, anfetaminas, drogas de síntese), alcohol e cannabis. Trátase dun consumo fundamentalmente grupal, existindo un amplo abano de consumidores con diversas manifestacións clínicas (descompensación psiquiátrica, cadros de intoxicación...) mediadas polos recursos persoais e familiares e pola existencia dunha certa vulnerabilidade individual.

No **tipo III** atopamos a pacientes con dependencia a opiáceos de longa evolución, normalmente incluídos no Programa de tratamento con derivados opiáceos (PTDO), asociado tamén ó abuso de benzodiazepinas e alcohol, con severa deterioración psicolóxica e física e consumo intravenoso frecuente. Neste subgrupo destaca a longa experiencia nos recursos de tratamento e a non apreciación inicial do problema, o que dificulta a motivación cara á abstinencia (consideran que o seu problema está en relación co consumo de opiáceos).

No **tipo IV** o fundamental sería a problemática co alcohol e a existencia de trastornos de personalidade de base, sendo este o que condiciona o tratamento e o pronóstico. Nestes pacientes a cocaína non é a droga de elección estando máis ben en relación coa intoxicación alcohólica, xogando o papel de recupera-lo nivel de consciencia ("borracheira lúcida") e posibilita-lo mantemento do consumo de alcohol. É frecuente o contacto con varios recursos de tratamentos en continuidade. Tipicamente patrón de abuso.

## POBOACIÓN RECEPTORA

- Pacientes que presentan consumo/dependencia de substancias psicoestimulantes como droga principal.

## SITUACIÓNS ESPECIAIS

- Politoxicomanía, fundamentalmente nos pacientes no Programa de tratamento con derivados opiáceos. Nestas situacións é importante valora-la intervención prioritaria e os efectos colaterais do consumo doutras substancias (benzodiazepinas, alcohol...).
- No caso dos menores de idade e pacientes en momentos evolutivos nos que está en marcha o proceso de identificación e autoafirmación persoal, valora-lo risco da exposición a modelos de maior idade e experiencia nas modalidades de tratamento que impliquen traballo grupal.
- Nos modelos de abordaxe grupal valorarase a homoxeneidade do grupo para favorecer-la aprendizaxe, os procesos de identificación e a autoaxuda.

## RISCOS E PRECAUCIÓNS

- O consumo de cocaína altera a inmunidade, polo que deberá terse especialmente en conta no caso de pacientes VIH; así mesmo atravesada a placenta e pasa ó leite materno.
- Valorarase a presenza de patoloxía psiquiátrica asociada: estados paranoides, crises de angustia, trastornos afectivos, trastornos sexuais, trastornos da conduta alimentaria e trastornos da personalidade, fundamentalmente.

## OBXECTIVOS ESPECÍFICOS

- Aumenta-lo control sobre a conduta de consumo de drogas, aumentando os tempos de abstinencia.
- Extinción da conduta de consumo de drogas.
- Aumenta-la motivación para a abstinencia.
- Mellora-lo funcionamento social e aumenta-lo apoio social.
- Modifica-los hábitos prexudiciais para a saúde.
- Restablecemento do nivel de saúde.

## SISTEMÁTICA

### Recomendacións especiais

Informar sobre a aparición dunha síndrome de abstinencia trala interrupción ou redución brusca do consumo prolongado de estimulantes, caracterizada por un estado de ánimo disfórico con ansiedade, depresión e irritabilidade xunto con síntomas de fatiga, insomnio e/ou hipersomnias, sonos vívidos e desagradables, aumento do apetito e lentificación e/ou axitación psicomotriz.

Nos pacientes deste programa pode ser de utilidade a abordaxe das dependencias asociadas (alcohol, benzodiazepinas, heroína). En moitos pacientes o consumo de alcohol é un disparador do consumo de cocaína, deste xeito a contención farmacolóxica para a abstinencia ó alcohol podería axudar á deshabitación.

No caso de consumos de drogas por vía endovenosa traballarase a redución de danos (consumo de menor risco, fundamentalmente) simultaneamente á abordaxe da deshabitación.

Valora-la posibilidade de ingreso para desintoxicación hospitalaria, nos seguintes casos (tanto pacientes tipo I como tipo III):

- Maior gravidade pola impulsividade e o descontrol no consumo (*binge*).
- Consumos intravenosos de risco.
- Desestabilización psiquiátrica.
- Problemática orgánica asociada.

Na primeira fase do tratamento poderá traballarse na liña das intervencións da entrevista motivacional de Miller e Rollnick co fin de aumenta-la conciencia de problema e motivar para a continuidade no tratamento.

Informarase da abordaxe grupal. O programa grupal de afrontamento para o abuso e dependencia de psicoestimulantes recoméndase fundamentalmente no programa de tratamento cognitivo-conductual (TCC) proposto polo NIDA.

## Protocolización

### 1. Acolida e valoración

A primeira fase do tratamento, a avaliación biopsicosocial, realizarase no programa de orientación e acolida previo á entrada no programa. Decidirase tamén a modalidade máis adecuada: ambulatoria, semirresidencial ou residencial.

### 2. Explicación do PTDP

Nesta fase realizarase apoio psicofarmacolóxico se fose necesario.

Explicarase ó paciente a sistemática de traballo (frecuencia de intervencións, abordaxe individual e grupal). Serán o psicólogo ou o médico os encargados de da-la entrada neste programa de tratamento.

### 3. Seguimento: intervencións médicas, psicolóxicas e sociais

Intervención médica: realizarase abordaxe farmacolóxica se se require, tanto da sintomatoloxía psiquiátrica asociada ó cesamento do consumo como posteriormente da patoloxía concomitante. Valorarase a prescrición de interdiores do alcohol como apoio ó proceso de deshabitación.

Intervención psicosocial: información sobre as medidas de control de estímulos precisas para evita-las recaídas no consumo nos primeiros momentos da deshabitación e para o manexo máis adecuado do *craving*.

Inclusión dos pacientes no programa grupal de afrontamento para o abuso e dependencia de psicoestimulantes fundamentado no programa de tratamento cognitivo-conductual (TCC) que se recolle no **anexo II**.

Ademais das técnicas específicas da terapia cognitivo conductual, tamén se levarán a cabo outras intervencións:

- Intervencións breves.
- Consello de saúde.
- Psicoterapia individual.
- Intervencións sociais.
- Prevención de recaídas.
- Psicoterapia de grupo.
- Entrevista motivacional.
- Orientación familiar.
- Terapia familiar.
- Terapia de apoio.
- Terapias farmacolóxicas.
- Intervencións de redución de danos.
- Outras.

Partindo do diagnóstico inicial na área social, en función das carencias que presente, o paciente poderá ser incluído nun programa de incorporación social personalizado (PIP).

## CRITERIOS DE AVALIACIÓN

Os criterios para a avaliación do Programa de tratamento para dependentes a psicoestimulantes baséanse nos indicadores do Sistema de Avaliación Asistencial (SAA). Con base nestes indicadores, e para a monitorización do PTDP, priorizaranse os seguintes:

### 1. Indicador de intervencións individuais e grupais

### 2. Indicador de motivo de saída

- Cambios por reestructuración de obxectivos.
- Cambios por cumprimento de obxectivos.
- Abandonos.
- Alta terapéutica.

### 3. Indicador de permanencia

- Número de días en programa en función do motivo de saída.



## PROGRAMA GRUPAL DE AFRONTAMENTO Ó CONSUMO DE COCAÍNA E OUTROS PSICOESTIMULANTES

Os tratamentos cognitivos-conductuais (TCC) para o tratamento dos trastornos por abuso de substancias son os enfoques psicossociais que con máis frecuencia foron avaliados e demostraron comparativamente un máis alto nivel de validación/eficacia empírica. A revisión de estudos que comparan a TCC con outros tratamentos achegan resultados favorables á TCC en canto a reducir a severidade das recaídas, aumentar a duración dos efectos terapéuticos e adecuar o tratamento ó paciente.

O programa grupal para pacientes con abuso e/ou dependencia a cocaína e outros estimulantes que se presenta a continuación forma parte dos manuais terapéuticos para a adicción a drogas, creados baixo o apoio do NIDA. Descríbense, a continuación, os principios básicos, obxectivos e inclúese unha proposta de desenvolvemento por sesións.

Dende a TCC enténdense os problemas de adicción a drogas como unha conducta aprendida. Os mesmos mecanismos implicados na súa aprendizaxe, que culmina na adicción, servirán para “desaprender”. Partindo da análise funcional expóñense e practícanse estratexias de afrontamento, tanto específicas de rexeitamento a drogas, como xerais, co fin de que os pacientes sexan cada vez máis competentes en recoñecer, evitar e afrontar situacións que potencialmente poderían levar ó consumo.

### PRINCIPIOS BÁSICOS

> A conducta é aprendida. A TCC baséase na teoría da aprendizaxe social.

A explicación do uso e abuso de substancias apréndese en función de tres procesos:

- Modelamento.
- Condicionamento operante (apréndese polas consecuencias).
- Condicionamento clásico (asociación do consumo de cocaína e outros estimulantes con diferentes estímulos condicionados).

> Análise funcional.

Análise das circunstancias de cada episodio de consumo e das habilidades e recursos persoais.

> Adestramento en habilidades:

O obxectivo do tratamento é axudar a desaprender antigas conductas ineficaces e aprender outras novas.

- Habilidades para o control do consumo (situacións, pensamentos, rexeitar ofrecementos de drogas...).
- Habilidades sociais.
- Habilidades para o afrontamento doutras situacións estresantes.

### OBXECTIVOS DO GRUPO

- Aumentar a motivación para a abstinencia (perdas e ganancias co consumo).
- Ensinar habilidades de afrontamento.
- Cambiar as continxencias dos reforzadores.
- Promover o manexo de estados afectivos dolorosos.
- Mellorar o funcionamento interpersonal e aumentar os apoios sociais.

### PROPOSTA DE SESIÓNS

1. Introducción.

- Establecemento da relación terapéutica.
- Aumentar a motivación.
- Negociar os obxectivos do tratamento.
- Informar sobre as complicacións orgánicas e psicopatolóxicas do consumo de cocaína e outros estimulantes.
- Informar sobre o proceso de deshabitación (fases de Gawin e Kebler).

2. Afrontar o *craving*.

- Comprender as experiencias persoais do *craving*.
- Recoñecer o *craving* como unha experiencia normal, limitada no tempo.
- Identificar claves e disparadores do *craving*.
- Aprender e practicar técnicas de control de impulsos de consumo.

3. Aumentar a motivación e o compromiso para deixar de consumir.
  - Aclarar obxectivos persoais.
  - Manexar a ambivalencia respecto da abstinencia.
  - Identificar e afrontar os pensamentos sobre a cocaína.
4. Situacións de alto risco (SER).
  - Identificar SAR persoais.
  - Práctica de alternativas a SAR.
5. Habilidades para o rexeitamento.
  - Avaliar e controlar a dispoñibilidade de psicoestimulantes.
  - Práctica de habilidades para o rexeitamento.
  - Adestramento en asertividade.
6. Decisións aparentemente irrelevantes (DAI).
  - Explicación de DAIS e a súa relación coas situacións de alto risco.
  - Identificar exemplos persoais.
  - Practicar decisións máis seguras.
7. Plan de afrontamento xeral.
  - Anticipar situacións futuras de alto risco.
  - Elaborar un plan de afrontamento persoal.
8. Resolución de problemas e manexo do caso.
  - Adestramento en resolución de problemas.
  - Identificación de barreiras para a abstinencia.
9. Redución de conductas risco para VIH, VHC, VHB e outras patoloxías infecciosas (ETS).
  - Avaliar o risco persoal para o contaxio. Uso de escala autoaplicada.
  - Traballo sobre motivación e barreiras para os cambios.
  - Directrices específicas sobre redución de risco, tanto por consumo de drogas coma por relacións sexuais.
10. Sesión con persoas significativas para o paciente.
  - Aprender sobre o tratamento no que os pacientes están implicados.
  - Identificar modos de axudar os pacientes.
11. Sesión final de avaliación.
  - Retroacción sobre o funcionamento do grupo e a súa utilidade práctica.
  - Motivar para continuar o tratamento.

## Subprograma de **tratamento de desintoxicación** STD

### XUSTIFICACIÓN

O Subprograma de tratamento de desintoxicación, consiste nun conxunto de medidas farmacolóxicas e douro tipo, encamiñadas á suspensión no consumo de substancias psíquicas e ó tratamento e superación da sintomatoloxía de abstinencia.

Esta etapa non pode considerarse suficiente para a resolución da problemática da drogodependencia, mais, sen dúbida, é unha opción que lle permite ó drogodependente iniciar un tratamento que o achegue á rede asistencial. Ten que ser seguida por un tratamento de deshabitación completo para tratar de solucionar a dependencia psíquica e facilita-la reincorporación social do paciente.

O período, ou fase de desintoxicación, é un bo momento para analizar outros aspectos tamén relevantes:

- Establecer vínculo terapéutico.
- Completar anamneses.
- Motivación e participación do paciente nun programa posterior (libre de drogas, naltrexona, etc.).
- Reforzamento da toma de decisión na cesación do consumo.

As clasificacións das desintoxicacións pódense sintetizar nos seguintes tipos tendo en conta dous criterios: ámbito onde se realiza e tipo de abordaxe farmacolóxica utilizada:

#### Ámbito onde se realiza

- D. ambulatorias.
- D. domiciliarias.
- D. hospitalarias.

#### Abordaxe farmacolóxica utilizada

- D. clásicas: tanto por opiáceos como por outro tipo de drogas.
- D. inducidas por antagonistas opiáceos:
  - D. curtas.
  - D. ultracurtas.

Deste xeito, poderíamos considerar como **viabes, dentro da rede do PGD**, a realización dos seguintes tipos de desintoxicacións:

#### Desintoxicacións hospitalarias

Incluiría as desintoxicacións clásicas, curtas e ultracurtas.

#### Desintoxicacións ambulatorias

Incluiría as desintoxicacións clásicas e curtas.

### Desintoxicacións domiciliarias

Permiten o manexo terapéutico das pautas familiares no seu medio. A súa realización correspondería a casos excepcionais, que requiran o dito manexo terapéutico, e incluíría os mesmos tipos de desintoxicacións cós das ambulatorias.

## POBOACIÓN RECEPTORA

Existe unha indicación terapéutica clara: o tratamento dun drogodependente, de calquera tipo de substancia, no que sexa necesaria a superación da dependencia física.

Ademais, deberanse considera-los seguintes criterios de inclusión na abordaxe de:

### Desintoxicación hospitalaria

- Coexistencia dunha patoloxía orgánica ou psíquica grave que esixa a súa abordaxe simultánea nun medio máis especializado como a unidade de desintoxicación hospitalaria (UDH).
- Fracasos repetidos en desintoxicación ambulatoria.
- Desintoxicacións ultracurtas.
- Falta de apoio sociofamiliar que permita a abordaxe en ámbito ambulatorio por falta de contención externa.

### Desintoxicacións ultracurtas

- Pacientes altamente motivados, colaboradores e con adecuado apoio familiar.
- Suxeitos enmarcados no concepto de abusador ou "ciclodependente".
- Consumidores de heroína de menos de 1/2 g/día.
- Ben conservados fisicamente, sen patoloxía orgánica grave.
- Sen psicopatoloxía grave activa.

### Desintoxicacións curtas

- Pacientes motivados, colaboradores e con adecuado soporte familiar.
- Pacientes cun maior grao de dependencia a opiáceos cós anteriores pero con consumos de heroína inferiores a 1 g/día.

## SITUACIÓNS ESPECIAIS

Os procesos de desintoxicación non son inmediatamente aplicables a tódolos pacientes drogodependentes que o soliciten. Débese ter en conta que existen situacións nas que é necesario valorar con extraordinaria cautela a indicación dun tratamento de desintoxicación e que incluso o poden contraindicar, fundamentalmente:

- Pacientes cunha patoloxía orgánica grave.
- Determinados cadros psiquiátricos.
- Pacientes embarazadas.
- Constancia previa de intolerancia ós fármacos empregados.

Tendo en conta estas precaucións xerais, no **anexo I** ofrécense, a nivel orientativo, unha listaxe de criterios de risco que hai que valorar nunha desintoxicación. Partindo dende unha situación de risco 1 (onde estaría indicado calquera tipo de desintoxicación), ata chegar a unha situación de risco 4 (onde o recomendable sería estabilizar primeiro o paciente nun programa de mantemento con agonistas opiáceos, valorándose a súa desintoxicación posteriormente).

- Aínda que a inclusión nun Programa de tratamento con derivados opiáceos (PTDO) é un criterio de exclusión das desintoxicacións ultracurtas, cabería considerar aqueles casos de pacientes en PTDO (cunha evolución favorable), nos que está indicado o cambio a Programa de tratamento libre de drogas/Programa de tratamento con antagonistas opiáceos, e fracase a fase de retirada de metadona ó chegar a limiares de dosificación de 10-20 mg de metadona.
- A mesma consideración terán os casos de desintoxicación con metadona, con idéntico limiar de desintoxicación e sempre que se cumpran os criterios de inclusión antes mencionados.



## OBXECTIVOS ESPECÍFICOS

Os obxectivos específicos que se perseguen son:

- Elimina-la dependencia física.
- Conseguir unha orientación ou derivación adecuada a un determinado recurso.
- Promover no paciente unha actitude positiva para continua-lo seu proceso terapéutico.

Sinalar tamén que un dos obxectivos que se perseguen coas pautas curtas e ultracurtas de desintoxicación é a "**antagonización opióide**" do paciente heroíno-dependente.

## SISTEMÁTICA

### Tipos de desintoxicación

#### A. Segundo o ámbito onde se realiza

- *Desintoxicación ambulatoria*: é a modalidade máis frecuente. O paciente permanece no seu medio, preferentemente cun familiar ou persoa de apoio, e acode á UAD ou centro sanitario de referencia coa frecuencia que o equipo determine (diaria ou 2-3 veces por semana). O médico proporciónalles unha pauta de fármacos para supera-la síndrome de abstinencia.
- *Desintoxicación domiciliaria*: realízase na vivenda do paciente e/ou familiares, ou en vivendas de "familias de apoio", onde se despraza o equipo sanitario da UAD.
- *Desintoxicación hospitalaria*: realízase na UDH baixo supervisión médica. Procédese á suspensión no consumo da substancia e administráranse fármacos para evita-la aparición da síndrome de abstinencia.

#### B. Segundo a abordaxe farmacolóxica utilizada

- *Desintoxicación clásica*: realízase en medio ambulatorio. No caso de dependentes a opiáceos, consiste na administración de agonistas alfa-2-adrenérxicos (clonidina), agonistas opiáceos (tipo metadona, dextropropoxifeno, ...) e o apoio de medicación hipnosedante e analxésica. A duración aproximada é de 7-10 días e de 21 no caso da metadona.
- *Desintoxicación curta*: en medio ambulatorio. Adminístrase un agonista alfa-2-adrenérxico e posteriormente un antagonista opiáceo (naltrexona). A duración aproximada é de 3-5 días.
- *Desintoxicación ultracurta*: en medio hospitalario. Indúcese de xeito brusco a síndrome de abstinencia mediante a administración dun antagonista opiáceo (naloxona), ó tempo que se administran fármacos que producen alta sedación. A duración aproximada é menor ou igual a 24 horas.

## Protocolización

### 1. Avaliación do paciente

A avaliación da situación do paciente será determinante para a súa inclusión no STD. Débese considerar por unha banda a necesidade do cesamento do consumo e por outra as condicións físicas, psicolóxicas e sociais do paciente, así como a súa motivación para cumprir adecuadamente co proceso de desintoxicación.

### 2. Selección do tipo de desintoxicación

En función do estado de saúde do paciente, a presenza ou ausencia de psicopatoloxía, o consumo simultáneo doutras drogas, apoio sociofamiliar, etc.

### 3. Asignación do paciente ó subprograma

*Desintoxicación hospitalaria*: remitírase o paciente á UDH de referencia co correspondente protocolo de ingreso ou informe de derivación (**anexo II**) e a UDH remitirá á UAD o correspondente informe de alta (**anexo III**), sexa cal sexa o seu motivo.

As listas de espera para ingreso na UDH, centralizaríanse nas respectivas UAD, debendo comunicala UDH correspondente a praza vacante. Cando a UDH comunique á UAD que ten unha praza libre para efectua-lo correspondente ingreso, a UAD debe envía-lo protocolo de derivación á UDH (**anexo II**) coa información actualizada.

*Desintoxicacións ambulatorias efectuadas mediante a abordaxe clásica e das domiciliarias*:

- Valoración da síndrome de abstinencia que poida producirse trala suspensión do consumo (segundo o protocolo do **anexo IV**).
- Instauración da pauta de medicación máis axeitada, para elimina-la sintomatoloxía de abstinencia.

- Control das constantes vitais correspondentes (segundo o protocolo do **anexo V**) e os efectos secundarios (segundo o protocolo do **anexo VI**), co fin de valorar reaxustes na medicación utilizada.

#### 4. Información sobre o proceso

Informa-lo paciente sobre as características do proceso de desintoxicación, así como dos riscos, efectos secundarios e incompatibilidades da medicación empregada.

#### 5. Lectura e sinatura do consentimento informado (**anexo VII**)

#### 6. Outras intervencións deste subprograma

- Consello de saúde.
- Apoio psicolóxico.
- Orientación familiar.
- Apoio social.
- Entrevista motivacional.
- Programación de actividades e deportes.
- Outras.

### **CRITERIOS DE AVALIACIÓN**

Os criterios para a avaliación do Subprograma de tratamento de desintoxicación, baséanse nos indicadores do Sistema de Avaliación Asistencial (SAA). De acordo con estes indicadores e para a monitorización do STD, priorizaranse os seguintes:

#### **1. Número de pacientes asignados ó subprograma**

#### **2. Número e tipo de desintoxicacións realizadas**

#### **3. Indicador de motivo de saída**

- Cambios por reestructuración de obxectivos.
- Cambios por cumprimento de obxectivos.
- Abandonos.

#### **4. Indicador de permanencia**

- Número de días en programa en función do motivo de saída.

## TÁBOA ORIENTATIVA DE CRITERIOS DE RISCO

	Risco 1	Risco 2	Risco 3	Risco 4
<b>Estado de saúde</b>	SAN. Física e analiticamente conservado ou leve alteración. Non diabete, HTA, patoloxía cardiorresp. ou insuficiencia renal.	Moderada alteración física e/ou analítica. Patoloxía orgánica compensada.	Severa alteración física e/ou analítica. Patoloxía orgánica descompensada.	Deterioración física extrema. Caquexia. Embarazo.
<b>Tratamento médico</b>	Non tratamento ou tratamento por problema banal.	Tratamento por problema serio ou patoloxía de base.	–	–
<b>Psicopatoloxía</b>	Ausente. Non a tratamento psicofarmacolóxico.	Psicopatoloxía menor. Psicopatoloxía moderada compensada e/ou a tratamento.	Psicopatoloxía moderada, descompensada e/ou non a tratamento. Psicopatoloxía grave compensada.	Psicopatoloxía grave compensada.
<b>Consumo doutras drogas (alcohol, cocaína, benzodiazepinas, barbitúricos)</b>	Non consumo ou hai $\geq 48$ h.	Abuso ou consumo hai $< 48$ h.	Dependencia ou consumo hai $< 24$ h.	–
<b>Consumo de heroína</b>	$< 250$ mg/día	$\geq 250$ e $< 500$ mg/día	$\geq 500$ e $< 1000$ mg/día	$\geq 1000$ mg/día
<b>Valoración</b>	–	2 ou máis items	2 ou máis items	1 ou máis items
<b>Tipo desintoxicación recomendable</b>	Todas.	Valorar exclusión de desintoxicacións ultracurtas.	Exclusión desintoxicacións ultracurtas. Valorar exclusión de desintoxicacións curtas.	Valorar non desintoxica-lo paciente, procurando primeiro a súa estabilización nun programa de mantemento con agonistas opiáceos.





**XUNTA DE GALICIA**  
**CONSELLERÍA DE SANIDADE**  
 Comisionado do Plan de Galicia sobre Drogas

Espacio logo UAD

## INFORME DE DERIVACIÓN Á UDH

1. DATOS DE FILIACIÓN (nome do paciente) \_\_\_\_\_
2. DATA DA PETICIÓN DE INGRESO NA UDH \_\_\_\_\_
3. DOCUMENTACIÓN QUE SE XUNTA:
  - Fotocopia da folia de admisión a tratamento do SAA (Sistema de Avaliación Asistencial).
  - Fotocopia do historial toxicolóxico do paciente (segundo o resumo adxunto).
  - Fotocopia das últimas analíticas dispoñibles (evita-la duplicidade de analíticas, especialmente seroloxías de hepatite e VIH).

### DATOS UDH

#### Motivos para derivación á UDH

- A. Patoloxía orgánica grave.
- B. Patoloxía psíquica grave.
- C. Fracasos repetidos en desintoxicacións ambulatorias.
- D. Falta apoio sociofamiliar.
- E. Desintoxicacións ultracurtas.

#### Existencia de desintoxicacións hospitalarias previas (incluídas as realizadas en hospitais privados)

- A. Si      ¿Cantas? \_\_\_\_\_
- B. Non
- C. Descoñecido

#### Diagnóstico no momento do ingreso

- CIE-10 \_\_\_\_\_
- DSM-IV Eixe I \_\_\_\_\_
- Eixe II \_\_\_\_\_
- Eixe III \_\_\_\_\_
- Eixe IV \_\_\_\_\_
- Eixe V \_\_\_\_\_

#### Orientación terapéutica no momento da alta da UDH \_\_\_\_\_

- A. PTDO (Programa de tratamento con derivados opiáceos).
- B. PTANO (Programa de tratamento con antagonistas opiáceos).
- C. PTLD (Programa de tratamento libre de drogas).
- D. CT (comunidade terapéutica).
- E. Outras \_\_\_\_\_

#### Patoloxía médica relevante

<b>RESUMO DO HISTORIAL DE CONSUMO DE DROGAS</b>				
<b>Substancia principal</b>	<b>Idade de inicio ó consumo</b>	<b>Idade de inicio á adicción</b>	<b>Pauta de consumo</b>	<b>Vía de consumo</b>
<b>Outras substancias</b>	<b>Idade de inicio ó consumo</b>	<b>Idade de inicio á adicción</b>	<b>Pauta de consumo</b>	<b>Vía de consumo</b>
<b>Tratamentos anteriores</b>	<b>Data inicio-finalización</b>	<b>Centro Entidade</b>	<b>Observacións</b>	



## INFORME DE ALTA NA UDH

### UDH \_\_\_\_\_

DATA DE INGRESO \_\_\_\_\_

DATA DE ALTA \_\_\_\_\_

MOTIVO DE ALTA \_\_\_\_\_

- Alta terapéutica
- Alta voluntaria
- Alta forzosa (expulsión)
- Abandono
- Falecemento
- Outros \_\_\_\_\_

### Diagnóstico no momento da alta

CIE-10 \_\_\_\_\_

DSM-IV Eixe I \_\_\_\_\_

Eixe II \_\_\_\_\_

Eixe III \_\_\_\_\_

Eixe IV \_\_\_\_\_

Eixe V \_\_\_\_\_

### Tipo de tratamento de desintoxicación

1. Desintoxicacións clásicas.
2. Desintoxicacións ultracurtas.
3. Desintoxicacións curtas.

UAD á que se deriva \_\_\_\_\_

### Comentarios sobre pauta farmacolóxica administrativa

(tipo de fármacos utilizados, doses, reaxustes, data comezo naltrexona...)

### Incidencias durante o ingreso na UDH

**CONXUNTAMENTE CO INFORME DE ALTA DA UDH, REMITIR Á UAD AS FOTOCOPIAS DE ANALÍTICAS E/OU EXPLORACIÓNS COMPLEMENTARIAS REALIZADAS DURANTE O INGRESO HOSPITALARIO.**







## VALORACIÓN DA SÍNDROME DE ABSTINENCIA

### ESCALA S.A.O.

Nome paciente \_\_\_\_\_

Nº Hª clínica \_\_\_\_\_

Data de ingreso \_\_\_\_\_

Síntomas	Días									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Total (max. 9 puntos)										
Osteomioartralgias										
Cambras-parestesias										
Distermias-calafríos										
Espasmos intestinais										
Náuseas										
Palpitacións										
"Craving" (de 0 a 3)										

Signos	Días									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Total (max. 21 puntos)										
Ansiedade (1)										
Irritabilidade (2)										
Axitación (3)										
Bocexos										
Facies febril										
Tremores.										
Sacudidas musculares										
Vómitos										
Piloerección.										
Cute anserina										
Diarrea										
Diaforese										
Esbirros. Rinorrea										
Lagrimexo										
Taquipnea:										
20-30 c/mn (1)										
máis 30 c/mn (2)										
Taquicardia:										
90-120 l/mn (1)										
máis 120 l/mn (2)										
Hipertensión:										
máis 140/90 mmHg (1)										
máis 160/95 mmHg (2)										
Midriase:										
Leve (1)										
Moderada (2)										
Intensa (3)										
TOTAL										

### VALORACIÓN

- SAO leve: 0-10 puntos.
- SAO moderada: 11-20 puntos.
- SAO severa: 21-30 puntos.





**XUNTA DE GALICIA**  
**CONSELLERÍA DE SANIDADE**  
 Comisionado do Plan de Galicia sobre Drogas

## CONSTANTES VITAIS

### ESCALA DE EVOLUCIÓN DA SÍNDROME DE ABSTINENCIA

Nome paciente \_\_\_\_\_

Nº Hª clínica \_\_\_\_\_

Data de ingreso \_\_\_\_\_

Constantes biolóxicas	Días									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Temperatura										
Frecuencia respiratoria										
Diámetro pupilar										
Tensión arterial	1ª toma									
	2ª toma									
	3ª toma									
	4ª toma									
Pulso	1ª toma									
	2ª toma									
	3ª toma									
	4ª toma									





XUNTA DE GALICIA

CONSELLERÍA DE SANIDADE

Comisionado do Plan de Galicia sobre Drogas

## VALORACIÓN DOS EFECTOS SECUNDARIOS

### REGISTRO DE EFECTOS SECUNDARIOS

Nome paciente \_\_\_\_\_

Nº Hª clínica \_\_\_\_\_

Data de ingreso \_\_\_\_\_

Síntomas	Días									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sono de día (O)										
Abatemento (O)										
Mareos ó poñerse de pé (O)										
Marcha inestable (O)										
Cefalea (P)										
Embotamento mental (P)										
Sede (P)										
Vertixes (P)										
Zunidos nos oídos (P)										
Dixestións pesadas (P)										
Acidez ou ardores de estómago (P)										
Estrinximento (P)										
Flatulencia (gases) (P)										
Sequidade de boca (P)										
Salivación (P)										
Formigo (P)										
Pruído xeneralizado (P)										
Visión borrosa (P)										
Fotofobia (P)										

### CÓDIGOS

- Presente = (+)
- Ausente = (-)
- P = Preguntar
- O = Observar





XUNTA DE GALICIA

CONSELLERÍA DE SANIDADE

Comisionado do Plan de Galicia sobre Drogas

Espacio logo UAD

**CONSENTIMENTO INFORMADO.**

Don/a. ...., maior de idade con DNI  
 ...., domicilio ....., por medio deste escrito.

**MANIFESTO:**

Que fun informado/a polo médico/a .....do  
 Programa/Subprograma de tratamento .....  
 dos beneficios que se esperan e que tamén fun advertido dos riscos, efectos secundarios, contraindicacións, interaccións e advertencias especiais da medicación empregada e de que teño que tomala tal e como se me indica.

Así mesmo, recibín información completa sobre outros métodos de tratamento e a pesar dos riscos e posibles complicacións desexo comezar este programa/subprograma como parte do meu tratamento. **DECLARO** que comprendo adecuadamente a información previa subministrada, así como a contida neste documento do que se me entrega copia e que as miñas dúbidas foron aclaradas satisfactoriamente.

**CONSINTO:**

Ser incluído no Programa/Subprograma de tratamento .....  
 como parte do meu tratamento por drogodependencia.

Este consentimento poderá ser revogado se o considero oportuno sen necesidade de expresa-las causas da revogación, tendo en conta as debidas precaucións posteriores ó abandono da medicación.

E en proba de conformidade, pasan a ratificar, coa súa sinatura, este consentimento informado en  
 ..... o ..... de..... de 200...

Paciente

Familiar ou responsable  
(se procede)

Médico

O día ..... decidín **REVOGA-lo** consentimento para a realización do tratamento referido neste documento.

Sinatura do paciente  
(ou persoa autorizada)

Sinatura da testemuña

Sinatura do médico

1 copia para o paciente.  
 1 copia para o familiar/responsable.  
 1 copia para a historia clínica.

## **SUBPROGRAMA DE TRATAMENTO DE DESINTOXICACIÓN (STD)**

O STD é un subprograma que consiste fundamentalmente nun conxunto de medidas farmacolóxicas encamiñadas a posibilita-la suspensión do consumo de substancias psicactivas e ó tratamento e superación da sintomatoloxía de abstinencia ocasionada polo cesamento do dito consumo.

Os **obxectivos específicos** que se perseguen son a eliminación da dependencia física, conseguir unha orientación ou derivación adecuada a un determinado recurso e promover no paciente unha actitude positiva para continua-lo seu proceso terapéutico.

O tratamento de desintoxicación pode ser realizado en medio ambulatorio, domiciliario ou hospitalario. Neste caso a desintoxicación será de tipo

- Ambulatorio.
- Domiciliario.
- Hospitalario

A **pauta farmacolóxica** utilizada será a seguinte:



O paciente será informado das pautas, dos efectos secundarios, das precaucións, das contraindicacións, das interaccións e das advertencias especiais da medicación utilizada. Será informado, así mesmo, de calquera modificación no tratamento e estas modificacións serán rexistradas na historia clínica.

A duración do tratamento establécese arredor de \_\_\_\_\_ días. Calquera modificación no tratamento deberá ser realizada polo médico.

Existen situacións nas que podería estar contraindicado o tratamento de desintoxicación, sendo estas fundamentalmente:

- Padecemento dunha patoloxía orgánica grave
- Determinados cadros psiquiátricos
- Embarazo
- Constancia previa de intolerancia ós fármacos empregados.

### **RISCOS PERSONALIZADOS**

*Se vostede, ou algún familiar, desexa maior información, non dubide en consultar a calquera dos médicos do servizo que o atenden.*





**XUNTA DE GALICIA**  
**CONSELLERÍA DE SANIDADE**  
 Comisionado do Plan de Galicia sobre Drogas



**CONSENTIMIENTO INFORMADO. Menores e incapacitados.**

Don/a ..... maior de idade, con DNI ..... representante legal do paciente don/a ....., en virtude das facultades que me confire o artigo 6 da Lei de Galicia 3/2001, do 28 de maio reguladora do consentimento informado e da historia clínica dos pacientes, por medio deste escrito.

**MANIFESTO:**

Que fun informado/a polo médico/a .....do Programa/Subprograma de tratamento....., dos beneficios que se esperan e que tamén fun advertido dos riscos, efectos secundarios, contraindicacións, interaccións e advertencias especiais da medicación empregada e de que ten que ser tomada tal e como se me indica.

DECLARO que don/a ..... comeza de maneira libre e voluntaria este programa/subprograma e, así mesmo, que comprendo adecuadamente a información previa subministrada, así como a contida neste documento do que se me entrega copia e que as miñas dúbidas foron aclaradas satisfactoriamente.

**CONSINTO:**

QUE don/a ....., con DNI ..... domicilio ....., por medio deste escrito, sexa incluído en el Programa/Subprograma de tratamento ..... como parte do seu tratamento por drogodependencia.

Este consentimento poderá ser revogado, se o considero oportuno, sen necesidade de expresa-las causas da revogación, tendo en conta as debidas precaucións posteriores ó abandono da medicación.

E en proba de conformidade, pasan a ratificar, coa súa sinatura, este consentimento informado en ..... o ..... de..... de 200...

Representante legal

Médico

Aprobado na reunión do 23-04-03 da Comisión de Consentimento Informado (Decreto 247/2002 do 18 de xullo)

O día ..... decidín <b>REVOGA-lo</b> consentimento para a realización do tratamento referido neste documento.		
Sinatura do representante legal	Sinatura da testemuña	Sinatura do médico

1 copia para o paciente.  
 1 copia para o familiar/responsable.  
 1 copia para a historia clínica.

## **SUBPROGRAMA DE TRATAMENTO DE DESINTOXICACIÓN (STD)**

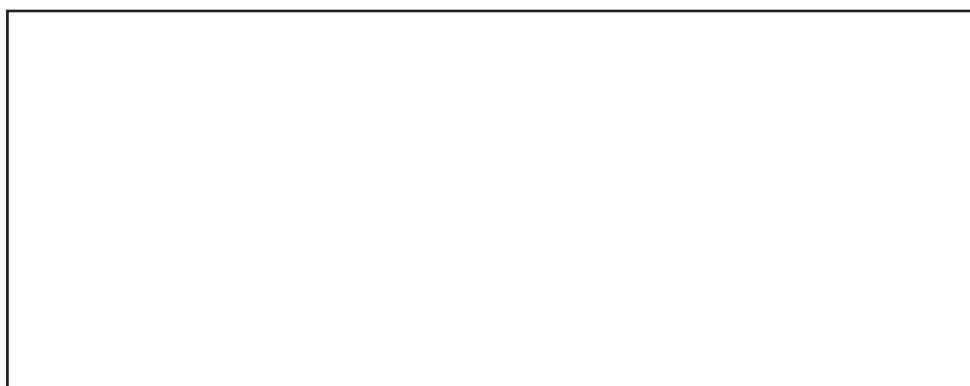
O STD é un subprograma que consiste fundamentalmente nun conxunto de medidas farmacolóxicas encamiñadas a posibilita-la suspensión do consumo de substancias psicactivas e ó tratamento e superación da sintomatoloxía de abstinencia ocasionada polo cesamento do dito consumo.

Os **obxectivos específicos** que se perseguen son a eliminación da dependencia física, conseguir unha orientación ou derivación adecuada a un determinado recurso e promover no paciente unha actitude positiva para continua-lo seu proceso terapéutico.

O tratamento de desintoxicación pode ser realizado en medio ambulatorio, domiciliario ou hospitalario. Neste caso a desintoxicación será de tipo

- Ambulatorio.
- Domiciliario.
- Hospitalario

A **pauta farmacolóxica** utilizada será a seguinte:



O paciente será informado das pautas, dos efectos secundarios, das precaucións, das contraindicacións, das interaccións e das advertencias especiais da medicación utilizada. Será informado, así mesmo, de calquera modificación no tratamento e estas modificacións serán rexistradas na historia clínica.

A duración do tratamento establécese arredor de \_\_\_\_\_ días. Calquera modificación no tratamento deberá ser realizada polo médico.

Existen situacións nas que podería estar contraindicado o tratamento de desintoxicación, sendo estas fundamentalmente:

- Padecemento dunha patoloxía orgánica grave
- Determinados cadros psiquiátricos
- Embarazo
- Constancia previa de intolerancia ós fármacos empregados.

### **RISCOS PERSONALIZADOS**

*Se vostede, ou algún familiar, desexa maior información, non dubide en consultar a calquera dos médicos do servizo que o atenden.*

## Subprograma de **tratamento de diminución do dano** STDD

### XUSTIFICACIÓN

Tendo en conta que existen persoas que manteñen conductas de uso problemático de drogas e son reticentes á súa modificación (e que van xerar danos a eles mesmos, a terceiros e á propia sociedade), é necesario desenvolver estratexias de intervención dirixidas á diminución dos danos ocasionados por estes consumos.

Doutra banda, coa irrupción na década dos oitenta do fenómeno da SIDA no colectivo de usuarios de drogas por vía parenteral, marcouse unha nova etapa na análise das alternativas de tratamento. Advertiuse que non era posible manter unha abordaxe orientada á obtención da abstinencia como única alternativa posible. Aínda que a aparición do VIH acelerou o proceso, non foi o único factor desencadeante das estratexias de diminución do dano. A limitada efectividade e insuficiente cobertura da oferta terapéutica clásica, e a progresiva tendencia a modifica-la rixida relación xerarquizada profesional-usuario, tamén son considerados factores de orixe das estratexias de redución do dano.

Dende esta perspectiva déixase a meta da abstinencia como un obxectivo alcanzable a máis longo prazo, sendo os obxectivos intermedios a educación dos consumidores sobre a prevención dos danos asociados ó consumo de drogas e a mellora na súa calidade de vida.

As estratexias de redución de danos asociados ó consumo de drogas, inclúen accións individuais e colectivas, sanitarias (médicas e psicolóxicas) e sociais, dirixidas a diminuí-la morbi-mortalidade do colectivo de consumidores de drogas, minimizando os seus efectos negativos sobre a saúde individual e colectiva. Trátase, en definitiva, de medidas para facilitar que os consumidores de drogas que non se atopen en condicións de abandona-lo consumo, encontren a axuda necesaria para mellora-lo seu estado de saúde e as súas condicións de vida.

Neste senso, o STDD ten como obxectivo inmediato facilita-lo achegamento á rede asistencial dun grupo de usuarios de drogas, que noutras modalidades non accederían as UAD, para contribuír así á mellora do seu estado de saúde xeral.

### POBOACIÓN RECEPTORA

- Tódolos consumidores de drogas que realicen conductas de risco.
- Estará especialmente indicado naqueles casos que presenten unha maior deterioración biopsicosocial e que non poidan ou non desexen deixar de consumir.

Débese ter en conta tamén, a posibilidade de poñer en práctica estratexias activas de abordaxe con usuarios de drogas por vía intravenosa que non están a tratamento nas UAD. Nestes casos, contarase coas asociacións de usuarios de drogas, exconsumidores y consumidores motivados para o traballo preventivo e/ou para a captación activa dos consumidores para orientalos á rede asistencial.

## SITUACIÓNS ESPECIAIS

Débese avaliar detidamente a inclusión de cada candidato, co fin de non incluír aquí un paciente que puidese ter posibilidades de se manter en tratamento en calquera dos outros programas dispoñibles e tivese capacidade para acata-las súas normas, por mínimas que estas sexan.

Tendo en conta tamén, que un dos obxectivos principais na área de asistencia das drogodependencias é o de logra-la máxima permanencia dos pacientes nos centros asistenciais, naqueles casos de pacientes a tratamento nas UAD que rexistren unha evolución desfavorable, deberá valorarse a súa inclusión no STDD para así evita-lo abandono do centro. Sen embargo, haberá que valorar individualmente cada caso para evita-lo risco de "cronificación" dalgúns pacientes nun programa de baixa esixencia.

## OBXECTIVOS ESPECÍFICOS

O obxectivo global deste programa consiste en ofrecer, a un grupo determinado do colectivo de usuarios de drogas, unha forma de tratamento que os manteña en contacto coa rede asistencial e contribuír así a mello-ra-lo seu estado xeral de saúde. Máis concretamente, sinálanse os seguintes obxectivos:

- Mellorar certos parámetros do consumo e da súa seguridade (non compartir xiringas, manter relacións sexuais sen risco etc.).
- Reduci-la morbi-mortalidade e mellora-la calidade de vida dos usuarios.
- Motiva-lo paciente para que elabore unha demanda de tratamento que teña a abstinencia como meta posible.

## SISTEMÁTICA

Dende as UAD da rede do Plan de Galicia sobre Drogas, priorizaranse as seguintes:

- Programas de intercambio de xiringas.
- Distribución de preservativos.
- Programas de tratamento con derivados opiáceos de baixo limiar.
- Talleres de consumo de menos risco.
- Talleres de sexo máis seguro.
- Programas de traballo de rúa.

A asignación dun caso a este subprograma realizarase nunha reunión de equipo, logo da súa orientación e valoración. Tendo en conta o propósito do subprograma de prolongar e intensificar ó máximo o contacto do suxeito co equipo asistencial, e para evita-lo abandono do contacto coa UAD, procurárase que os tempos de programación das intervencións sexan mínimos.

As medidas de intervención deste subprograma, priorizan tanto a área do consumo de substancias, das condutas sexuais de risco, como da problemática médica, social e legal asociada ó consumo de drogas.

No referido ás áreas de **consumo de menos risco** e de **sexo máis seguro**, o formato das intervencións será preferentemente grupal, en talleres que potenciarán a participación activa dos pacientes: fomentárase a discusión, o adestramento en habilidades para afrontar situacións de alto risco relacionadas con consumo de drogas ou condutas sexuais, e facilitando **comportamentos** que promovan a saúde e sexan reductoras de risco. O formato das intervencións será de carácter individual naqueles casos nos que os pacientes manifesten expresamente problemas para o traballo grupal, ou así o valore o terapeuta.

No **anexo I**, faise unha proposta dos obxectivos, contidos e sesións para os obradoiros de consumo de menos risco e de sexo máis seguro.

## Protocolización

1. Avaliación do caso.
2. Asignación do paciente ó subprograma.
3. Explicación do STDD.
4. Seguimento: intervencións médicas, psicolóxicas e sociais.

## **CRITERIOS DE AVALIACIÓN**

Os criterios para a avaliación do Subprograma de tratamento de diminución do dano (STDD) baséanse nos indicadores do Sistema de Avaliación Asistencial (SAA).

Dado que se trata dun subprograma, e que a maioría destes pacientes están incluídos no Programa de tratamento con derivados opiáceos (PTDO), utilizaranse os criterios de avaliación do PTDO, priorizándose os seguintes:

### **1. Indicador de intervencións individuais e grupais**

#### **2. Indicador de motivo de saída**

- Cambios por cumprimento de obxectivos.
- Abandonos.

#### **3. Indicador de permanencia**

- Número de días en función do motivo de saída.



## OBRADOIROS

### OBRADOIROS DE CONSUMO DE MENOS RISCO

#### Obxectivos xerais

- Diminuí-lo número de prácticas de risco asociadas ó consumo de drogas entre os drogodependentes.
- Evitar novos casos de infección por VIH e hepatite, así como de sobredoses.

#### Obxectivos específicos

- Aumenta-lo nivel de información.
- Incrementa-la capacidade dos drogodependentes para realizar un consumo de menos risco.
- Incrementa-lo acceso dos drogodependentes ós recursos sociosanitarios.

#### Contidos. Aspectos que hai que traballar

- Conductas de consumo de risco e técnicas de inxección de menos risco.
- Información sobre formas de consumo, SIDA, hepatite e sobredoses.
- Habilidades para a toma de iniciativa e solucións.
- Recursos asistenciais e sanitarios.

#### Proposta de sesións (9 horas)

- Sesión 1. Consumo de menos risco (I). Técnica de administración intravenosa.
- Sesión 2. Consumo de menos risco (II). Percepción de risco.
- Sesión 3. Sobredoses: prevención, identificación e actuación.

### OBRADOIROS DE SEXO MÁIS SEGURO

#### Obxectivos xerais

- Diminuí-lo número de prácticas de relacións sexuais de risco entre os drogodependentes que asisten ó taller.
- Evitar novos casos de enfermidades de transmisión sexual (ETS) e SIDA entre os UD que participan no taller.

#### Obxectivos específicos

- Aumenta-lo nivel de información.
- Aumenta-lo control e planificación das relacións íntimas.
- Incrementa-lo nivel de autoeficacia dos drogodependentes.
- Incrementa-lo acceso dos drogodependentes ós recursos sociosanitarios.
- Maximizar vantaxes e minimizar desvantaxes derivadas das diferentes medidas preventivas.

#### Contidos. Aspectos que hai que traballar

- Conductas sexuais de risco e de prevención.
- Información sobre sexualidade, o preservativo e as ETS, SIDA.
- Anticipación e planificación da conducta sexual.
- Percepción de control.
- Autoeficacia e habilidades de comunicación.
- Análise das vantaxes e desvantaxes das medidas preventivas.
- Recursos asistenciais e sanitarios.

## **Proposta de sesións**

### **Sesión 0**

Presentación do taller e avaliación.

### **Sesión 1**

Información sobre a resposta sexual humana.

### **Sesión 2**

Información sobre métodos anticonceptivos.

### **Sesión 3**

Información sobre o VIH e outras enfermidades de transmisión sexual.

### **Sesión 4**

Preservativo. Utilización. Análise das vantaxes e desvantaxes e resistencias para o seu uso.

### **Sesión 5**

Formas de relación sexual. Comportamentos sexuais de alto e baixo risco. Alternativas para reducir riscos. Petting.

### **Sesión 6**

Percepción de risco e vulnerabilidade.

### **Sesión 7**

Habilidades para negociar relacións sexuais de baixo risco. Habilidades de aceptación e rexeitamento de novas relacións.

### **Sesión 8**

Traballo sobre actitudes en materia afectivo-sexual. Mitos e falacias.



## Subprograma de **tratamento de prevención de recaídas** STPR

### XUSTIFICACIÓN

Considerando que unha das características das drogodependencias é a súa tendencia ás recaídas, véñense estruturando intervencións que teñen como obxectivo xeral ensinar ós pacientes, que están intentando modifica-la súa conducta de consumo de drogas, a cómo anticipar e enfrontarse ás presións e problemas que poden conducirlos a unha recaída.

O termo "prevención de recaídas" (P.R.), utilízase para deseñar un conxunto de estratexias cognitivas e conductuais destinadas a preví-las recaídas no campo das conductas adictivas. Esta definición vén do modelo teórico xa clásico de Marlatt e Gordon. Nos últimos 10 anos, lévanse desenvolvendo nas UAD da rede do Plan de Galicia sobre Drogas, intervencións en prevención de recaídas dende o modelo cognitivo-conductual, no que se enfatiza o desenvolvemento do autocontrol no paciente para mante-lo cambio no estilo de vida. Trátase basicamente dun programa de autocontrol que combina o adestramento en habilidades conductuais, intervencións cognitivas e cambio de estilo de vida.

As características deste subprograma permiten que os pacientes adscritos a el, poidan seguir outros programas de tratamento simultaneamente (PTLD, PTANO, PTDP, PTIA e PTDO), traballando fundamentalmente de forma grupal. Ademais, pódese aplicar en tódalas modalidades de tratamento, tanto na ambulatoria (dende os grupos da UAD) como na semirresidencial (os grupos nas unidades de día) e na residencial (prevención de recaídas en CT).

### POBOACIÓN RECEPTORA

Segundo o modelo transteórico de cambio de Prochaska e DiClemente, os pacientes que mellor funcionarían nos grupos de prevención de recaídas serían aqueles altamente motivados cara á abstinencia, así como os que con relativa facilidade acepten o cambio no estilo de vida. Será poboación receptora deste subprograma:

- Pacientes de calquera programa cun grao de estabilización e motivación que permita realiza-las actividades propias do subprograma.
- Pacientes que reúnan as condicións básicas esixibles para o traballo grupal.

### SITUACIÓNS ESPECIAIS

Nos casos de pacientes con patoloxía psiquiátrica asociada, ou cun rendemento intelectual baixo, o responsable de P.R. deberá valora-la súa repercusión sobre a dinámica grupal.

En relación coa homoxeneidade do grupo respecto á substancia de consumo causa da dependencia, existen experiencias que demostran que a inclusión de alcohólicos en grupos de dependentes a substancias ilegais, podería reportar certas vantaxes, dada a infravaloración existente no colectivo de consumidores de substancias ilegais sobre os riscos do uso/abuso de alcohol como precipitante da recaída.

Aínda que o formato preferente das intervencións en P.R. é o grupal, deberase valora-la posibilidade de traballo en marco individual naqueles casos onde se manifesten ou detecten resistencias ó traballo grupal. Nos casos de pacientes que teñan parellas ou familiares incluídos no grupo, haberá que valora-la pertinencia da inclusión no mesmo grupo pola posible repercusión na dinámica deste.

### **OBXECTIVOS ESPECÍFICOS**

1. Ensinar a identificar situacións de alto risco.
2. Diferenciar caída de recaída.
3. Mellora-lo control de consecuencias da recaída: efecto de violación da abstinencia.
4. Manexo de recaídas: estratexias de afrontamento.
5. Desevolemto de sistemas de apoio.

### **SISTEMÁTICA**

Como responsable do subprograma de P.R. estará un psicólogo con suficiente formación e coñecementos sobre metodoloxía cognitivo-conductual da prevención das recaídas. Tamén pode resultar recomendable a presenza dunha segunda persoa no papel de observador, que tome notas sobre aspectos da dinámica das sesións e que sirva de *feedback* de cara ó conductor do grupo. Será tarefa do psicólogo/profesional explicalo modelo de tratamento ó paciente antes de comeza-lo traballo grupal.

O grupo estará formado por 8-12 pacientes, que acudirán semanalmente o mesmo día, á mesma hora. A duración media das sesións será de 90 minutos.

Este subprograma conta cunha organización previa, similar a tódolos grupos. Os obxectivos específicos e os contidos das sesións están previamente definidos (**anexo I**). O grupo ten un claro enfoque psicoeducativo, que se recalca cos pacientes a través da realización de "tarefas" fóra das sesións.

Previa á inclusión nos grupos débese realizar unha avaliación dos estadios e procesos de cambio nos que se atopa cada paciente. Deste xeito, pódese avaliar tamén a eficacia desta estratexia terapéutica ó longo do proceso de rehabilitación.

As sesións desenvólvense, en xeral, da seguinte forma: o terapeuta recolle os autorrexistros da sesión anterior e analízanse en grupo as tarefas realizadas. Despois do repaso faise unha introducción da nova sesión, e a partir dunhas sinxelas nocións teóricas, terapeutas e pacientes comezan a intercambiar puntos de vista, opinións, experiencias etc. Se o tema o require, pásase á parte practica, onde se practican en grupo (mediante a técnica de *role-playing*), estratexias concretas e diversas habilidades. As situacións representadas deben se-lo máis parecidas posibles á realidade, de cara a potencia-la xeneralización dos resultados dos adestramentos.

A sesión acaba coa asignación de tarefas para casa, co obxectivo de que se poña a proba o ensaiado e aprendido na sesión. Remátase cun breve resumo do exposto, anticipando o tema da próxima semana.

Sinalar, que hai que acudir ó grupo abstinente de todo tipo de droga psicoactiva, e que todo o que se trate durante as sesións será confidencial.

### **Protocolización**

1. Remisión do caso ó psicólogo-profesional.
2. Avaliación do paciente.
3. Explicación ó paciente dos obxectivos, contidos e metodoloxía do subprograma.
4. Desenvolemto das sesións.
5. Sesión de revisión/seguimento ós tres meses para valora-la evolución dos suxeitos, recordar determinados contidos do subprograma e asegurarse da posta en práctica do aprendido.

### **CRITERIOS DE AVALIACIÓN**

Os criterios para a avaliación do Subprograma de tratamento de prevención de recaídas (STPR) baséanse nos indicadores do Sistema de Avaliación Asistencial (SAA). Para tal efecto, a UAD levará un rexistro das actividades deste subprograma para incluílo no SAA. Con base nestes indicadores, e para a monitorización do STPR, priorizaranse os seguintes:

- N° de pacientes incluídos en grupos de P/R.
- N° total de grupos.
- N° de sesións por grupo.
- Retención grupal.



## PROPOSTA DE SESIÓNS E OBXECTIVOS

### Sesión 1. Proceso de adicción

1. Coñece-las estratexias que hai que seguir para superar dificultades, situacións de alto risco (SAR), desexos...
2. Tomar conciencia de que poden facer algo para controla-lo problema.
3. Diferenciar entre actitudes pasivas e activas.
4. Aclarar mitos sobre as drogodependencias (vicio...).
5. Analiza-la adicción como unha conducta aprendida.

### Sesión 2. Proceso de recaída

1. Renova-lo compromiso fronte á abstinencia.
2. Tomar decisións respecto do abandono do consumo.
3. Coñece-lo proceso de recaída: SAR, *craving*...
4. Identificar SAR persoais e *craving*.
5. Distinguir entre caída e recaída.

### Sesión 3. Afrontando SAR

1. Coñecer e anticipar SAR persoais.
2. Presentar estratexias de evitación e/ou afrontamento de SAR.
3. Recoñecer factores protectores.
4. Coñecer e anticipar situacións de *craving*.

### Sesión 4. Control da ansiedade

1. Coñece-los tres niveis de resposta e cómo inflúen no que pensamos, sentimos e facemos.
2. Aprender a controla-lo compoñente fisiolóxico da ansiedade.

### Sesión 5. Control de pensamento (I)

1. Aprender a clasificar e detectar pensamentos erróneos, irracionais ou automáticos.

### Sesión 6. Control de pensamento (II). Estratexias de reestructuración

1. Aprende-las estratexias para disputar e reestructura-los pensamentos erróneos.

### Sesión 7. Resolución de problemas

1. Aumenta-la conciencia sobre o proceso implicado na toma de decisións e resolución de problemas.
2. Identifica-las propias formas de enfrontarse ós problemas.
3. Aprender formas máis eficaces de tomar decisións e resolver problemas.

### Sesión 8. Habilidades sociais (I)

1. Aprender un estilo máis asertivo de comportamento.
2. Aprender habilidades para comunicarse dun xeito máis efectivo.

### Sesión 9. Habilidades sociais (II)

1. Aprender a discriminar e expresar emocións.
2. Aprender a facer e recibir críticas.

### Sesión 10. Estilo de vida

1. Aprender a crear e modificar hábitos.
2. Coñece-los factores relacionados cun estilo de vida "balanceado".



## Subprograma de **tratamento de asistencia domiciliaria** STAD

### XUSTIFICACIÓN

Nos últimos anos, viñéronse deseñando programas de tratamento que comparten a característica de cubri-las "demandas non atendidas" dos drogodependentes e máis das súas familias. Neste senso, este subprograma ten por obxecto a atención daqueles pacientes que non se poden desprazar ó centro asistencial para iniciar ou prosegui-lo seu tratamento, ben sexa por problemas de saúde ou por dificultades sociofamiliares.

### POBOACIÓN RECEPTORA

Este subprograma considerárase de elección para usuarios de drogas ou drogodependentes que teñan as seguintes características:

- Casos que pola súa condición médica deban permanecer no seu domicilio (por exemplo, pacientes afectados de SIDA terminal ou nun estado moi avanzado).
- Casos que precisen a administración continuada de medicación, mais nos que o responsable non poida acudir ó centro para facerse cargo dela.
- Casos que precisen dun control de seguimento e ós que non lles resulte posible acudir ó centro asistencial.

### SITUACIÓNS ESPECIAIS

Este subprograma estará contraindicado para aqueles casos nos que non exista un impedimento obxectivo para acudir á UAD.

### OBXECTIVOS ESPECÍFICOS

Ademais dos obxectivos xerais, como o de **garanti-la atención de todos os pacientes a tratamento nas UAD**, sinálanse os seguintes:

- Favorecer unha maior integración familiar tratando o caso no seu medio.
- Posibilita-lo principio da continuidade terapéutica: o paciente poderá segui-lo tratamento no seu domicilio cando as circunstancias de saúde ou sociofamiliares impidan ou desaconsellen o seu desprazamento ó centro asistencial.
- Mellora-la calidade de vida.

### SISTEMÁTICA

O STAD comprende un conxunto de actividades de carácter sociosanitario, que se realizan no domicilio do paciente, potenciando a súa autonomía e mellorando a calidade de vida. Dende este subprograma, débese ofrecer unha atención multidisciplinar e integral, cubrindo por unha banda as necesidades sanitarias (médicas e psicolóxicas), e por outra as necesidades sociais.

Tanto o paciente como a familia deben ser informados das características e condicións deste subprograma. Explicaráselles que non consiste nin na axuda domiciliaria dos servizos sociais nin é substitución da asistencia domiciliaria que proporciona o sistema xeral de saúde.

Unha vez tomada a decisión de incluí-lo caso neste subprograma, será cando dean comezo as visitas domiciliarias. Estas deben estar sempre programadas, e durante o tempo mutuamente acordado (que poderá ser revisado) o paciente deberá permanecer no seu domicilio sen abandonalo, agás por prescripción facultativa.

O número de visitas e a periodicidade das intervencións no domicilio, así como as actividades que se realizarán, acordaranse en cada caso segundo as necesidades e de acordo coa evolución do paciente.

As intervencións de carácter sanitario (médicas e psicolóxicas) consistirán fundamentalmente en:

- Desintoxicacións domiciliarias.
- Terapia farmacolóxica.
- Consello de saúde.
- Psicoterapia de apoio.
- Supervisión dos casos.
- Outras.

As intervencións sociais serán, a título orientativo:

- Orientación familiar.
- Apoio social.
- Coordinación e derivación a outros recursos.
- Supervisión dos casos.
- Outras.

### **Protocolización**

1. Selección do paciente: avaliación da situación sanitaria e social.
2. Asignación do paciente ó subprograma.
3. Seguimento. Visitas domiciliarias.

### **CRITERIOS DE AVALIACIÓN**

Os criterios para a avaliación do Subprograma de tratamento de asistencia domiciliaria (STAD) baséanse nos indicadores do Sistema de Avaliación Asistencial (SAA). Para tal efecto, a UAD levará un rexistro das actividades deste subprograma para incluílo no SAA. De acordo con estes indicadores, e para a monitorización do STAD, priorizaranse os seguintes:

#### **1. Número de pacientes no STAD**

#### **2. Número de visitas domiciliarias realizadas**

#### **3. Número e tipo de intervencións realizadas**



## Protocolización da abordaxe da **patoloxía orgánica** relacionada co consumo de drogas

As afeccións orgánicas asociadas ó consumo de drogas, aparecen practicamente a tódolos niveis do organismo. As complicacións infecciosas (VIH/SIDA, tuberculose, hepatite, e enfermidades de transmisión sexual, fundamentalmente) son as máis frecuentes. As complicacións non infecciosas, aínda que son menos habituais, presentan unha maior mortalidade.

Cando un usuario de drogas inicia un tratamento nunha Unidade Asistencial de Drogodependencias, debe realizarse unha batería de estudos complementarios para o diagnóstico de posibles complicacións, así como a correcta derivación a outros dispositivos sempre que sexa necesario.

Entre as medidas que cómpre adoptar ó inicio do tratamento atópanse as seguintes:

- Analítica completa de sangue: hemograma, bioquímica, probas de función hepática, seroloxía VIH, seroloxía hepatite e seroloxía luética.
- Proba de Mantoux, historia clínica sobre ETS, citoloxía vexinal e proba de embarazo.
- Explicación detallada ó paciente dos resultados e información sobre os mecanismos de transmisión, condutas preventivas e actitude que cómpre adoptar ante os diversos problemas de saúde.

Dada a alta prevalencia de complicacións orgánicas no colectivo de usuarios de drogas, e a súa repercusión sobre a saúde da comunidade, o Comisionado do Plan de Galicia sobre Drogas considera necesaria a elaboración duns protocolos de tratamento que aborden especificamente este tipo de patoloxías asociadas ó consumo de drogas, para así mellora-la atención sanitaria do paciente drogodependente e a saúde da propia comunidade.



Protocolización da abordaxe da **patoloxía orgánica** relacionada co consumo de drogas

## I. Protocolo para a prevención e control da **tuberculose** nos usuarios de drogas

### XUSTIFICACIÓN

As condicións de estar infectado polo virus do VIH e ser usuario de drogas (UD), asócianse a unha maior probabilidade de padecer unha infección ou enfermidade tuberculosa, e están descritas como factores predictores do incumprimento do tratamento antituberculoso.

Segundo os datos facilitados polo Rexistro galego de tuberculose, no ano 1996 o número de casos foi de 2030, dos cales 166 eran UD, o que corresponde a un 8,71% do total de casos de tuberculose. No ano 2002 rexistráronse 1299 casos, dos cales 27 tiñan como factor asociado pertencer ó colectivo de UD, o que correspondería a un 2,08% do total de casos.

A partir destes datos, faise necesario realizar un labor de detección activa de infectados e enfermos, para diminuí-la incidencia da tuberculose, e facer un seguimento do tratamento que garanta a curación e evite a aparición de resistencias derivadas dos incumprimentos terapéuticos.

Dentro do Programa galego de prevención e control da tuberculose desenvólvense unha serie de subprogramas dirixidos ó control de grupos de especial risco, entre os que se inclúen os UD a tratamento nas Unidades Asistenciais de Drogodependencias (UAD) da rede do Plan de Galicia sobre Drogas (PGD). No ano 1997, iniciouse na UAD de Santiago de Compostela a procura activa de usuarios infectados, e obtívose como resultado 510 casos con infección tuberculosa latente, entre os anos 1997 e 2002. Na UAD de Vigo iniciouse no ano 1999, e o resultado foi de 636 casos entre os anos 1999 e 2002.

Estes feitos destacan a importancia de elaborar un protocolo específico para asegura-lo correcto manexo da infección e enfermidade tuberculosa no colectivo de usuarios de drogas.

### POBOACIÓN RECEPTORA

Usuarios de drogas que acoden ás UAD.

### OBXECTIVOS

1. Estudia-la presenza de infección ou enfermidade tuberculosa en toda persoa usuaria de drogas que acuda ás UAD, mediante a realización da proba da tuberculina (Mantoux ou PPD).
2. Confirmación diagnóstica na Unidade de tuberculose (UTB) ou na Unidade de VIH/sida de referencia (ver **anexo I**).
3. Constata-lo cumprimento da pauta terapéutica establecida na UTB ou na Unidade de VIH/sida.

## SISTEMÁTICA

### 1. Cribado diagnóstico

Toda persoa que acuda a unha UAD será informada da conveniencia de realiza-la proba da tuberculina, que será ofertada e administrada polo propio persoal da UAD, na UTB de referencia, ou noutros dispositivos sanitarios (hospitais comarcais, médicos de cabeceira etc..) no caso de que na UAD non sexa posible a súa realización.

Así mesmo, toda persoa que acuda a unha UAD será informada tamén da conveniencia de realiza-la proba do VIH.

Os pasos que cómpre seguir, segundo o resultado da proba e o estado VIH (pois coñece-lo status VIH é importante para valora-la infección ou enfermidade tuberculosa), son os seguintes:

- **PPD negativo e VIH negativo ou descoñecido:** enviarase a información, por correo, á UTB. Repetiráselle o mantoux ó cabo dun ano.
- **PPD negativo e VIH positivo:** o paciente será derivado á Unidade de VIH/sida para completa-lo estudio e valoración da infección ou enfermidade tuberculosa.
- **PPD positivo e VIH negativo ou descoñecido:** o paciente será derivado á UTB para completa-lo estudio da infección ou enfermidade tuberculosa. Se é posible farase RX de tórax lateral e antero posterior para enviar a UTB xunto ca 1ª e 2ª folla do anexo II.
- **PPD positivo e VIH positivo:** o paciente será derivado á Unidade de VIH/sida para completa-lo estudio da infección ou enfermidade tuberculosa. Se é posible farase RX de tórax lateral e antero posterior para enviar a UTB xunto ca 1ª e 2ª folla do anexo II.

As unidades de UTB ou VIH/SIDA confirmarán o diagnóstico e instaurarán o tratamento (se procede), que posteriormente será supervisado pola UAD.

### 2. Supervisión do tratamento da infección latente (antigamente chamado quimioprofilaxe) ou da enfermidade tuberculosa activa

#### 2.1. Supervisión do tratamento da infección latente

- Persoas incluídas nun Programa de tratamento con derivados opiáceos (metadona): tratamento diario directamente observado na UAD. Nos casos nos que o paciente non acuda á UAD tódolos días, e presente unha boa evolución, valorarase a supervisión por parte dunha persoa achegada e que garanta o cumprimento do tratamento.
- Persoas incluídas noutros programas: a administración e supervisión pode realizala unha persoa achegada ó paciente, sempre que haxa garantías de cumprimento do tratamento.

Os controis de seguimento clínico serán realizados na UTB, nos pacientes VIH negativos, e na Unidade de VIH/sida, nos VIH positivos. Realizaranse, alomenos, unha vez cada dous meses.

Naqueles casos onde a supervisión non se faga directamente na UAD, realizarase o test colorimétrico en urina, para comproba-la presenza de metabolitos da isoniacida. Os test serán subministrados pola farmacia hospitalaria e enviados á UAD a través da UTB. A frecuencia dos test queda a criterio do facultativo.

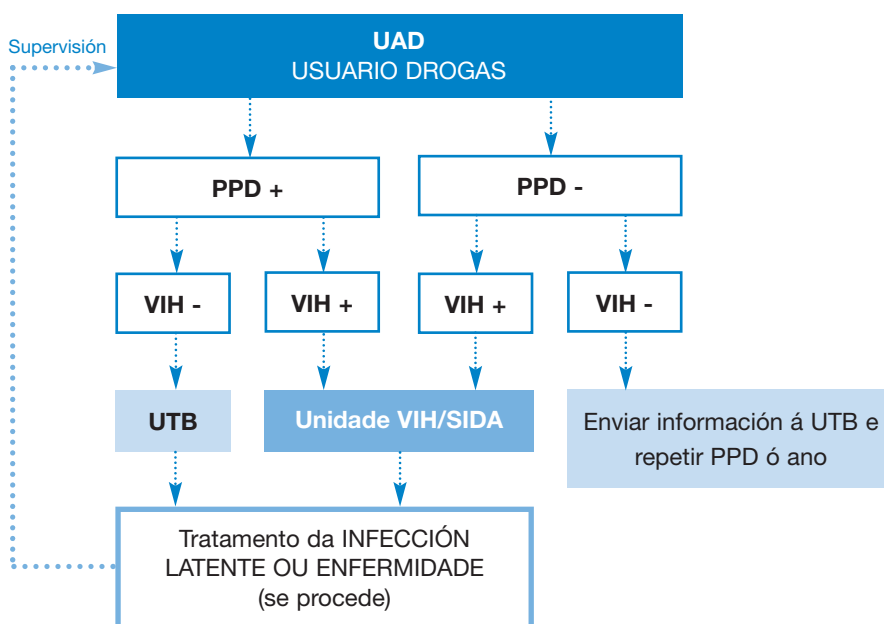
#### 2.2. Supervisión do tratamento da enfermidade tuberculosa activa

Realizarase un tratamento directamente observado (diario) pola UAD, sexa cal sexa o programa asistencial de drogas no que se atope o paciente.

Os seguimentos clínicos da enfermidade serán realizadas na UTB, nos casos VIH negativos, e na Unidade de VIH/sida, nos VIH positivos. Os ditos controis serán, alomenos, unha vez ó mes.

A subministración de medicamentos será responsabilidade da UTB. Calquera problema na subministración de medicamentos, abandono do tratamento, etc. deberá ser comunicado á UTB.

## Protocolización



O intercambio de información e derivacións farase a través dos impresos que o Programa galego de prevención e control da TB da Dirección Xeral de Saúde Pública, dispón para tal efecto (**anexo II**).

### CRITERIOS DE AVALIACIÓN

Os criterios para a avaliación do "Protocolo de prevención e control da tuberculose nos usuarios de drogas", baséanse nos indicadores do Sistema de Avaliación Asistencial (SAA). Para tal efecto, a UAD levará un rexistro das actividades deste protocolo, para incluílo no SAA. De acordo con estes indicadores, e para a monitorización do protocolo, priorizaranse os seguintes indicadores:

- N° de pacientes incluídos no protocolo.
- N° de tuberculinas realizadas / n° de persoas que acudiron á UAD.
- N° de positivos / n° de lecturas realizadas.
- N° de estudos finalizados / n° de persoas remitidas.
- N° de tratamentos da infección tuberculosa latente con situación final, % de completados, % de perdas.
- N° de tratamentos da enfermidade tuberculosa directamente supervisados, clasificados segundo o programa terapéutico asignado na UAD.
- N° de tratamentos da enfermidade tuberculosa con situación final, % de completados, % de perdas.



## UNIDADES DE TUBERCULOSE (UTB) E VIH/SIDA

### UNIDADES DE TUBERCULOSE

#### A CORUÑA

Complexo Hospitalario  
Juan Canalejo-Marítimo de Oza  
As Xubias de Arriba, 84. 15006 - A Coruña  
Tif: 981 17 82 55

#### SANTIAGO DE COMPOSTELA

Complexo Hospitalario Universitario de Santiago  
Travesía da Choupana, s/n. 15706 - Santiago de  
Compostela  
Tif: 981 95 00 36

#### FERROL

Complexo Hospitalario  
Arquitecto Marcide-Novoa Santos  
Estrada de San Pedro de Leixa, s/n. 15405 - Ferrol  
Tif: 981 33 40 77

#### LUGO

Complexo Hospitalario Xeral-Calde  
Hospital de Calde, Calde s/n. 27004 - Lugo  
Tif: 982 29 63 74

#### OURENSE

Complexo Hospitalario de Ourense,  
Centro de Especialidades. 1ª andar  
Rúa Concello s/n. 32005 - Ourense  
Tif: 988 38 57 93

#### PONTEVEDRA

Complexo Hospitalario de Pontevedra  
Hospital Provincial, Loureiro Crespo, 2. 36071 -  
Pontevedra  
Tif: 986 80 70 05

#### VIGO

Hospital Nicolás Peña  
Avda. Camelias, 109. 36211 - Vigo  
Tif: 986 21 90 53

### UNIDADES DE VIH/SIDA

#### A CORUÑA

C.H. Juan Canalejo-Marítimo de Oza  
(Unidad de Seguimiento VIH/sida)  
As Xubias, 84. 15006 - A Coruña  
Tif: 981 17 82 59

#### C.H. Universitario de Santiago

(Servicio de Medicina Interna Infecciosas)  
Travesía da Choupana, s/n. 15706 - Santiago de  
Compostela  
Tif: 981 95 12 66

#### C.H. Arquitecto Marcide-Novoa Santos

(Unidad Seguimiento VIH/sida)  
Estrada de San Pedro de Leixa, s/n. 15405 - Ferrol  
Tif: 981 33 40 34

#### LUGO

C.H. Xeral-Calde (Medicina Interna Infecciosas)  
Doutor Severo Ochoa, s/n. 27004 - Lugo  
Tif: 982 29 62 60

#### OURENSE

Hospital Nosa Señora do Cristal  
(Servicio Medicina Interna Infecciosas)  
Ramón Puga, 54. 32005 - Ourense  
Tif: 988 38 56 17

#### Hospital Santa María Nai (Unidad de Infecciosas)

Ramón Puga, 56. 32005 - Ourense  
Tif: 988 38 54 78

#### PONTEVEDRA

C.H. de Pontevedra (Servicio Medicina Interna)  
Loureiro Crespo, 2. 36002 - Pontevedra  
Tif: 986 80 00 00

#### C.H. Xeral-Cies (Unidad Seguimiento VIH/sida)

Pizarro, 22. 36204 - Vigo  
Tif: 986 81 60 00 (ext. 161)

#### Hospital Meixoeiro (Servicio Medicina Interna)

Meixoeiro, s/n. 36164, Vigo  
Tif: 986 81 11 04

#### POVISA (Servicio Medicina Interna Infecciosas)

Salamanca, 5. 36211 - Vigo  
Tif: 986 41 31 44





2 Copias para UTB / 1 Copia para UAD



CONSELLERÍA DE SANIDADE  
E SERVIZOS SOCIAIS  
Dirección Xeral de Saúde Pública



UAD de \_\_\_\_\_  
UTB de \_\_\_\_\_

DATA \_\_\_\_\_

N.º DE HISTORIA \_\_\_\_\_

CODIGO UAD \_\_\_\_\_

**PROGRAMA GALEGO DE PREVENCIÓN E CONTROL DA TUBERCULOSE**

**IDENTIFICACIÓN DO PACIENTE**

1<sup>er</sup> APELIDO \_\_\_\_\_ 2<sup>o</sup> APELIDO \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_  
 DATA DE NACEMENTO \_\_\_\_\_ DOMICILIO \_\_\_\_\_  
 CONCELLO \_\_\_\_\_ TELÉFONO \_\_\_\_\_

MANTOUX: \_\_\_\_\_ mm. VIH:  POSITIVO  NEGATIVO  DESCOÑECIDO

**CUBRIR POLA UAD**

**DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO**

**INFECCIÓN TUBERCULOSA**

RESULTADO:  NON REMATOU ESTUDIO  
 NON INFECCIÓN TUBERCULOSA  
 INFECCIÓN TUBERCULOSA

**INFECCIÓN VIH:**

VIH:  POSITIVO  
 NEGATIVO  
 MULTITEST:  ANÉRXICO  
 NON ANÉRXICO

**TRATAMENTO INFECCIÓN TUBERCULOSA (QUIMIOPROFILAXE)**

SI  NON

**DIAGNÓSTICO ENFERMIDADE TUBERCULOSA:**

LOCALIZACIÓN TUBERCULOSE: \_\_\_\_\_

DATA INSTAURACIÓN TRATAMENTO: \_\_\_\_\_

PAUTA DE TRATAMENTO: **1-2HRZ + 4HR**      **2-2HRE + 7HR**      **3-2HRZS + 4HR**  
**4-2HRZE + 4HR**      **5-2HRS + 7HR**      OUTRA \_\_\_\_\_

**CUBRIR POLA UTB / UNIDADE DE SIDA**

TIPO DE PROGRAMA INICIAL: \_\_\_\_\_

**SUPERVISIÓN DO TRATAMENTO**

INTERMITENTE ADMINISTRADO 2 VECES/SEMANA   
 ADMINISTRADO DIARIAMENTE NA UAD   
 SUPERVISIÓN FAMILIAR   
 OUTRA: \_\_\_\_\_

**CUBRIR POLA UAD**

ENVIAR A UTB



Protocolización da abordaxe da **patoloxía orgánica** relacionada co consumo de drogas

## II. Protocolo para a prevención e control do **VIH/sida** nos usuarios de drogas

### XUSTIFICACIÓN

Dende 1984, ano da aparición do primeiro caso da sida en Galicia, ata o 31 de decembro de 2002 notificáronse 3.026 casos, dos que existe constancia de morte nun 55% destes. Dende o ano 1997, segundo o Informe do Rexistro Galego da Sida (Dirección Xeral de Saúde Pública, 1984-2002), apréciase un descenso continuado na detección de casos novos. Isto débese, en gran medida, ós esforzos preventivos.

No ano 2002, a vía de transmisión máis frecuente continúa a se-la práctica de compartir material de inxección para a administración parenteral de droga, que está nun 49%, segundo o mesmo informe da Dirección Xeral de Saúde Pública.

Dende a introducción da terapia TARGA (tratamento antirretroviral de grande actividade), observouse unha importante diminución das taxas de morbi-mortalidade asociada á infección polo VIH, xa que se reducen e se manteñen indetectables os niveis de RNA viral. Deste xeito, a sida pasa de ser unha enfermidade mortal a ser considerada unha enfermidade crónica.

Pero estes tratamentos implican esquemas complexos de dosificación, interaccións farmacolóxicas e efectos secundarios frecuentes. Por outra banda, precisan un alto grao de cumprimento, e se a adherencia ó tratamento non é a adecuada, a posibilidade de que aparezan cepas virais resistentes é elevada. Este aspecto, que inicialmente é importante a nivel individual, adquire unha gran relevancia na colectividade, xa que a transmisión de cepas multirresistentes na comunidade podería frear-los avances no tratamento da infección polo VIH.

Na actualidade, a estratexia máis efectiva para enfrontarse á sida segue sendo a adopción de medidas preventivas para impedir novas infeccións, como son a utilización do preservativo nas relacións sexuais ocasionais e nunca compartir útiles en contacto con sangue, principalmente agullas e xiringas, para a administración de drogas.

Por estes motivos, faise necesario realizar unha intervención destinada ó consello de saúde e á detección precoz do VIH en poboacións con prácticas de risco (como é o caso dos usuarios de drogas intravenosas), e a acadar un grao de cumprimento terapéutico axeitado para reduci-la morbi-mortalidade das persoas infectadas.

### POBOACIÓN RECEPTORA

Drogodependentes que inicien tratamento nas Unidades Asistenciais de Drogodependencias (UAD) da rede do Plan de Galicia sobre Drogas.

## OBXECTIVOS

1. Diagnóstico precoz da infección.
2. Diminuí-la transmisión da infección.
3. Lograr unha boa adherencia ó tratamento antirretroviral.

## SISTEMÁTICA

Para facer fronte á infección polo VIH/sida nas persoas drogodependentes, débese recorrer a dúas estratexias principais: a prevención e a adherencia terapéutica.

### 1. Prevención

Dentro da prevención está a detección precoz, o consello de saúde e a información para evita-las prácticas de risco, tanto en persoas non infectadas como en persoas seropositivas.

Cando unha persoa drogodependente é admitida nunha UAD para iniciar un tratamento da súa adicción, infórmaselle da necesidade de face-la seroloxía do VIH, e introdúceselle na educación para a prevención da infección.

As intervencións recomendadas ó médico responsable do caso son:

#### Na primeira consulta

- Anamnese e exploración física, buscando signos e síntomas que nos fagan sospeitar de infección ou diagnóstico de VIH/sida.
- Incidir sobre prácticas de risco.
- Petición de analíticas.

#### Na segunda consulta (unha vez recibidos os resultados da seroloxía)

- VIH - : Inicialmente non hai infección, pero existe un período ventá (os anticorpos aparecen entre 3 semanas e 3 meses tralo contaxio), polo que debemos repeti-la seroloxía ós tres meses naquelas persoas que realizasen prácticas de risco.
- VIH +: Remitirase á unidade de VIH/sida de referencia (**anexo I e II**).

#### Posteriormente, se hai prácticas de risco, repeti-la proba cada 6 meses

Así mesmo, os pacientes deben ser informados sobre a infección do VIH, sobre todo nos modos de transmisión (facendo énfase sobre todo na transmisión sexual e nas prácticas de risco relacionadas con compartir material de inxección). É importante ofrecerlles consello de saúde de modo rutineiro e animalos a que compartan coas súas parellas.

### 2. Adherencia terapéutica

As intervencións para acadar unha boa adherencia terapéutica están dirixidas a:

#### En relación co paciente

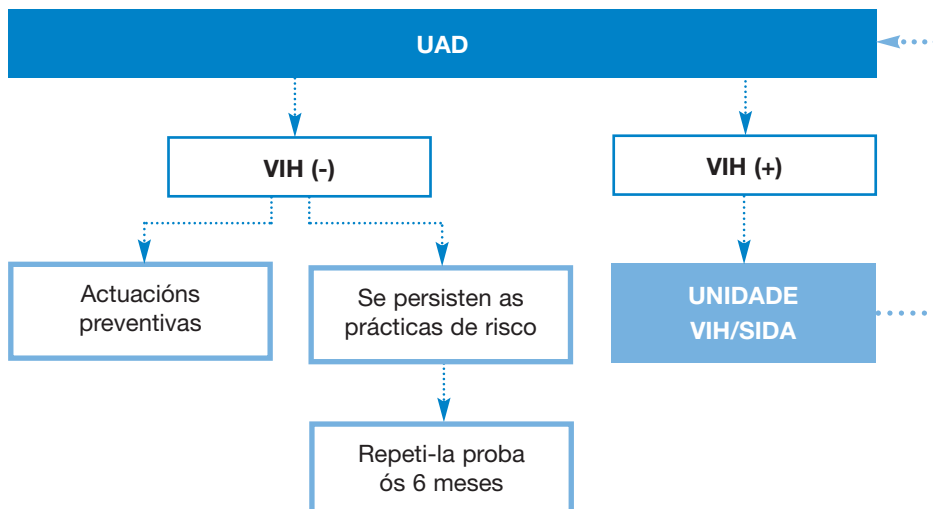
- Coñecer cómo comprende a enfermidade.
- Preguntar sobre as súas expectativas fronte ó tratamento.
- Valorar qué grao de compromiso co tratamento pode acadar.
- Comprobar que comprende as instrucións para o tratamento.
- Instruí-lo paciente sobre os efectos adversos da medicación e o manexo destes.

#### En relación co persoal sanitario

- Establecer un clima de confianza, flexibilidade e accesibilidade, sen que supoña a perda dos límites da distancia terapéutica.
- Exploración da adherencia ó tratamento.
- Implicar a familiares ou outros conviventes significativos para o paciente.
- Equipo multidisciplinar con bo intercambio de información.
- Coordinación con outros dispositivos asistenciais.

**En relación co tratamento**

- Tratamentos simplificados.
- Tratamentos con menos efectos secundarios.
- Evitar utilizar fármacos que interfiran coa metadona (ver protocolo PTDO, anexo I).
- Insistir na creación de rutinas diarias arredor das tomas para minimiza-los esquecementos.

**Protocolización****CRITERIOS DE AVALIACIÓN**

Os criterios para a avaliación do "Protocolo para a prevención e control do VIH/sida nos usuarios de drogas" baséanse nos indicadores do Sistema de Avaliación Asistencial (SAA). Para tal efecto, a UAD levará un rexistro das actividades deste protocolo para incluílo no SAA. De acordo con estes indicadores, e para a monitorización do protocolo, priorizaranse os seguintes:

- Nº de pacientes incluídos no protocolo.
- Nº de seroloxías realizadas/nº de persoas que acudiron á UAD.
- Nº de seroloxías positivas/nº de seroloxías realizadas.
- Nº de pacientes remitidos ás Unidades de VIH/sida.
- Nº de tratamentos directamente supervisados.



## UNIDADES DE VIH/SIDA

### A CORUÑA

C.H. Juan Canalejo-Marítimo de Oza (Unidade de Seguimento VIH/sida)

As Xubias, 84. 15006 - A Coruña

Tif: 981 17 82 59

C.H. Universitario de Santiago (Servicio de Medicina Interna Infecciosas)

Travesía da Choupana, s/n. 15706 - Santiago de Compostela

Tif: 981 95 12 66

C.H. Arquitecto Marcide-Novoa Santos (Unidade Seguimento VIH/sida)

Estrada de San Pedro de Leixa, s/n. 15405 - Ferrol

Tif: 981 33 40 34

### LUGO

C.H. Xeral-Calde (Medicina Interna Infecciosas)

Doutor Severo Ochoa, s/n. 27004 - Lugo

Tif: 982 29 62 60

### OURENSE

Hospital Nosa Señora do Cristal (Servicio Medicina Interna Infecciosas)

Ramón Puga, 54. 32005 - Ourense

Tif: 988 38 56 17

Hospital Santa María Nai (Unidade de Infecciosas)

Ramón Puga, 56. 32005 - Ourense

Tif: 988 38 54 78

### PONTEVEDRA

C.H. de Pontevedra (Servicio Medicina Interna)

Loureiro Crespo, 2. 36002 - Pontevedra

Tif: 986 80 00 00

C.H. Xeral-Cies (Unidade Seguimento VIH/sida)

Pizarro, 22. 36204 - Vigo

Tif: 986 81 60 00 (ext. 161)

Hospital O Meixoeiro (Servicio Medicina Interna)

O Meixoeiro, s/n. 36164, Vigo

Tif: 986 81 11 04

POVISA (Servicio Medicina Interna Infecciosas)

Salamanca, 5. 36211 - Vigo

Tif: 986 41 31 44






2 Copias



**FOLLA DE DERIVACIÓN**

 <b>FOLLA DE DERIVACIÓN</b>	Identificación (Nome, apelidos, N° S.S.):
	<b>DIRIXIDO A:</b>
<p style="text-align: center;"><input type="text" value="Dr/a:"/> <input type="text" value="UAD:"/> <input type="text" value="DATA:"/></p>	
Sinatura:	
<p style="text-align: center;"><input type="text" value="Dr/a:"/> <input type="text" value="DATA:"/></p>	
<b>INFORME ESPECIALISTA</b>	
Sinatura:	



Protocolización da abordaxe da **patoloxía orgánica** relacionada co consumo de drogas

### III. Protocolo para o control de enfermidades de declaración obrigatoria (**EDO**) en usuarios de drogas

#### XUSTIFICACIÓN

Pola necesidade de controlar e previlas enfermidades infecciosas que constitúen as principais causas de morbilidade e mortalidade, xurdiu a obriga de notificar os casos das enfermidades contaxiosas ás autoridades sanitarias.

Coa aprobación do Decreto 177/1998, do 11 de xuño, créase a Rede Galega de Vixilancia Epidemiolóxica en Saúde Pública. Establécese, como un dos elementos da rede, o sistema xeral de declaración obrigatoria de enfermidades, a notificación de situación epidémicas e abrochos. O sistema de declaración obrigatoria de enfermidades é regulado pola Orde do 14 de xullo de 1998 da Consellería de Sanidade e Servizos Sociais (DOG, 30 de xullo de 1998), na que no seu artigo número 2 establece a obriga (por parte de tódolos médicos en exercicio no ámbito territorial da comunidade) da declaración dos casos novos das enfermidades vixiadas polo sistema xeral de declaración obrigatoria de enfermidades (**anexo I**), aparecidas durante a semana en curso e baixo sospeita clínica.

Para poder adecuarse ó marco normativo sanitario da Comunidade Autónoma de Galicia, as **unidades asistenciais de drogodependencias** (UAD) da rede do Plan de Galicia sobre Drogas **deben solicitar** ó Servizo de Epidemioloxía das delegacións provinciais da Consellería de Sanidade que lles correspondan, **ser puntos declarantes** e solicitar para este labor os talonarios de notificación correspondentes.

Por outra banda, no colectivo de usuarios de drogas conflúen múltiples factores de risco para a adquisición de enfermidades infecto-contaxiosas, razón pola que estes pacientes deben ser obxecto dunha ampla des-pistaxe, aínda que non exista sospeita ou manifestacións clínicas de enfermidade.

#### POBOACIÓN RECEPTORA

Usuarios de drogas que acudan ás UAD da rede do Plan de Galicia sobre Drogas.

#### OBXECTIVOS

1. Vixilancia epidemiolóxica das enfermidades transmisibles.
2. Adequarse ó marco normativo sanitario da Comunidade Autónoma de Galicia.
3. Análise e avaliación continuada da situación sanitaria para a súa planificación.

#### SISTEMÁTICA

Ademais da metodoloxía clínica habitual de anamnese e exploración física a todo paciente que inicie un programa de tratamento na UAD, é necesario que o médico se coordine cos demais niveis asistenciais do sistema de saúde para poder establecer un correcto diagnóstico e determinar unha orientación terapéutica adecuada.

### Primeira cita

- Entre as probas complementarias rutineiras que se solicitan nas UAD (mantoux, proba do VIH/SIDA etc.), inclúese para o cribado de EDO a petición de:
  - Seroloxía de lúes.
  - Seroloxía de hepatite A, B, C e D.
- Se na primeira consulta se diagnostica ou hai sospeita clínica de EDO:
  - Notifícase a enfermidade empregando os impresos oficiais da Dirección Xeral de Saúde Pública (**anexo II-a**).
  - Chamárase ó sistema de alerta epidemiolóxica de Galicia (SAEG) (**anexo III**) se a enfermidade está incluída na listaxe de declaración urxente (**anexo I**).
  - Remítase o paciente ó dispositivo que proceda para instaurar-lo tratamento correspondente.

### Segunda cita

- Análise das probas complementarias e serolóxicas ou para ver a evolución das enfermidades e, se é posible realizar un diagnóstico, remítase o caso onde proceda para instaurar-lo tratamento.
- Notificación da enfermidade empregando os impresos oficiais da Dirección Xeral de Saúde Pública (**anexo II-a**).

### Sucesivas citas

Revisión e incidir en prevención.

Para a notificación dos casos detectados á Rede Galega de Vixilancia Epidemiolóxica de Saúde Pública, terase en conta o artigo 3 da Orde do 14 de xullo de 1998, segundo o cal **a semana é a unidade básica temporal para a declaración dos casos e a información seralle remitida á delegación provincial da Consellería de Sanidade antes do mércores da semana seguinte**. As enfermidades ás que se refire o artigo 2 desta orde (anexo I), serán declaradas mediante tres modalidades de notificación: numérica, individualizada e urxente.

- O impreso de **notificación semanal numérica** será remitido aínda que non se detecte ningún caso de enfermidade de declaración obrigatoria (**anexo II-b**).
- A notificación das enfermidades de **declaración individualizada** non exclúe a declaración numérica.
- A modalidade de **notificación urxente** non exclúe a declaración individualizada nin a numérica. A declaración urxente realízase de forma inmediata e polo medio máis rápido posible.

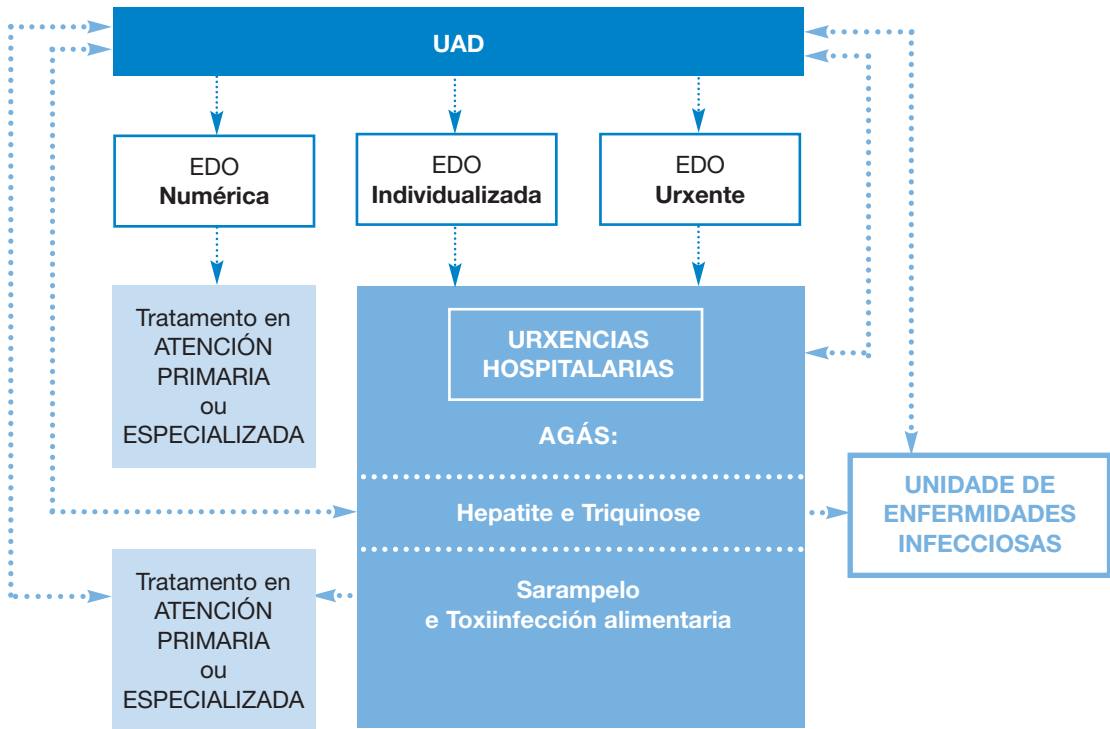
*Segundo o artigo 7 da orde do 14 de xullo de 1998, a declaración de abrochos ou situacións epidémicas é obrigatoria e urxente*, efectuándose ante a menor sospeita e polo medio máis rápido posible. Cando o abrocho ou situación epidémica detectado se deba a algunha das enfermidades de declaración numérica, os casos diagnosticados no abrocho serán incluídos na declaración da semana na que son identificados.

En función do disposto na orde, considéranse abrochos ou situacións epidémicas:

1. O incremento significativamente elevado de casos en relación cos valores esperados.
2. A aparición dunha enfermidade, problema ou risco para a saúde nunha zona ata o momento libre dela.
3. A presenza de calquera proceso relevante de intoxicación aguda colectiva, imputable a causa accidental, manipulación ou consumo.
4. A aparición de calquera incidencia de tipo catastrófico que afecte, ou poida afectar, a saúde dunha comunidade.

A tuberculose respiratoria e VIH/SIDA son de declaración obrigatoria individualizada mais a súa notificación farase dacordo cos seus protocolos específicos.

## Protocolización



### CRITERIOS DE AVALIACIÓN

Os criterios para a avaliación do "Protocolo para o control de enfermidades de declaración obrigatoria (EDO) en usuarios de drogas" baséanse nos indicadores do Sistema de Avaliación Asistencial (SAA). Para tal efecto, a UAD levará un rexistro das actividades deste protocolo para incluílo no SAA. De acordo con estes indicadores, e para a monitorización do protocolo, priorizaranse os seguintes:

- Número de pacientes incluídos no protocolo
- Número de declaracións remitidas
- Número de alertas ó sistema epidemiolóxico de Galicia.



### RELACIÓN DE ENFERMIDADES INCLUÍDAS NO SISTEMA XERAL DE VIXILANCIA (TODAS ELAS SON DE DECLARACIÓN OBRIGATORIA) NUMÉRICA

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Botulismo   | <input type="checkbox"/> Hepatite vírica B         | <input type="checkbox"/> Rubéola conxénita           |
| <input type="checkbox"/> Brucelose   | <input type="checkbox"/> Hepatites víricas, outras | <input type="checkbox"/> Sarampelo                   |
| <input type="checkbox"/> Cólera  | <input type="checkbox"/> Infección gonocócica      | <input type="checkbox"/> Sífilis                     |
| <input type="checkbox"/> Difteria  | <input type="checkbox"/> Lexionelose               | <input type="checkbox"/> Sífilis conxénita           |
| <input type="checkbox"/> Disentería bacilar                                  | <input type="checkbox"/> Lepra                     | <input type="checkbox"/> Tétano                      |
| <input type="checkbox"/> Enfermidade invasiva por<br>Haemophilus influenzaeB | <input type="checkbox"/> Meninxite tuberculosa     | <input type="checkbox"/> Tétano neonatal             |
| <input type="checkbox"/> Enfermidade meningocócica                           | <input type="checkbox"/> Meninxite vírica          | <input type="checkbox"/> Tifo exantemático           |
| <input type="checkbox"/> Febre amarela                                       | <input type="checkbox"/> Paludismo                 | <input type="checkbox"/> Tose ferina                 |
| <input type="checkbox"/> Febre botonosa                                      | <input type="checkbox"/> Parotidite                | <input type="checkbox"/> Toxiinfeccións alimentarias |
| <input type="checkbox"/> Febres tifoideas e paratifoidea                     | <input type="checkbox"/> Peste                     | <input type="checkbox"/> Triquinose                  |
| <input type="checkbox"/> Gripe   | <input type="checkbox"/> Poliomielite              | <input type="checkbox"/> Varicela                    |
| <input type="checkbox"/> Hepatite vírica A                                   | <input type="checkbox"/> Rabia                     |  |
|  | <input type="checkbox"/> Rubéola                   |  |

### RELACIÓN DE ENFERMIDADES QUE REQUIREN DECLARACIÓN OBRIGATORIA INDIVIDUALIZADA

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Botulismo   | <input type="checkbox"/> Hepatite vírica A         | <input type="checkbox"/> Rubéola                     |
| <input type="checkbox"/> Brucelose   | <input type="checkbox"/> Hepatite vírica B         | <input type="checkbox"/> Rubéola conxénita           |
| <input type="checkbox"/> Cólera  | <input type="checkbox"/> Hepatites víricas, outras | <input type="checkbox"/> Sarampelo                   |
| <input type="checkbox"/> Difteria  | <input type="checkbox"/> Lexionelose               | <input type="checkbox"/> Sífilis conxénita           |
| <input type="checkbox"/> Disentería bacilar                                  | <input type="checkbox"/> Lepra                     | <input type="checkbox"/> Tétano                      |
| <input type="checkbox"/> Enfermidade invasiva por<br>Haemophilus influenzaeB | <input type="checkbox"/> Meninxite tuberculosa     | <input type="checkbox"/> Tétano neonatal             |
| <input type="checkbox"/> Enfermidade meningocócica                           | <input type="checkbox"/> Meninxite vírica          | <input type="checkbox"/> Tifo exantemático           |
| <input type="checkbox"/> Febre amarela                                       | <input type="checkbox"/> Paludismo                 | <input type="checkbox"/> Tose ferina                 |
| <input type="checkbox"/> Febre botonosa                                      | <input type="checkbox"/> Parotidite                | <input type="checkbox"/> Toxiinfeccións alimentarias |
| <input type="checkbox"/> Febres tifoideas e paratifoidea                     | <input type="checkbox"/> Peste                     | <input type="checkbox"/> Triquinose                  |
| <input type="checkbox"/> Tuberculose respiratoria                            | <input type="checkbox"/> Poliomielite              |  |
|  | <input type="checkbox"/> Rabia                     |  |

### RELACIÓN DE ENFERMIDADES QUE REQUIREN DECLARACIÓN OBRIGATORIA URGENTE

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Botulismo   | <input type="checkbox"/> Febre amarela                                      | <input type="checkbox"/> Tifo exantemático  |
| <input type="checkbox"/> Cólera  | <input type="checkbox"/> Peste  | <input type="checkbox"/> Toxiinfeccións alimentarias (só<br>ante sospeita de abrocho) |
| <input type="checkbox"/> Difteria  | <input type="checkbox"/> Poliomielite                                       | <input type="checkbox"/> Abrochos epidémicos de cal-<br>quera orixe                   |
| <input type="checkbox"/> Enfermidade invasiva por<br>Haemophilus influenzaeB | <input type="checkbox"/> Rabia  |   |
| <input type="checkbox"/> Enfermidade meningocócica                           | <input type="checkbox"/> Sarampelo (segundo Orde do<br>24 de marzo de 1999) |   |







CONSELLERÍA DE SANIDADE  
Dirección Xeral de Saúde Pública



<b>PUNTO DE NOTIFICACIÓN</b>	
------------------------------	--

**NOTIFICACIÓN INDIVIDUALIZADA**

**DATOS PERSONAIS**

NOME: \_\_\_\_\_ 1º APELIDO: \_\_\_\_\_ 2º APELIDO: \_\_\_\_\_

DATA DE NACEMENTO:    día mes ano SEXO: Home  Muller

DOMICILIO: Rúa/Praza ou Lugar/Parroquia: \_\_\_\_\_ Número:  Piso:  Portal:

CONCELLO: \_\_\_\_\_ PROVINCIA: \_\_\_\_\_ TELÉFONO: \_\_\_\_\_

CENTRO DE TRABALLO OU ESTUDIO: \_\_\_\_\_ DATA INICIO SÍNTOMAS:    día mes ano

**ENFERMIDADES NON INMUNOPREVIBLES**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> F. TIFOIDEA E PARATIFOIDEA | <input type="checkbox"/> LEXIONELOSE  |
| <input type="checkbox"/> D. BACILAR (SHIXELOSE)     | <input type="checkbox"/> F. EXANTEMÁTICA MEDITERRÁNEA (F. BOTONOSA)               |
| <input type="checkbox"/> TOXIINFECCIÓN ALIMENTARIAS | <input type="checkbox"/> PALUDISMO  |
| <input type="checkbox"/> HEPATITE VÍRICA A          | <input type="checkbox"/> CÓLERA   |
| <input type="checkbox"/> OUTRAS HEPATITES VÍRICAS   | <input type="checkbox"/> FEBRE AMARELA  |
| <input type="checkbox"/> TUBERCULOSE RESPIRATORIA   | <input type="checkbox"/> PESTE  |
| <input type="checkbox"/> MENIXITE TUBERCULOSA       | <input type="checkbox"/> RABIA  |
| <input type="checkbox"/> MENIXITES VÍRICAS          | <input type="checkbox"/> TIFO EPIDÉMICO TRANSMITIDO POR PIOLLOS (T. EXANTEMÁTICO) |
| <input type="checkbox"/> BRUCELOSE                  | <input type="checkbox"/> LEPRO  |
| <input type="checkbox"/> BOTULISMO                  | <input type="checkbox"/> RUBÉOLA CONXÉNITA  |
| <input type="checkbox"/> TRIQUINOSE                 | <input type="checkbox"/> SÍFILIS CONXÉNITA  |
|   | <input type="checkbox"/> TÉTANO NEONATAL  |

**ENFERMIDADES INMUNOPREVIBLES (CON VACINACIÓN SISTEMÁTICA)**

- |                                      |   |   |
|--------------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> TOSE FERINA | <input type="checkbox"/> POLIOMELITE                  | <input type="checkbox"/> SI, CORRECTAMENTE (TODAS AS DOSES POSTAS)                        |
| <input type="checkbox"/> SARAMELO    | <input type="checkbox"/> TÉTANO                       | ¿Está vacunado contra esta enfermidade? <input type="checkbox"/> SI, MAIS INCORRECTAMENTE |
| <input type="checkbox"/> RUBÉOLA     | <input type="checkbox"/> HEPATITE VÍRICA B            | <input type="checkbox"/> NON  |
| <input type="checkbox"/> PAROTIDITE  | <input type="checkbox"/> ENFERMIDADE INVASIVA POR Hib | <input type="checkbox"/> DESCOÑECIDO  |
| <input type="checkbox"/> DIFTERIA    | <input type="checkbox"/> ENFERMIDADE MENINGOCÓCICA    | <input type="checkbox"/> POLA IDADE, NON A TIÑA RECOMENDADA                               |
- serogrupo: .....

NOTIFICACIÓN REALIZADA A PARTIR DE: sospeita clínica  confirmación analítica

TIPO DE PRESENTACIÓN: esporádica  abrocho

**OBSERVACIÓNS**

Información considerada estrictamente confidencial e para fins exclusivamente sanitarios (Lei Orgánica 5/92, de 29 de outubro e Orde do 27 de xullo de 1994), inscrito na Agencia de Protección de datos, co nome EDONOMINAL, Código nº 1952910112.

**DECLARANTE**

N.º de Colexiado/a:  Nome e apelidos: \_\_\_\_\_

CASO NOTIFICADO NA SEMANA QUE COMEZA ÁS 0 h. DO DOMINGO:    día mes ano

Marcar cun X a enfermidade obxecto de notificación

EXEMPLAR PARA A ADMINISTRACIÓN



2 Copias



<b>PUNTO DE NOTIFICACIÓN</b>	
------------------------------	--

Nome e apelidos: \_\_\_\_\_

Nº colexiado/a: \_\_\_\_\_

**NOTIFICACIÓN SEMANAL NUMÉRICA**

FOLLA DA SEMANA 02: do 5 de xaneiro de 2003 ó 11 de xaneiro de 2003

ENFERMIDADES DE DECLARACIÓN EXCLUSIVAMENTE NUMÉRICA	TOTAL SEMANA	Domingo	Luns	Martes	Mércores	Xoves	Venres	Sábado
Gripe								
Varicela								
Sífilis								
Infección gonocócica								

ENFERMIDADES DE DECLARACIÓN NUMÉRICA E MÁIS INDIVIDUALIZADA (*)	TOTAL SEMANA	Domingo	Luns	Martes	Mércores	Xoves	Venres	Sábado
F. tifoidea e paratifoidea								
Toxiinfeccións alimentarias								
D. bacilar (shixelose)								
Tuberculose respiratoria		Declararase a través das follas de declaración ampliada do programa de Tuberculose						
Meninxite tuberculosa								
Meninxites víricas								
Enfermidade meningocócica		Declaración urxente ó SAEG						
Enfermidade invasiva por Hib		Declaración urxente ó SAEG						
Lexionelose								
Brucelose								
Tose ferina								
Tétano								
Sarampelo		Declaración urxente ó SAEG						
Rubéola								
Parotidite								
Hepatite vírica A								
Hepatite vírica B								
Outras hepatites víricas								
F. exantemática mediterránea (f.botonosa)								
Outras (especificar):								

<b>REXISTROS ESPECIAIS</b>	Lepra <input type="checkbox"/>	Rubéola Conxénita <input type="checkbox"/>	Sífilis Conxénita <input type="checkbox"/>	Tétano Neonatal <input type="checkbox"/>
----------------------------	--------------------------------	--	--	--

NESTA SEMANA NON HOUBO CASOS DE EDO

(\*) Para a notificación INDIVIDUALIZADA use os impresos adecuados

EXEMPLAR PARA A ADMINISTRACIÓN



**SISTEMA DE ALERTA EPIDEMIOLÓXICA DE GALICIA**

TELÉFONOS DIRECTOS EPIDEMIOLOXÍA  
*Horario de oficina*

A CORUÑA  
**981 18 58 34**

LUGO  
**982 29 41 14**

OURENSE  
**988 38 63 39**

PONTEVEDRA  
**986 80 58 72**

**SAEG**

EPIDEMIÓLOGO DE GARDA  
*Fóra do horario de oficina*

**649 82 90 90**

A través do 061 tamén é posible contactar co SAEG

XUNTA DE GALICIA

CONSELLERÍA DE SANIDADE  
E SERVICIOS SOCIAIS

Dirección Xeral de  
**SAÚDE PÚBLICA**  
de Galicia





Protocolización da abordaxe da **patoloxía orgánica** relacionada co consumo de drogas

## IV. Protocolo para a prevención e control da **hepatite** nos usuarios de drogas

### XUSTIFICACIÓN

Unha das complicacións máis frecuentes nos usuarios de drogas son as hepatites, tanto agudas como crónicas.

A súa incidencia foi aumentando en relación ó aumento do consumo de drogas vía intravenosa. Os estudos realizados na nosa Comunidade Autónoma evidencian uns resultados similares a outros países do noso contorno, representando un 50% das complicacións infecciosas neste colectivo.

Esta alta incidencia débese ó alto número de portadores neste colectivo, e ás prácticas de risco, como pode se-lo intercambio de material contaminado por sangue (que é, xunto coa vía sexual, a vía de transmisión fundamental para estes virus), de persoas enfermas ou infectadas.

Existe tamén un alto risco de contaxio entre conviventes e a través de contactos sexuais de persoas cronicamente infectadas, atopándose un contaxio entre 25-40% dos compañeiros sexuais dos portadores.

A prevalencia de VHB en usuarios de drogas intravenosas (UDI), sitúase entre o 6-10%, estando en relación coa intensidade do hábito e non coa antigüidade. Arredor dun 9-10% cronifícase, aumentando o risco de carcinoma hepatoxénico ou cirrose con respecto á poboación normal.

O VHD, precisa do VHB para a entrada no hepatocito e para a súa replicación. A prevalencia é baixa na poboación normal, pero alta na poboación UDI (67,4% en Galicia e 46-67% en España). Este virus ten un elevado potencial patoxénico, considerándose unha causa importante de hepatite fulminante. A infección deste virus pode ser como "co-infección", cando é simultánea coa infección do VHB, ou "sobreinfección", que ocorre sobre un paciente VHB portador crónico.

O 80% dos UDI no noso país teñen anticorpos fronte ó VHC, a vía de transmisión máis importante é o sangue. Considérase, polo tanto, que o colectivo con maior risco para adquiri-la infección por VHC son os UDI. O 50% das infeccións tenden a cronificarse, demostrándose unha alta prevalencia de anti-VHC en pacientes con carcinoma de fígado en España.

Ante estes datos, resulta fundamental a vacinación activa fronte o VHB (evitándose non só a infección do VHB, senón que tamén o do VHD), as medidas hixiénicas e preventivas, e a busca activa de infectados e portadores destes axentes infecciosos, razóns polas que se elabora este protocolo de tratamento dende o Plan e Galicia sobre Drogas.

Os UDI constitúen un grupo de risco para adquiri-la hepatite A (o 2,4 % de tódolos casos de EEUU, ocorren neste colectivo).

Ademais, a vacinación fronte á hepatitis A está especialmente recomendada en pacientes con hepatopatía crónica por calquera outra patoloxía, xa que neles, a infección sobreengadida polo virus VHA pode desencadear unha hepatitis fulminante.

As intervencións cos usuarios de drogas deberían incorporar a detección de Ac e vacinación fronte a VHA dos seronegativos.

### POBOACIÓN RECEPTORA

1. Drogodependentes que inicien tratamento nas UAD.
2. Persoas usuarias de drogas intravenosas que contacten coas UAD.
3. Conviventes e parellas sexuais de pacientes infectados.

### OBXECTIVOS

1. Estudia-la presenza de infección por virus da hepatitis en todo usuario de drogas que acuda á UAD.
2. Confirmación diagnóstica e derivación ás unidades de atención especializada para a instauración do correspondente tratamento.
3. Administración da 1ª dose da vacina contra VHB ós usuarios de drogas que contacten coa UAD.
4. Completa-la vacinación contra VHB nos drogodependentes a tratamento nas UAD.
5. Vacinación contra VHB dos familiares e conviventes de pacientes infectados.

### SISTEMÁTICA

As principais estratexias de prevención e intervención fronte á patoloxía infecciosa da hepatitis son:

- A detección precoz
- A educación para a saúde: informa-los pacientes dos modos de transmisión, das medidas hixiénico-sanitarias que cómpre adoptar, tanto por eles como polas súas parellas e conviventes.
- A vacinación activa: ofrece-la administración da vacina e administra-la primeira dose no primeiro contacto do usuario coa UAD.
- Coordinación con outros dispositivos sanitarios.

#### Primeira consulta co médico da UAD

- Ofrece-la vacinación completa fronte á hepatitis B e administra-la primeira dose.
- Solicita-los marcadores serolóxicos para hepatites A, B, C e D, co obxecto de coñecer-lo seu estado de inmunidade e de portador e así interromper ou proseguir-la vacinación iniciada.
- Consignar esta primeira dose no "carné de vacinación do adulto" (**anexo I**), onde se farán constar, ademais, as datas previstas das seguintes doses. Este carné entregarásele ó usuario para efectos de información e recordatorio.
- Comunicarlle a necesidade de volver á consulta, co fin de continuar-la pauta ou para valoración clínica e/ou derivación, á vista dos resultados dos marcadores serolóxicos, segundo as seguintes táboas:

#### Interpretación de marcadores serolóxicos de HB

HBsAg	Anti HBc	Anti HBs	
(-)	(-)	(-)	Susceptible (vacinar)
(+)	(+)	(-)	Infectado (derivar)
(-)	(+)	(+)	Inmune (non vacinar)
(-)	(-)	(+)	Inmune (non vacinar)

#### Interpretación de marcadores serolóxicos de HA

IgM anti HA	IgG Anti HA	
(+)	(-) / (+)	Infección aguda (derivar)
(-)	(+)	Inmune (non vacinar)
(-)	(-)	Susceptible (vacinar)



**Interpretación de marcadores serolóxicos de HC**

Anti HC	
(+)	Infectado (derivar)
(-)	Non infectado → Determinación periódica

Non é frecuente realizar determinación serolóxica fronte á Hepatite delta.

**Sucesivas consultas (unha vez recibidos os resultados da seroloxía)**

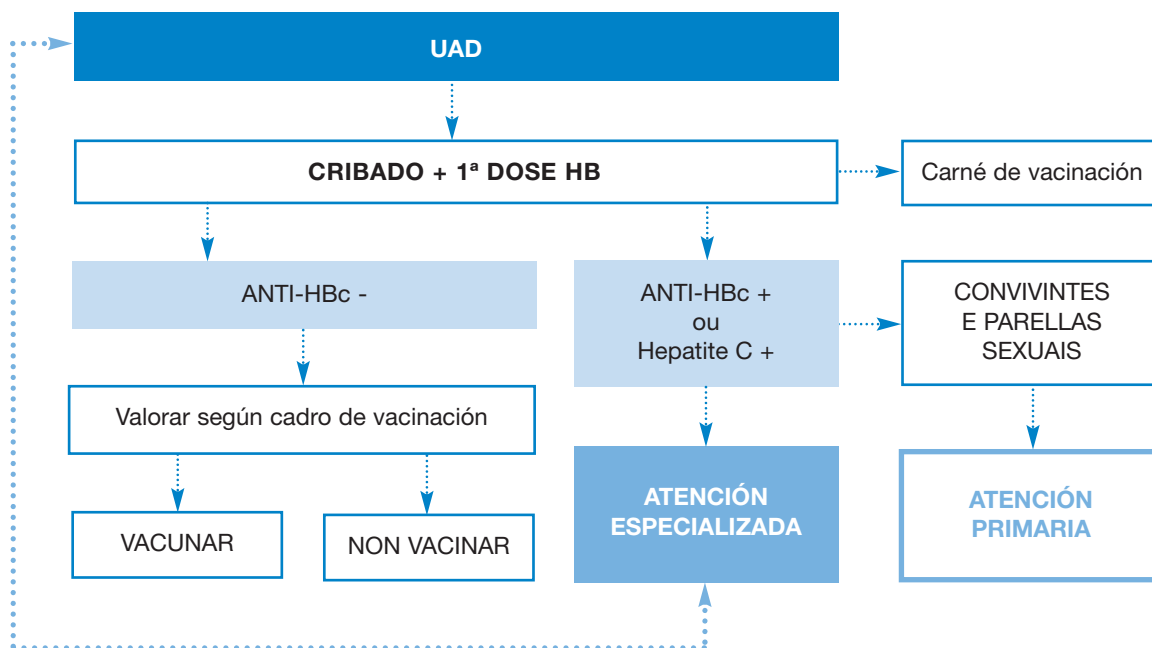
- Se o marcador anti-HBc é negativo débese continua-la pauta de vacinación, sempre que o marcador anti-HBs sexa tamén negativo (a presenza de anti-HBs indicaría que o paciente foi previamente vacinado).
- Nos pacientes anti-HBc positivos debe valorarse a presenza, ou non, de anti-HBs. Se este é positivo non hai necesidade de proseguir-la vacinación; no caso de que o anti-HBs sexa negativo, derivase á especializada (**anexo II**).
- Os pacientes anti-HBc e anti-VHC positivos serán informados da necesidade de realizar un estudio serolóxico entre os seus conviventes e parellas sexuais, remitíndoos ós centros de atención primaria, os cales atenderán calquera demanda que se lles presente por parte dos conviventes e parellas sexuais dos grupos de risco segundo o acordo do Consello Interterritorial do Sistema Nacional de Saúde.
- No colectivo drogodependente, especialmente nos individuos dos que se sospeite que poidan ter unha resposta subóptima á vacinación (persoas VIH (+) ou con algún tipo de inmunodepresión), débese realizar un test pos-vacinación para comproba-la seroconversión ou para a revacunación dos non respondedores.

**Productos e pautas de vacinación**

	Productos dispoñibles
Fronte a HB	HBVAXPRO® 5 microgramos: ata os 15 anos de idade inclusive.
	HBVAXPRO®10 microgramos: adolescentes e adultos maiores de 15 anos.
	Engerix-B® 10 microgramos: ata os 15 anos de idade inclusive.
	Engerix-B® 20 microgramos: adolescentes e adultos maiores de 15 anos.
Fronte a HA	Havrix 720®: ata os 19 anos de idade inclusive.
	Havrix 1.440®: adolescentes e adultos maiores de 19 anos.
	Vaqta 25®: ata os 16 anos inclusive.
	Avaxim®: adolescentes e adultos maiores de 16 anos.
	Epaxal®: a partir dos 2 anos, para adolescentes e adultos.
Fronte a HA e HB (vacina combinada)	Twinrix Pediátrico®: ata os 15 anos inclusive.
	Twinrix Adulto®: adolescentes e adultos maiores de 16 anos.

	Pautas de vacinación
Fronte a HB	Pauta normal: 0 , 1 , 6 meses (3 doses).
	Pauta acelerada: 0 , 1 , 2 , 12 meses (4 doses).
Fronte a HA	0, 6-12 meses (2 doses)
Fronte a HA e HB (vacina combinada)	Pauta normal: 0, 1, 6 meses (3 doses).
	Pauta acelerada: 0, 7, 21 días, 12 meses (4 doses). Circunstancias excepcionais (viaxe a zona de risco).

NOTA IMPORTANTE PARA TÓDALAS PAUTAS: se pasa un intervalo de tempo maior do recomendado entre dúas doses sucesivas contínuarase a pauta de vacinación sexa cal sexa o intervalo transcorrido dende a dose anterior, sen reinicia-la pauta nin repetir ningunha dose.

**Protocolización****CRITERIOS DE AVALIACIÓN**

Os criterios para a avaliación do "Protocolo para a prevención e control da hepatitis nos usuarios de drogas", baséanse nos indicadores do Sistema de Avaliación Asistencial (SAA). Para tal efecto, a UAD levará un rexistro das actividades deste protocolo para incluílo no SAA. De acordo con estes indicadores, e para a monitorización do protocolo, priorizaranse os seguintes:

- Nº de admisións/nº seroloxías hepatitis.
- Nº de contactos con UAD/nº de primeira dose vacunación anti HB.
- Nº de admisións/nº de vacinacións completas.
- Nº de admisión/nº de anti-HA positivos.
- Nº de admisión/nº de anti-HBc positivos.
- Nº de admisión/nº de anti-HC positivos.

# CARNÉ DE VACINACIÓN DO ADULTO

<b>Proba da Tuberculina</b> <small>(Médicos de 65 anos e outros grupos de risco, segundo prescrición médica)</small> Data: <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> Lote/Laboratorio fabricante: <input type="text"/> Resultado (mm. de induración): <input type="text"/> Centro Vacinación Sinalara/Selo: <input type="text"/>		<b>Enfermidade Pneumocócica</b> <small>(Médicos de 65 anos e outros grupos de risco, segundo prescrición médica)</small> Data: <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> Lote/Laboratorio fabricante: <input type="text"/> Centro Vacinación Sinalara/Selo: <input type="text"/>		<b>Carné de Vacinación do Adulto</b> Dirección Xeral de SAÚDE PÚBLICA de Galicia	
<b>Quimioprolifaxe</b> Fármaco: <input type="text"/> Dose: <input type="text"/> Data Inicio: <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> Data Final: <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> Centro Sanitario: <input type="text"/> Observacións: <input type="text"/>		<b>Outras Vacinas</b> Data: <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> Vacina: <input type="text"/> Lote/Laboratorio fabricante: <input type="text"/> Centro Vacinación Sinalara/Selo: <input type="text"/>		Nome: <input type="text"/> Apelido 1º: <input type="text"/> Apelido 2º: <input type="text"/> Data de Nacemento: <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> Enderezo: <input type="text"/> Concello: <input type="text"/> C.P.: <input type="text"/> Provincia: <input type="text"/> Teléf.: <input type="text"/> C.I.P.: <input type="text"/>	
No caso de presentar algún problema de saúde ou sufrir un accidente, avisar a: Nome e Apelidos: <input type="text"/> Enderezo: <input type="text"/> Concello: <input type="text"/> Teléf.: <input type="text"/>		<b>Próximos Vacinas</b> Vacina: <input type="text"/> Data: <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>			

<b>Tétano ou Tétano/difteria</b>	Primovacinação (3 doses) Pauta: 0/2/6-12 meses																																				
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 20%;">Data</th> <th style="width: 30%;">Lote/Laboratorio fabricante</th> <th style="width: 50%;">Centro Vacinación Sinalar/Selo</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>	Data	Lote/Laboratorio fabricante	Centro Vacinación Sinalar/Selo																															Revacinación: cada 10 anos			
Data	Lote/Laboratorio fabricante	Centro Vacinación Sinalar/Selo																																			
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 20%;">Data</th> <th style="width: 30%;">Lote/Laboratorio fabricante</th> <th style="width: 50%;">Centro Vacinación Sinalar/Selo</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>	Data	Lote/Laboratorio fabricante	Centro Vacinación Sinalar/Selo																																		<b>Hepatitis B</b> (Grupos de risco, segundo prescrición médica)
Data	Lote/Laboratorio fabricante	Centro Vacinación Sinalar/Selo																																			
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 20%;">Data</th> <th style="width: 30%;">Lote/Laboratorio fabricante</th> <th style="width: 50%;">Centro Vacinación Sinalar/Selo</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>	Data	Lote/Laboratorio fabricante	Centro Vacinación Sinalar/Selo																																		Pauta Estándar: 0/1/6 meses
Data	Lote/Laboratorio fabricante	Centro Vacinación Sinalar/Selo																																			
<p>Valórase individualmente a necesidade do screening preventivo e do test de seroconversión postvacinal, segundo o grupo de risco que motiva a vacinación. Non se precisan doses de recordo. No caso de administrar doses adicionais deben sinalarse no apartado de "outros vacinas".</p>	<b>Datos de Interese Sanitario</b>																																				
Alerxias:	Reaccións adversas post-vacinais:																																				
Observacións:	Observacións:																																				
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>																																		<b>Gripe</b> (Mostrer de 65 anos e outros grupos de risco, segundo prescrición médica)			
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 20%;">Data</th> <th style="width: 30%;">Lote/Laboratorio fabricante</th> <th style="width: 50%;">Centro Vacinación Sinalar/Selo</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>	Data	Lote/Laboratorio fabricante	Centro Vacinación Sinalar/Selo																																		Unha dose ó ano, entre setembro e decembro
Data	Lote/Laboratorio fabricante	Centro Vacinación Sinalar/Selo																																			
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>																																		Observacións:			

2 Copias



**FOLLA DE DERIVACIÓN**

<p><b>FOLLA DE DERIVACIÓN</b></p>	<p>Identificación (Nome, apelidos, Nº S.S.):</p>
<p><b>DIRIXIDO A:</b></p>	
<div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 20px;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px 10px;">Dr/a:</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px 10px;">UAD:</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px 10px;">DATA:</div> </div>	
<p>Sinatura:</p>	
<div style="display: flex; justify-content: center; margin-top: 20px;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px 10px; margin-right: 20px;">Dr/a:</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px 10px;">DATA:</div> </div> <p><b><u>INFORME ESPECIALISTA</u></b></p>	
<p>Sinatura:</p>	



## Protocolo de intervención con **colectivos específicos** PICE

### XUSTIFICACIÓN

O fenómeno das drogas e da adición a elas está presente en tódolos estratos e colectivos sociais. Nalgúns casos, ás situacións de marxinación e dificultades intrínsecas dos consumidores e dependentes de drogas, engádense outras derivadas da idade, das condicións socioeconómicas nas que se vive, do escaso arraigamento social da comunidade de referencia, da necesidade de prestacións sociais universais, etc, específicas de colectivos con necesidades especiais. Estas características propias de determinados colectivos sociais poden ser barreiras tanto para o acceso ós recursos da rede de atención, como para un seguimento e cumprimento adecuado do tratamento.

O labor sanitario con calquera destes colectivos pasará sempre pola integración e normalización da atención nos dispositivos asistenciais existentes da rede do Plan de Galicia sobre Drogas –PGD–, tendo en conta as súas peculiaridades e enfocando as intervencións en función de modos de achegamento diferentes e distintas prioridades na abordaxe das súas necesidades.

Este protocolo de intervención xorde para mellora-la atención de persoas que se encontran en situacións sociais e económicas desfavorecidas, tanto no que ten que ver co acceso ós recursos asistenciais, como respecto á adherencia ó tratamento; para os que, ademais das dificultades derivadas do consumo de drogas, existen outras que dificultan o proceso de deshabitación das drogas. Estas dificultades derivan nuns casos das súas especificidades culturais e noutros veñen condicionadas pola súa situación irregular no país. Neste protocolo priorízanse dous colectivos que consideramos presentan estas dificultades sobreengadidas ó seu problema de dependencia: un deles é a *comunidade xitana* e outro os *inmigrantes* e *estranxeiros en situación irregular* con problemas de drogodependencia. No primeiro caso destaca-la frecuencia de pacientes desta comunidade nas UAD e a distancia cultural e de valores que existe entre ámbalas culturas que ten que superarse para conseguir que as persoas da comunidade xitana accedan en igualdade de condicións ós tratamentos. O segundo colectivo, formado por inmigrantes e estranxeiros en situación irregular require de pautas de actuación e intervención específicas para a regularización da situación administrativa no país e a posibilidade de beneficiarse das prestacións sociais universais.

Ámbolos dous casos e igual que noutros colectivos con especificidades étnicas propias, a resposta ó tratamento pode estar condicionada, tanto por factores de índole sociocultural como ademais de tipo biolóxico, tal como evidencian os estudos farmacoxenéticos. Así por exemplo, o alto porcentaxe de individuos de raza asiática ou de indios americanos, que sofren un efecto tipo antabús trala inxesta de pequenas cantidades de alcohol, está relacionada cun déficit relativo de aldehído deshidrogenasa, unha das enzimas implicadas na metabolización do alcohol.

Outro caso tamén documentado, son os polimorfismos xenéticos relacionados co sistema citocromo CYP-450 existentes en diferentes grupos étnicos, que condicionan diferentes respostas individuais ante a utiliza-

ción de distintos fármacos de uso habitual na terapéutica das drogodependencias (metadona, antidepressivos, antipsicóticos,...) ó dividir a poboación en metabolizadores ultrarrápidos, rápidos, lentos e ultralentos.

Dende un enfoque bio-psico-social das drogodependencias, todos estes factores deben ser considerados na abordaxe do paciente drogodependente pertencente a colectivos específicos, para realizar unha intervención eficaz e eficiente.

## **POBOACIÓN RECEPTORA**

O protocolo de tratamento para colectivos específicos será de aplicación a aqueles pacientes drogodependentes que demanden tratamento na rede asistencial do PGD e que presentan algunha das seguintes características diferenciais:

- Pertencer a algunha minoría étnica.
- Ser inmigrante ou estranxeiro en situación irregular.

## **OBXECTIVOS**

O obxectivo básico deste protocolo é facilitar que as persoas con problemas de drogas pertencentes a colectivos como a comunidade xitana, musulmáns, inmigrantes non regularizados, etc accedan ós recursos de atención existentes en igualdade de oportunidades que o resto da poboación e facilitar que manteñan a continuidade no tratamento.

Como obxectivos específicos sinálanse:

1. Garanti-lo acceso á rede asistencial do PGD, en condicións de igualdade, ós pacientes destes colectivos.
2. Garanti-las prestacións habituais e a atención integral dentro do modelo biopsicosocial.
3. Adecua-las intervencións: adapta-las pautas de actuación habituais ás peculiaridades destes colectivos.
4. Mellora-la súa retención no tratamento especialmente nas fases posteriores á desintoxicación.

## **SISTEMÁTICA**

O protocolo de tratamento para colectivos específicos é un protocolo activo nos inicios e reinicios de tratamento en función do dato "cumpre situación especial" de cada paciente no programa de orientación e acollida –POA–, que máis concretamente se corresponde con suxeitos da comunidade xitana e con inmigrantes e estranxeiros en situación irregular con problemas de drogas. Na primeira fase valóranse as condicións sociais e persoais de cada paciente e cúmprese algunha das situacións especiais aquí definidas, dáselle a entrada neste protocolo.

No **anexo I** está o esquema de actuación deste protocolo para as diferentes etapas do tratamento.

Dadas as características que diferencian a estas poboacións da habitualmente atendida nos recursos asistenciais da rede do PGD, recoméndase:

1. Contextualiza-las explicacións tendo en conta os valores e costumes da comunidade de referencia.
2. Fomentar sempre que se poida a comunicación e o diálogo entre os responsables dos colectivos minoritarios e os dispositivos asistenciais, a través de contactos regulares e reunións.

## **Protocolización**

Despois da petición de cita, o plan de traballo establécese da seguinte maneira:

### **1. Primeira cita e inicio da fase de acollida**

Nos servizos asistenciais da rede do PGD considéranse os casos destes colectivos específicos como poboación preferencial de atención. As UAD serán áxiles acolléndoos, evitando barreiras burocráticas e administrativas e coordinándose con outros recursos e institucións dependendo de cada problemática.

Rexístrase o caso neste protocolo mentres que se fai a valoración no POA e se inicia o deseño do plan de intervención personalizado.

Da valoración nesta fase saíran os primeiros obxectivos para traballar co paciente para que poida manterse a tratamento sen as dificultades engadidas da súa situación de irregularidade ou a súa pertenza a unha etnia cultural diferente.



Un aspecto básico que hai que valorar no POA é a normalización da situación residencial, legal e sociosanitaria do paciente. No caso de persoas sen documentación en regra para acceder a prestacións básicas, contárase cos servizos sociais e cos organismos e entidades encargados das tramitacións de permisos de residencia e documentación acreditativa para a prestación sanitaria. No **anexo II** enuméranse as entidades que orientan e asesoran nesta materia.

## 2. Decisión sobre a modalidade e programa de tratamento

As prestacións básicas dos centros e servizos da rede asistencial do PGD son universais para tódolos pacientes que acceden a tratamento e a inclusión neste protocolo non implica ningunha modificación ó respecto.

Para os pacientes destes colectivos, ó mesma ca para o resto dos pacientes das UAD, elabórase un plan de intervención que contén un diagnóstico nas diferentes áreas, uns obxectivos e un proceso terapéutico. Este plan explícaselle ó paciente tratando de garanti-la coherencia destes obxectivos e das condicións do tratamento cos seus esquemas e valores culturais. As formas de traballo teñen que adaptarse á poboación de maneira dinámica e continuada.

Así teranse que flexibilizar, por exemplo, os criterios de entrada en determinadas modalidades de tratamento (residencial e semiresidencial, especialmente), sen por iso diminuí-lo nivel de esixencia nin a eficacia do tratamento. No caso das comunidades terapéuticas e unidades de día, que adoitan dispoñer dunha normativa de funcionamento específica, tamén resulta conveniente a flexibilidade do equipo terapéutico para que os pacientes destes colectivos poidan integrarse nestas modalidades de tratamento.

## 3. Seguimento

A intervención con estes colectivos réxese polas pautas xerais do tratamento nas UAD do PGD. De maneira máis específica, teranse en conta as seguintes consideracións:

- Intervención social prioritaria. A posibilidade de orientar e facilita-lo acceso a determinadas prestacións axuda a mellora-las condicións sociais do paciente e facilita a súa abstinencia.
- Inclusión no Programa de incorporación personalizado (PIP) e posta en práctica doutras medidas de incorporación social.
- Traballar con persoas de referencia para o paciente (asociacións, figuras significativas na comunidade, etc.).

### A. Comunidade xitana

Deterémonos na *comunidade xitana* polo importante volume de pacientes que están a tratamento nas UAD de Galicia e nos demais recursos de atención a drogodependentes do Estado español, aínda que non é fácil calcular con exactitude o seu número dado que non se recolle a variable "etnia" nos datos básicos confidenciais de admisións a tratamento.

No **anexo III** descríbense algunhas características culturais da *comunidade xitana* que se teñen que ter en consideración cos pacientes desta comunidade a tratamento nos recursos asistenciais do PGD.

Os individuos pertencentes ó colectivo xitano e que están afectados pola problemática derivada do consumo de drogas, acceden e permanecen en moi escasa medida nos recursos existentes. A estrutura e funcionamento dos centros adoita chocar coa idiosincrasia e maneira de ser deste colectivo, que valora o tempo e os horarios de maneira diferente á cultura "paya" e que ten unha visión diferente sobre o binomio saúde-enfermidade.

Por outro lado, investigacións realizadas en España<sup>1</sup>, sinalan que as taxas de retención en programas con agonistas opiáceos son similares entre o grupo de pacientes "payos" e o de pacientes xitanos; pero en programas con antagonistas, a probabilidade de continuidade do tratamento é maior para o grupo non xitano.

Os recursos de atención a drogodependentes teñen que facilita-lo acceso deste colectivo e adecua-las súas estruturas de atención para permiti-la súa incorporación e permanencia, garantindo a universalidade da

1. Iraurgi I.; Jiménez-Lerma J.M.; Landabaso M.A. et al. "Gitanos y adicción a drogas. Estudio de adherencia al tratamiento". Eur. Addict. Research 2000; 6; 34-41.

atención a través da adaptación dos modos de traballo dos seus profesionais para o deseño de programas e de estratexias de achegamento (outreach) no traballo de rúa.

Destácanse a seguir algunhas *recomendacións* no traballo con este colectivo:

- Traballar en contacto coas asociacións xitanas e cos líderes espirituais, que poden exercer-lo papel de mediadores e facilita-lo achegamento ós recursos asistenciais. Ademais de promover un cambio de actitudes e respostas positivas na comunidade cara ós seus problemas coas drogas.
- Implicar a figuras de autoridade: a nai e os maiores, as figuras de respecto ou mediadores sociais.
- Intervención social activa desde a acollida. Os traballadores da área social (traballadores sociais, educadores, etc) adoitan ofrecer-la posibilidade de xestionar prestacións sociais que axudan ó enganche no proceso global de tratamento.
- Sería aconsellable incidir nun primeiro momento nos aspectos sanitarios e nun segundo momento ir abordando os aspectos psicolóxicos, cando proceda.
- No caso de VIH é frecuente que nos estadios asintomáticos non demanden atención e ás veces nin se realicen as probas diagnósticas.
- Recoméndanse as medidas de protección universais e especialmente o traballo con mediadores e axentes de saúde da propia comunidade.
- Utilizar explicacións con valor no seu contexto cultural, tanto para o diagnóstico como para o plan de intervención.
- Prestar especial atención nas actuacións sobre asuntos sexuais ou de parella. As "leis xitanas" son diferentes ás "payas". Resulta máis adecuado falar deste tema por separado. A muller xitana é activa e prefire actuar (adoptar cambios) que discutir diso co seu home.
- As grandes celebracións na comunidade xitana acostuman durar días e obrigan a desprazamentos pouco precisos que poden interferir coa continuidade no tratamento. Estas son: vodas, enterros e funerais, etc, ademais de cuestións relacionadas coa saúde e o seu tratamento (enfermidade dalgún membro da familia, ingreso en hospitais, etc.).
- A vivencia do proceso de dolo e o loito condicionan a súa asistencia a determinados lugares.
- As malas relacións entre familias ("contrarios"=familias enfrontadas por cuestións de honor) poden condiciona-la asistencia a tratamento e ocasionar problemas en caso de coincidir nos mesmos días e horarios de atención.
- O desterro pode ser unha das decisións que tomen as figuras de autoridade en caso de desavinzas familiares ou doutro tipo. Nestes casos a persoa desterrada ten que abandonar de inmediato o seu lugar habitual de residencia.
- Atender con atención ós xestos e sinais (ton de voz, mirada) que son indicativos de estados emocionais. A expresividade é maior ca noutras culturas. Ós xitanos gústalles moito falar e que os escoiten.
- Se conectan afectivamente no primeiro encontro, a persoa que fixo a acollida convértese nun referente para eles. A relación co servizo social ou sanitario establécese por mediación dunha persoa do dito servizo.
- Unha estratexia de enganche moi útil consiste en inicia-los contactos ou citas con preguntas sobre os seus aspectos persoais e a súa vida cotiá. Os contactos máis fríos ou impersoais xeran afastamento dos servizos.
- As mulleres xitanas teñen maiores dificultades para acceder ós servizos de atención de drogodependencia.
- Ante a demanda de atención dun paciente identificado, convén explorar e ofrecer tratamento a outros membros do núcleo familiar ou de convivencia.
- Non é útil crear situacións límite nunha familia xitana, xa que adoitan ter un escaso establecemento de normas e límites dentro da unidade familiar e toleran e xustifican as posibles faltas ou incumprimentos do seu membro.
- En situacións críticas (abusos, malos tratos, etc) adoita haber menor protección e maior receo a falar do que sucede. Ademais a oferta dos procedementos habituais para resolver estas situacións non sempre é compatible coa súa cultura e valores.

### B. Inmigrantes e estranxeiros en situación irregular

Neste colectivo estarían os pacientes que demandan tratamento e que proceden de países de ámbito extra-comunitario en situación irregular (indocumentados, fuxitivos do país de orixe, etc.), así como cidadáns europeos prófugos da xustiza.

As dificultades que se presentan de maneira xenérica con este colectivo de pacientes, engadido ó problema de adición a substancias, serían:

- A carencia de documentación en regra (DNI, permiso de residencia, empadramento municipal...) dificulta a tramitación de cobertura sanitaria (realización de analíticas e outras exploracións complementarias, tratamentos por problemas médicos asociados...) aínda que non impide que se lles preste asistencia. Igualmente dificulta que se beneficien de prestacións sociais e do acceso a un traballo normalizado que facilite a súa incorporación social.
- As súas necesidades vitais básicas non sempre están cubertas (aloxamento, vivenda, alimentación, etc.).
- Desarraigo sociofamiliar.
- Dificultades idiomáticas e culturais que poden condiciona-la fase de acollida nas UAD e o resto do tratamento.
- Realización de actividades ilegais (tráfico de estupefacientes, prostitución...) como medio de vida.
- En moitos deles engádesse a existencia de problemas xudiciais nos seus países de orixe.

Estas características provocan frecuentes situacións de exclusión social que ensombrecen o prognóstico dos pacientes deste colectivo e dificultan unha abordaxe terapéutica regular e continuada.

De acordo co disposto na Lei 4/1993, do 14 de abril, de servizos sociais e na Lei orgánica 4/2000, do 11 de xaneiro, que regula os dereitos e liberdades dos estranxeiros en España e a súa integración social, debe prestarse asistencia en todo caso ó colectivo de inmigrantes, independentemente da súa procedencia e situación administrativa. Así, o artigo 14 da Lei 4/2000, "dereito á seguridade social e servizos sociais", di: "os estranxeiros en España, calquera que sexa a súa situación administrativa, teñen dereito ós servizos e prestacións básicas".

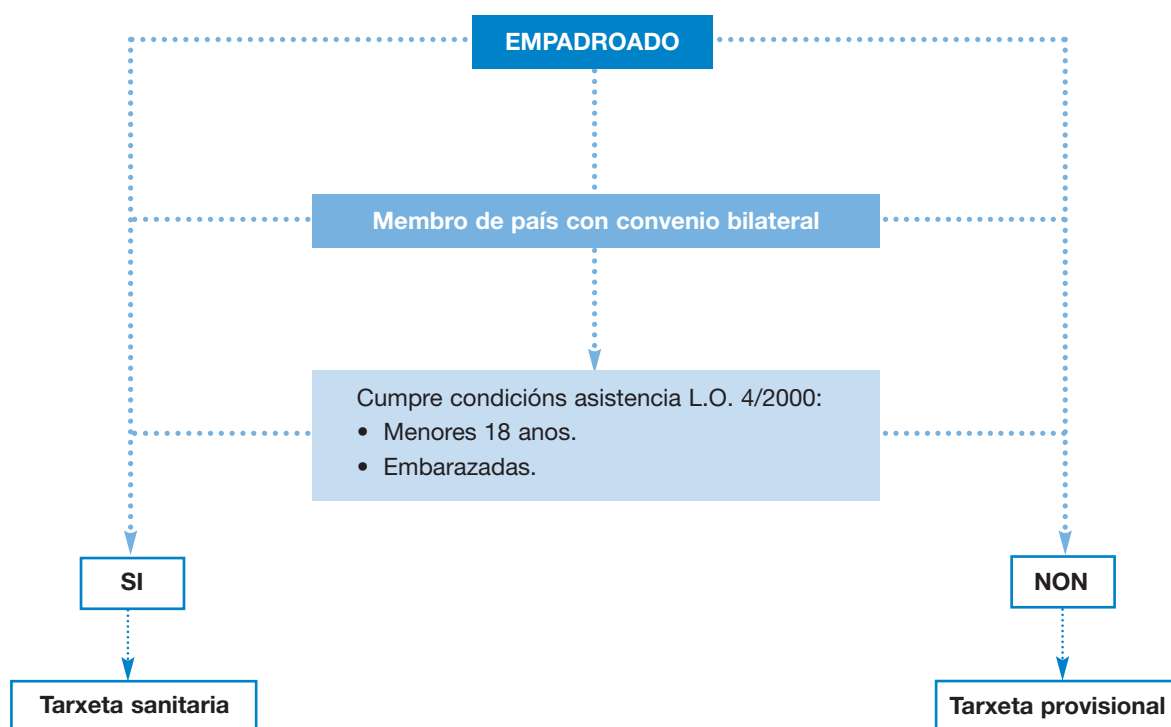
Neste sentido a Lei orgánica 4/2000, do 11 de xaneiro, sobre dereitos e liberdades dos estranxeiros en España e a súa integración social, no artigo 12 indica as situacións en que teñen dereito á asistencia sanitaria:

1. Os estranxeiros que se encontren en España inscritos no padrón do municipio onde residen habitualmente.
2. Os estranxeiros que se encontren en España teñen dereito á asistencia sanitaria pública de urxencia ante enfermidades graves ou accidentes calquera que a sexa a súa causa e á continuidade da dita atención ata a situación de alta médica.
3. Os estranxeiros menores de 18 anos.
4. As estranxeiras embarazadas durante o embarazo, parto e puerperio.

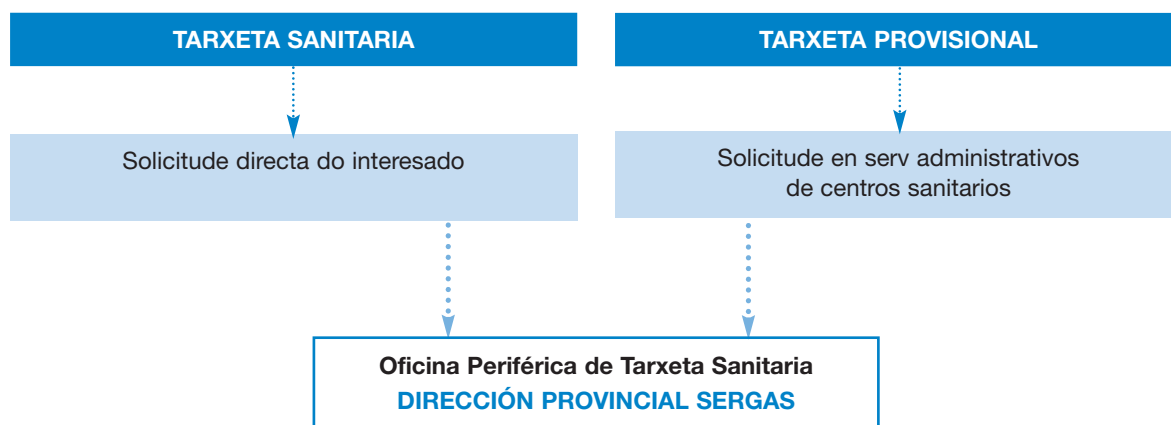
Por outro lado tamén existen convenios bilaterais en materia de seguridade social que regulan asistencia sanitaria a cidadáns de países non comunitarios. Estes son: Andorra, Brasil, Chile, Ecuador, Marrocos, Paraguai, Perú e Tunicia.

En definitiva, os estranxeiros que viven en España e cumpren algunha das condicións anteriores (condicións 1, 3, 4 do artigo 12 da LO 4/2000; membros de países non comunitarios con convenio bilateral) son beneficiarios da **tarxeta sanitaria** nas mesmas condicións que os españois que teñan establecida a súa residencia no territorio nacional e carezan de recursos económicos suficientes<sup>2</sup>. O Decreto 177/1995, do 16 de xuño, regula a tarxeta sanitaria da Comunidade Autónoma de Galicia e establece as condicións, requisitos e formas para a obtención do documento nos colectivos citados.

2. <http://www.sergas.es/tarxetasanitaria>. Manual de aseguramento.



Os estranxeiros que se encontren en España e non estean incluídos nas situacións anteriores, terán dereito á asistencia sanitaria pública de urxencia por enfermidade grave ou accidente, calquera que sexa a súa causa, e á continuidade desta ata a situación de alta médica. Neste caso, poden iniciarse os trámites nos centros hospitalarios ademais de nos centros de saúde de atención primaria. O procedemento que se seguirá para o recoñecemento do dereito á asistencia sanitaria cando non teñan dereito a recibila por outro medio incluído dentro da acción protectora dos réximes xeral e especiais da Seguridade Social ou dos convenios internacionais, é a través dunha **tarjeta provisional** que se pode solicitar nos servicios administrativos dos centros de saúde e nos servicios administrativos dos hospitais. Estes remitirán as solicitudes á oficina periférica de tarjeta sanitaria. O tempo de vixencia da tarjeta é de 6 meses. Unha vez finalizado este período de tempo terá que renovarse ou, en caso de que exista un domicilio estable que facilite o empadramento, tramitarse a asistencia sanitaria pola vía da tarjeta sanitaria.



A situación na que se encontra un estranxeiro indocumentado é unha infracción administrativa e non un ilícito penal polo que desde as UAD se prestará asistencia a estes pacientes sen a necesidade de dar parte a ningunha instancia xudicial nin de estranxeiría da dita situación. Nos casos nos que se requira información por parte doutras administracións públicas, especialmente nos casos en que exista un requirimento xudicial previo, recoméndase segui-lo protocolo de actuación que se describe no artigo 56 do Real decreto 864/2001, do 20 de xullo (**anexo IV**), para que, co consentimento previo do interesado, poidan enviarse eses datos.

No **anexo II** recóllense os centros e asociacións que traballan directamente con estes colectivos, enfocados fundamentalmente á regulariza-la súa situación administrativa e a recepción de prestacións sociosanitarias universais. A orientación, información e tramitación nesta materia levarase a través da coordinación e derivación dos pacientes ós centros de servizos sociais.

### **CRITERIOS DE AVALIACIÓN**

Os criterios para a avaliación do protocolo da intervención con colectivos específicos, baséanse nos indicadores do Sistema de Avaliación Asistencial (SAA). A tal efecto a UAD levará un rexistro das actividades deste protocolo para incluílo no SAA. En base a estes indicadores e para a monitorización do protocolo, priorízanse os seguintes:

- Número de pacientes (admisións) estranxeiros e país de procedencia.
- Número e tipo de intervencións realizadas.





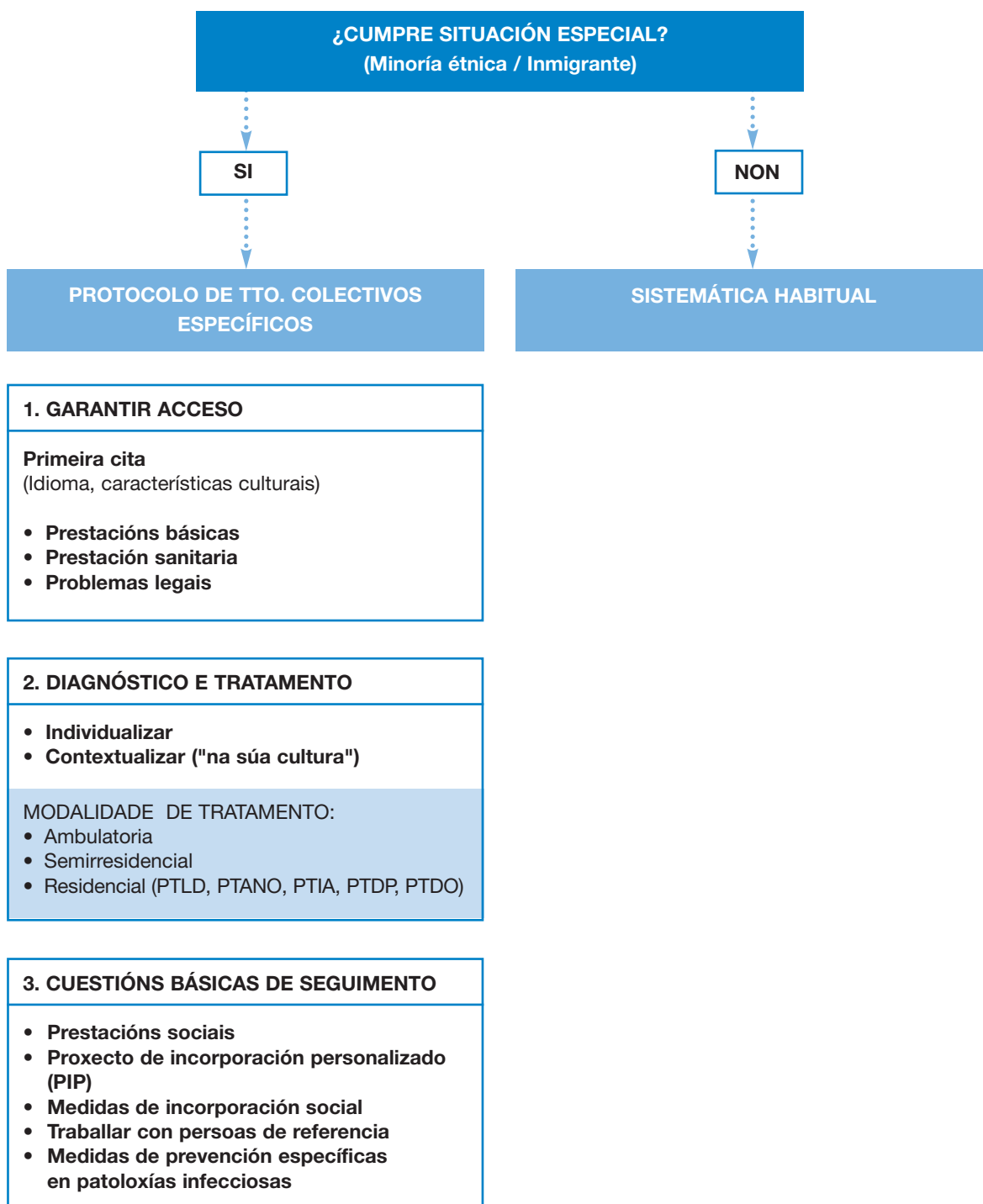
XUNTA DE GALICIA

CONSELLERÍA DE SANIDADE

Comisionado do Plan de Galicia sobre Drogas

## ESQUEMA DE ACTUACIÓNS NO PROTOCOLO DE PAUTAS DE INTERVENCIÓN PARA COLECTIVOS ESPECÍFICOS

### PROGRAMA DE ORIENTACIÓN E ACOLLIDA (POA)







**XUNTA DE GALICIA**

CONSELLERÍA DE SANIDADE

Comisionado do Plan de Galicia sobre Drogas

## ORGANISMOS E ENTIDADES QUE ASESORAN EN MATERIAS DE RESIDENCIA E PRESTACIÓNS BÁSICAS UNIVERSAIS

No ano 1999 a Consellería de Familia, Muller e Xuventude puxo en marcha a rede galega de atención ós inmigrantes. Os organismos e entidades colaboradoras integrantes da dita rede son entidades de iniciativa social, ONG, corporacións locais e sindicatos. No III Plan Integral de Atención á Familia<sup>3</sup> da Consellería de Familia, Xuventude e Voluntariado, actualmente en vigor, recóllese este programa.

Por outro lado, o I Plan Galego de Inclusión Social 2001-2006<sup>4</sup> da Consellería de Asuntos Sociais, Emprego e Relacións Laborais diríxese a tódalas persoas e familias que se encontran nunha situación de desvantaxe social e que provoca o mantemento de formas de vida marxinais. Este plan define como obxectivo alcanzar que as persoas e familias en situación de pobreza e exclusión social logren adquirirlas habilidades necesarias para evita-la súa vulnerabilidade, posibilitando o acceso ó emprego e a realización dunha vida o máis normalizada posible. Desta maneira os servizos sociais municipais, a través dos servizos comunitarios e de inclusión social, propóñense obxectivos específicos de intervención con estes colectivos:

- Procurar unha intervención integral que permita unha resposta coordinada a tódalas variables intervenientes nos fenómenos de exclusión social e desde tódolos ámbitos de actuación.
- Garantir uns mínimos de subsistencia persoal e un proxecto de traballo social axustado ás circunstancias de cada beneficiario.

3. <http://www.xunta.es/conselle/fm/dxf/III%20Plan%20Integral.pdf>

4. <http://www.xunta.es/conselle/as/document/LIBRO.PDF>



**XUNTA DE GALICIA**

CONSELLERÍA DE SANIDADE

Comisionado do Plan de Galicia sobre Drogas

## ASPECTOS SOCIAIS E CULTURAIS DA COMUNIDADE XITANA

A relación paciente-terapeuta adoita vir condicionada pola idiosincrasia propia da cultura xitana, especialmente neste caso, pola súa filosofía do traballo. A maioría das actividades que realizan son venda de bens e servizos, e a súa actividade laboral e comercial convértese nunha relación características cos clientes, onde a arte de convencelo constitúe un importante soporte das súas actividades económicas. O aspecto de negocio está sempre presente. Esta forma de entender o traballo transcende o ámbito laboral e reflíctese en moitos aspectos da súa vida cotiá. Constitúe un elemento clave as "negociacións" que se teñen que emprender entre o profesional e o drogodependente durante o proceso de tratamento.

Por outro lado, a súa filosofía de traballo integra moitos dos valores da súa anterior vida nómada: a liberdade, o concepto de riqueza non acumulativa, a baixa cualificación laboral xunto á capacidade de desempeñar diferentes oficios, a capacidade de adaptación ó medio e o concepto de intercambio. Ós xitanos fáiselles difícil estar sometidos ó cumprimento dun horario e acepta-la dependencia laboral doutras persoas. Esta característica vai ser clave na súa dificultade de adaptación ó funcionamento e ás normas dos centros de tratamento.

A economía adoita ser familiar ou doméstica; varios parentes contribúen e poñen en común os medios de produción e a forza do traballo. O traballo concíbese como unha necesidade e non como un fin en si mesmo. Esta forma de concibi-lo traballo e a economía doméstica condiciona a formación e asentamento de grandes familias con estreitos lazos.

O consumo de drogas entre os grupos xitanos caracterízase polo inicio precoz, con bastante permisividade de substancias como o café, o tabaco e o alcohol. Non hai unha clara conciencia do dano que pode produci-lo uso destas substancias a idades tan temperás.

Na sociedade xitana tolérase "mellor" que se manteñan as situacións de consumo. O consumidor de drogas pode estar perfectamente integrado no seu medio. Xunto a isto adoita darse unha ocultación do problema que atrasa o contacto cun centro de tratamento. O medo ó malestar físico (síndrome de abstinencia) tamén o pode retraer de inicia-lo tratamento.

A maioría dos xitanos identifican saúde con ausencia de enfermidade e ausencia de dor, o que leva a unha demanda sanitaria orientada a cura-los "males", sendo frecuente a busca de solucións inmediatas. Só acoden ós servizos médicos cando se produce unha crise ou emerxencia. Unha vez que se supera a síndrome de abstinencia, é frecuente que se produza un abandono. Tanto os programas libres de droga como os programas con antagonistas e agonistas funcionan cando se traballou coas persoas de referencia e outros membros da comunidade pasaron por este tipo de tratamento.

Tomando como referencia o traballo elaborado pola Asociación Secretariado General Gitano: *Actuar con la Comunidad Gitana. Orientaciones para la intervención en drogodependencias desde los servicios asistenciales*, enuméranse as dificultades máis relevantes en relación con este colectivo:

### 1. Accesibilidade ós dispositivos asistenciais

- Desconfianza cara ó institucional. Cando realizan unha demanda de tratamento fano, en xeral, a unha persoa con quen teñen unha relación de confianza e respecto.
- Rexeitamento ó control. Os profesionais poden ser vistos como figuras de control.
- Resistencia a cambiar estilos de vida. Existe temor a que o proceso de tratamento cuestione o seu modo de vida habitual.
- Desinformación. Por parte dos profesionais existe descoñecemento dos recursos naturais que posúen (familia, rede social, comunidade). Por outro lado, os xitanos teñen ás veces unha visión negativa dos tratamentos especialmente no público.

### 2. A acollida e os primeiros contactos

- Simplificación do problema. Pola visión que teñen da saúde e da enfermidade nos contactos iniciais presentan a síndrome de abstinencia como único elemento que hai que resolver, sen valorar-la necesidade do proceso de deshabitación.
- A inmediatez. Culturalmente existe unha educación para o inmediato a tódolos niveis (cualificación profesional, estudos, etc), de aí que as demandas que presentan adquiren connotacións de urxencia. Recoméndase encontra-lo equilibrio entre intervir aceptando as súas propostas á vez que transmitindo a idea do tratamento como un proceso máis alá de calquera intervención puntual.
- Os trámites burocráticos. As notificacións, rexistro e historial clínico son procedementos que poden disuadilos de volver ó servizo, especialmente se non encontran un acollemento persoal na fase de acollida.
- Dificultades na comunicación. Nos membros desta comunidade, en xeral, ten máis importancia a linguaxe non verbal, especialmente o ton, os xestos e o xogo de ollos. É importante le-lo que se di a este nivel, máis alá do contido do discurso.
- Os prexuízos e estereotipos. Ámbolos elementos funcionan a niveis non sempre conscientes e poden interferir co enganche dos pacientes deste colectivo no centro de tratamento.

### 3. O proceso asistencial

- Distancia cultural. O modo de funcionamento dos centros adoita ser moi ríxido e afastado dos valores desta comunidade.
- A pouca conciencia do problema de dependencia de substancias-droga. Danse bastantes abandonos despois da desintoxicación, sen ter en conta o período do proceso de deshabitación.
- Resistencias ós cambios. Os membros da comunidade gitana adoitan defende-lo seu status aínda ante a necesidade de cambios para o bo resultado do tratamento.
- Escala de valores diferente. Á hora de marcar obxectivos nas tres áreas de intervención, temos que ter en conta a maneira de ser e valores culturais do paciente co que se traballa.

A comunidade gitana está estreitamente implicada nas igrexas evanxélicas. A asistencia ó culto é unha actividade prioritaria no seu ritmo semanal; ademais, os xitanos que acoden ó culto seguen os consellos dos seus pastores e acostuman adoptar vidas máis sas (abandonan temporalmente as drogas, abandono do tabaco, etc). En ocasións será necesario establecer contacto con estas figuras de autoridade para que nas directrices que dan ós fieis de "vida sen drogas", apoiem o necesario contacto cos centros de tratamento e das indicacións en programas non "libres de drogas" (reducción de danos e programas con agonistas, por exemplo).

**XUNTA DE GALICIA**

CONSELLERÍA DE SANIDADE

Comisionado do Plan de Galicia sobre Drogas

## PROTOCOLO DE ACTUACIÓN EN CASO DE ATENCIÓN A INDOCUMENTADOS (REAL DECRETO 864/2001, DO 20 DE XULLO, ARTIGO 56)

1. Nos supostos de estranxeiros indocumentados, recollidos no artigo 34.2 da Lei orgánica 4/2000, reformada pola Lei orgánica 8/2000, procederase na forma prevista neste artigo e no seguinte.
2. A petición de documentación deberá efectuarse tan pronto como se producise a indocumentación ou a caducidade da documentación anterior.
3. A petición deberá presentarse, persoalmente e por escrito, na Comisaría Xeral de Estranxeiría e Documentación da Dirección Xeral da Policía ou nunha xefatura superior, comisaría provincial, comisaría local de policía, ou oficina de estranxeiros.
4. Nas dependencias policiais en que efectúe a súa presentación, o interesado exhibirá os documentos de calquera clase, aínda que estiveren caducados, que puidesen constituír indicios ou probas de identidade, procedencia, nacionalidade, se é o caso, e circunstancias persoais, para efectos de que as ditas dependencias os citen na información que leven a cabo, e acreditará que non pode ser documentado pola misión diplomática ou oficina consular correspondente, se concorre esta circunstancia, mediante acta notarial que permita deixar constancia do requirimento efectuado e non atendido.

No caso dos solicitantes de permiso de residencia temporal por circunstancias excepcionais, eximírase o solicitante da presentación de acta notarial para acreditar que non pode ser documentado pola misión diplomática ou oficina consular correspondente, nos casos en que se alegasen razóns graves que impidan a súa comparecencia naquelas, podendo solicitarse, para estes efectos, informe da Oficina de Asilo e Refuxio.

5. Para efectos de realización da dita información, o interesado deberá facilitar as referencias de que dispoña e colaborar diligentemente coas dependencias policiais instructoras, para levar a cabo a súa comprobación.
6. Unha vez realizada a información inicial, sempre que o estranxeiro non estea incurso en ningún dos supostos de prohibición de entrada en España a que se refire este regulamento ou de expulsión do territorio español, determinados no artigo 57 da Lei orgánica 4/2000, reformada pola Lei orgánica 8/2000, se desexa permanecer en territorio español, o subdelegado do Goberno, ou delegado do Goberno nas comunidades autónomas uniprovinciais, na comunidade autónoma en que se encontre outorgaralle un documento de identificación provisional, que o habilitará para permanecer en España durante tres meses, período no que as xefaturas superiores e comisarías provinciais ou locais de policía teñen que completa-la información sobre os seus antecedentes.
7. O ministro do Interior poderá adoptar, nestes supostos, por proposta da Dirección Xeral da Policía, por razóns de seguridade públicas con carácter individual, algunha das medidas previstas no artigo 5 da Lei orgánica 4/2000, reformada pola Lei orgánica 8/2000.
8. Completada a información, salvo que o estranxeiro se encontrase incurso nalgún dos supostos de prohibición de entrada ou de expulsión, logo do aboamento das taxas fiscais que legalmente correspondan, o subdelegado do Goberno, ou delegado do Goberno nas comunidades autónomas uniprovinciais, no caso de que aquel desexe permanecer en España, disporán a súa inscrición nunha sección especial do rexistro de estranxeiros e dotarano dunha cédula de inscrición nun documento impreso, que deberá renovarse anualmente e coas características que determinará o Ministerio do Interior. A Dirección Xeral da Policía expedirá certificacións ou informes sobre os extremos que figuren na dita sección especial para a súa presentación ante calquera outra autoridade española.

9. No caso de denegación da solicitude, unha vez notificada esta formalmente, procederase á súa devolución ó país de procedencia ou á súa expulsión do territorio español, na forma prevista na Lei orgánica 4/2000, reformada pola Lei orgánica 8/2000, e neste regulamento.
10. O estranxeiro ó que se lle concedese a cédula de inscrición poderá solicita-lo correspondente permiso de residencia, conforme o disposto na sección 2 deste capítulo.
11. A cédula de inscrición perderá vixencia, sen necesidade de resolución expresa, cando o estranxeiro sexa documentado por algún país ou este adquira a nacionalidade española ou outra distinta.
12. A entidade pública que exerza a tutela de menores estranxeiros indocumentados representará ó menor en tódalas actuacións necesarias para a súa documentación.

# Protocolo de tratamento para **xestantes drogodependentes** PTXD

## XUSTIFICACIÓN

O consumo de substancias psicactivas durante a xestación vai estar relacionado cunha gran variedade de complicacións médicas e obstétricas, debidas tanto á acción directa da droga como a unha serie de factores asociados á dependencia (o estilo de vida, a politoxicomanía, os cadros de abstinencia, etc.). Os factores mencionados serán, entre outros, feitos decisivos no curso e resultado do embarazo.

A asistencia á xestante toxicómana require unha abordaxe global máis alá do tratamento propio da dependencia, que combine o seguimento prenatal, perinatal e o posparto cun programa para o tratamento da adicción.

Por outra parte, o seguimento da situación social da paciente embarazada permitirá a planificación de intervencións dirixidas á prevención de situacións de abandono dos neonatos, falta de cuidados ou posible maltrato do menor no futuro.

## POBOACIÓN RECEPTORA

Pacientes incluídas en calquera dos programas asistenciais do Plan de Galicia sobre Drogas que, no momento de acceder a un tratamento ou no transcurso deste, estean en estado de xestación.

## OBXECTIVOS

### Obxectivo xeral

Reduci-la incidencia de complicacións obstétricas, fetais e atrasos no crecemento intrauterino así como a morbilidade e mortalidade da nai e do neonato.

### Obxectivos específicos

1. Toma de conciencia da paciente da súa nova situación, responsabilizándose de manter un adecuado control médico do seu embarazo.
2. Conciencia-la paciente da importancia da abstinencia durante a xestación.
3. Derivación ós servizos de xinecoloxía e obstetricia en hospital de referencia ou centro de especialidades.
4. Educa-la xestante para que desenvolva e manteña un estilo de vida saudable: unha dieta equilibrada, medidas de hixiene para previr infeccións, hábitos de descanso e sono adecuados, etc.
5. Reforza-lo seguimento nun servizo de xinecoloxía e obstetricia.
6. Realizar un exhaustivo seguimento social para previr situacións de desamparo nos futuros fillos.

## SISTEMÁTICA

Cando unha muller drogodependente establece contacto cos servizos asistenciais para iniciar un tratamento, débese realizar un diagnóstico de embarazo. Terase en conta que este diagnóstico estará especialmente dificultado pola historia de amenorrea e por un 5% de falsos positivos na analítica (DURO e cols.,1993). Ademais, ante unha situación de embarazo nunha paciente detectada por calquera membro do equipo terapéutico, notificaráselle con carácter de urxencia ó seu médico de referencia para confirmar

este estado, e incluíla (se a proba de embarazo é positiva) no Protocolo de tratamento para xestantes drogodependentes.

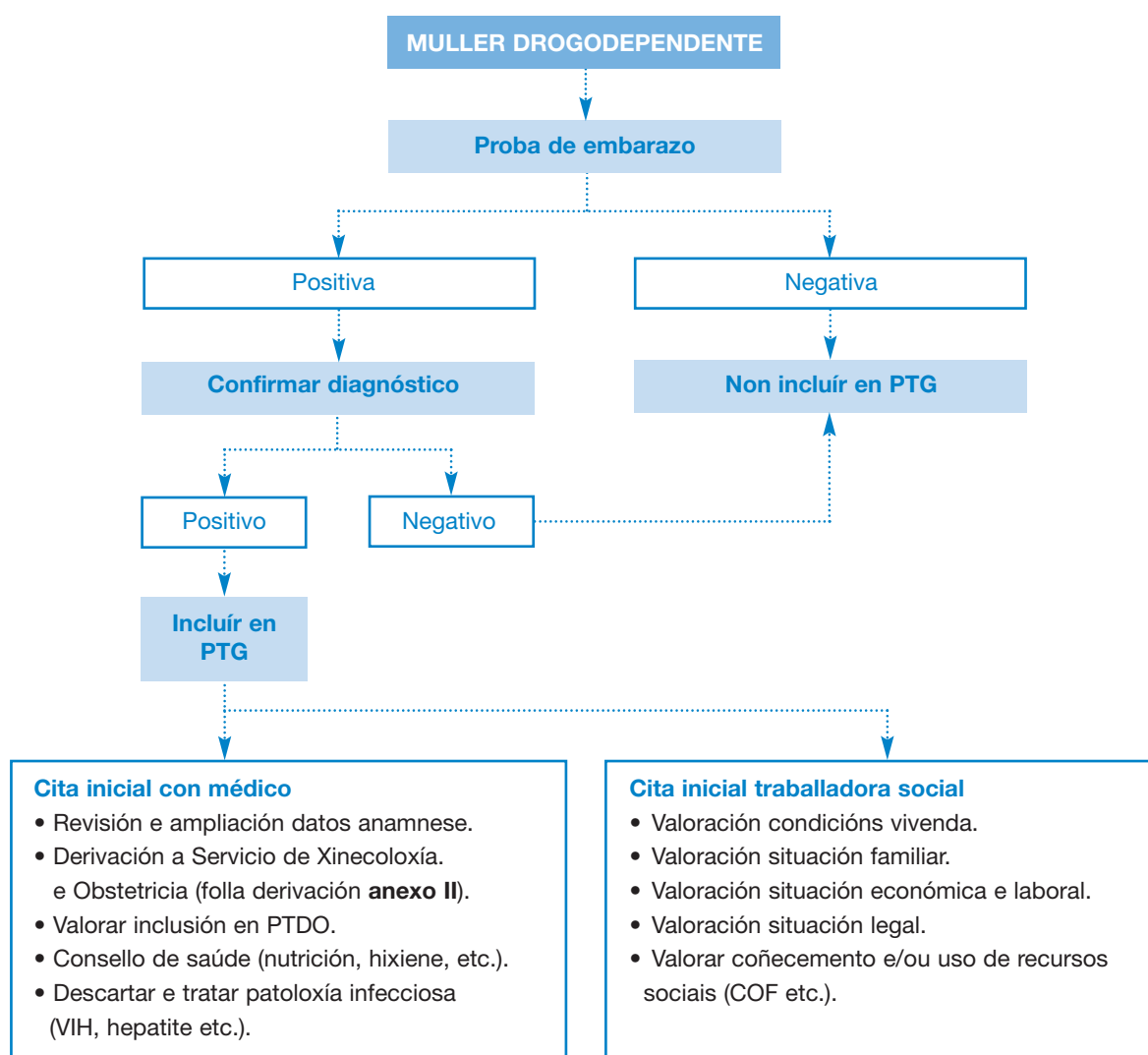
As mulleres embarazadas drogodependentes deben ser consideradas, en xeral, como pacientes de alto risco, independentemente da substancia obxecto de abuso, dada a elevada incidencia de complicacións médicas e obstétricas asociadas ó consumo de drogas.

O tratamento farmacolóxico da adicción como única medida terapéutica non mellora de forma manifesta os resultados neonatais, pero se se combina cun coidado prenatal adecuado, asóciase cun descenso significativo na incidencia de baixo peso ó nacemento e prematuridade. Así, o primeiro obxectivo é conseguir unha adhesión ó tratamento que garanta unha asistencia periódica da paciente.

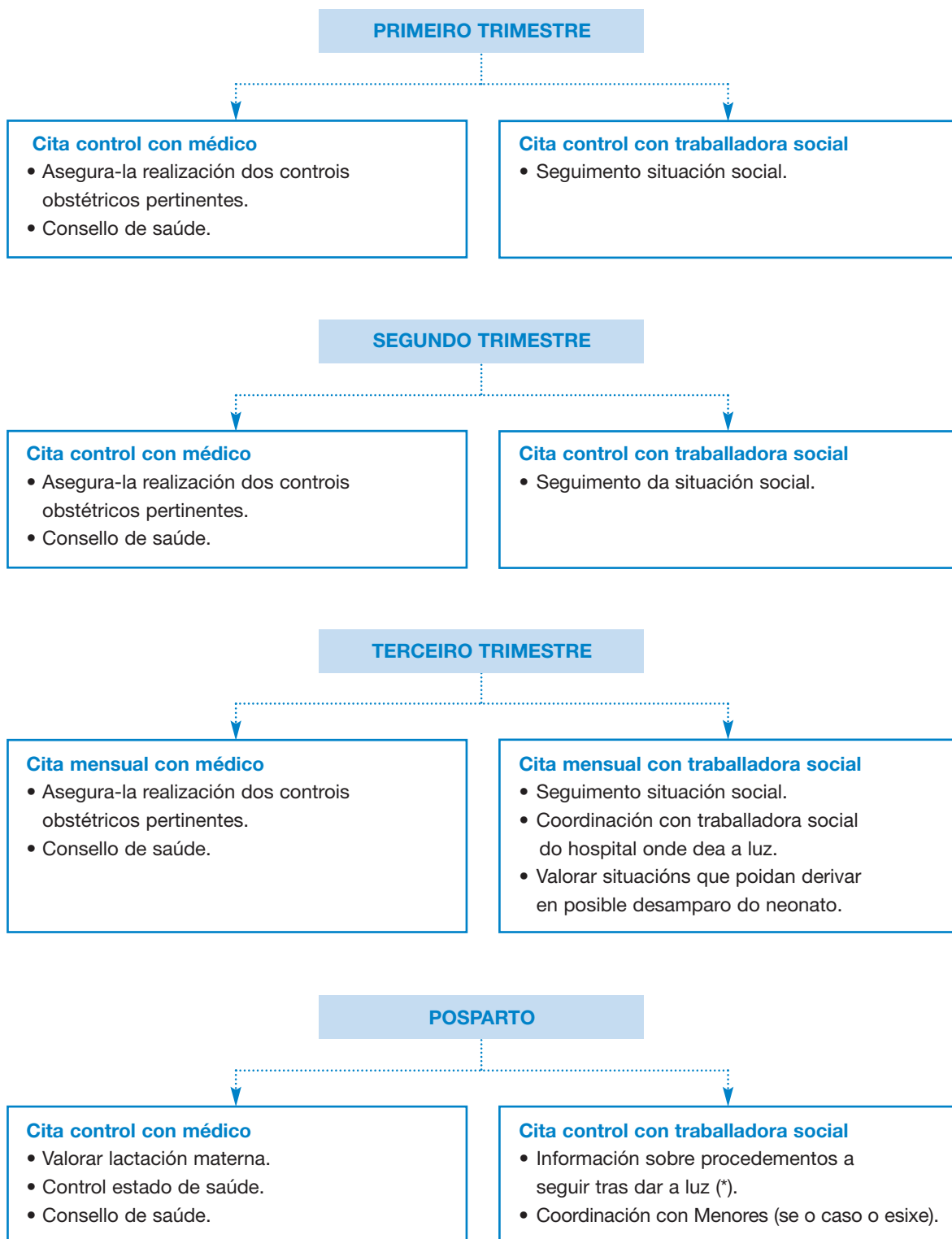
Durante o proceso, animarase a paciente a que abandone ou diminúa o consumo de drogas e, independentemente do seu estado xestacional, **propiciarse en todo momento o contacto co sistema de saúde**, onde se realizarán controis tanto do seu estado de saúde como do feto; por isto, o tratamento realizarase principalmente en modalidade ambulatoria ou semirresidencial.

Respecto ó tipo de tratamento e tendo en conta o predominio da heroína nas admisións a tratamento na rede do Plan de Galicia sobre Drogas, realízase unha serie de recomendacións sobre o tratamento da dependencia de opiáceos nas embarazadas no **anexo I**.

### Protocolización







(\*) Inscripción do neonato no Rexistro Civil, solicitude do libro de familia, inclusión do neno na cartilla da Seguridade Social, solicitude de pediatra, solicitude de prestacións por fillo a cargo, etc.).

Así mesmo, é aconsellable cita-las pacientes co psicólogo e/ou psiquiatra da UAD para un tratamento adecuado da patoloxía psíquica asociada, se existise, e aproveita-la motivación do momento para realizar unha abordaxe do abandono dos hábitos tóxicos.

## **CRITERIOS DE AVALIACIÓN**

Os criterios para a avaliación do protocolo de tratamento para xestantes drogodependentes baséase nos indicadores do Sistema de Avaliación Asistencial (SAA). Para tal efecto, a UAD levará un rexistro das actividades deste protocolo para incluílo no SAA. Con base nestes indicadores, e para a monitorización do protocolo, priorizaranse os seguintes:

- 1. Número de pacientes incluídas no protocolo.**
- 2. Número e tipo de intervencións realizadas.**

**XUNTA DE GALICIA**

CONSELLERÍA DE SANIDADE

Comisionado do Plan de Galicia sobre Drogas

## RECOMENDACIÓNS TERAPÉUTICAS

### 1. SE O OBXECTIVO É A ABSTINENCIA

#### Teranse en conta as seguintes recomendacións

- A **desintoxicación** na xestante drogodependente comporta riscos importantes que a fan en xeral pouco recomendable durante o embarazo. En caso de se-la única opción viable, o momento máis seguro para minimiza-los seus efectos indesexables sobre o feto corresponde ó período entre a 14ª e a 28ª semana de xestación. O método máis adecuado consiste nunha desintoxicación lenta, utilizando metadona como substitutivo.
- Poden presentarse casos de **síndrome de abstinencia** en pacientes drogodependentes embarazadas, que serán remitidas ós servicios de urxencia. Nesta situación requírese a administración inmediata de opiáceos de acción rápida en caso de mante-lo consumo de heroína e a administración da súa dose de metadona se está en Programa de tratamento con derivados opiáceos (PTDO).
- En caso de **sobredose** tamén é recomendable o envío ós servicios de urxencia. O tratamento baséase na administración de naloxona cada 5 minutos ata que a paciente recobre o coñecemento, reinstaurándose no prazo dunhas 3 horas.

### 2. SE O OBXECTIVO É O MANTEMENTO CON DERIVADOS OPIÁCEOS

Malia os problemas que pode presenta-lo uso de metadona, sobre todo no período posnatal e asociado preferentemente á utilización de doses altas (80-120 mg/d), para a maioría das pacientes embarazadas drogodependentes é o tratamento ambulatorio de elección cando vai unido a un programa intensivo de asistencia prenatal e apoio psicosocial.

#### Vantaxes observadas sobre o uso da metadona no embarazo

- Diminución da incidencia de neonatos de baixo peso.
- Diminución da incidencia de prematuridade.
- Diminución da incidencia de complicacións obstétricas e aumento do tamaño dos órganos e o número total celular.

#### Como principais inconvenientes considéranse os seguintes

- Puntuacións baixas no test de APGAR.
- Maior perda de peso neonatal.
- Síndromes de abstinencia máis severas que con heroína.
- Aumento da incidencia de convulsións.
- Incremento de niveis de bilirrubina neonatais.
- Diminución da orientación visual e da resposta de seguimento do neno.
- Depresión inicial do reflexo de succión.

*Duro e cols., 1993*

En canto ás doses de metadona, parece existir unha correlación significativa entre a severidade da abstinencia neonatal e a dose materna de metadona, sendo mínima a sintomatoloxía se a nai é mantida a doses baixas. Deberase intentar mante-la embarazada con doses de metadona o máis baixas posible (20 mg ou menos), pero individualizando cada caso de maneira que a dose sexa a mínima suficiente para previ-lo consumo de drogas ilegais e a aparición de síntomas de abstinencia. De tódolos xeitos, a xestante drogodependente debería recibir un aumento na súa dose diaria de metadona sempre que refira a presenza de *craving* e ante o uso de heroína.



2 Copias



**FOLLA DE DERIVACIÓN**

 <p><b>FOLLA DE DERIVACIÓN</b></p>	Identificación (Nome, apelidos, N° S.S.):
<p><b>DIRIXIDO A:</b></p>	
<div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 100px;"> <div data-bbox="608 701 904 741" style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Dr/a:</div> <div data-bbox="927 701 1201 741" style="border: 1px solid black; padding: 2px;">UAD:</div> <div data-bbox="1225 701 1442 741" style="border: 1px solid black; padding: 2px;">DATA:</div> </div> <div style="text-align: right; margin-top: 100px;">Sinatura:</div>	
<div style="text-align: right; margin-top: 100px;"> <div data-bbox="927 1205 1224 1245" style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Dr/a:</div> <div data-bbox="1241 1205 1458 1245" style="border: 1px solid black; padding: 2px;">DATA:</div> </div> <div style="text-align: center; margin-top: 20px;"> <p><b><u>INFORME ESPECIALISTA</u></b></p> </div> <div style="text-align: right; margin-top: 100px;">Sinatura:</div>	



## Protocolo de intervención con **menores drogodependentes** PIMD

### XUSTIFICACIÓN

Neste Protocolo de intervención tómasse como referente para delimitar cronoloxicamente a infancia e a adolescencia e acouta-lo termo *menor*, a *Lei 3/1997 do 9 de xuño, galega da familia, infancia e da adolescencia*, publicada no DOG do 20 de xuño de 1997. Esta lei, no seu título preliminar, artigo 2º, cando define o seu ámbito de aplicación, entende por infancia "o período de vida das persoas comprendido desde o nacemento ata a idade de 12 anos" e por adolescencia "desde a dita idade ata a maioría establecida por lei" (18 anos).

Seguindo co disposto na Lei 3/1997, no seu título IV, artigo 37, considéranse menores en conflito social "aqueles que pola súa situación de grave inadaptación puidesen encontrarse en risco de causar prexuízos a si mesmos ou a outros, así como os maiores de 12 anos que, aínda non tendo a idade requirida para esixirlles responsabilidade criminal, cometesen feitos tipificados como delitos ou faltas polas leis penais".

Entre as medidas de prevención e apoio que recolle a Lei 3/1997 está a "atención especializada socioeducativa ou terapéutica, que implicará o compromiso voluntario do menor e da súa familia de se someteren ó recoñecemento de profesionais unha vez detectadas carencias relevantes no ámbito familiar". Entre as medidas a executar pola Xunta de Galicia está o tratamento ambulatorio nos dispositivos especializados da rede sanitaria adecuados á problemática que presente o menor.

Nos últimos anos incrementouse a presenza de casos novos de menores nas Unidades Asistenciais de Drogodependencias (UAD) da rede do Plan de Galicia sobre Drogas (PGD). Este colectivo presenta unhas características que fan necesaria unha protocolización específica da actuación con el, tendo en conta que as intervencións das que poden beneficiarse os menores son as habitualmente ofertadas polas UAD do PGD, tanto no que se refire ás modalidades de tratamento como ós programas e subprogramas asistenciais do Catálogo do PGD. Ademais, sendo menores e adolescentes en risco ou con uso e abuso de drogas, en moitas ocasións as intervencións virán dende a prevención indicada e a prevención selectiva, seguindo as directrices que se definen no Programa de prevención selectiva do consumo de drogas en adolescentes e mozos do "Catálogo de programas de prevención e incorporación social" do PGD.

Os principais feitos diferenciais son os seguintes:

1. Atopamos diagnósticos de uso e abuso de drogas en moitos deles, e non tanto dependencia. Ademais, responden preferentemente a un patrón de consumo non opiáceo.
2. Necesidade de actuacións preventivas selectivas fronte a consumos de risco.
3. Importancia do traballo familiar ou cos referentes mais próximos.
4. Posibles repercusións legais que serán tidas en conta nos consentimentos informados. A presenza de problemática legal e a obrigatoriedade do tratamento en moitos deles pode aumenta-la complexidade do caso.
5. Necesidade de coordinación con profesionais doutras institucións e servicios, preferentemente cos profesionais dos centros de menores da Consellería de Familia, Xuventude e Voluntariado, centros escolares da Consellería de Educación e Ordenación Universitaria, centros de servicios sociais municipais, etc.

De todo isto deriva a necesidade de crear un protocolo específico de intervención para este colectivo, caracterizado por un plan de intervención individual que potencie a súa capacidade de autonomía persoal, a eliminación do consumo de drogas ou a redución dos riscos e os danos que estas producen na vida cotiá e promova a súa entrada no mundo laboral nun contorno social normalizado.

## POBOACIÓN RECEPTORA

O protocolo de intervención con menores drogodependentes será de aplicación a tódolos pacientes menores de 18 anos que demanden asistencia directamente nas UAD, ou ben que sexan remitidos por outras institucións (centros de menores e outros equipos da Consellería de Familia, Xuventude e Voluntariado, xulgado de menores, etc.).

## OBXECTIVOS

O obxectivo xeral deste protocolo é sistematizala e aplicala a menores con problemas polo consumo de drogas nas diferentes modalidades asistenciais do PGD.

Deste obxectivo xeral despréndense os seguintes **obxectivos específicos**:

1. Facilita-la accesibilidade dos menores a tratamento e aumenta-la adherencia.
2. Facilitar que o menor desenvolva a súa autonomía persoal (autocontrol das reaccións emocionais, coñecemento persoal).
3. Conseguir-la mellora das relacións co ámbito familiar e grupo de iguais.
4. Incrementa-las melloras nas outras áreas, priorizando a socioeducativa e legal.
5. Acompaña-lo menor a través dos estadios de cambio<sup>1</sup> e aumenta-la conciencia da súa problemática respecto ó consumo de drogas.

## SISTEMÁTICA

Partindo da xeneralidade das prestacións dispoñibles nos diferentes dispositivos asistenciais na rede do PGD, o Protocolo de intervención con menores drogodependentes achega a especificidade dun tipo de intervención axeitada a este colectivo. É un protocolo que se inicia na fase de acollida en función do dato "idade" do caso. É nesta fase do tratamento, na primeira cita, onde se debe valora-la idade do paciente e incluílo neste protocolo de intervención se é menor de 18 anos.

A partir deste momento pódense distinguir dous tipos de **actuacións**:

- A. Xerais: son as diferentes actuacións médicas, psicolóxicas e sociais habitualmente aplicadas nas UAD e demais dispositivos asistenciais.
- B. Específicas: son aquelas que se diferencian do funcionamento habitual dos servizos asistenciais, e no caso deste protocolo concéntranse na área legal, familiar, educativa e de coordinación con outras institucións, con base nas orientacións da psicoloxía evolutiva sobre esta etapa.

Os obxectivos que se priorizan na primeira fase do tratamento (Programa de orientación e acollida –POA-) pódense presentar agrupados por áreas:

### 1. Conducta de consumo

O diagnóstico na área do consumo de drogas orienta de cara á valoración da posibilidade de alcanza-la abstinencia ou non como obxectivo terapéutico, e deste xeito facilita-la asignación do menor a un dos programas asistenciais definidos no Catálogo do PGD.

### 2. Área sociofamiliar

Na área do sistema de apoio-familia, interesa valora-la existencia ou non de apoio a este nivel. Se o menor ten unha familia de referencia, valorarase a situación social, a existencia de antecedentes psiquiátricos ou de consumo de drogas/alcohol, a dependencia ou contacto institucional e os beneficios/riscos do sistema familiar.

No caso de que o menor non manteña contacto coa familia de orixe, o traballo de apoio realizarase co sistema de referencia con que se conte (parentes de segundo ou terceiro grao, persoas de referencia nas institucións, etc.), valorando tamén o apoio efectivo que se lle presta.

1. Prochaska J.O., Prochaska J.M. "Modelo transteórico de cambio de conductas adictivas", en Casas y M. Gossop (ed), *Recaída y prevención de recaídas. Tratamientos psicológicos en drogodependencias*. Ed. Neurociencias, CITRAN, FISP, Barcelona 1993.



No caso dos menores cos que traballa a Dirección Xeral de Familia, incluírase, nesta fase de valoración e para o seguimento ó **titor** do que o menor dispoña no centro no que reside ou co que leva a cabo o seguimento da medida en medio aberto (Equipo de Medio Aberto –EMA–).

### 3. Área legal

A situación legal do menor tamén determina actuacións específicas neste colectivo, referidas fundamentalmente á área de servizos sociais e xurídico-legais, en función da existencia ou non de problemática nesta área. Para programa-la intervención contarase coa coordinación e derivación do caso ós Programas de atención xurídicosocial (PAXS), sectorizados para cada unidade asistencial de drogodependencias (ver **anexo I**).

Nos menores con problemas penais, o diagnóstico por trastorno de dependencia resulta definitorio para beneficiarse da implantación dun tratamento como medida sancionadora alternativa, como se contempla na Lei orgánica 5/2000 reguladora da responsabilidade penal do menor, reformada polas leis orgánicas 7/2000 e 9/2000, do 22 de decembro.

No caso de que o menor se atope cumprindo algunha medida de medio aberto, en función desta lei orgánica, tanto o PAXS como o profesional responsable do caso da UAD coordinaranse co Equipo de Medio Aberto (EMA) do Programa de execución de medidas de medio aberto - Servicio de Atención a Menores en Situación de Conflicto Social da Subdirección Xeral de Menores - Consellería de Familia, Xuventude e Voluntariado.

### 4. Área educativa

Na área educativa, e atendendo ó criterio de escolaridade obrigatoria (16 anos), valorarase a integración do menor no sistema educativo. Deste xeito as principais actuacións dende as UAD, que se farán de maneira coordinada co Programa de incorporación de mozos tutelados ó mundo laboral "Mentor", serán:

- Coordinarse co sistema educativo.
- Inicia-la orientación vocacional e formativa.
- Orientación para o inicio no mundo laboral.

### 5. Área de coordinación

As diferentes accións na área de coordinación con outras institucións serán específicas dependendo das necesidades de cada caso.

Ademais da necesaria coordinación cos servizos sociais, Consellería de Familia, Xuventude e Voluntariado, servizos sanitarios xerais, etc., débese considera-la posibilidade de deriva-lo caso do menor drogodependente á rede de Saúde Mental e leva-lo tratamento de maneira coordinada. *Cos menores cos que traballa a Dirección Xeral de Familia incluídos neste protocolo, habrá que contar coa autorización pertinente do xulgado de menores.* Os criterios que avalan esta decisión virán dados en función da existencia de tratamento previo na rede de Saúde Mental e das vantaxes e desvantaxes que se valoren da frecuentación do servizo de drogas ou Saúde Mental polo menor. Deste xeito, os profesionais das UAD e os das Unidades de Saúde Mental (USM) colaborarán na abordaxe dos menores consumidores de drogas con outro diagnóstico psiquiátrico asociado a través dun único plan de intervención que explicita as funcións de cada servizo. Tomarase esta decisión de maneira especial nos casos dos menores nos que se valore que a atención integral nun recurso de asistencia a drogodependencia pode estigmatiza-lo paciente e ensombrece-lo pronóstico.

Unha vez que se remata o diagnóstico bio-psico-social, pódese determina-la orientación terapéutica que hai que seguir así como as principais intervencións para conseguí-los obxectivos. Outro paso importante nesta primeira fase da abordaxe é a asignación dun **"titor"** ou "case management" a cada caso que coordina tódalas actuacións que se realizan co menor. A súa función é de coordinación cos diferentes recursos implicados no seguimento dos casos de maneira que poida integrar tódalas actuacións do plan individualizado de intervención co menor drogodependente. O titor do menor debe contar, nos casos dos menores cos que traballa a Dirección Xeral de Familia, co titor que o menor dispoña no centro no que reside ou co que leva a cabo o seguimento da medida en medio aberto (Equipo de Medio Aberto –EMA–).

Ademais da metodoloxía das intervencións habituais dos programas e subprogramas de tratamento do PGD, priorizaranse pola utilidade neste colectivo as seguintes:

- Información e orientación.
- Intervencións motivacionais.
- Intervención socioeducativa.
- Intervención coa familia.
- Consello sobre sexualidade e anticoncepción.
- Intervencións en prevención de riscos e redución de danos.
- Coordinacións con outras institucións.

### Protocolización

Trala petición de cita, ben polo interesado ou a familia ou por profesionais das institucións de referencia (Consellerías de Familia, Xuventude e Voluntariado, de Xustiza e Interior, etc.), o traballo establécese da seguinte maneira (**anexo II**):

#### 1. Primeira cita e inicio da fase de acollida

Nos servizos asistenciais da rede do PGD deberán considerarse os casos dos menores drogodependentes como poboación preferencial no momento da petición de cita, tratando de evita-la lista de espera e axilizando o proceso de atención sobre a base do establecemento de actuacións coordinadas con outros servizos sociais e sanitarios.

Nos primeiros contactos valórase a apertura do historial clínico ou a coordinación e derivación a outros recursos ou institucións (nos casos de patoloxía dual, de problemas educativos e sociais, etc.).

Rexístrase o caso neste Protocolo mentres se fai a valoración no Programa de Orientación e Acollida, e iníciase o deseño do plan de intervención personalizado. Nesta primeira fase, ademais da recollida inicial dos datos básicos, explorarase a motivación do menor cara ó tratamento e no caso de existir familia, elaborárase o xenograma familiar, con énfases nos antecedentes psiquiátricos (abuso de drogas e outros trastornos psiquiátricos).

#### 2. Decisión da modalidade de tratamento: ambulatoria, semi-residencial ou residencial

Priorízase sempre que se poida o traballo no ámbito ambulatorio pola maior facilidade da aprendizaxe e práctica de novas destrezas e pola continuidade e integración no contorno habitual.

Ademais é importante valora-la posibilidade de aborda-lo caso sen necesidade de que o menor se poña "físicamente" a tratamento, a través do traballo desde as UAD con familiares, responsables dos menores, educadores e outras persoa de referencia en contacto co menor. Unha adecuada contención do contorno, xunto con alternativas de tempo libre e comportamentos máis saudables, poden orienta-lo camiño do menor cada vez máis lonxe das drogas.

Na atención ambulatoria nas UAD é aconsellable delimitar tempos e espazos diferenciados para atender os pacientes deste colectivo, co fin de facilita-la accesibilidade ó servizo e evitando a identificación dos pacientes menores con estilos de vida con maior deterioro polo consumo.

#### 3. Decisión do programa e subprogramas de tratamento. Diagnóstico bio-psico-social

Nesta valoración inclúiranse:

- A. Diagnóstico da conduta de consumo e obxectivos do tratamento.
- B. Grao de apoio familiar.
- C. Antecedentes legais.
- D. Outras características médicas, psicolóxicas e sociais.

A intervención con menores non busca a abstinencia de drogas como obxectivo prioritario, senón que moitas veces é o traballo sobre outras esferas da persoa o que facilita o cambio de estilo de vida e a redución do consumo. A consecución de melloras nas áreas educativa e ocupacional, relacional e de ocio, familiar, etc., facilitan a motivación do menor para a abstinencia e axudan a que afronte as situacións da vida sen acudir ó uso de drogas.

Por outra banda, é conveniente dedicar tempo a traballa-las estratexias de redución de riscos do consumo, tanto de cara ó seu propio consumo como ós dos compañeiros.

#### 4. Consentimento informado

Informarase ó menor e ó familiar ou persoa responsable, do procedemento da intervención segundo o programa de tratamento no que se inclúa. Segundo a *Lei 41/2002, do 14 de novembro, básica reguladora da autonomía do paciente e de dereitos e obrigacións en materia de información e documentación clínica*, "toda actuación no ámbito da saúde dun paciente necesita o consentimento libre e voluntario do afectado". No caso dos menores, aclara no Artigo 9.3, os supostos nos que se outorgará o consentimento por representación:

- A. Cando o paciente non sexa capaz de tomar decisións.
- B. Cando o paciente está incapacitado legalmente.
- C. Cando o paciente menor de idade non sexa capaz intelectual nin emocionalmente de comprende-lo alcance da intervención. Neste caso o consentimento será outorgado polo representante legal do menor despois de escoita-la súa opinión se ten doce anos cumpridos.

Cando se trate de menores non incapaces nin incapacitados, mais emancipados ou con dezaseis anos cumpridos, serán eles os responsables da firma. Nembargantes, no caso de actuacións de grave risco, segundo criterio do facultativo, serán informados os pais e a súa opinión tida en conta para a toma de decisión correspondente.

#### 5. Seguimento

Despois da recollida de información e diagnóstico inicial e de negocia-los obxectivos co menor e a familia, realizada na primeira fase, continúa a intervención e seguimento, que inclúe ó paciente, á familia e/ou o contorno próximo.

Cando a garda<sup>2</sup> ou tutela sexa de Administración para este traballo contarase cos titores do menor tanto para as medidas de medio aberto como de medio pechado.

No traballo con menores existen diferentes abordaxes que se expoñen no **anexo III**. En algunhas ocasións, e para aumenta-la adherencia ó tratamento e a relación terapéutica có menor, recoméndase o traballo con profesionais diferentes có menor e a familia, debidamente coordinados. Nembargantes, outros enfoques de tratamento recomendan a intervención cos mesmos profesionais do equipo sobre o sistema familiar.

#### Traballo co paciente

A especificidade da intervención con menores nos recursos asistenciais do PGD esixe ter en conta as achegas da psicoloxía evolutiva nunha etapa do proceso madurativo con características especiais no desenvolvemento do pensamento e da capacidade para preve-lo futuro e anticipa-los riscos, de experimentación e curiosidade, etc., que precisan estilos de abordaxe diferentes ós habituais nas unidades asistenciais.

No **anexo III** están algúns dos tratamentos e técnicas de intervención máis utilizadas con menores e adolescentes.

Lístanse a continuación algunhas premisas básicas para a intervención<sup>3</sup>:

##### 1. Intervención flexible e dinámica

Os procedementos e sistemas terapéuticos adaptaranse ós menores e adolescentes, que son persoas en pleno e acelerado proceso de transformación. É por isto que esixe dos profesionais estar en permanente actualización e adoptar estratexias que teñan en conta os constantes cambios inherentes á adolescencia.

2. *Garda*: En xeral correspóndese con solicitudes de internamento e/ou acollemento voluntario e temporal, realizada polos propios pais, ante situacións transitorias, que impiden a atención do menor.

*Tutela*: Supón a asunción por parte da entidade da tutela do menor e a conseguinte suspensión da "patria potestade" ou tutela ordinaria, estas medidas correspóndense con situacións onde se produce o desamparo do menor o non ter este cubertas de maneira adecuada as necesidades físicas, psicolóxicas, afectivas,...

3. Adaptado de ADES. *Guía de intervención. Menores y consumo de drogas*. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2002.

## 2. "En clave adolescente"

Ter en conta as súas características evolutivas de cara ós obxectivos da intervención, e non esixir un nivel de maduración e comportamento de adulto.

## 3. Principio de "non etiquetado"

A intervención vai dirixida ó desenvolvemento do menor, evitando etiquetalo e patoloxizalo como drogodependente. Os problemas son globais e o consumo de drogas pode non se-lo máis importante ou prioritario.

## 4. O principio da extinción e o valor das instrucións

Moitos comportamentos desadaptados do menor e adolescente son provocacións para os que a mellor resposta é a non resposta. É importante ter en conta que a sorpresa, as discusións contribúen a sinalar un comportamento, podendo ter un valor de reforzo máis que de castigo, polo que a conducta inadecuada se vai repetir con máis probabilidade.

## 5. O principio da espera

Funes fala de "esperar á súa beira". Moitas veces ós 19/20 anos aparece unha certa reflexión e crítica fronte ás "loucuras" de anos atrás. O mellor é saber esperar, ter paciencia mentres se está atento á evolución.

## 6. O autocontrol emocional por parte do profesional

O traballo con este colectivo de poboación esixe ter na mente as diferencias evolutivas do usuario ou paciente e esforzarse por mante-la relación terapéutica con cordialidade. No caso de que os comportamentos desviados sexan máis disruptivos, ou en medios de maior intensividade de tratamento, recoméndase a aplicación das técnicas básicas do autocontrol emocional para o profesional.

## 7. Enfoque dende a globalidade

Non intervir sobre un conflito concreto para evita-la problematización do menor, senón que a intervención ha de permitir optimiza-lo estilo de vida global do adolescente. Na maioría dos casos os problemas por consumo abórdanse indirectamente e non na primeira fase.

## 8. Intervención secuencial. Metas e submetas

Da mesma maneira que se trata dunha abordaxe global e integral, a intervención neste colectivo ha de guiarse por metas e submetas, de maneira que se poida face-lo traballo psicoterapéutico e educativo, ademais do sanitario, partindo de obxectivos moi pequenos que pouco a pouco se avaliarán co usuario.

## 9. Primacía da intervención educativa

É fundamental estimula-lo proceso madurativo, estando por tanto a intervención educativa rexida por tres obxectivos: fomentar aprendizaxes, ofertar recursos e reforzos para esas aprendizaxes e ir marcando e obtendo avances paulatinos.

## 10. Acompañamento do adolescente

A estratexia e o método non deberán ser directivos senón de acompañamento.

## 11. Normalización do adolescente no medio

É primordial, sempre que sexa viable, mante-lo menor no seu ambiente de maneira que se manteña vinculado ó seu contorno familiar, social, escolar, barrio, etc. Unha das claves na intervención educativa é a utilización do medio inmediato como recurso. A normalización das actuacións fai que se prefiran recursos normais, xerais ou primarios, mais ben que especializados.

## 12. Importancia crucial da familia

A familia é o axente socializador primordial no desenvolvemento do menor pero moitas veces tamén é o "inimigo". Unha das primeiras tarefas con eles será que comprendan o que está vivindo o seu fillo.

## 13. Efecto preventivo en rede. Coordinación

É fundamental a actuación coordinada así como complementar accións conxuntas no medio familiar, na rede social de amigos non consumidores, no medio educativo, no barrio, etc.

#### 14. Necesidade de traballo interdisciplinar

Que conxugue coñecementos e actuacións de diferentes disciplinas (educativa, psicolóxica, social, médica, legal...).

No **anexo IV** enuméranse cuestións básicas no traballo con menores e adolescentes con problemas por uso o abuso de drogas.

#### *Intervencións en redución de riscos*

No traballo con menores consumidores de drogas teremos en conta que a distancia entre o mundo adulto e o do menor leva a interpretacións do consumo de drogas diferentes. Na realidade de moitos menores este consumo considérase como un comportamento "normal". A abordaxe máis útil non sempre é a que perseque e esixe a abstinencia, senón a que mantén as pautas de achegamento e acepta que a abordaxe do consumo non é unha meta prioritaria. Só desta maneira se poden formular outras formas de usos de drogas na liña da prevención de riscos; "algúns entón pensarán en facer un uso en contextos non tan negativos... o que resulta unha cousa positiva para o seu desenvolvemento" (Funes 1998).

Ademais das medidas habituais, deberánse deseñar propostas intermedias para:

- Consecución de modos de uso controlados.
- Posibilidade de "volta atrás", a usos non destructivos.
- Formas de uso que teñan menos posibilidades de xerar "accidentes".

#### **Traballo coa familia**

As consideracións que se recollen neste apartado de Traballo coa familia son igualmente aplicables ós titores dos menores nos casos cos que traballa a Dirección Xeral de Familia.

Algúns dos obxectivos na intervención coas familias/titores dos menores a tratamento son os seguintes:

1. Obxectivar e normalizarlo fenómeno das drogas con información realista.
2. Entende-lo seu fillo globalmente.
3. Reduci-los niveis de ansiedade, culpa e fracaso.
4. Que discriminen entre comportamentos adecuados e inadecuados.
5. Mellora da comunicación e da negociación de novas normas e límites.
6. Mellora-la capacidade de manexar conflitos.
7. Que favorezan a autonomía do fillo.

Os formatos grupais máis utilizados con familias/titores de menores con problemas de drogas son:

- Metodoloxía experimental. No grupo expóñense e practícanse habilidades que serán posta en práctica fóra das sesións, en situacións reais.
- Metodoloxía vivencial: trabállase sobre as vivencias persoais de tódolos membros do grupo.
- Grupos de auto-axuda.

No **anexo V** expóñense algunhas das cuestións a ter presentes nas intervencións específicas con familiares/titores dos menores nas UAD.

#### **CRITERIOS DE AVALIACIÓN**

Os criterios para a avaliación do Protocolo de intervención con menores drogodependentes baséanse nos indicadores do Sistema de Avaliación Asistencial (SAA). A tal efecto, as UAD levarán un rexistro das actuacións deste protocolo para incluílas no SAA. Con base nestes indicadores e para a monitorización do protocolo priorizaránse as seguintes:

##### **1. Número de pacientes incluídos no protocolo**

##### **2. Número e tipo de intervencións realizadas**





**XUNTA DE GALICIA**  
CONSELLERÍA DE SANIDADE  
Comisionado do Plan de Galicia sobre Drogas

## LISTAXE PAXS

### A CORUÑA

#### Asociación Antonio Noche

*Programa de Atención Xurídico-Social ó Drogodependente*  
Urb. Soto, Avda. dos Caídos nº 192, Baixo. 15009 - A Coruña

#### Asociación Vieiro

*Programa de Atención Xurídico-Social ó Drogodependente*  
R/ Vázquez de Parga 119, bloque 4 baixo dta. 15100 - Carballo

#### Asociación RENACER

*Programa de Atención Xurídico-Social ó Drogodependente*  
Agustín Fernández Oujo, 15ª Entrechán - Ribeira

### UMAD

*Programa de Atención Xurídico-Social ó Drogodependente*  
R/ Castaños, 1 baixo. 15705 - Santiago de Compostela

### LUGO

#### Asociación ALIAD

*Programa de Atención Xurídico-Social ó Drogodependente*  
Calexón de San Marcos, 2-1º D. 27001 - Lugo

### OURENSE

#### Asociación ATOX

*Programa de Atención Xurídico-Social ó Drogodependente*  
R/ Paseo, nº 15 - 2º. 32003 - Ourense

### PONTEVEDRA

#### Asociación Rexurdir Provincial

*Programa de Atención Xurídico-Social ó Drogodependente*  
R/ Cruz Vermella nº 18. 36002 - Pontevedra

#### Asociación ÉRGUETE

*Programa de Atención Xurídico-Social ó Drogodependente*  
Avda. Martínez Garrido, 21 interior. Vigo

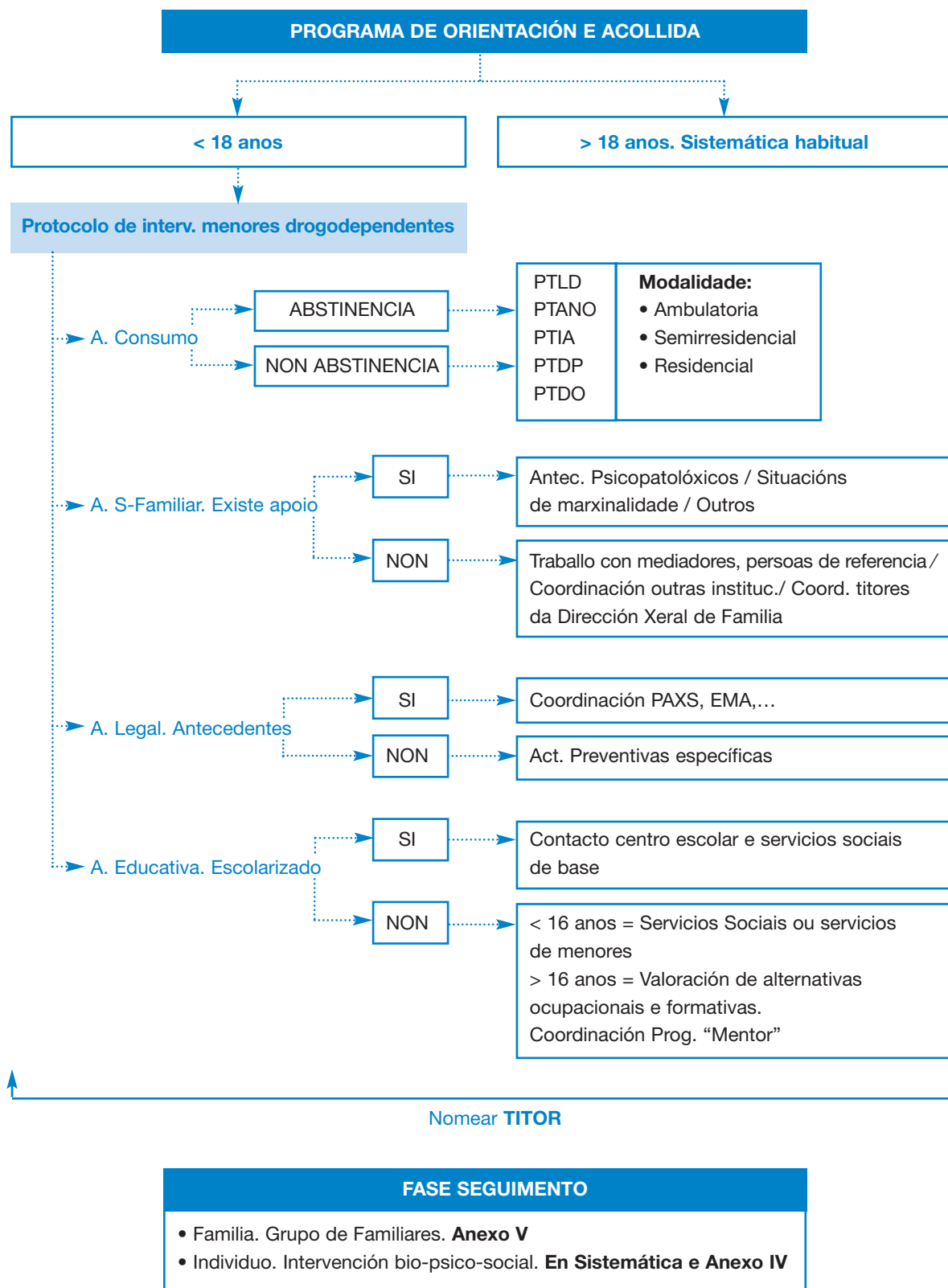






**XUNTA DE GALICIA**  
 CONSELLERÍA DE SANIDADE  
 Comisionado do Plan de Galicia sobre Drogas

## ESQUEMA DE ACTUACIÓN NO PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN CON MENORES DROGODEPENDENTES







## TRATAMENTOS E TÉCNICAS CON MENORES E ADOLESCENTES

### 1. *Counseling* ós pais/titores

Expoñen a situación e problemas e axúdase a obter unha perspectiva diferente da situación.

### 2. Terapia conductual

Busca-la redución das condutas non desexadas e aumenta-las desexadas:

- Normas de conduta claras.
- Reforzo (premiar) das desexadas.
- Extinción das condutas inadecuadas e reforzo das adecuadas.

### 3. Terapia cognitiva

- Traballa os pensamentos disfuncionais, ilóxicos e negativos, con valoracións e cuestionamentos.
- Fomento da empatía.
- Técnicas de resolución de problemas.

### 4. Terapia familiar

Trátase á familia en conxunto, fundamentalmente a través da comunicación e das interaccións entre seus membros. A terapia familiar ten demostrada a súa utilidade con adolescentes con comportamentos desviados ou disruptivos a nivel en diversas actividades preventivas ademais de asistenciais.

### 5. Terapia grupal

Os grupos de aprendizaxe (habilidades sociais, ansiedade, etc.) resultan especialmente indicados cando existen dificultades relacionais ou problemas emocionais. No traballo con menores e adolescentes coidarase máis a selección do grupo:

- Poucos participantes (2-5).
- Valoración do efecto "contaxio".
- Características do condutor do grupo.
- Utilización da cámara de vídeo: ten un gran valor motivacional e de reforzo cos adolescentes.

### 6. Farmacoterapia

As indicacións virán do estudo e diagnóstico de cada caso. Os trastornos por déficit de atención e hiperactividade e o de tipo obsesivo-compulsivo son os cadros que máis frecuentemente xustifican a instauración dunha pauta farmacolóxica.

### 7. Entrevista motivacional (EM)<sup>3</sup>

Os principios básicos da EM facilitan o proceso de abordaxe deste colectivo:

- Espacio adecuado.
- Expresar empatía.
- Crear discrepancia.
- Evita-la discusión.
- "Xirar/baila-la" resistencia.

3. Rollnick S., Miller W.R. *¿Qué es la entrevista motivacional?*. RET. Revista Española de Toxicomanías. Nº 6, pag. 5-9, 1996.



**XUNTA DE GALICIA**

CONSELLERÍA DE SANIDADE

Comisionado do Plan de Galicia sobre Drogas

## CUESTIÓN BÁSICAS NA INTERVENCIÓN CON MENORES

- Utilizar para iniciar la interacción frases e/ou actos que aumenten a probabilidade de recibir resposta positiva polo menor.
- Mostrar preocupación e curiosidade, que se perciba proximidade e confianza.
- escoita-los sentimentos dos menores e demostrar interese por eles.
- Resulta pouco eficaz falarlles do futuro, esta non é unha realidade nas súas vidas. Pódense conseguir acordos e compromisos a un tempo menor (para o mes seguinte).
- Transmitir mensaxes verbais e non verbais de aprobación e información dirixida a fomentar conductas de cambio.
- Algúns dos comportamentos a evitar son: facer promesas que non se van cumprir, impoñer, mostrar agresividade ante as opinións e actitudes do menor, facer hipóteses prematuras.
- O menor pode percibi-lo profesional como alguén especializado en "comerlle o coco", fronte ó que se pon á defensiva. Para el, o adulto é o representante das normas e valores contra os que se rebela.
- Non focalizar sobre o problema das drogas. O menor necesita ser escoitado sobre outros asuntos e é raro que demande a nosa axuda para discutir sobre elas.
- Varia-la rixidez do contexto clínico na medida en que se poida. Prescindir de formalismos, formularios e escoitar calquera cousa que quere contar.
- Flexibilizar posturas. Priorizarase a retención fronte a outros obxectivos.
- Valora-la función que cumpre o uso de drogas: para qué lle serve, cómo funciona con elas, en qué contextos se inscriben estes usos.
- Resulta útil a negociación constante con eles, reiniciar en cada contacto e renegociar metas e obxectivos. Desta maneira cubrimos dous obxectivos: reforza-los cambios e axudar á continuidade e motivación.
- O menor fala das drogas mais cunha perspectiva diferente: demanda maior coñecemento delas e dos seus mecanismos de adicción para utilizalas sen problemas, controlalas e non abandonalas, contrarrestar efectos non desexados, etc.
- Se o menor carece de medio familiar pódese contar co apoio de recursos específicos para estas situacións, a través das instancias que corresponda, que substituirán o medio familiar (familias de acollida, centros de menores,...).



**XUNTA DE GALICIA**

CONSELLERÍA DE SANIDADE

Comisionado do Plan de Galicia sobre Drogas

## CUESTIÓN BÁSICAS COAS FAMILIAS/TITORES DOS MENORES

- Transmitirlles que a súa colaboración é imprescindible e explicarlle-lo nivel e tipo de compromiso que se precisa.
- Responsabilizalas directamente dos cambios positivos que poden alcanza-los seus fillos.
- O proceso de implica-los pais/titores no tratamento pode levar moito tempo e esforzo.
- Ser creativos e prácticos nas intervencións.
- "Ir pouco a pouco", marcando metas e avanzando progresivamente.
- Facilitar ó máximo a súa asistencia en cuestión de horarios, asegurando a súa compatibilidade coa xornada laboral.
- Utilizar reforzos como incentivos ás familias: subsidios familiares e outro tipo de axudas: comedores, transporte, vivenda, etc... O traballo social e a coordinación cos recursos da comunidade facilita incentivos e motivacións para as familias e facilita a continuidade no tratamento.
- No caso dos menores, o traballo en incorporación e o deseño do itinerario persoal a través dos Programas de Incorporación Personalizados (PIP) implantados nas UAD, axuda a canaliza-lo plan de intervención. Este traballo pode abarca-la unidade familiar se a valoración do caso o precisa.
- Supervisa-los cambios e aplicación das normas de convivencia, informándoos sobre novas estratexias para enfrontarse ós problemas.
- Facer ver que a adolescencia é un tempo finito, limitado, polo que é precisa a súa axuda: "antes ou despois o seu fillo deixará de ser adolescente".





## Protocolo de tratamento para a atención da **patoloxía dual** PTPD

### XUSTIFICACIÓN

A comorbilidade dos trastornos mentais e por uso de substancias é un feito habitual que forma parte da clínica de ámbolos procesos. A enfermidade mental severa asóciase cun risco moi elevado de padecer adiccións e a prevalencia de trastornos mentais entre os drogodependentes é moi alta.

A noción de "**comorbilidade**" refírese á presenza de polo menos dous trastornos concorrentes nun individuo. O termo "**diagnóstico dual**" utilízase para referir a coexistencia dun trastorno por uso de substancias xunto con outro trastorno psiquiátrico. Ámbolos conceptos fan referencia a calquera asociación entre eles e tamén ó carácter de factor de risco que supón para o que presenta un trastorno psiquiátrico padecer outro.

Postuláronse diversas teorías sobre unha posible relación entre os trastornos por uso de substancias e os trastornos psiquiátricos comórbidos relacionados, aínda que ningunha destas teorías pode explicar por si soa a presenza de trastornos psiquiátricos comórbidos en suxeitos dependentes de substancias, polo que é importante conxugalas á hora de abordar estes trastornos.

A prevalencia de patoloxía dual é elevada en tódolos niveis do sistema sanitario, desde a comunidade ata os servizos psiquiátricos hospitalarios. Conforme ascendemos a servizos máis especializados, a gravidade aumenta. Pero os pacientes con patoloxía dual non constitúen unha poboación homoxénea, senón que coexisten varios subgrupos diferenciados. Aínda que as clasificacións propostas para identifica-los distintos subtipos de pacientes duais non se consideran definitivas, a clasificación proposta por Zimberg demostrou ser fácil de utilizar, fiable e con validez consensual. Este autor describe tres tipos de pacientes duais:

- Tipo I: trastorno psiquiátrico primario con abuso de substancias só cando hai síntomas (con función de automedicación).
- Tipo II: abuso de substancias primario con síntomas psiquiátricos inducidos polo tóxico.
- Tipo III: trastorno psiquiátrico e abuso de substancias de longa duración que ocorren simultaneamente ou en momentos diferentes ó longo do tempo (estes son considerados os "auténticos duais").

Cando se compara a prevalencia dos tres tipos de pacientes nos diferentes dispositivos de tratamento, encontrámo-los seguintes resultados:

Tipoloxía	Clínicas psiquiátricas ambulatorias	Unidades específicas de abuso de substancias	Unidades de hospitalización psiquiátrica
Tipo I	21%	0%	14%
Tipo II	9%	37%	47%
Tipo III	70%	63%	39%

A coexistencia de ámbolos trastornos incrementa os resultados negativos en termos de maior mortalidade, máis hospitalizacións e consumo doutros servizos asistenciais e máis problemas psicosociais, sendo o tra-

tamento destes pacientes máis custoso e menos eficaz. Así os pacientes con patoloxía dual presentan, como grupo, peor prognóstico que os que só padecen abuso de substancias ou trastorno psiquiátrico.

Dado que esta comorbilidade xera problemas de diagnóstico, tratamento e seguimento, que fan complicada unha intervención integrada e complementaria desde ámbalas redes asistenciais (a de atención ás drogodependencias e a de saúde mental), o Plan de Galicia sobre Drogas propón a necesidade de ofertar unha atención adecuada ós drogodependentes afectados por patoloxía dual e de mellora-la coordinación entre os centros asistenciais de ámbalas redes, polo que se elabora este documento encamiñado a establecer un punto de partida na actuación conxunta de drogodependencias e saúde mental e a promove-la implicación dos seus profesionais, para unha mellora da calidade asistencial a este colectivo da poboación drogodependente.

## POBOACIÓN RECEPTORA

- Drogodependentes a tratamento nas unidades asistenciais de drogodependencias (UAD) con diagnóstico de "patoloxía dual".
- Pacientes a tratamento na rede de saúde mental abusadores de substancias-droga.

## OBXECTIVOS

### Obxectivo xeral

Protocolizar actuacións conxuntas entre os equipos das redes de drogodependencias e saúde mental que permitan unha resposta integrada e coordinada ós pacientes con patoloxía dual.

### Obxectivos específicos

- Confirmación do diagnóstico de patoloxía psiquiátrica asociada desde os equipos de saúde mental de pacientes remitidos polas UAD.
- Instauración e/ou supervisión dun plan terapéutico de pacientes con patoloxía dual remitidos polas UAD, establecendo un itinerario terapéutico que regule as competencias de ámbalas redes.
- Asesoramento desde as UAD para o tratamento de pacientes psiquiátricos abusadores e/ou dependentes de substancias, nos que se valora a conveniencia do seu seguimento desde saúde mental.
- Incrementa-la coordinación entre as institucións e recursos implicados para evitar duplicidade nas intervencións.
- Promover actividades de formación e investigación no terreo da patoloxía dual.

## SISTEMÁTICA

### Diagnóstico de comorbilidade psiquiátrica en drogodependentes

A decisión de cal dos dous diagnósticos (o de dependencia e o doutro diagnóstico psiquiátrico asociado) é o principal, debería depender da etioloxía, é dicir, de cal é a causa do outro. A enfermidade causal sería a principal, e a resultante a secundaria. En caso de dúbida, recoméndase seguir un criterio cronolóxico: o trastorno inicial no tempo debe considerarse primario e o que aparece posteriormente, secundario. Por esta razón considérase obrigatorio citar na historia clínica a orde cronolóxica de cada un dos dos trastornos nos pacientes con patoloxía dual.

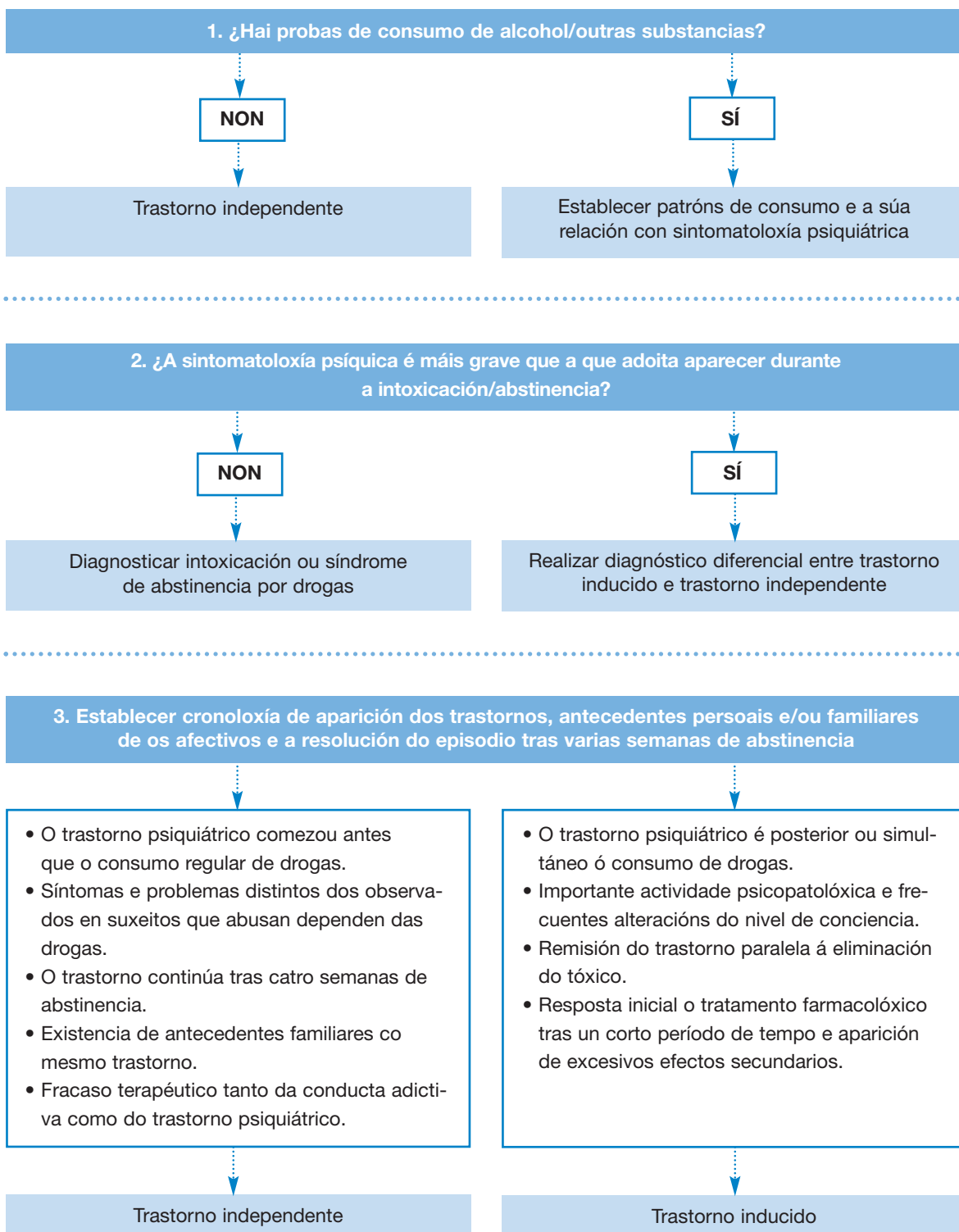
As principais dificultades diagnósticas da comorbilidade son:

- Os efectos de moitas drogas provocan en ocasións cadros dificilmente distinguibles de trastornos psiquiátricos.
- Algúns suxeitos con trastornos psiquiátricos consomen drogas, a miúdo para alivialos.
- As complicacións físicas que padecen os drogodependentes poden xerar ou agrava-los trastornos psíquicos.
- A existencia de antecedentes familiares psiquiátricos.
- Unha elevada porcentaxe de pacientes nega o consumo de drogas.

Por todo isto, a **historia clínica** segue sendo o elemento básico para o diagnóstico clínico de trastornos comórbidos en suxeitos drogodependentes, tendo en conta os seguintes elementos:

- O ideal sería valora-los trastornos psiquiátricos tras unhas semanas de abstinencia, catro polo menos.
- Avaliar se o trastorno é orixinado por enfermidade física secundaria ó consumo de drogas.
- Avaliar se o trastorno psiquiátrico é simulado.
- Confirma-lo uso de substancias mediante analíticas de urina e información de familia e/ou amigos.
- Distinguir se o trastorno é inducido por drogas ou concomitante.

Para distinguir entre un trastorno psiquiátrico non inducido por drogas e un inducido, propóñense os seguintes pasos:



Modificado de G. Rubio, *Trastornos psiquiátricos y abuso de sustancias*, 2002 Ed. Médica Panamericana

## TRATAMENTO

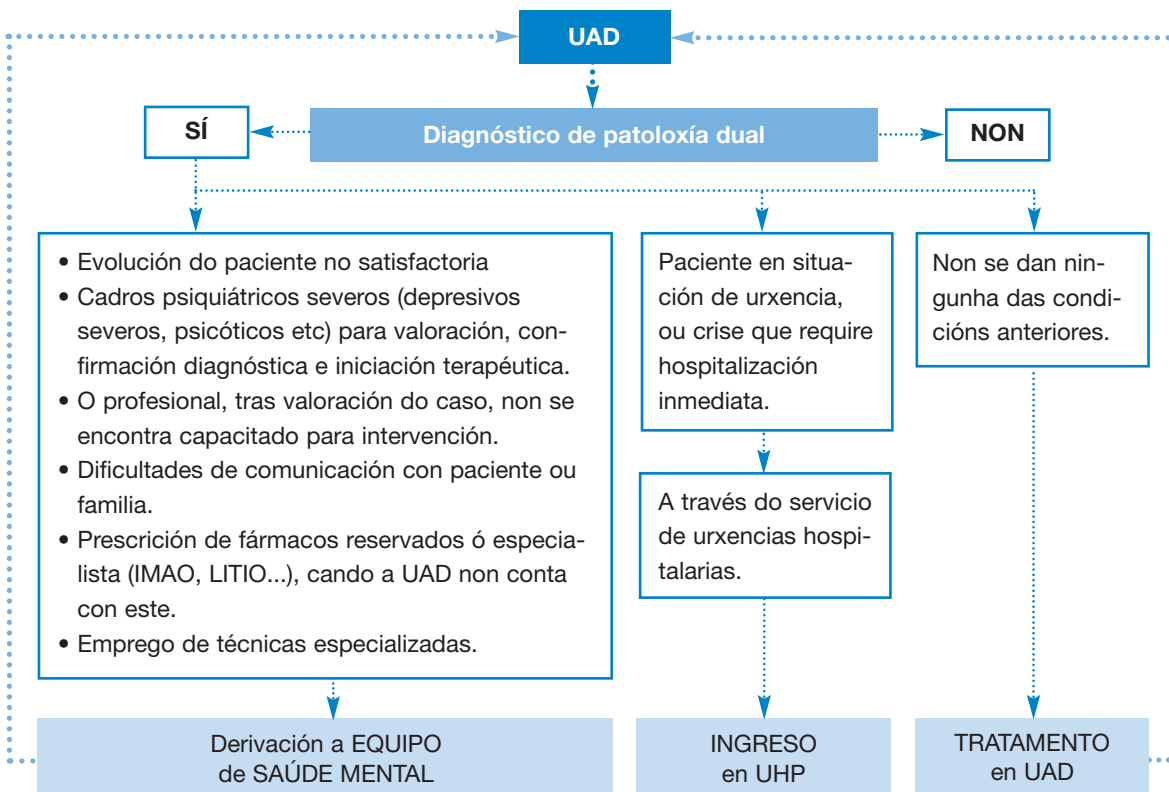
Debido ás dificultades de coordinación entre profesionais e recuperación dos pacientes, xurdidas do emprego do *modelo secuencial* (empézase o tratamento dun trastorno e posteriormente iníciase o outro) e do *modelo paralelo* (abordaxe simultánea dos trastornos pero con diferentes dispositivos e distintos equipamentos), os profesionais optaron polo tratamento conxunto dos trastornos relacionados co consumo de drogas e os trastornos psiquiátricos comórbidos no que se chamou *programas integrados*.

A principal característica destes programas reside en que os tratamentos de ámbolos trastornos son realizados simultaneamente e polo mesmo equipo. Isto evita dirixir mensaxes erróneas ós pacientes e mellora a eficacia e coordinación dos tratamentos.

As características principais dos programas integrados son:

1. Manexo de casos: para adecuarlos diferentes recursos ás necesidades específicas de cada paciente, derivando a outros servizos cando sexa necesario.
2. Terapia grupal: compoñente fundamental dos programas integrados, tratarase sobre síntomas psiquiátricos, as reaccións ó estrés, o afrontamento de acontecementos vitais, a afectación cerebral polos trastornos de base e o papel do tratamento psicofarmacolóxico.
3. Intervencións psicoeducativas: información sobre o consumo de drogas, os síntomas psiquiátricos, os psicofármacos e as consecuencias dos trastornos duais.
4. Técnicas cognitivo-conductuais: usadas a nivel individual e grupal, posibilitan a diminución da vulnerabilidade nas recaídas mediante o adestramento en habilidades sociais, estratexias de afrontamento e modificación de cognicións erróneas e condutas que manteñen o consumo ou interveñen no trastorno mental de base.
5. Terapia familiar: dirixida a reduci-los factores de mantemento do consumo de drogas.
6. Técnicas motivacionais: a entrevista motivacional favorece a motivación para o cambio, facendo que o paciente progrese a través das fases de cambio.
7. Tratamento farmacolóxico: a abordaxe do trastorno dual xeralmente supón o emprego de varios fármacos con propiedades psioactivas, de maneira que o risco de interaccións medicamentosas é altamente probable.
8. Ingresos hospitalarios: poden ser necesarios para a desintoxicación ou a clarificación diagnóstica.
9. Único equipo: mellora a coordinación do tratamento e evita mensaxes erróneas.

## Protocolización



Tanto no caso de derivación ó Equipo de saúde mental (ESM), como no de ingreso hospitalario, o médico da UAD cubrirá un protocolo de derivación específico que lle será devolto unha vez avaliado o paciente e establecido o plan terapéutico (**anexo I**).

Os ingresos na Unidade de hospitalización psiquiátrica (UHP) serán realizados a través do servizo hospitalario de urxencias, logo de contacto do médico da UAD co responsable da UHP (ver listaxe UHP de referencia no **anexo II**).

### **CRITERIOS DE AVALIACIÓN**

Os criterios para a avaliación do Protocolo de tratamento para a atención da patoloxía dual, baséanse nos indicadores do Sistema de Avaliación Aistencial (SAA). Para tal efecto, a UAD levará un rexistro das actividades deste protocolo para incluílo no SAA. De acordo con estes indicadores, e para a monitorización do protocolo, priorizaranse os seguintes:

- N° de pacientes con diagnóstico de patoloxía dual.
- N° de pacientes remitidos pola UAD ós ESM.
- N° de pacientes en seguimento remitidos polos ESM ás UAD.
- N° de ingresos hospitalarios realizados desde as UAD.
- N° de pacientes psiquiátricos asumidos/N° de pacientes derivados.




2 Copias



XUNTA DE GALICIA  
 CONSELLERÍA DE SANIDADE  
 Comisionado do Plan de Galicia sobre Drogas

**FOLLA DE DERIVACIÓN**

 <p><b>FOLLA DE DERIVACIÓN</b></p>	Identificación (Nome, apelidos, N° S.S.:)
<p><b>DIRIXIDO A:</b></p>	
<div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 100px;"> <div data-bbox="603 696 901 739">Dr/a:</div> <div data-bbox="922 696 1198 739">UAD:</div> <div data-bbox="1222 696 1441 739">DATA:</div> </div> <p style="text-align: right; margin-top: 100px;">Sinatura:</p>	
<div style="text-align: right; margin-bottom: 10px;"> <div data-bbox="922 1205 1219 1247">Dr/a:</div> <div data-bbox="1238 1205 1457 1247">DATA:</div> </div> <p style="text-align: center;"><b><u>INFORME ESPECIALISTA</u></b></p> <p style="text-align: right; margin-top: 100px;">Sinatura:</p>	





**XUNTA DE GALICIA**

CONSELLERÍA DE SANIDADE

Comisionado do Plan de Galicia sobre Drogas

## RELACIÓN DE UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA

### A CORUÑA

#### Hospital Novoa Santos

Estrada S. Pedro Catabois, s/n. 15405 - Ferrol

Tlf: 981-334000 / Fax: 981-334015

#### Hospital Marítimo de Oza

As Xubias de Arriba, 1. 15006 - A Coruña

Tlf: 981-178174

#### Hospital Gil Casares

Travesía da Choupana, s/n. 15706 - Santiago de Compostela

Tlf: 981-956050 / Fax: 981-956091

#### Hospital Médico-Quirúrgico de Conxo

r/ Ramón Baltar s/n. 15706 - Santiago de Compostela

Tlf: 981-951850 / Fax: 981-531255

### PONTEVEDRA

#### Hospital Psiquiátrico "Rebullón"

Puxeiros s/n. 36415 - Mos

Tlf: 986-815960 / Fax: 986-487516

#### Hospital Meixoeiro

Meixoeiro, s/n. 36214 - Vigo

Tlf: 986-811150 / Fax: 986-811150

#### Hospital Nicolás Peña

Avda. Camélias, 109. 36211 - Vigo

Tlf: 986-219000 / Fax: 986-219002

#### Hospital Provincial

r/ Loureiro Crespo, 2. 36002 - Pontevedra

Tlf: 986-807000 / Fax: 986-807053

### LUGO

#### Hospital de Calde

27210. Calde-Lugo

Tlf: 982-296852 / Fax: 982-242405

### OURENSE

#### Hospital Stra. M<sup>a</sup> Madre

r/ Ramón Puga, 56. 32005 - Ourense

Tlf: 988-385499 / Fax: 988-248898

