

FUNCIÓN DEL MÉDICO DEL CAD

FUNCIÓN DEL MÉDICO DEL CAD

- Atender las demandas derivadas del consumo de drogas y otras adicciones.
- Facilitar la desintoxicación y deshabituación.
- Atender la sintomatología del síndrome de abstinencia orgánico.

FUNCIÓN DEL MÉDICO DEL CAD

- Prevenir, detectar y atender la patología orgánica y psiquiátrica asociada a las conductas adictivas.
- Valorar y en su caso incluir en tratamientos sustitutivos a aquellos pacientes que lo requieran.
- Orientar y asesorar a familias y usuarios.

PATOLOGÍA QUE TRATAMOS

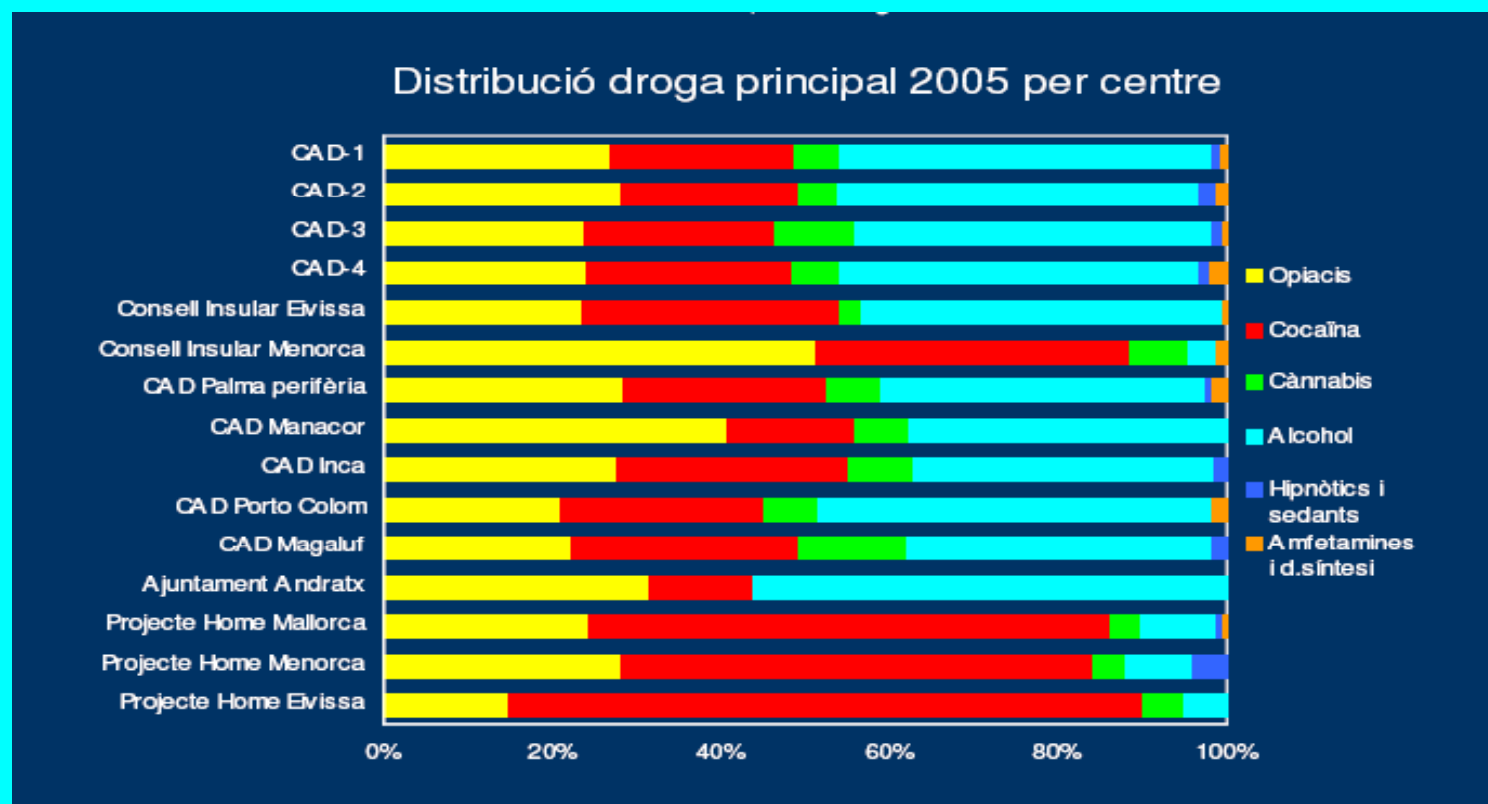
1.Trastorno por abuso o dependencia de:

- » Heroína y otros opiáceos.
- » Cocaína y otro psicoestimulantes.
- » Alcohol.
- » Cannabis.
- » Benzodiazepinas.
- » MDMA.

PATOLOGÍA QUE TRATAMOS

2. Trastornos psiquiátricos y orgánicos, no graves, relacionados con el uso/abuso de sustancias.

ADMISIONES A TRATAMIENTO EN 2005



DIVERSIFICACIÓN EN DROGODEPENDENCIAS

- Evolución de las pautas de consumo de drogas.
- Cambios en el perfil de la población drogodependiente.
- Nuevas demandas formuladas por la población drogodependiente.
- Presión ejercida por los defensores de la salud pública.

CONSECUENCIAS GENERALES DE LAS DROGODEPENDENCIAS

- Reacciones antisociales.
- Síndrome de déficit de actividad.
- Infecciones y disminución de las defensas.
- Peligro de sobredosificación.
- Riesgo de “escalada”.
- Efectos tóxicos específicos.
- Diagnóstico dual.

DIFICULTADES EN EL MANEJO DE LOS PACIENTES DROGODEPENDIENTES

- Escaso contacto con el sistema sanitario.
- Falta de conciencia de la enfermedad y escasa motivación para cambiar sus hábitos.
- Desconfianza inicial del personal sanitario.
- Elevada frecuencia de recaídas.
- Características de la demanda del drogodependiente.

CARACTERÍSTICAS DE LA DEMANDA DEL DROGODEPENDIENTE

- Urgencia, inmediatez: Búsqueda de soluciones instantáneas.
- Emotividad: Dramatización para ejercer presión.
- Instrumentalización: Se demanda “ayuda” (medicamentos, pagas...)
- Manipulación: Gran persuasión y seducción.

EVALUACIÓN DEL PACIENTE

Dimensiones a evaluar:

- Gravedad de la intoxicación/abstinencia.
- Complicaciones médicas.
- Complicaciones psiquiátricas.
- Aceptación/resistencia al tratamiento.
- Posibilidad de recaída.
- Soporte ambiental.

HISTORIA TOXICOLÓGICA

- Tipo de drogas utilizadas.
- Vías de administración.
- Fecha del primer consumo, consumo regular y consumo excesivo.
- Formas de consumo.
- Dosis consumidas.
- Frecuencia del consumo.

HISTORIA TOXICOLÓGICA

- Momentos de consumo máximo y circunstancias en que tiene lugar.
- Periodo de sobriedad más largo y situación global durante la sobriedad.
- Tiempo transcurrido desde el último consumo, vía de administración, circunstancias del consumo y reacciones al consumo.

INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

Entrevista

- DSM-IV
- Índice de severidad de la adicción.

Cuestionarios

- Test de evaluación para el consumo de drogas (DAST).
- Cuestionario de severidad de la dependencia a opiáceos (SODQ).

Urinoanálisis

Recoger información de personas significativas.

Evaluación médica

- Evaluar condiciones físicas y estado de salud general, atendiendo de modo especial a las enfermedades más frecuentes: Sida, hepatitis B y C, tuberculosis, etc.
- Historia médica, fármacos.
- Historia familiar, incluida historia de consumo de drogas.
- Realización de pruebas de laboratorio.

EVALUACIÓN PSIQUIÁTRICA

1. Trastornos mentales inducidos por sustancias según el DSM IV:

- Delirium
- Demencia persistente
- Trastorno amnésico persistente.
- Trastorno psicótico.
- Trastorno del estado de ánimo.

EVALUACIÓN PSIQUIÁTRICA

- Trastorno de ansiedad.
- Trastorno sexual.
- trastorno de sueño.
- Trastorno perceptivo persistente por alucinógenos (flashback).

2. Patología dual: Coexistencia de abuso/dependencia de sustancias junto a un trastorno mental.

VALORAR POSIBILIDAD DE RECAÍDA

1. Indicios cognitivo-emocionales:

- Actitudes negativas
- Sentimientos y estado de ánimo negativos
- Idealizar el efecto de la droga.
- Poner a prueba el control personal.
- Deseo de gratificación.
- Estado de ánimo positivo.
- Problemas sexuales.
- Sueños relacionados con la recaída.

VALORAR POSIBILIDAD DE RECAÍDA

2. Indicios a nivel conductual:

- Reaccionar de forma exagerada.
- Conductas impulsivas
- Otras conductas adictivas y compulsivas.
- Cambios graduales en el estilo de vida.
- Sentirse decepcionado por haber defraudado a mucha gente.

PRINCIPIOS GENERALES DEL TRATAMIENTO

- Heterogeneidad de casos.
- Fases del tratamiento.
- Tratamiento integral.
- Planes de tratamiento.
- Vigilar la recaída.

PLAN DE TRATAMIENTO

1. Características:

- Establecer una adecuada alianza terapéutica.
- Vigilancia de las complicaciones medicopsiquiátricas.
- Estrategia para alcanzar la abstinencia.
- Implantación de un programa de prevención de recaídas.
- Educación acerca de los trastornos por consumo de sustancias.

PLAN DE TRATAMIENTO

2. La elección del tratamiento depende de:

- Las características clínicas del paciente
- Presencia de factores psiquiátricos
- Trastornos somáticos asociados.
- Embarazo.
- Aspectos relacionados con el sexo.
- Edad.
- Preferencias del paciente.
- Red asistencial.

PLAN DE TRATAMIENTO

3. Objetivos del tratamiento:

- Reconocimiento por parte de la persona de que tiene un problema.
- Evaluar adecuadamente el problema de dependencia y otros problemas asociados.
- Desintoxicarlo de la sustancia.
- Deshabituarlo psicológicamente.
- Entrenarlo en prevenir la recaída.

ESTRATEGIAS TERAPÉUTICAS

- Programas libres de drogas.
- Programas de reducción del daño.
- Programas de mantenimiento con metadona.
- Programas de mantenimiento con naltrexona.

PROGRAMAS LIBRES DE DROGAS

Incluyen una serie de fases:

1. Desintoxicación.
2. Deshabitación
3. Inserción y/o reinserción social.

Objetivos:

1. Asegurar la desintoxicación.
2. Lograr la deshabitación.
3. Prevenir las recaídas en el consumo.

PROGRAMAS DE REDUCCIÓN DEL DAÑO

Objetivos

- Evitar la transmisión de enfermedades infecto-contagiosas.
- Impedir el deterioro de la salud de los propios consumidores.
- Reducir la actividad delictiva.
- Fomentar pautas de consumo que impliquen menos riesgos.

PROGRAMAS DE REDUCCIÓN DEL DAÑO

- Propiciar el contacto de los consumidores con los servicios de salud.
- Facilitar el contacto de los consumidores con los servicios sociales.
- Motivar y facilitar la incorporación a centros de tratamiento.

PROGRAMAS DE MANTENIMIENTO CON METADONA

- Programas de metadona orientados al cambio. Estos programas conciben la metadona como un instrumento terapéutico que persigue la posterior incorporación a programas libres de drogas.
- Programas de mero mantenimiento. Este tipo de programas contempla la administración de metadona durante prolongados periodos de tiempo.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN EN PMM

- Heroinómanos de varios años de evolución con fracasos repetidos en otros tratamientos.
- Pacientes afectados de complicaciones orgánicas graves.
- Heroinómanas embarazadas.
- Heroinómanos con trastornos psiquiátricos.

PROGRAMAS DE MANTENIMIENTO CON NALTREXONA

Objetivo: Prevenir las recaídas de los
drogodependientes a opiáceos.

PROGRAMAS DE MANTENIMIENTO CON NALTREXONA

Criterios de inclusión:

- Pacientes de poco tiempo de adicción
- Pacientes que directamente se interesan por los programas de naltrexona.
- Pacientes que quieren interrumpir el tratamiento de mantenimiento con metadona.
- Adictos que salen de comunidades terapéuticas, hospitales o cárceles.

PROGRAMAS DE MANTENIMIENTO CON NALTREXONA

- Adictos que recientemente hayan tenido una recidiva después de haber permanecido abstinentes durante largo tiempo, aquellos que tienen miedo a volver a la heroína por razones coyunturales o a los que le falta motivación en momentos determinados.

PROGRAMAS DE MANTENIMIENTO CON NALTREXONA

Criterios de exclusión:

- Mujeres embarazadas.
- Menores de 18 años.
- Alcoholismo.
- Enfermedades psiquiátricas.
- Lesiones orgánicas importantes.

VENTAJAS DE LOS TRATAMIENTOS CON NALTREXONA

- No produce dependencia ni síndrome de abstinencia.
- Administración oral.
- Prolongada semivida.
- Escasos efectos secundarios.

INCONVENIENTES DEL TRATAMIENTO CON NALTREXONA

- Periodo libre de drogas previo al tratamiento.
- Índice de retención inferior al de la metadona.
- Contraindicado en embarazadas y en pacientes con complicaciones orgánicas graves.
- Aumento reversible de las transaminasas hepáticas.

CONCLUSIONES

- Es importante que los médicos y sus pacientes conozcan la naturaleza crónica y recidivante de estos trastornos en muchos pacientes.
- Una reducción de la frecuencia y gravedad de las recidivas puede constituir un objetivo más realista que la prevención completa de todo episodio posterior.