

## **Historia estructurada para la interconsulta psiquiátrica de toxicomanías-sida.**

Baca-García, E.\*; García, A.\*\*; Ochoa, E.\*\*\*

\*\* MIR Psiquiatría. \*\* DUE supervisora del Servicio de Enfermedades Infecciosas.

\*\*\* Médico adjunto de la Sección de Interconsulta del Servicio de Psiquiatría.  
Hospital Ramón y Cajal de Madrid (España).

### **Resumen**

Se describe la historia estructurada de interconsulta psiquiátrica utilizada en pacientes toxicómanos y/o con infección por VIH que ingresan en el Servicio de Enfermedades Infecciosas del Hospital Ramón y Cajal de Madrid (España). En su diseño se valoró que su utilización requiriese poco tiempo, fuese realizada por el personal de enfermería que recibe al paciente recién hospitalizado a la vez que recogiese los datos mínimos indispensables que nos ayuden a detectar la situación real de estos pacientes y por tanto alguno de los futuros problemas de manejo ayudando a su prevención.

### **Palabras Clave**

Interconsulta psiquiátrica; VIH; toxicomanía, historia clínica.

### **Summary**

The psychiatric consultation-liaison's structured history used among drug addicts and/or with HIV infection admitted into the Infectious Diseases Unit at Ramón y Cajal Hospital (Madrid, Spain) is described. In its device, several factors were taken into account: its use should require a short period of time, it should be done by the nurse who values the patient at the time of his/her admission, at the same time she/he must collect the necessary data that may help to detect the real situation of these patients and, therefore some of the future problems helping to prevent them.

### **Key Words**

Psychiatric consultation-liaison; HIV; drug addiction; clinical history.

### **Correspondencia a:**

Enrique Baca García • Hospital Ramón y Cajal • 28034 Madrid (España).



## Résumé

C'est la description de la structure d'un dossier psychiatrique de malades toxicomanes avec ou sans infection du virus VIH, admis au Service de Maladies Infectieuses de l'Hôpital Ramón y Cajal (Madrid, Espagne), en vue d'une consultation rapide et brève par le personnel d'infirmiers. C'est aussi le recueil simple de l'information indispensable pour nous aider à la compréhension de la situation réelle des malades et pour détecter les problèmes futurs et pouvoir les prévenir.

## Mots clé

Consultation psychiatrique; VIH; toxicomanie; dossier clinique.

## I. INTRODUCCIÓN

La psiquiatría de enlace e interconsulta es una subespecialidad de la psiquiatría encargada del diagnóstico, tratamiento, estudio y prevención de la morbilidad psiquiátrica en los pacientes físicamente enfermos (Lipowski, 1983; Rowan, *et al.*, 1986). En los últimos años se ha convertido en un importante tema de investigación, desarrollándose modelos de asistencia con una especialización del personal y creándose protocolos de abordaje conjunto en varias patologías (McCartney, *et al.*, 1985; Brown y Cooper, 1987).

Desde 1978 en que se describieron los primeros casos de pacientes afectados por el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) hasta la actualidad, el número de personas infectadas por los VIH ha aumentado considerablemente, llegando a convertirse en un importante problema de salud pública (Registro Nacional de SIDA, 1997). El desarrollo de la enfermedad se relacionó con diferentes síndromes psiquiátricos, asociados a la evolución de la misma o como una primera expresión de la infección (Perry y

Jacobsen, 1986; Fenton, 1987; Lozano, *et al.*, 1996). Por otra parte, en España la categoría de transmisión más frecuente de la infección VIH es la de usuarios de drogas por vía parenteral, los cuales presentan importante psicopatología asociada (García-López y Ezquiaga, 1992; Sopelana, *et al.*, 1992; Martínez, *et al.*, 1992).

Los pacientes ingresados en el Servicio de Enfermedades Infecciosas del Hospital Ramón y Cajal (Madrid) presentan en un alto porcentaje patología secundaria a infección por VIH y abuso de drogas (Ochoa *et al.*, 1993). Estos generan más demandas al Servicio de Psiquiatría que otros pacientes, ya sea por las consecuencias psicosociales de la enfermedad, las alteraciones neuropsiquiátricas o por sus características de personalidad (Johanet y Muskin, 1990; Ochoa, 1997). Por ello, se ha establecido un programa psiquiátrico de enlace específico para estos pacientes, junto con la interconsulta habitual y la elaboración de programas de asistencia que incluye la preparación especializada del personal de enfermería y auxiliar para la detección de las alteraciones de conducta y su manejo posterior.



Dado que la historia clínica se compone de "todos los datos e informaciones en relación a las posibles enfermedades de un paciente, obtenidos, ya sea por conversación (con él, conocidos o familiares), exploración física y exploraciones complementarias, así como todas las consideraciones y procedimientos" (Escolar *et al.*, 1992), la elaboración de la misma se facilita con la utilización de

historias clínicas estructuradas, que presentan ventajas respecto a la historia clínica habitual (no estructurada). Ésta no tiene un diseño predeterminado y, por lo tanto, es difícil de codificar; depende totalmente del entrevistador; aunque como es lógico se adapta a las necesidades del paciente, conlleva un esfuerzo importante y precisa de un personal altamente cualificado. Así, la historia clínica

Tabla 1. Características comparadas de la historia clínica no estructurada, estructurada y cuestionarios.

	Historia clínica no estructurada	Historia clínica estructurada	Cuestionario
Estandarizada	No	Si	Si
Objetividad	Si	Si	Si
Utilidad clínica	Si	Si	Parcial
Utilidad investigadora	No	Si	Si
Fiabilidad	No	Si	Si
Validez	Si	Si	Si
Virtudes	Personalizada	Codificable Cualificación media Tiempo	Codificable Cualificación media Tiempo
Defectos	Arbitraria Tiempo Cualificación No codificable	Poco personalizada	Muy parcial No aplicable a la asistencia



estructurada es una forma de recoger la información de forma precisa y planificada, con una finalidad fundamentalmente asistencial, aunque facilita una utilización posterior para la investigación, mientras que los protocolos abordan en conjunto la planificación, desarrollo, recogida de datos y análisis de los mismos con un objetivo concreto (Escolar *et al.*, 1992; Roca, 1996). Evidentemente, el éxito del diseño de las historias clínicas estructuradas depende del esfuerzo que supone su cumplimentación al entrevistador, sin olvidar las exigencias de cualquier instrumento de medida, como son la estandarización, objetividad, utilidad clínica e investigadora, fiabilidad y validez (Aznar-Salatti, 1996) (Tabla 1).

La información que se recoge con este sistema está codificada y por tanto preparada para su incorporación a una base de datos, cuyas ventajas son sobradamente conocidas (Cacabelos, 1988; Escolar *et al.*, 1992; Marrugat *et al.*, 1989; Sáenz *et al.*, 1995; Sotos *et al.*, 1995; Pastor-Sánchez, *et al.*, 1996; Roca, 1996). El análisis posterior permite estimar de forma inmediata y fiable algunas de las necesidades que se generan, como por ejemplo el número de pacientes encamados, la necesidad de agonistas opiáceos o los problemas de manejo ocurridos en la Unidad en un tiempo determinado. Por supuesto, posibilita una mejor planificación de los proyectos de investigación (Estalrich *et al.*, 1993).

En el campo de las toxicomanías hay pocos instrumentos estandarizados, de hecho lo habitual en las publicaciones médicas es utilizar entrevistas semiestructuradas basadas en la práctica habitual desarrolladas por cada autor (Peters, *et al.*, 1994). A pesar de que existen entrevistas semiestructuradas que proporcionan información relevante sobre aspectos

de la vida del paciente en relación con el abuso de sustancias (EuropAsi, 1995), su uso en la atención de rutina a los pacientes es muy compleja dada la cantidad de recursos que precisa (tiempo y personal empleado), por lo que lo habitual es su utilización parcial (Pérez y Salvador, 1997).

## 2. OBJETIVOS Y MATERIAL

En la planta de hospitalización del Servicio de Enfermedades Infecciosas ingresan una media de 40 pacientes mensuales, que en alta proporción presentan problemas relacionados con el consumo de tóxicos (Ochoa *et al.*, 1993). La dinámica de la interconsulta psiquiátrica así como las características de los pacientes atendidos, hace imprescindible desde el primer día la participación del personal de enfermería y auxiliar, el cual está en contacto estrecho con el paciente, observa y contiene de forma inmediata su conducta, y alerta sobre ella. El conocimiento de este personal sobre la historia clínica y toxicológica es importante para el manejo de los pacientes y los conflictos que estos generan. Por ello vimos la necesidad de diseñar un modelo de historia clínica estructurada, que reuniese una serie de requisitos como son el poco tiempo en su utilización, pueda ser realizada por el personal de enfermería que recibe al paciente recién hospitalizado y sirva para detectar los futuros problemas de manejo ayudando a su prevención. De esta manera, se recogerían de forma rutinaria los datos mínimos imprescindibles para la atención de estos pacientes, muchos de los cuales ya se recogían en la historia médica de urgencias, la de ingreso, la historia de enfermería y la historia de interconsulta psiquiátrica. Se pre-



cisaba que el instrumento además de evitar la duplicidad de información, ayude al personal a conocer la situación psicopatológica de los pacientes, a adecuar los cuidados que éstos van a precisar, y potenciar el trabajo de coordinación del personal auxiliar y de enfermería con el equipo médico y con los psiquiatras que realizan la interconsulta. Queríamos también facilitar al personal de enfermería la realización de otros objetivos específicos de su tarea, como impartir educación sanitaria, principalmente respecto a las conductas de riesgo para la infección por VIH.

Se diseñó un protocolo que recoge los datos sociodemográficos, conductas de riesgo en relación para la infección VIH, situación inmunológica y diagnóstico físico, consumo de drogas, tratamiento que realiza para la adicción, necesidades de cuidados de enfermería, y evolución durante el ingreso (Apéndice 1).

### 3. RESULTADOS

Desde su implantación en enero de 1997 hasta enero de 1998 se han realizado más de 400 historias de este tipo. El tiempo medio empleado ha sido de 15 minutos. Siempre se realiza en las primeras 24 horas del ingreso en la Unidad como una actividad de rutina. La supervisora de enfermería revisa la cumplimentación de la historia, aclara las dudas presentadas, las trasmite al psiquiatra de interconsulta y contrasta la calidad de la información, asegurándose así el mantenimiento de un solo criterio de cumplimentación.

El entrenamiento del personal no ha planteado problemas, principalmente por su buena disposición, accesibilidad y la amplia expe-

riencia que cuentan con este tipo de pacientes.

Esta iniciativa ha sido bien acogida por el Servicio de Enfermedades Infecciosas, hasta el punto de que su cumplimentación se incluyó en los objetivos anuales de enfermería, sin que suponga un importante trabajo extra a la ya sobrecargada labor habitual. Tampoco ha creado problemas por parte de los pacientes, a pesar de lo delicado de algunas cuestiones.

### 4. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La magnitud del problema y las especiales características que presentan los pacientes drogodependientes que ingresan en un hospital general, ha originado que se desarrolle una subespecialización del personal y que se utilicen protocolos junto con psiquiatría, al igual que ha ocurrido con otras patologías (Brown y Cooper, 1987; McCartney *et al.*, 1985). Por ello se estableció el programa psiquiátrico de enlace específico para estos pacientes. Aunque en el campo de las toxicomanías hay instrumentos estandarizados, su utilización en la interconsulta psiquiátrica es difícil por el tiempo y el entrenamiento del personal que requieren (EuropAsi, 1995).

Por otra parte, consideramos imprescindible la estrecha colaboración del personal de enfermería y auxiliar, no sólo por las dificultades de tiempo que puede presentar el personal médico sino porque es el personal que mantiene un contacto más directo y continuado con el paciente, siendo por ello los primeros y a veces los únicos que pueden detectar en el inicio alteraciones de conducta, conteniéndolas y alertando al personal



médico cuando es preciso. El conocimiento de este personal sobre la historia clínica y toxicológica es por ello muy importante.

Dado que no conocemos protocolos diseñados y utilizados específicamente por el personal de enfermería, consideramos útil dotarles de un instrumento estandarizado que recogiese sistemáticamente las cuestiones que entre todos consideramos más relevantes. Algunas de las cuestiones como la presencia de vías o control de esfínteres afectan directamente a los cuidados que enfermería ha de dispensar; otras como las que informan sobre la continuación de prácticas de riesgo les permite realizar un asesoramiento sobre las mismas. Otras cuestiones, como el consumo de benzodiazepinas o alcohol, son imprescindibles para la prevención de los problemas derivados de su abstinencia. El conocer la existencia o no de soportes sociales o el cumplimiento del tratamiento ambulatorio permite desde el inicio predecir algunos de los problemas que previsiblemente se van a plantear. Sin embargo, es importante considerar que debíamos diseñar un instrumento cuya utilización no requiriese demasiado tiempo, aún a costa de perder información que en algunos casos fuese relevante, dado que el objetivo es que se realice de rutina. Este protocolo no sustituye, por tanto, la recogida de otras cuestiones específicas que en cada caso concreto pueden considerarse necesarias.

La buena acogida que el protocolo ha tenido por parte del Servicio de Enfermedades Infecciosas ha facilitado la coordinación del personal auxiliar y de enfermería con el equipo médico y el equipo de interconsulta psiquiátrica. El que la información se recogie-

se en las primeras horas de ingreso en la Unidad ha sido fundamental para la detección de problemas (como el abuso de benzodiazepinas o la carencia de soportes sociales) que precisan un abordaje precoz o la intervención de otros recursos, como la Asistencia Social.

Por ello consideramos beneficioso su utilización y creemos que un posterior análisis de los datos recogidos facilitará el diseño de estrategias de atención específicas para determinados subgrupos de pacientes.

## BIBLIOGRAFÍA

- Aznar-Salatti, J. (1996) Diseño de los protocolos de un estudio clínico: las denominadas "case reports forms" o cuadernos de recogida de datos. *JANO*, 1279-1286.
- Brown, A.; Cooper, A.F. (1987) The impact of a liaison psychiatry service on patterns of referral in a general hospital. *Brit J Psychiatry*, 150: 83-87.
- Cacabelos, R. (1988) Aplicaciones generales y específicas de los ordenadores. *JANO*, 35: 87-102.
- Escolar, F.; Escolar, J.D.; Sampérez, A.L.; Alonso, J.L.; Rubio, M.T.; Martínez-Berganza, M.T. (1992) Informatización de la historia clínica en un servicio de medicina interna. *Medicina Clínica*, 99: 17-20.
- Estalrich, J.V.; Blanes, N.; Sempere, G.; Lorente, P. (1993) *Drogodependencias y atención primaria de salud*. Valencia: Sociedad Valenciana de Medicina Familiar y Comunitaria.
- EuropaSI. (1995) *Índice Europeo de la Severidad de la Adicción*. Traducción española.



- Fenton, TW. (1987) AIDS related psychiatric disorder. *Brit J Psychiatr*, 151: 579-588.
- García-López, A.; Ezquiaga, E. (1992) Psicopatología asociada al consumo de drogas. *Actas Luso-Esp Neurol Psiquiatr*, 20: 175-182.
- Johannet, C.; Muskin, PR. (1990) Mood and behavioral disturbances in hospitalized AIDS patients. *Psychosomatics*, 31(1): 55-9.
- Lipowski, ZJ. (1983) Current trends in consultation-liaison psychiatry. *Canad J Psychiatry*, 28: 329-338.
- Lozano, M.; Padin, JJ.; Buzon, L. (1996) Trastornos mentales en la infección por el VIH-1. *Rev Clin Esp*, 11: 774-84.
- Marín, J.; Rubio, G.; Bayon, C.; Ulibarri, S.; Bango, J.; Santo Domingo, J. (1994) Programas de enlace en toxicomanías-SIDA. *Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afines*, 22(6): 249-53.
- Marrugat, J.; Sanz, F.; Porta, M.; Sancho, J. (1989) La influencia de la informática en la investigación clínica y epidemiológica. *Medicina Clínica Barcelona*, 92: 742-748.
- Martínez, ML.; Laguna, F.; Adrados, M.; Gazapo, E.; García-Aguado, C.; González-Lahoz, JM. (1992) Descripción y análisis de 401 casos de SIDA en Madrid. *Rev. Clín. Esp.*, 190: 14-7.
- McCartney, CF.; Evans, DL.; Richardson, W. (1985) Library collection of the psychosocial publications in consultation-liaison psychiatry. *Gen Hospital Psychiatry*, 7, 73-82.
- Ochoa, E.; Vicente, N.; Ríos, B.; Crespo, MD. (1993) Psicopatología en pacientes VIH+: Un estudio comparativo. *Arch Neurol*, 56: 152-157.
- Ochoa, E. (1997) Problemas de conducta en pacientes HIV+ hospitalizados: repercusión en los profesionales. *Psiquiatría.COM (revista electrónica) Marzo; 1: 25 screens*. [http://www.psiquiatria.com/vol1num1/artic\\_6.htm](http://www.psiquiatria.com/vol1num1/artic_6.htm)
- Pastor-Sánchez, R.; López-Miras, A.; Gervás, J. (1996) Evaluación de historias clínicas informatizadas. *Medicina Clínica*, 107: 250-254.
- Pérez, JP.; Salvador, M. (1997) Transiciones en la vía de administración de heroína. Estudio en una muestra española. *Adicciones*, 9: 23-36.
- Perry, S.; Jacobsen, P. (1986) Neuro-psychiatric manifestations of AIDS-Spectrum disorders. *Hosp Community Psychiatry*, 37: 135-142.
- Peters, AD.; Reid, MM.; Griffin, SG. (1994) Edinburgh drug users: are they injecting and sharing less?. *AIDS*, 8: 521-528.
- Registro Nacional de SIDA. (1997) *Vigilancia epidemiológica del Sida/VIH*. Centro Nacional de Epidemiología. Situación a 30 de junio de 1997.
- Roca, J. (1996) Cómo y para qué hacer un protocolo. *Med Clin (Barc)*, 106: 257-262.
- Rowan, GE.; Strain, JJ.; Gise, LH. (1986) The liaison clinic: A model for liaison psychiatry funding, training and research. *Gen Hospital Psychiatry*, 8: 119-122.
- Sáenz, A.; Ausejo, M.; Delgado, L.; Bellas, B.; González, A.; Fernández-Pacheco, B. (1995) Sistema informatizado de registro para el análisis de diagnósticos crónicos y sus tratamientos en atención primaria. *Atención Primaria*, 7: 431-438.



Sopelana, P.; Diéguez, A.; Bautista, L. (1992)  
Perfil de los drogodependientes que ingresan en una unidad de desintoxicación hospitalaria durante un periodo de cuatro años y medio. *Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr*, 20(2): 81-91.

Sotos, F.; Romeu, J.; Ros, L.; Ortiz, J. (1995)  
Análisis del sistema de consulta médica: la Historia Clínica orientada por problemas. *Novática*, 114: 65-72.

---

---

### **AGRADECIMIENTOS**

*Al personal de enfermería del Servicio de Enfermedades Infecciosas del Hospital Ramón y Cajal de Madrid por su colaboración.*





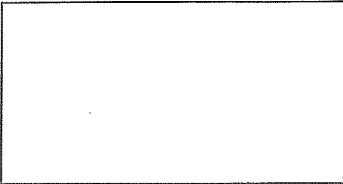
Apéndice 1.

**Enfermedades infecciosas**

Protocolo Dra. Ochoa Mangado, Dr Baca García.

Servicio: \_\_\_\_\_, Planta: \_\_\_\_\_

D.U.E.: \_\_\_\_\_, Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_



**Datos sociodemográficos**

**Sexo**

- 1. Varón
- 2. Mujer

**Raza**

- 1. Caucásica
- 2. Gitano
- 3. Árabe
- 4. Negro

**Estado civil**

- 1. Soltero
- 2. Casado
- 3. Separado/divorciado
- 4. Viudo
- 5. Otros: \_\_\_\_\_

**Convivencia**

- 1. Familia origen
- 2. Familia propia
- 3. Fam. propia+origen
- 4. Solo
- 5. Instituciones
- 6. Otros: \_\_\_\_\_

**Pareja estable (6m)**

- 1. No
- 2. Si, no consumidora
- 3. Si, consumidora

**Otros miembros de la familia consumidores:**

- 1. Hijo único
- 2. Hermanos no adictos
- 3. Hermanos adictos

**Número de hijos: \_\_\_\_\_**

**Trabajo**

- 1. Si, estable
- 2. Si, inestable
- 3. Paro con subsidio
- 4. Paro sin subsidio
- 5. Incapacidad
- 6. Otros: \_\_\_\_\_

**Profesión**

- 1. Sin profesión
- 2. Ama de casa
- 3. Estudiante
- 4. Obrero no cualificado
- 5. Obrero cualificado
- 6. Empleado
- 7. Funcionario
- 8. Liberal

**Escolarización**

- 1. Primarios
- 2. Graduado escolar
- 3. BUP/FP
- 4. Universitarios

**Condenas:**

- 1. No
- 2. Si, número \_\_, meses \_\_\_\_\_

**Situación legal**

- 1. Sin causas pendientes
- 2. Pendiente de juicio
- 3. Libertad condicional

**Enf. psiquiátricas**

- 1. No
- 2. Si \_\_\_\_\_

**Factores riesgo HIV (contagio):**

- Consumidor activo
- Ex-consumidor
- Homosexual o bisexual
- Heterosexual
- Otras: \_\_\_\_\_

<p><b>Conductas riesgo consumo</b></p> <p><b>Compartir jeringuillas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Nunca</li> <li>2. Ocasionalmente antes</li> <li>3. Siempre antes</li> <li>4. Continúa compartiendo</li> </ul> <p><b>Reutilizar jeringuillas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Nunca</li> <li>2. Ocasionalmente</li> <li>3. Siempre</li> </ul>	<p><b>Conductas de riesgo general</b></p> <p><b>Actividad sexual</b></p> <p>Nº parejas sexuales último año: _____</p> <p><b>Uso preservativo</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Nunca</li> <li>2. Antes no, ahora si</li> <li>3. Ocasional</li> <li>4. Siempre</li> </ul>
---	--



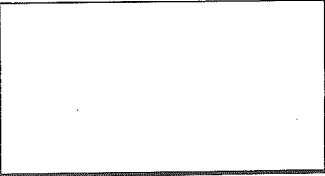
Apéndice 2.

**Enfermedades infecciosas**

Protocolo Dra. Ochoa Mangado, Dr Baca García.

Servicio: \_\_\_\_\_, Planta: \_\_\_\_\_

D.U.E.: \_\_\_\_\_, Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_



• Consumo drogas (rellenar sólo en adictos y ex-adictos)

**Adictos a heroína o cocaína**

**Heroína**

**Consumo**

1. No
2. Si

**Vía actual (6 últimos meses)**

1. IV (aunque haya otras)
2. Inhalada. Antes I.V.
3. Inhalada, (nunca I.V.)

**Años de consumo:** \_\_\_\_\_

**Cocaína**

**Consumo**

1. No
2. Si

**Vía actual (6 últimos meses)**

1. IV (aunque haya otras)
2. Inhalada. Antes I.V.
3. Inhalada, (nunca I.V.)

**Años de consumo:** \_\_\_\_\_

**Tranquilizantes**

1. No
2. Si \_\_\_\_\_

**Últimos 6 meses abstinentes**

**Heroína**

**Vía anterior**

1. IV (aunque haya otras)
2. Inhalada, (nunca I.V.)

**Años de consumo:** \_\_\_\_\_

**Meses de abstinencia:** \_\_\_\_\_

**Cocaína**

**Vía anterior**

1. Nunca consumo
2. IV (aunque haya otras)
3. Inhalada, (nunca I.V.)

**Años de consumo:** \_\_\_\_\_

**Meses de abstinencia:** \_\_\_\_\_

**Tranquilizantes**

1. No
2. Si \_\_\_\_\_

**Tratamiento dependencia ingreso**

1. No
2. Metadona CAD. Dosis \_\_\_\_\_
3. Naltrexona en H R y C
4. Programa libre de drogas
5. Otras: \_\_\_\_\_

• Tabaco, número cigarrillos/día : \_\_\_\_\_, años consumo: \_\_\_\_\_

<b>Situación clínica</b>	
<b>Motivo de ingreso:</b> _____	<b>Ingresos previos</b>
<b>HIV</b>	1. No
1. Negativo.	2. Si. Número: _____
2. Portador CD4 _____	<b>Tratamientos médicos previos</b>
3. SIDA. CD4 _____	1. No
4. Desconocido	2. Buen cumplimiento _____
<b>Tiempo conoce HIV:</b> _____	3. Mal cumplimiento _____



Apéndice 3.

**Enfermedades Infecciosas**

*Protocolo Dra. Ochoa Mangado.*

Servicio: \_\_\_\_\_, Planta: \_\_\_\_\_

A.T.S.: \_\_\_\_\_, Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

<b>Situación enfermería</b>	
<p><b>Autonomía</b></p> <p>1. Si 2. Parcial 3. Encamado</p> <p><b>Vías</b></p> <p>1. No 2. Si</p>	<p><b>Control esfínteres</b></p> <p>1. No 2. Si</p> <p><b>Sujeción</b></p> <p>1. No 2. Si</p>

<b>Evolución durante el ingreso</b>		
<p><b>Dx.</b> _____</p> <p><b>P.I.C. Psiquiatría</b></p> <p>1. No 2. SAO 3. Desintoxicación con metadona 4. Desintoxicación a opiáceos (sin met) 5. Insomnio 6. Trastorno conducta 7. Síndrome confusional 8. Reacción adaptativa 9. _____</p> <p><b>Problem. conducta:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Consumo en planta <input type="checkbox"/> Demandante <input type="checkbox"/> Heteroagresividad <input type="checkbox"/> Autoagresividad <input type="checkbox"/> 2° a Sínd. confusional <input type="checkbox"/> Robo <input type="checkbox"/> Falta de higiene <input type="checkbox"/> Otros: _____</p>	<p><b>Trat. psiquiátrico:</b></p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Metadona Centro Día. Dosis: _____ <input type="checkbox"/> Metadona puesta en RyC Dosis: _____ <input type="checkbox"/> Tranquilizantes <input type="checkbox"/> Otros: _____</p> <p><b>Apoyo familiar:</b></p> <p>1. Nulo 2. Pareja adicta 3. Pareja no adicta 4. Padres</p> <p><b>Fecha alta:</b> ___/___/___</p> <p><b>P.I.C. asistente social</b></p> <p>1. No 2. Indigencia 3. Ayudas económicas 4. Asistencia domiciliaria 5. Demandante 6. Arreglar papeles 7. Otros: _____</p>	<p><b>Tipo de alta:</b></p> <p>1. Normal 2. Voluntaria 3. Fuga 4. Precipitada 5. Exitus 6. Hospital larga estancia</p> <p><b>Sit. consumo alta:</b></p> <p>1. Nunca consumo 2. Toma naltrexona 3. Desintoxicado 4. Metadona Centro Día: _____ 5. Continua consumo</p> <p><b>Derivación al alta por consumo:</b></p> <p>1. No consumo 2. No acepta 3. CAD o Centro Día 4. Programa metadona 5. Naltrexona 6. Beneficencia 7. Otros: _____</p>