

# La Unidad de Desintoxicación Hospitalaria: Análisis de la Consulta Interdepartamental

Valenciano, R.; Morera, A.; Gómez Sirvent, J.L.;  
Cuesta J. Fernández López, L.

Unidad Hospitalaria de Tratamiento de Drogodependencias  
Hospital Universitario de Canarias. Tenerife

## RESUMEN

*Se describen las características de las 36 interconsultas remitidas a una Unidad Hospitalaria de Tratamiento de Drogodependientes en el periodo de un año. La edad media de la muestra es de 28 años, siendo la relación hombre/mujer 3.5/1. El 100% de las consultas eran motivadas por el consumo de heroína como droga principal, solicitándose en el 95% de los casos como urgente. El servicio que más consultas nos solicitó fue Medicina Interna, seguido posteriormente de Obstetricia y Ginecología. Proponemos la creación de una ficha estandarizada para la recogida de datos.*

**Palabras clave:** *Toxicomanía, interconsulta, hospital.*

## SUMMARY

*We describe the features of 36 patients referred by non-psychiatric services of a General Hospital to the Hospital Unit for Drug Treatment during the period of one year. The average age of the sample was 28 years old, the ratio of man to woman being 3.5/1. The main reason for all the consultations was heroin consumption and in 95% of the cases they were considered urgent. The services that requested consultation most frequently were Internal Medicine followed by Gynaecology and Obstetrics. We propose the creation of a standardised system for compiling data.*

**Key words:** *Drug dependency, consultation, hospital.*

Correspondencia a:  
Rafael Valenciano Pío.  
Avda. Madrid, 1, Portal 1, 8º A - 38007 Santa Cruz de Tenerife.  
Teléfono: (922) 23 13 56

## INTRODUCCION

El Hospital Universitario de Canarias, dispone de 625 camas, estando dotado de una Unidad de Desintoxicación de 6 camas que se encuentra ubicada en una planta continua a la de infecciosos, en condiciones de aislamiento estructural, y con un personal específico preparado en drogodependencias (1 psiquiatra, 1 internista, 1 MIR de psiquiatría y 8 ATS + supervisora). La Unidad se inaugura en Agosto de 1987 y atiende todos pacientes remitidos por los centros ambulatorios de drogodependientes de Canarias, al ser ésta la única Unidad existente en nuestra Comunidad Autónoma.

El ámbito asistencial de la Unidad se resume en las siguientes vertientes:

1) Tratamiento de los pacientes ingresados realizando la desintoxicación de la drogodependencia e inicio en un programa de deshabitación que continuarán al alta en su centro de origen (San et al 1984).

2) Consulta interdepartamental atendiendo a los pacientes que ingresan en otros servicios del hospital, por patología orgánica asociada o no a la drogodependencia.

3) Despistaje de patología orgánica y/o psiquiátrica, con posterior seguimiento en la consulta externa de Medicina Interna y/o Psiquiatría respectivamente, teniendo la consulta de Medicina Interna una atención especial con los pacientes portadores del HIV.

Tras el alta del paciente, es remitido a su centro de origen, no disponiendo en la actualidad de seguimiento ambulatorio del drogodependiente.

Con la apertura de la unidad, se intenta centralizar la asistencia del paciente drogodependiente, y para ello se diseña un plan básico a efectos de que la unidad fuese bien conocida por el resto de los servicios en todas las vertientes de su ámbito asistencial y, específicamente, en lo referido a la interconsulta. Esto también facilitaría una mejor disposición de los servicios a la hora de atender nuestras solicitudes de interconsulta.

Así se actuó a dos niveles:

### 1) *En el Servicio de Urgencias:*

Se dan pautas de actuación referidas a:

1.1. La actitud a tomar con el paciente drogodependiente, evitando actitudes de rechazo hacia este tipo de paciente.

1.2. Tratamiento farmacológico de Urgencias.

1.3. La información que deben proporcionar al drogodependiente para así intentar introducirlo en la red sanitaria específica (Camí et al 1984).

### 2) *En el resto de Servicios hospitalarios:*

2.1. Informándolos de las características de la Unidad y su disponibilidad para atender, controlar y registrar los casos de drogodependientes que ingresan por patología orgánica.

2.2. Elaborando programas específicos de actuación en el caso del Servicio de Obstetricia y Ginecología, por el cual se ingresa en la Unidad de forma prioritaria a las drogodependientes embarazadas. Recientemente se ha puesto en marcha además, un programa de despistaje sistemático de patología ginecología en las pacientes ingresadas en la Unidad.

Previo a la apertura de la Unidad, los pacientes drogodependientes ingresados en el Hospital por patologías orgánicas, eran atendidos por médicos de los mismos Servicios de Psiquiatría o Medicina Interna, y cuya elección dependía siempre del servicio solicitante y no de otros criterios (el servicio de Psiquiatría en 1987 atendió 13 interconsultas por consumo de tóxicos excluido el alcohol). En la actualidad, la Unidad de Desintoxicación de nuestro Hospital, atiende a la práctica totalidad de los toxicómanos no alcohólicos que ingresan en los distintos servicios por patología orgánica. Este hecho lo hemos podido comprobar tanto de forma más indirecta tras analizar el consumo de metadona realizado en este último año en la farmacia del hospital, objetivando que es excepcional la prescripción de metadona realizada por médicos que no pertenezcan a la Unidad Hospitalaria de Tratamiento de Drogodependientes (U.H.T.D.). Por otro lado, es lógico que los distintos servicios

contacten con la Unidad cuando deben tratar alguna patología de su especialidad en un toxicómano, puesto que:

1.- Para la mayoría de las especialidades, la toxicomanía es una patología muy poco conocida, encontrándose con dificultades a la hora de pautar y controlar medicación específica para estos pacientes.

2.- El paciente toxicómano que ingresa en una planta de hospitalización es generalmente una fuente de conflictos, en base a:

2.1. Ingresa contra su voluntad, motivado por su patología orgánica, al contrario de lo que es habitual en una Unidad de Desintoxicación.

2.2. Tras su ingreso y de forma inmediata, comienza a exigir medicación que controle su síndrome de abstinencia, siendo frecuentes los roces, peleas y amenazas al personal de enfermería, el encontrarlo en el botiquín de la planta intentando apoderarse de fármacos y/o jeringuillas y la recepción de visitas de aspecto intranquilizador que, en muchos casos, aprovisionan al paciente de droga.

2.3. Son frecuentes las peticiones de altas voluntarias y fugas antes de finalizar el tratamiento para su enfermedad de base, lo que condiciona un buen número de reingresos a los pocos días de abandonar el hospital en peores condiciones físicas que en el ingreso anterior, lo que agrava su pronóstico y sobrecarga la asistencia del personal que lo atiende.

Por todo esto, en general cualquier unidad médica o quirúrgica en el Hospital, ve de buen grado que alguien se encargue de solucionar el problema de controlar y hacer manejable al paciente para poder realizar las distintas maniobras diagnósticas y terapéuticas. Esto explica que el 95% de las interconsultas nos son solicitadas por vía de urgencia.

El objetivo ideal que nos proponemos al realizar la interconsulta, es desintoxicar al paciente durante su estancia en el Hospital, integrándolo en la red de asistencia al toxicómano que existe en nuestra provincia. Este objetivo ideal no es posible cumplirlo en muchas ocasiones y, en estos casos, lo

que intentamos es hacer que el paciente esté lo más confortable posible en cuanto a su adicción, para evitar conflictos y altas prematuras que complicarían la patología del paciente, así como la autoadministración clandestina de droga durante la hospitalización (Camí et al 1984).

Con el presente trabajo pretendemos dar a conocer el funcionamiento de nuestra Unidad, así como presentar la descripción de las interconsultas solicitadas a la U.H.T.D. en el periodo de un año.

## MATERIAL Y METODO

*Sujetos:* la muestra está compuesta por todas las Consultas Interdepartamentales (C.I.) solicitadas a la U.H.T.D. del Hospital Universitario de Canarias durante el periodo comprendido entre Agosto de 1987 y Agosto de 1988.

*Material:* el único material usado en este trabajo consiste en la hoja de petición de consulta interdepartamental, así como la historia clínica del enfermo.

*Método:* una vez recibida la petición de C.I. el internista de la Unidad la contesta según un protocolo establecido:

1. Se contacta con el médico que lleva al paciente y después con el propio paciente, asegurando a ambos que vamos a controlar el síndrome de abstinencia y la patología relacionada con la adicción, es decir, que el paciente va a estar lo más confortable posible durante su estancia en planta. Se ofrece el mantenimiento de su adicción o la posibilidad de desintoxicación mientras esté ingresado, si la patología de base del paciente lo permite. En nuestra experiencia, el 100% de los pacientes a los que se da a elegir, opta por la desintoxicación.

2. Se intenta encauzar al paciente dentro de la red asistencial de ayuda al toxicómano existente en nuestro medio, que está limitada a los CAT (Centro de Ayuda al Toxicómano), dando información al paciente y su familia, intentando que tras el alta el paciente acuda a ellos.

3. Durante esta primera visita se acuerda

con el paciente, sin conseguirlo siempre, el régimen de visitas, intentando normalmente una única visita de personas validadas como de confianza, procurando ubicarlo en una habitación individual, lo cual se consigue en casi todos los casos, y se acuerda con enfermería el régimen de medicación y la recogida de muestras de orina para detectar si se consume droga dentro del hospital.

4.º Se realiza una historia toxicológica lo más completa posible del paciente, así como de los antecedentes de patología orgánica y una evaluación sobre si es necesario o no que el psiquiatra de la Unidad valore y atienda al paciente durante su estancia, en caso contrario, el internista es el encargado de atender al paciente durante toda su estancia en el Hospital. Cuando la historia toxicológica sea difícil de determinar con suficientes garantías, ya sea por deficiencia de datos o por poca fiabilidad de la información aportada, se espera a que aparezcan los primeros signos y síntomas de abstinencia para así iniciar una pauta de tratamiento; cuando no se aconseje este margen de espera por la propia patología orgánica que se corrige en función de la evolución del síndrome de abstinencia.

5.º Se completa el screening de patología orgánica que llevamos a cabo de forma rutinaria en los pacientes ingresados en la Unidad, y que, según el servicio en que está ingresado el enfermo, ya se le ha pedido de forma más o menos completa. Concretamente en la U.H.T.D. se solicita: hemograma, enzimas hepáticas, act. protrombina, perfil bioquímico, orina y sedimento, proteinograma, Rx de tórax y abdomen, Mantoux, VDRL, HBsAg, HBcAc y Ac HIV.

6.º El paciente es visitado diariamente, controlando fundamentalmente los problemas en relación con su toxicomanía y abstinencia. En caso de detectar patología orgánica o psiquiátrica distinta de la que motivó el ingreso, el paciente en el momento del alta es dirigido a consulta externa de Medicina Interna y/o Psiquiatría.

En las toxicomanías por opiáceos el fármaco elegido para la desintoxicación en las interconsultas es la metadona en forma ex-

clusiva, vía oral, intramuscular o subcutánea en el caso de grave necesidad. La determinación de la dosis inicial se realiza tomando como referencia los criterios de Fultz y Senay (1975), si bien en general y según nuestra experiencia, son suficientes 10-20 mgr./día de metadona. Cuando se decide reducir gradualmente la dosis de metadona, a efectos de desintoxicar, esto se hace después de un período de estabilización del paciente y una vez superada la afase crítica de la enfermedad orgánica asociada (Camí 1984), con un descenso diario del 10-20% de la dosis total. En la Unidad la pauta farmacológica tiene 2 fases, en las primeras 48-72 horas del ingreso se prescribe exclusivamente metadona y posteriormente se sustituye en la totalidad de dosis por guanfacina (Soler Insa et al 1987, Taboada et al 1984), habiendo abandonado el uso de la clonidina (Gold y Pottash 1982, Washton et al 1980).

## RESULTADOS

Se recibieron un total de 36 interconsultas en el periodo de un año. La edad media de nuestros pacientes fue de 28 años (s.d.: 4.8), con una proporción 3.5/1 entre varones y mujeres. El 100% eran consumidores de heroína como droga principal o única y su estancia media fue de 18 días (s.d.: 3.9).

Por servicios, el que más ingresos tuvo fue Medicina Interna (21 casos), pues en su ámbito asistencial se atiende la patología infecciosa. Las causas más frecuentes fueron: en un primer lugar destacado la hepatitis viral aguda y, con menos frecuencia, endocarditis bacteriana, candidiasis diseminada, osteoartritis sépticas, TBC y patología relacionada con HIV. El servicio de Medicina Interna se encuentra en una situación especial, puesto que al estar integrado en la Unidad, lo mismo que el servicio de Psiquiatría, tenemos protocolos de tratamiento y de despistaje de patología orgánica comunes. no obstante los pacientes durante su ingreso, fueron controlados por personal de la Unidad.

El segundo lugar por orden de frecuencia

está ocupado por los servicios de ginecología con 5 ingresos relacionados con abortos espontáneos, abortos terapéuticos en portadoras de HIV y patología anxial aguda y el de traumatología con ingresos ocasionados por distintas fracturas. Hubo también dos ingresos en cirugía vascular por isquemia aguda de extremidad superior, dos ingresos en neumología por broncoespasmo, uno en digestivo por cirrosis hepática descompensada y uno en cirugía general por absceso de partes blandas.

De estos 36 pacientes:

- No se registró ninguna evasión.
- Se registraron dos altas voluntarias.
- No hubo situaciones especialmente conflictivas.
- Se constató en varios casos, cuyo número no tenemos recogido, y con mayor o menor certeza, el consumo de droga dentro del hospital.
- En todos los casos en que se estableció una pauta de desintoxicación, ésta fue completada sin problemas ni reacciones adversa de importancia, sin que dispongamos de datos de incorporación posterior de los pacientes a la red de los C.A.T.

### CONCLUSIONES

Concluimos que la Unidad de de Desintoxicación, juega un papel muy importante en el tratamiento de los toxicómanos ingresados por patología orgánica, ya que el ofrecer pautas de actuación y tratamiento adecuado para su toxicomanía, consigue, si no siempre desintoxicar al paciente, sí disminuir de forma apreciable las situaciones de conflictividad, fugas y altas voluntarias que tan negativamente influyen en la evolución y pronóstico de éstos pacientes. Nuestra experiencia anterior en otros servicios (de la Fuente et al 1987), hace que consideremos útil el empleo de una ficha estandarizada para el control de las consultas interdepartamentales. Un modelo de la ficha propuesta se encuentra en el apéndice.

### BIBLIOGRAFIA

- CAMI, J.; DE TORRES S.; SAN, L.; (1984) *Pautas y criterios ante el ingreso de heroínómanos en el Hospital General*. Med. Clin. vol. 82; 327-331.
- DE LA FUENTE, J.; GARCIA ESTRADA, A.; MORERA, A. (1987) *Interconsulta psiquiátrica en un Hospital General: revisión de un año*. Rev. Psiquiat. Fac. Med. Barna. vol. 14; 13-20.
- FULTZ, J.M.; SENAY, E.C. (1975) *Guidelines for the anagement of hospitalized narcotic addict*. Ann. Intern. Med. vol. 82; 812-815.
- GOLD, M.; POTTASSH, A.; (1981) *The neurobiological implications of clonidine*. HCL. Ann. NY Acad. Sci. vol. 362; 191-202.
- SAN L.; CAMI, J.; DE TORRES, S.; (1984). *Sobre la desintoxicación de pacientes heroínómanos*. Rev. Dep. Psiquiatría Fac. Med. Barna. vol. 11; 512-516.
- SOLER INSA, P.; BEDATE, J.; THEOBAR, C.; YOTIS, A. (1987) *Treatment of heroin withdrawal with guanfacine: an open clinical investigation*. Can. J. Psychiatry vol. 32; 679-682.
- TABOADA, M.; DUGARIN, J.; (1984) *Utilisation de la guanfacine dans le sevrage des toxicomanes aux opiaces*. Actual Psychiat. vol. 14; 119-122.
- WASHTON, A. RESNICK, R.B.; LA PLACA, R.; (1980) *Clonidine hydrochloridre: a non-opiate treatment for opiate withdrawal*. Psychopharmacol. Bull. vol. 16; 50-52.