PROCESO DE ASISTENCIA EN LAS UNIDADES DE CONDUCTAS ADICTIVAS

1

UCA

GENERALITAT VALENCIANA
CONSELLERIA DE SANITAT

PROCESO DE ASISTENCIA EN LAS UNIDADES DE CONDUCTAS ADICTIVAS

1

UCA

GENERALITAT VALENCIANA
CONSELLERIA DE SANITAT

EQUIPO COORDINADOR
Sofía Tomás Dols
Àngel Delicado Torres

COMISIÓN UNIDADES DE CONDUCTAS ADICTIVAS DIRECCIÓN GENERAL DROGODEPENDENCIAS
Ana Rosa Algaba Royo
Miguel Ángel Beltrán Viciano
María Calatayud Francés
Miguel Castellano Gómez
Àngel Delicado Torres
Maria Luisa Dorado García
Rafael Forcada Chapa
Mª Sales Gilabert Fos
Amparo Lara García
Asunción López Francés
Beatriz Ochando Korhonen
Teresa Orengo Caus
Alberto Sancho Muñoz
Sofía Tomás Dols
Vicente Tomás Gradolí
Irene Ventura Meneu
Francisco J. Verdú Asensi

APOYO TÉCNICO
Esteban Carrillo
Victor Cañellas

Edita
Generalitat. Conselleria de Sanitat
© de la presente edición: Generalitat, 2011

ISBN: 978-84-482-5552-7
Depósito Legal: V-1320-2011

Presentación

"Proceso de Asistencia en las Unidades de Conductas Adictivas" es el libro cabecera de un conjunto de libros que conforman una serie de recomendaciones clínicas sobre trastornos adictivos. Este libro se concibe como una apertura de toda la perspectiva que se trata en el resto de libros, cada uno distinto en su concepción.

Los modelos de atención sanitaria cada vez tienen una mayor complejidad, tanto para los profesionales que intervienen en la asistencia como para los pacientes y el resto de agentes de interés implicados. Es por ello que una de las misiones que se ha fijado la administración sanitaria es poner los medios para que a pesar de la complicación creciente se logre mejorar la satisfacción de todos los ciudadanos en cuanto al grado de eficacia y eficiencia de la asistencia sanitaria.

Una de las herramientas que ha tenido mejores resultados a la hora de mejorar la calidad de la asistencia sanitaria es la normalización de procesos. El objetivo de la normalización de los procesos no es más que el de establecer ante problemas reales o potenciales disposiciones destinadas a usos comunes y repetidos, con el fin de obtener un grado de ordenamiento óptimo. Dicho con otras palabras, que no existan grandes diferencias entre el trato recibido por dos pacientes con patologías similares que acuden a diferentes puntos de atención dentro de la amplia red de asistencia sanitaria pública valenciana.

Bajo esta reflexión, la Agència Valenciana de Salut y su Dirección General de Drogodependencias se puso manos a la obra en el desarrollo y formalización del Proceso de Atención en las Unidades de Conductas Adictivas (UCA), un proceso largo que comenzó hace dos años, y con el que se pretende lograr un salto de calidad cualitativo y cuantitativo en cuanto a la atención sanitaria que se presta en estas unidades. En este proceso se convocó a las UCAs y se conformaron grupos de trabajo dedicados a diferentes adicciones; la puesta en común de la información resultante es útil en relación a las funciones de los equipos que conforman dichas unidades en materia de enfermedades adictivas.

Este proceso del que hoy queda constancia escrita ha sido capaz de involucrar a todos los profesionales que integran esta unidad asistencial y refleja las actuales evidencias científicas en materia de las sustancias adictivas comúnmente aceptadas y compartidas en el ámbito internacional, lo que hace que estemos en disposición de poder aplicar medidas de calidad cada vez más exhaustivas que permitan la mejora de la seguridad de los pacientes dentro de nuestro sistema sanitario.

Tengo la certeza de que el camino escogido para lograr hacer de nuestra sanidad un referente en el ámbito nacional es el correcto, que las medidas que se están adoptando se traducirán en mejoras fácilmente perceptibles por nuestros ciudadanos y que mejorarán la satisfacción de los profesionales del área sanitaria. Esta filosofía asistencial que estamos implantando, basada en fomentar la normalización de los procesos asistenciales, servirá para mejorar el bienestar y calidad de vida de nuestros conciudadanos.

Quiero agradecer a todos los profesionales que han hecho posible estas publicaciones no sólo por el esfuerzo que ha supuesto el realizar esta guía si no también por su trabajo diario.

Manuel Cervera Taulet
Conseller de Sanitat

Indice

1. Introducción.....11
2. Conceptos generales.....13
3. Criterios diagnósticos de abuso y dependencia.....15
4. Metodología Integrated DEFinition.....17
4.1 Introducción a la Metodología IDEF.....17
4.2 IDEF 0.....20
4.3 IDEF 3.....21
4.4 Consideraciones a tener en cuenta cuando se aplica una representación de procesos 23
5. Proceso de asistencia en la Unidades de Conductas Adictivas.....24
5.1 Generalidades del proceso.....24
5.2 Mapa de procesos del Proceso de Asistencia en las Unidades de Conductas Adictivas 25
5.3 Diagramado del Proceso de Asistencia en las Unidades de Conductas Adictivas 29
5.3. Descripción de las actividades del proceso.....31
6. Sistema de información asistencial de sustancias psicoactivas 42
6.1 Indicador asistencial en Abucasis II.....42
7. Criterios de derivación a los recursos complementarios a las Unidades de Conductas Adictivas 45
8. Vías de Práctica Clínica.....48

Vía de Práctica Clínica de pacientes con dependencia de opiáceos 49

Vía de Práctica Clínica de pacientes con dependencia de alcohol 61

Vía de Práctica Clínica de pacientes con dependencia de cocaína.....73

1. Introducción

Desde la puesta en marcha de la red asistencial en drogodependencias y otros trastornos adictivos (Ley 3/97 de la Generalitat Valenciana, Orden 7/7/1997 y en vigor el Decreto Legislativo 1/2003 por el que se aprueba el texto refundido de la Ley sobre Drogodependencias y otros Trastornos Adictivos y el Decreto 132/2010, de 3 de septiembre, del Consell, sobre registro y autorización de centros y servicios de atención y prevención de las drogodependencias y otros trastornos adictivos, en la Comunitat Valenciana), las Unidades de Conductas Adictivas y de Alcohología, son el recurso específico de referencia para la intervención asistencial de los pacientes con problemas adictivos.

La Conselleria de Sanitat a través de la Agencia Valenciana de Salud dispone de una amplia red asistencial para la atención de las personas con problemas de adicción, dando cobertura a toda la comunidad autónoma y estableciendo una red pública de recursos asistenciales de apoyo.

Las drogodependencias y los trastornos adictivos se han mostrado como una importante carga asistencial y, por ello, es fundamental dar respuesta protocolizada con el fin de perfeccionar el modelo de intervención en drogodependencias. Buscando así una actuación continua de trabajo que mejore en el tiempo, tanto en su aplicabilidad como en su calidad, en aras a una estrategia que proporcione mejor eficacia.

Por ello, la participación y la implicación de los profesionales en el modelo actual de gestión sanitaria es necesaria, y además contribuyen a una mejora del mantenimiento de la red asistencial y participan de las decisiones relativas a su intervención.

Muestra de esta intención por parte de la Dirección General de Drogodependencias fue la creación de comisiones de trabajo para la realización de protocolos de asistencia clasificados por sustancia adictiva (alcohol, cocaína y opiáceos). Estas comisiones fueron integradas por profesionales que intervenían directamente en la asistencia a los pacientes dentro de la Unidades de Conductas Adictivas y se incluyeron todas las categorías profesionales. El resultado que se obtuvo ha sido excelente, dejando a la Agencia Valenciana de Salud, a su Dirección General de Drogodependencias y a las Unidades de Conductas Adictivas que integran el sistema sanitario público valenciano en uno de los referentes nacionales en esta materia.

Siguiendo con este espíritu de buscar formas que mejoren la eficiencia y la efectividad de la asistencia sanitaria en las Unidades de Conductas Adictivas y de dar visibilidad al buen trabajo que se está realizando, la Dirección General de Drogodependencias ha creído conveniente dar un paso más allá, mediante la definición, el desarrollo y formalización del Proceso de Asistencia en las Unidades de Conductas Adictivas, la formalización de Vías de Práctica Clínica que estandaricen en una mayor medida el modelo de asistencia y la publicación de todo el material desarrollado de manera que sea accesible para todo el personal que quiera acceder a él. Tomando como base el minucioso y excelente trabajo realizado de protocolización, con la organización de diversos talleres de trabajo en los que se perfiló el Proceso de Asistencia y la formalización de todo ello ha dado como resultado el presente documento que aglutina de forma coherente y clara parte del trabajo que realizan los profesionales que trabajan en las Unidades de Conductas Adictivas de la Comunitat Valenciana.

El proyecto ha sido realizado mediante el trabajo en talleres de un grupo de expertos profesionales que actualmente forman parte de la plantilla de las Unidades de Conductas Adictivas. Estos talleres han tenido como objetivo consensuar en la medida de lo posible el proceso de atención de las Unidades de Conductas Adictivas, la definición de las actividades y tareas en las que se subdivide cada proceso identificando los profesionales que mejor pueden acometer la realización de esas funciones. Por último, también se realizó un último taller destinado a definición de los criterios de derivación de pacientes a otros recursos complementarios a las Unidades de Conductas Adictivas, realizando un gran trabajo de definición de perfiles de pacientes susceptibles de ser derivados.

Debido a la diversidad de pacientes, plantillas y métodos de trabajo ha habido pequeñas dificultades a la hora de lograr consensos en determinados temas. En estos casos se han contemplado ambas opciones o posturas para que el proceso descrito aglutine todo el trabajo que se realiza en las Unidades de Conductas Adictivas.

Sofía Tomás Dols
Directora General de Drogodependencias

2. Conceptos generales

La intervención de los profesionales de las Unidades de Conductas Adictivas se orienta a proporcionar el mejor tratamiento interdisciplinar de los problemas de los drogodependientes: actuaciones basadas en la experiencia clínica y en los modelos de intervención en adicciones.
Cualquier proceso terapéutico asistencial en drogodependencias debe favorecer la accesibilidad de los usuarios y la disponibilidad de los profesionales para poder optimizar la utilización de la red asistencial; ofrecer flexibilidad y diversidad en la asistencia, en los tratamientos, adecuarse a las necesidades individuales; planteándose objetivos orientados a corto y largo plazo y marcar un Plan Terapéutico Individualizado (PTI) acordado con el paciente y con nivel de definición y de exigencia que corresponda, así como concretar un plan de evaluación individual (línea base) de cumplimiento del proceso terapéutico, de la revisión de sus objetivos, de la eficacia de las estrategias y la evolución del paciente.
Para el tratamiento de los trastornos adictivos partimos de las siguientes premisas:

1. Abordaje multidisciplinar: basándonos en el modelo bio-psico-social, o "modelo de la formulación bio-conductual", descrito por Pormelau y Pormelau (1987), como el marco contextual más aceptado por la mayoría de autores.

2. Modelo integrado de intervención: que permita evaluar las necesidades de los pacientes y su proceso real de cambio y motivación, de forma que podamos decidir qué tipo de técnicas y procedimientos psicoterapéuticos son más convenientes para utilizar en cada caso y fase de tratamiento.

3. Distribución de los programas de tratamiento en función del grado de exigencia:
   - **a** Programas de alta exigencia, que serían los denominados programas orientados a la abstinencia, el objetivo es conseguir y mantener la abstinencia.
   - **b** Programas de media y baja exigencia, llamados de Disminución de Riesgos o Programas de Reducción de Daños (PRDs) (Shankland GS, Richardson M.D. 1989) que tienen como metas los siguientes objetivos:
     - Aumentar la calidad de vida de los consumidores de drogas, mejorar el estado de salud y de la situación social.
     - Disminuir la incidencia de enfermedades asociadas al consumo de drogas, especialmente VIH, VHC, VHB, ETS, TBS y otras.
     - Incrementar la toma de conciencia de los usuarios de drogas sobre los riesgos y daños asociados a su consumo.
     - Disminuir o eliminar los riesgos y daños asociados al uso de drogas, así como las conductas sexuales de riesgo entre los consumidores de drogas.
     - Fomentar y favorecer la aparición de conductas exentas de riesgos frente a la infección por VIH, VHB y VHC.

4. Utilización como marco clínico de referencia del Modelo Transteórico de Cambio (Prochaska, Diclemente y Norcross). Los autores plantean un modelo que sirva de síntesis de los diferentes modelos de tratamiento que se utilizan actualmente en la deshabituación de las adicciones. El enfoque es un modelo tridimensional que integra estadíos, procesos y niveles de cambio. Tejero y Trujols (2004) realizan una descripción de este modelo y su utilización en la práctica clínica, siendo los pioneros en su utilización en la práctica clínica en

nuestro país. En el modelo, el abandono de una conducta adictiva engloba una progresión desde el estadio de precontemplación hasta el de mantenimiento, pasando por los de contemplación, preparación y acción. Dado que uno de los principales problemas en el proceso de cambio son las elevadas tasas de recaídas, este modelo resalta que la mayoría de los individuos no progresan linealmente a través de los estadíos de cambio, pudiéndose percibir un modelo de evolución en espiral.

5. Estratificación de tratamiento en procesos: las Unidades de Conductas Adictivas son el punto de entrada y salida del sistema sanitario público. Los procesos asistenciales de las Unidades de Conductas Adictivas son:
   - Contacto.
   - Recepción del paciente.
   - Valoración diagnóstica del paciente.
   - Plan terapéutico.
   - Tratamientos:
     - **a** Tratamientos de abstinencia:
       - Desintoxicación.
       - Deshabituación.
       - Seguimiento.
       - Evaluación del Plan Terapéutico.
       - Reinserción.
       - Alta.
     - **b** Programas de reducción de daños y riesgos:
       - Programas de auto-control de consumo.
       - Programas de reducción de daños.
       - Protocolo mínimo de educación sanitaria y prevención de riesgos.
   - Seguimiento post alta.

6. Para la implementación de los programas de tratamiento son necesarias unas condiciones mínimas que permitan su desarrollo :
   - Espacio físico adecuado y soportes materiales imprescindibles (métodos químicos de detección de drogas, etc.).
   - Equipo técnico multidisciplinar.
   - Fomentar la conciencia y formación del Equipo.
   - Menú de recursos internos-externos: red de servicios y dispositivos complementarios.

3. Criterios diagnósticos de abuso y dependencia

En el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-IV-TR, APA, 2001-2002) se plantean dos tipos de diagnósticos para los trastornos relacionados con sustancias: los referentes al patrón de consumo de sustancias (dependencia y abuso) y los que describen síndromes conductuales provocados por el efecto directo de la sustancia en el Sistema Nervioso Central.

El diagnóstico de Abuso se describe mediante cuatro ítems, pero sólo es necesario que éste presente uno para que se establezca el diagnóstico. En el caso de la Dependencia el diagnóstico se realiza a través de siete criterios que pueden dividirse en tres grupos: criterios de dependencia física (1y2), criterios de consumo compulsivo (3, 4,7) y criterios de efectos adversos del consumo de la sustancia (5,6). La dependencia física se indica por la presencia de tolerancia o abstinencia.

En la CIE-10(OMS, 1992) se introduce el concepto de "consumo perjudicial", que puede entenderse como una forma inicial de dependencia. La manifestación del síndrome de dependencia es el deseo de ingerir drogas.

Los criterios de ambos sistemas diagnósticos para Dependencia son muy similares, aunque la CIE-10 contiene los siete del DSM-IV, los aglutina en cinco y añade un sexto que hace referencia al comportamiento del anhelo, deseo o Craving por el consumo. A pesar de las diferencias los trabajos en los que se han comparado ambos sistemas han encontrado un alto nivel de concordancia para la categoría de la Dependencia (Nathan, 1997).

Criterios para el abuso de sustancias	
A	**Un patrón desadaptativo de consumo de sustancias que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por uno (o más) de los ítems siguientes durante un período de 12 meses:**
	(1) consumo recurrente de sustancias, que da lugar al incumplimiento de obligaciones en el trabajo, la escuela o en casa (p. ej., ausencias repetidas o rendimiento pobre relacionados con el consumo de sustancias; ausencias, suspensiones o expulsiones de la escuela relacionadas con la sustancia; descuido de los niños o de las obligaciones de la casa)
	(2) consumo recurrente de la sustancia en situaciones en las que hacerlo es físicamente peligroso (p. ej., conducir un automóvil o accionar una máquina bajo los efectos de la sustancia)
	(3) problemas legales repetidos relacionados con la sustancia (p. ej., arrestos por comportamiento escandaloso debido a la sustancia)
	(4) consumo continuado de la sustancia, a pesar de tener problemas sociales continuos o recurrentes o problemas interpersonales causados o exacerbados por los efectos de la sustancia (p. ej., discusiones con la esposa acerca de las consecuencias de la intoxicación, o violencia física)
B	**Los síntomas no han cumplido nunca los criterios para la dependencia de sustancias de esta clase de sustancia.**

Criterios para la dependencia de sustancias

Un patrón desadaptativo de consumo de la sustancia que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por tres (o más) de los ítems siguientes en algún momento de un período continuado de 12 meses:

(1) tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:
  (a) una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado
  (b) el efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye claramente con su consumo continuado

(2) abstinencia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:
  (a) el síndrome de abstinencia característico para la sustancia (v. Criterios A y B de los criterios diagnósticos para la abstinencia de sustancias específicas)
  (b) se toma la misma sustancia (o una muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia

(3) la sustancia es tomada con frecuencia en cantidades mayores o durante un período más largo de lo que inicialmente se pretendía

(4) existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia

(5) se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia (p. ej., visitar a varios médicos o desplazarse largas distancias), en el consumo de la sustancia (p. ej., fumar un pitillo tras otro) o en la recuperación de los efectos de la sustancia

(6) reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia

(7) se continúa tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes, que parecen causados o exacerbados por el consumo de la sustancia (p. ej., consumo de la cocaína a pesar de saber que provoca depresión, o continuada ingesta de alcohol a pesar de que empeora una úlcera)

Codificación del curso de la dependencia en el quinto dígito:
0 Remisión total temprana
0 Remisión parcial temprana
0 Remisión total sostenida
0 Remisión parcial sostenida
2 En terapéutica con agonistas
1 En entorno controlado
4 Leve/moderado/grave

Especificar si:
Con dependencia fisiológica: signos de tolerancia o abstinencia (p. ej., si se cumplen cualquiera de los puntos 1 o 2)
Sin dependencia fisiológica: no hay signos de tolerancia o abstinencia (p. ej., si no se cumplen los puntos 1 y 2)

4. Metodología Integrated DEFinition

4.1 Introducción a la Metodología IDEF

La metodología IDEF comenzó a desarrollarse a mediados de 1970, cuando la Fuerza Aérea de los Estados Unidos de América identificó la necesidad de mejorar sus operaciones de fabricación debido, en gran parte, a la incorporación del Sistema Integrado de Fabricación Asistida por Ordenador (ICAM). Una de las novedades más importantes del programa ICAM fue la metodología Integrated DEFinition o IDEF. Esta metodología desarrollaba un método reglamentado sobre cómo analizar las empresas, capturando tal cual sus modelos de procesos y sus unidades organizativas. Por tanto, gracias a esta estandarización de la modelización de los procesos las empresas podrían desarrollar una base solida para planificar mejoras en sus procesos y definir los requisitos y canales de información necesarios.

Actualmente la metodología IDEF cuenta con 16 métodos de modelización de procesos, de los cuáles, 9 se encuentra en fase de desarrollo. La siguiente tabla muestra las metodologías ya desarrolladas y las que se encuentran en desarrollo:

Métodos desarrollados	
Código	**Descripción**
IDEF 0	Function Modeling
IDEF 1	Information Modeling
IDEF 1X	Data Modeling
IDEF 2	Simulation Model Design
IDEF 3	Process Description Capture
IDEF 4	Object-Oriented Design
IDEF 5	Ontology Description Capture

IDEF 0 e IDEF 3 son los métodos más útiles para analizar los procesos de una organizació

Métodos en desarrollados	
Código	**Descripción**
IDEF 6	Design Rationale Capture
IDEF 7	Information System Audit Method
IDEF 8	User Interface Modeling
IDEF 9	Scenario-Driven IS Design
IDEF 10	Implementation Architecture Modeling
IDEF 11	Information Artifact Modeling
IDEF 12	Organization Modeling
IDEF 13	Three Schema Mapping Design
IDEF 14	Network Design

Por tanto, podríamos definir la metodología IDEF como un grupo de métodos utilizados para ayudar a la integración de las empresas u organizaciones, a través del análisis, modelaje y la simulación de sus procesos.

Si atendemos al objetivo fundamental de esta metodología, podemos establecer que es proveer de una técnica de modelización de procesos completa y consistente al estructurar y representar gráficamente los procesos (actividades, acciones, funciones, operaciones) requeridos por un departamento, sistema o empresa, así como las relaciones funcionales y el flujo de información que ayudan a la integración de dichos procesos y que permita crear modelos de organización.
Además, la metodología IDEF ha sido desarrollada para que reúna las siguientes características que faciliten su estandarización como metodología de análisis, modelaje y simulación de procesos:

- Genérica para cualquier sistema, empresa u organización con independencia de su amplitud o complejidad.
- Rigurosa y precisa para asegurar la producción de diseños correctos y útiles.
- Concisa para facilitar la comprensión, la comunicación y el consenso de los diseños realizados.
- Conceptual para representar los requerimiento funcionales en lugar de las estructuras organizativas.
- Flexible para que pueda ser utilizable en diversas fases de un proyecto.

Si valoramos la utilidad de la metodología IDEF nos encontramos que permite a las organizaciones beneficiarse de una serie de ventajas en comparación con otras metodologías:

1. Ayuda a representar y analizar los procesos y actividades que tienen lugar en una organización. Esto cualidad es de gran importancia debido a que cada proceso y actividad tiene una magnitud y una problemática diferentes y por tanto deben de tratarse de forma diferenciada.
2. Permite diferenciar con claridad la cadena de valor de la organización a través de reflexionar sobre la misión y visión de la organización.
3. Es una metodología básica para el diseño o rediseño de cualquier proceso o actividad.
4. Facilita el diagnóstico del nivel de desarrollo de una organización, sin olvidarse ningún proceso, función o actividad. Esto se consigue a través de la representación del mapas de procesos ideales y comparándolos con los mapas de procesos con los que actualmente funciona la organización.

Otro de las ventajas con las que cuenta la metodología IDEF es el nivel de detalle en el que se puede desarrollar la modelización de los procesos de una organización. Por ello es necesario aclarar que entendemos por cada uno de los términos y los niveles de concreción o detalle que utiliza esta metodología.

Atendiendo a una clasificación básica y simplificada encontramos los siguientes niveles de detalle:

- **Procesos:** suponen la visión global de los diferentes conjuntos de actividades que se desarrollan en los distintos escenarios donde se propone su realización, los cuáles, trasforman las entradas en salidas. La representación de los procesos se realiza mediante la metodología IDEF0 (realización de uno o varios mapas de procesos). Esta metodología estratifica los procesos dentro de la siguiente clasificación: Procesos Estratégicos, Claves o de Soporte.
- **Subprocesos:** pretenden profundizar en los conjuntos de actividades que forman los procesos. La amplitud y características de los subprocesos no mantienen una regla definida, sino que dependen de las peculiaridades propias de casa proceso. Se trata en todo caso de representar los procesos con un mayor nivel de detalle, pero sin que ello suponga aumentar la complejidad de los esquemas o su densidad.
- **Actividades:** son las instrucciones de trabajo que se realizan mediante tareas concretas y específicas. Su representación gráfica se realiza mediante la metodología IDEF3 de diagramado de flujos.
- **Tareas:** son el desglose de las instrucciones de trabajo al nivel más concreto y específico.

Podemos concluir que la metodología IDEF, puede ser de gran utilidad para la ingeniería o reingeniería de procesos asistenciales sanitarios y por tanto, es la que se ha seleccionado como metodología base para el desarrollo del Proceso de Asistencia en las Unidades de Conductas Adictivas.

4.2 IDEF 0

4.2.1 Definición y características básicas

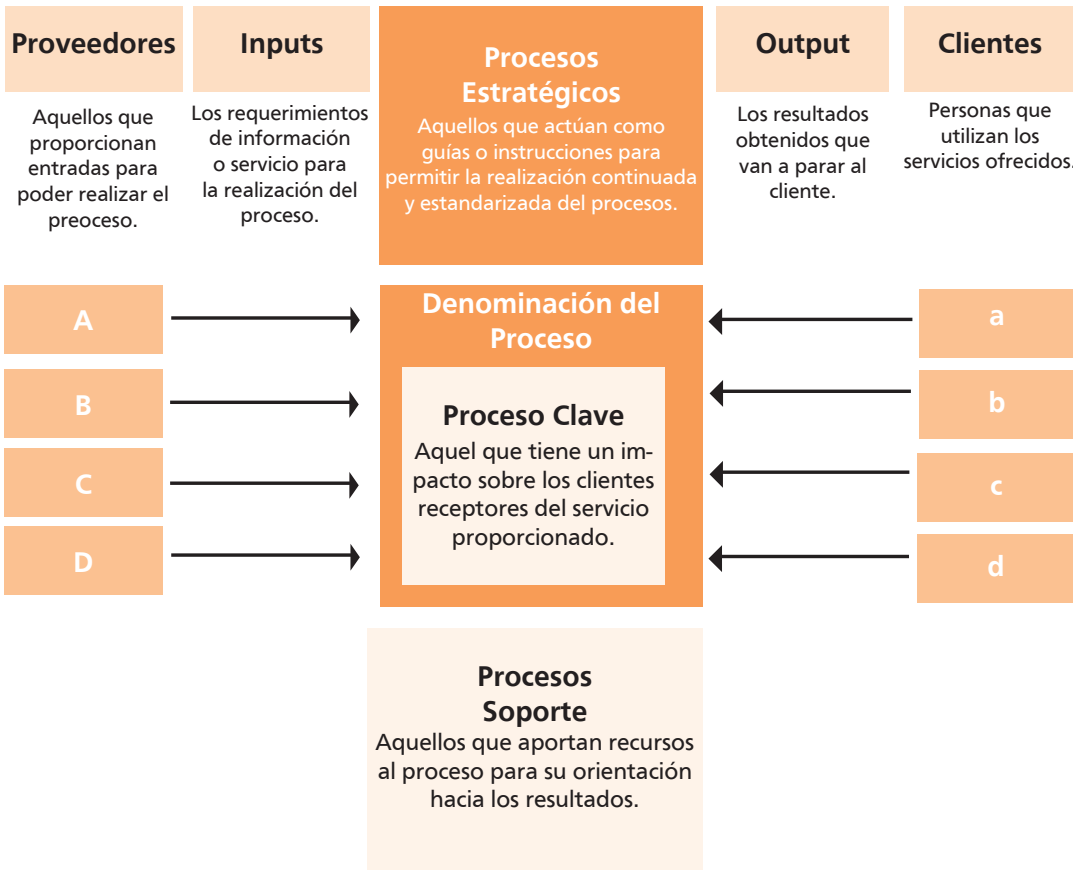
La metodología IDEF0 es el método más comúnmente establecido para el análisis de proceso. Esta metodología nos ayuda a la modelización de los grandes procesos de una organización y a definir las relaciones funcionales existentes entre ellos, sin describir los tiempos en los que se realizan cada uno de los procesos. Podríamos concluir que la metodología IDEF0 da respuesta a "qué se hace" en una empresa u organización.

4.2.2 Representación gráfica

La representación gráfica de la metodología IDEF0 se basa en una serie de notaciones ICOM representados mediante caja y flechas, en la que los procesos quedan estructurados en tres categorías claves de proceso: los procesos estratégicos, los procesos clave y los procesos de soporte. A continuación se definen los ICOM para la representación gráfica del mapa de procesos IDEF 0:

- **Entrada o Inputs:** son los elementos consumidos o transformados por un proceso. Son proporcionados por un proveedor.
- **Salida u Output:** son los elementos creados por la transformación de Input durante el proceso. Los Outputs van destinados al cliente final o son el Input de otro proceso.
- **Proceso Estratégico o Control:** son los que adecúan las organizaciones a las necesidades y expectativas de sus usuarios. Por tanto, están orientados a las definir la estrategia de las empresas u organizaciones, fijando objetivos y estipulando las directrices o guías a seguir durante un periodo de tiempo determinado.
- **Proceso Clave o Process:** son aquellos que se encuentran en contacto directo con el usuario o cliente. Engloban todas las actividades que generan valor añadido y en consecuencia tienen un mayor impacto en la satisfacción del usuario. Un ejemplo que explica con gran claridad que procesos pueden considerarse como claves en el ámbito sanitarios sería todos los procesos clínicos asistenciales.
- **Proceso de Soporte o Mechanism:** son aquellos que generar los recursos y/o herramientas que precisa a organización para desarrollar los procesos claves y encaminarlos hacia los objetivos estratégicos establecidos.
- **Proveedor:** Es una entidad de diverso orden, un profesional, un proceso concreto o una organización, que proporciona los requisitos necesarios (de información, de servicio o materiales) para poder realizar un proceso. Los proveedores se clasifican en proveedores internos y externos.
- **Cliente:** Es la entidad de diverso orden, usuario, organización o proceso, que se beneficia, adquiere o utiliza los servicios asistenciales, la información o los productos desarrollados durante un proceso productivo. Igual que los proveedores, los clientes también se clasifican en clientes internos y externos.

El siguiente gráfico muestra la representación de la metodología IDEF0 en la práctica:



4.3 IDEF 3

4.3.1 Definición y características básicas

La metodología IDEF3 está especialmente diseñada para el análisis y diseño o rediseño de procesos. Representa el "cómo se hacen" los procesos en las organizaciones. Las actividades del proceso se detallan paso por paso, resaltando las relaciones causa-efecto entre ellas. Por tanto, los tiempos en los que se realizan las actividades quedan estipulados, a diferencia de la metodología IDEF0.

Su representación se realiza mediante diagramas y textos como veremos a continuación pero la mayor diferencia la encontramos en que se describe el proceso detallando:

1. La descripción funcional del proceso.
2. Describe el estado de transición del objeto o input.

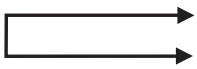
4.3.2 Representación gráfica

La metodología IDEF3 se representa mediante el diagramado de las actividades que se realizan durante el proceso principal a través de los siguientes elementos:

- **Actividad:** son un conjunto de tareas concretas y específicas agrupadas en torno a conseguir un objetivo común. Se representa mediante una caja en la que figura en su interior el nombre de la actividad.

- **Enlace:** representa las relaciones funcionales entre las actividades del sistema modelado. La metodología IDEF3 diferencia tres tipos de enlaces diferenciados.

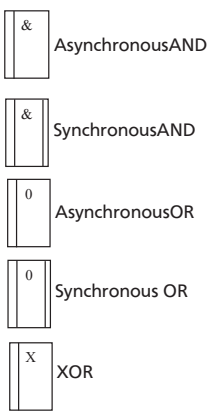
  - Precedencia simple: que indica un orden temporal entre las actividades.



  - Flujo del objeto: indica la partición de un objeto en dos actividades.

  - Relacional: indica la relación entre dos actividades pero no implica que una empiece cuando la otra haya acabado como era el caso de los dos enlaces anteriores

- **Cruces:** representan la convergencia o divergencia de múltiples flujos de procesos y sus tiempos. Actualmente existen 5 símbolos:



  - AND (y)
  - OR (o)
  - XOR: indica que sólo un proceso anterior al cruce ocurrirá antes de que continúe el flujo después del cruce.
  - Asynchronous: que indica que los procesos anteriores y posteriores a este tipo de cruce no tienen porque darse simultáneamente.
  - Synchronous: indica que los procesos anteriores se dan simultáneamente.

- **Disparador:** indica el inicio de un proceso (Input).

- **Registro de información:** representa una captura de información necesaria para el desarrollo del proceso.

- **Decisiones o alternativas:** representa un paso una actividad donde existe una decisión entre dos o más acciones alternativas.

- **Documentación:** representa cualquier documentación original.

4.4 Consideraciones a tener en cuenta cuando se aplica una representación de procesos

Durante el presente apartado se ha resaltado las características principales, a nivel conceptual y gráfico, que se debe tener en cuenta a la hora de realizar un mapa de procesos mediante el IDEF0 o IDEF3. De todas formas, hay que tener en cuenta que puede ser un proceso laborioso y largo y por tanto consideramos que se deberían de tener en cuenta las siguientes recomendaciones con el objetivo de obtener los mejores resultados posibles con la modelización:

- Hay que tener cuidado en no perderse en los detalles, es preferible comenzar con un alto nivel de abstracción para captar los procesos básicos y las decisiones importantes. El primer diagramado puede dar una representación general de todo el proceso mientras que los detalles se pueden añadir en versiones posteriores. Es necesario invertir algo de tiempo en identificar las posibles decisiones, determinar las actividades requeridas para llevar a cabo un proceso antes de realizar el diagramado del proceso que los relacionará.

- La realización de mapas o diagramados de procesos requiere la habilidad de anticipar el alcance de un proyecto y su visión en una secuencia lógica de acciones.

- Si se necesita un mayor nivel de detalle, se puede dividir el proceso en subprocesos e insertar tantos puntos de decisión adicionales como se requieran.

5. Proceso de asistencia en las unidades de conductas adictivas

5.1 Generalidades del proceso

5.1.1 Descripción del proceso

Según se describe en el Plan Estratégico sobre drogodependencias y otros trastornos adictivos en la Comunitat Valenciana, la finalidad de las Unidades de Conductas Adictivas es "Garantizar la asistencia sanitaria integral de las personas afectadas por cualquier tipo de drogodependencia u otro trastorno adictivo desde el sistema sanitario público".
El proceso de asistencia en las Unidades de Conductas Adictivas es un proceso de asistencia sanitaria integrado en la cartera de servicios de la Agencia Valenciana de Salud, formado por un grupo multidisciplinar de profesionales (médicos, psicólogos y enfermeras) por el cual los pacientes que acuden a la unidad con algún tipo de conducta adictiva obtienen un plan terapéutico personalizado para superar su adicción.
Uno de los aspectos diferenciales de este proceso es la tipología de pacientes que acuden a la UCA, que debido a la cronicidad del trastorno adictivo no recibe nunca el alta definitiva (en los casos más favorables alta terapéutica) y por tanto exige un alto grado de seguimiento del paciente, incluso post-alta terapéutica.

5.1.2 Alcance del proceso

Las Unidades de Conductas Adictivas son la "puerta de entrada" en el sistema sanitario público para los problemas relacionados con adicciones, y su proceso de asistencia queda integrado por los procesos diagnósticos, de tratamiento y seguimiento de los pacientes drogodependientes así como su derivación a otros recursos complementarios a éstas cuando el paciente precise de una atención más especializada.
El alcance del proceso que se ha detallado en el presente documento integra sólo los procesos, actividades y tareas que se dan dentro de las UCA para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los pacientes, quedando para futuros proyectos el abordaje de las derivaciones desde la UCA a los recursos complementarios (Unidades de Desintoxicación Hospitalaria, Comunidades Terapéuticas, Centros de Día, Viviendas de Apoyo al Tratamiento, Viviendas de Apoyo a la Incorporación Sociolaboral, médicos especialistas y Centros de Salud Mental) a los que se remite a los pacientes para el mejor abordaje de su adicción.

- **UCA:** todas las consultas realizadas por los pacientes a cualquiera de los profesionales (médico, psicólogo o enfermera), y las actividades realizadas y coordinadas en la propia UCA como tratamiento terapéutico para el paciente como puede ser las terapias grupales, educación sanitaria, prevención de riesgos, etc....

5.1.3 Límite inicial y final del Proceso de Asistencia en las Unidades de Conductas Adictivas

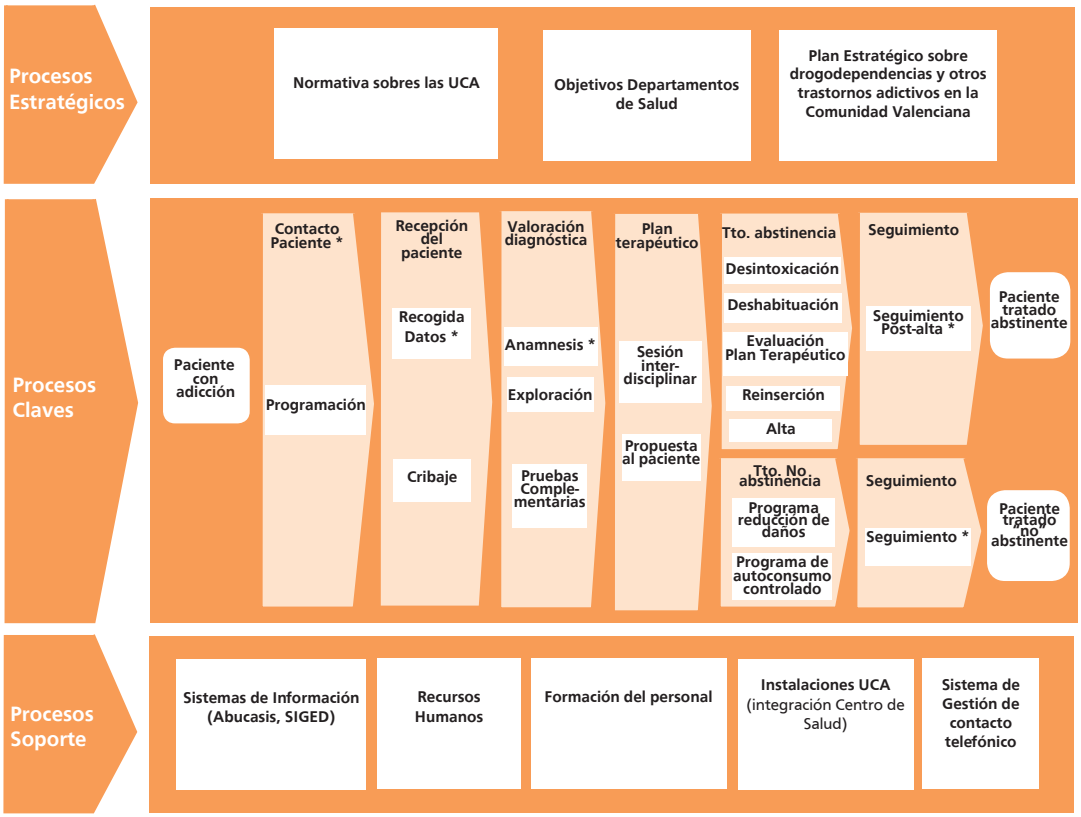
El límite inicial del proceso queda marcado por el contacto, ya sea telefónico o presencial, del paciente con una presunta adicción que acude a la Unidad de Conductas Adictivas por un motivo relacionado con su adicción.
El límite final del proceso está supeditado a la elección del tipo de tratamiento por el que opta el paciente. El proceso diferencia dos grandes grupos: los procesos destinados a conseguir la

abstinencia del paciente y los tratamientos que plantean objetivos diferentes a la abstinencia del paciente. Por tanto, existen dos límites finales del proceso:

- **a** El paciente que ha superado el tratamiento logrando el objetivo de la abstinencia.
- **b** El paciente que ha seguido el tratamiento que no plantea la abstinencia como objetivo y por tanto hace un uso más controlado de su adicción.

5.2 Mapa de procesos del Proceso de Asistencia en las Unidades de Conductas Adictivas

Las reuniones y talleres realizados por el grupo de expertos designados por la Dirección General de Drogodependencias de la Agencia Valenciana de Salud para la elaboración del Proceso de Asistencia en las UCA han dado como resultado el siguiente mapa de procesos desarrollado mediante la metodología IDEF 0:



Como ya se ha expuesto anteriormente los mapas de procesos realizados mediante la metodología IDEF0 clasifican los procesos en tres categorías: estratégicos, claves y de soporte.

(*) Procesos asistenciales en los que interviene la familia/red implicada del paciente.

5.2.1 Procesos estratégicos

Los procesos estratégicos están formados por las siguientes guías estratégicas:

- **Normativa Autonómica sobre las Unidades de Conductas Adictivas:** la Orden 7 de Julio de 1997 de la Conselleria de Sanitat destaca el reglamento y las funciones propias de las UCA y por tanto son una guía clara de la estrategia que deben seguir.

- **Objetivos de los Departamentos de Salud de la Agencia Valenciana de Salud (AVS):** El marco regulador de los objetivos de todos y cada uno de los Departamentos de Salud pertenecientes a la Agencia Valenciana de Salud quedan integrados dentro de la Ley de la Generalitat, 3/2003, de 6 de febrero, de Ordenación Sanitaria de la Comunitat Valenciana y sus posteriores decretos y por el Reglamento Interno de la propia Agencia Valenciana de Salud. Es por ello, que cada Departamento de Salud integrado dentro de la Agencia Valenciana de Salud firma anualmente un acuerdo de gestión que marca las guías y objetivos a cumplir durante el año. Las Unidades de Conductas Adictivas al estar integradas constituyen habitualmente una unidad funcional dentro de los Departamentos de Salud y tienen por tanto sus objetivos específicos supeditados al logro de los objetivos generales del Departamento de Salud.

- **Plan Estratégico sobre drogodependencias y otros trastornos adictivos de la Comunitat Valenciana 2006-2010:** La implantación del Plan Estratégico ha supuesto las bases para el desarrollo de las Unidades de Conductas Adictivas dentro de la Agencia Valenciana de Salud. En él, se establece tanto su finalidad como su marco de actuación, los programas que ofrecen así como sus objetivos durante 4 años:
  - Mejorar la distribución de la demanda y reducción de las listas de espera.
  - Mejorar la calidad del tratamiento.
  - Mejorar los canales de colaboración con los profesionales de la asistencia sanitaria y social, y demás recursos, para la detección precoz de las drogodependencias.
  - Establecer recursos de atención priorizada a determinados colectivos profesionales.
  - Mejorar la calidad de atención a los usuarios y el seguimiento de tratamientos de mantenimiento con agonistas opiáceos.

5.2.2 Procesos claves

Los procesos clave del Proceso de Asistencia en las UCA integran toda la asistencia sanitaria recibida por el paciente durante el diagnóstico y tratamiento de su adicción:

- **Contacto con el paciente:** Se trata del proceso que integra el primer contacto del paciente con la UCA. Puede ser presencial o telefónico y en él las principales acciones que se realizan son la identificación de la demanda del paciente, motivación para iniciar el tratamiento y la programación de la cita de acuerdo a unos criterios establecidos del tiempo de espera según tipología del paciente.

- **Recepción del paciente:** es el proceso que integra tanto la recogida de datos inicial del paciente (apertura de su ficha y de su Historia Clínica propia de las Unidades de Conductas Adictivas) y por otra parte se realiza la acogida del paciente en la UCA en la que se realizan una serie de pruebas y valoraciones diagnósticas además de dar información al usuario sobre los posibles tratamientos y recursos disponibles.

- **Valoración diagnóstica:** La valoración diagnóstica la realizan los profesionales sanitarios (médicos, psicólogos y enfermeras) mediante visita en las distintas consultas. Es importante tener en cuenta que la tipología del paciente y su complejidad marca la necesidad de que tenga que ser diagnosticado por uno a más profesionales. Durante estas visitas al paciente se le realizan todas las exploraciones, tests médicos y psicológicos y valoraciones de enfermería para la consecución de un diagnóstico personalizado de la adicción del paciente.

- **Plan terapéutico:** Una vez al paciente se le ha diagnosticado su o sus patologías adictivas, los profesionales de las UCA planifican la terapia a la que se someterá el paciente. Esta planificación puede ser abordada desde un punto de vista multidisciplinar en las sesiones clínicas que engloban a todos los profesionales de la UCA o bien de una forma más personal por uno de los profesionales dependiendo de la complejidad. Una vez establecida la terapia a realizar se le propone al paciente para asegurar que éste comparte los objetivos propuestos por los profesionales sanitarios para tratar su adicción. Mediante el consentimiento terapéutico el paciente acepta el tratamiento.

- **Tratamiento con abstinencia / Tratamiento sin abstinencia:** Se pueden diferenciar dos tipos de tratamientos de acuerdo a los objetivos que persiguen.
  - Los tratamientos que persiguen la abstinencia del paciente son los más exigentes y tienen unas fases bastante estandarizadas para cualquier tipología adictiva. Encontramos 3 fases bien diferenciadas, desintoxicación, deshabituación y reinserción, y se aplican según el estado adictivo del paciente.
  - Los tratamientos que no persiguen la abstinencia del paciente, entre los que cabe destacar los siguientes:
    - Programas de reducción de daños.
    - Programas de auto-consumo controlado.
    - Programas de educación sanitaria de prevención y control de trastornos adictivos.

- **Seguimiento post-alta terapéutica:** una de las características básicas de los programas es la cronicidad de sus pacientes y por tanto la imposibilidad de obtener un alta médica definitiva. En muchas ocasiones tras la obtención del alta terapéutica es necesario realizar un seguimiento post-alta con el objetivo de prevenir o detectar posibles recaídas. Por lo general consisten en contactos telefónicos o presenciales de corta duración y baja frecuencia con una periodicidad fijada de antemano.

El Proceso de Asistencia en las UCAs, como veremos más adelante en detalle en el diagramado de las actividades ligadas a estos procesos, es complejo, extenso y multidisciplinar, comprendiendo un gran número de organismos y profesionales de diferente categoría.
La documentación que se inicia aquí pretende normalizar los diferentes procedimientos en base a la evidencia científica y facilitar a los profesionales una guía en su actuación cotidiana. Para los pacientes, supone garantizar una asistencia de calidad contrastada.

5.2.3 Procesos de soporte

Por otra parte los procesos de soporte que permiten los procesos clave en este caso asistenciales en la UCA quedan compuestos por:

- **Gestión de los Sistemas de Información (Abucasis, SIGED):** Los sistemas de información son una herramienta básica para que los profesionales puedan desarrollar su labor sin menguas de información sobre los pacientes. Por otra parte también son necesarios para la obtención de indicadores que permitan a la Dirección General de Drogodependencias gestionar con una mayor información las UCA y poder desarrollar e implantar medidas que mejoren su eficiencia.
- **Gestión de los recursos humanos de las UCA:** la gestión de los profesionales es fundamental para el funcionamiento eficiente de las UCA. Se debe de tener en cuenta la plantilla necesaria para cada una de las UCA teniendo en cuenta la actividad que realizan, así como horarios de trabajo, la retribución salarial, gestión de las vacaciones, etc....
- **Formación del personal:** debido a que no existe especialidad médica para el tratamiento de drogodependencias y a la continua evolución de tratamientos y fármacos se hace muy importante que los profesionales mantengan una formación continua que les permita la adaptación de los tratamientos de acuerdo a los estándares de evidencia científica comúnmente aceptados.
- **Gestión de las instalaciones de las UCA:** las instalaciones de la UCA tienen unos requerimientos específicos debido a la dispensación de metadona y otros fármacos que necesitan de un control exhaustivo de las dosis que se dan a los pacientes. Por otra parte, también es importante su ubicación dentro de los Centros de Salud debido a la patología de los pacientes que acuden a la UCA, siendo una labor necesaria la planificación de su ubicación.
- **Sistema de gestión del contacto telefónico:** Actualmente no todas las UCA disponen de personal administrativo para la atención de las llamadas telefónicas y por tanto esta labor recae sobre el resto de profesionales lo que conlleva interrupciones en las consultas, acumulación de retraso en la atención de los pacientes y otra serie de problemas. Por este motivo se propone desarrollar un proceso de gestión de las llamadas telefónicas centralizado, mediante el uso de la centralita de los Centros de Salud para la atención de las llamadas y programación de las citas.

5.3 Diagramado del Proceso de Asistencia en las Unidades de Conductas Adictivas

5.3.1 Diagramado del proceso

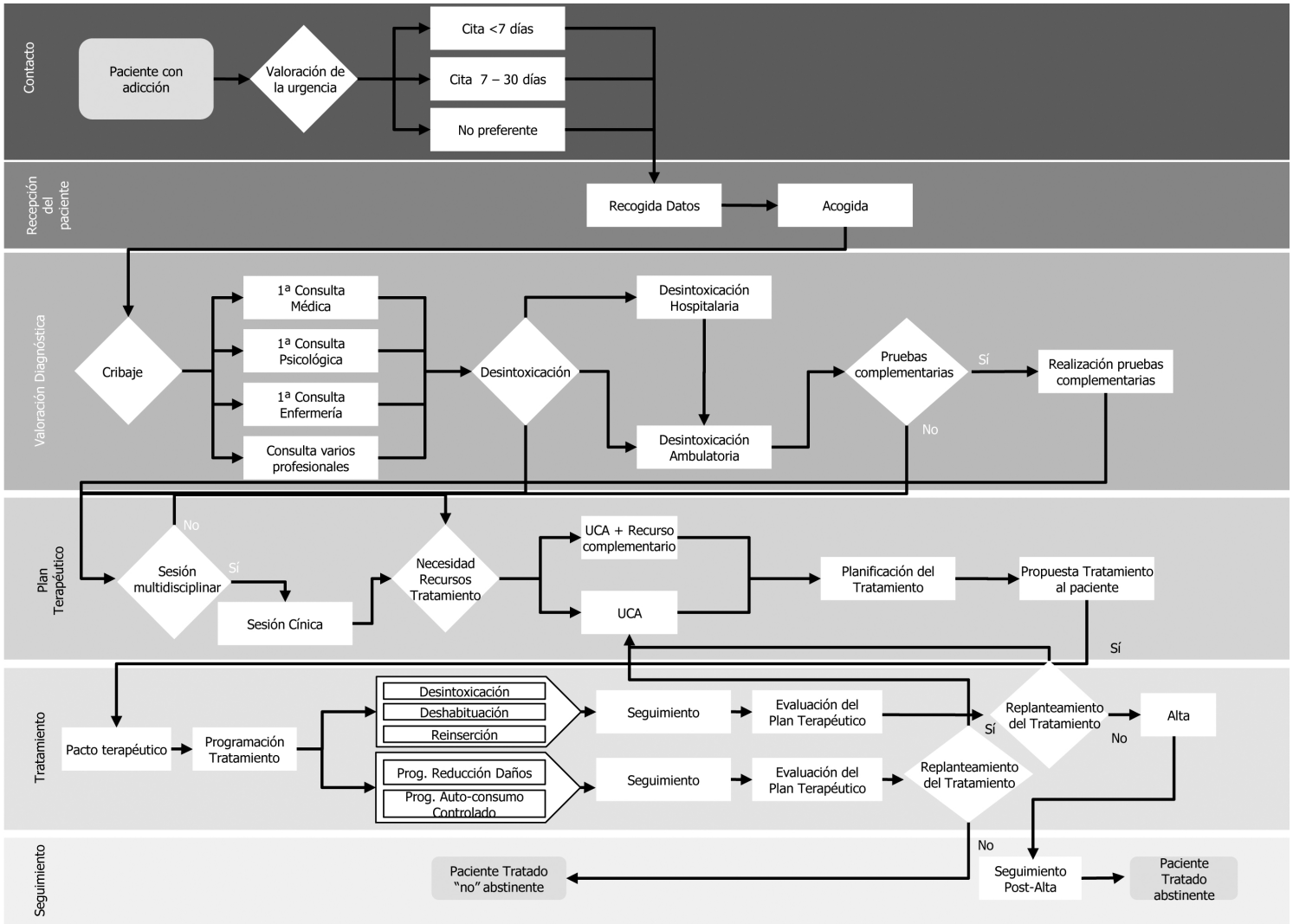
El diagramado detallado del Proceso de Asistencia en la Unidades de Conductas Adictivas parte del análisis realizado inicialmente con la elaboración del mapa de procesos IDEF0. En este diagrama constan todas las actividades que el grupo de expertos participantes en el proyecto han considerado claves para el desarrollo del proceso.

Con la idea de que el trabajo realizado sea de fácil comprensión cualquier profesional que consulte este documento, a continuación describiremos las diferentes figuras geométricas con las que ha sido confeccionado el diagramado (si se desea un mayor desarrollo en cuanto a la representación gráfica de un diagrama de procesos mediante metodología IDEF3 consultar el punto 4.3 de este informe).

Los distintos colores del fondo del diagrama marcan el macro-proceso que integra las actividades dentro de cada una de las franjas de color. Además el proceso queda identificado en el margen derecho del diagrama.

Los rectángulos grises con bordes redondeados son las entradas o salidas del sistema, mientras que los figuras romboides representan las alternativas o decisiones a tomar para conducir el proceso a la siguiente actividad correspondiente. Por último, los rectángulos blancos marcan las actividades sujetas al proceso.

El resultado del trabajo elaborado es el siguiente diagramado del Proceso de Asistencia en las Unidades de Conductas Adictivas:


Contacto
Paciente con adicción
Valoración de la urgencia
Cita <7 días
Cita 7 – 30 días
No preferente
Recepción del paciente
Recogida Datos
Acogida
Valoración Diagnóstica
Cribaje
1ª Consulta Médica
1ª Consulta Psicológica
1ª Consulta Enfermería
Consulta varios profesionales
Desintoxicación
Desintoxicación Hospitalaria
Desintoxicación Ambulatoria
Pruebas complementarias
Sí
No
Realización pruebas complementarias
Plan Terapéutico
Sesión multidisciplinar
No
Sí
Sesión Cínica
Necesidad Recursos Tratamiento
UCA + Recurso complementario
UCA
Planificación del Tratamiento
Propuesta Tratamiento al paciente
Sí
Tratamiento
Pacto terapéutico
Programación Tratamiento
Desintoxicación
Deshabituación
Reinserción
Prog. Reducción Daños
Prog. Auto-consumo Controlado
Seguimiento
Evaluación del Plan Terapéutico
Seguimiento
Evaluación del Plan Terapéutico
Replanteamiento del Tratamiento
Sí
Replanteamiento del Tratamiento
No
Alta
No
Seguimiento
Paciente Tratado "no" abstinente
Seguimiento Post-Alta
Paciente Tratado abstinente

5.3.2 Descripción de las actividades del proceso

Durante la duración de este proyecto el grupo promotor y de expertos participantes han realizado un extensa labor de formalización a la hora de caracterizar con el máximo nivel de detalle las diferentes actividades que conforman el Proceso de Asistencia de las Unidades de Conductas Adictivas.
Las actividades que conforman el Proceso de Asistencia de las Unidades de Conductas Adictivas son las siguientes:

- **Programación:** la programación de los pacientes dentro de las agendas de consulta de médicos y psicólogos se realiza atendiendo a su estado de gravedad. Según el nivel de urgencia establecido se cita al paciente en un plazo inferior a 7 días si presenta graves complicaciones, de 7 a 30 días a los pacientes con complicaciones definidas como medias y por encima de 30 días a los pacientes que no presentan urgencia.

  La siguiente tabla muestra las diferentes tareas que se realizan dentro de la actividad "Programación" y el profesional que las realiza:

Proceso: Contacto							
Actividad	**Tareas**	**Documentación / Criterios**	**Médico**	**Psicólogo**	**Enfermería**	**Administrativo**	**Paciente**
Programación	Dar información al paciente sobre la UCA	Pautas de información / Registro de contactos			X	X	
	Motivación para que acuda	Material formativo para que esta tarea la pueda realizar un administrativo.			X	X	
	Identificación de la demanda	Identificación del problema por el que llama el paciente			X	X	
	Decisión del tiempo de espera	Definir y establecer los criterios de prioridad a la hora de dar una cita			X	X	
	Dar la cita en la agenda	Apuntar cita en la agenda de los profesionales			X	X	
	Abrir ficha de paciente	Ficha de primer contacto Libro de primer contacto			X	X	
	Tramitar la documentación aportada (si hay)	Archivo de la documentación aportada			X	X	

- **Recogida de datos:** una vez el paciente acude el día citado para pasar consulta se le recoge toda la información relevante y necesaria para que los profesionales sanitarios puedan caracterizar de forma exhaustiva la tipología de adicción del paciente y de esta forma favorecer la obtención posterior del diagnóstico.

  La siguiente tabla muestra las diferentes tareas que se realizan dentro de la actividad de "Recogida de datos" y el profesional que las realiza:

Proceso: Recepción del paciente

Actividad	Tareas	Documentación / Criterios	Méd	Psi	Enf	Advo	Pac
Recogida	Rellenar información en el Sistema de Evaluación para la calidad en drogode-pendencias (SECAD)	Ficha SECAD: Nº SIP, Cód. Id., análisis de la demanda, situación personal, situación judicial, otras enfermedades, área toxicológica y cumplimentación.	X	X	X		
	Historia Clínica Conductas Adictivas	Datos de filiación	X	X	X		
		Datos sociobiográficos	X	X	X		
		Antecedente familiares	X	X	X		
		Historia Toxicológica	X	X	X		
	Consentimiento Terapéutico	Autorización que todos los pacientes deben firmar para su tratamiento en la UCA	X	X			
	Desangustiar y reforzar la motivación del paciente	En función del paciente	X	X	X		
	Entrega de justificante próxima cita	Tarjeta que recoge: Nombre y apellidos, domicilio, población, Nº SIP, teléfono UCA, Nº de Hª Clínica del paciente en la UCA.	X	X	X	X	

- **Acogida:** la acogida del paciente tiene lugar durante su primera visita a la UCA. En ella se trata de informar al paciente de los recursos disponibles para tratar su adicción, se le realizan analíticas de acuerdo con los estándares definidos para cada patología, y se le realiza una valoración del síndrome de abstinencia y de los riesgos asociados en el caso de considerarse necesaria. Pero sobre todo, se le realiza un apoyo emocional y motivacional para la futura aceptación del tratamiento.

  La siguiente tabla muestra las diferentes tareas que se realizan dentro de la actividad "Acogida" y el profesional que las realiza:

Proceso: Recepción del paciente							
Actividad	**Tareas**	**Documentación / Criterios**	**Méd**	**Psi**	**Enf**	**Advo**	**Pac**
Acogida	Aproximación diagnóstica	Diagnóstico aproximado del paciente	X	X	X		
	Solicitud de analítica	Protocolo de analítica básica	X		X		
	Muestras de orina (metadona)	Analítica de orina inicial			X		
	Informar sobre posibles tratamientos / Recursos	Protocolo de información	X	X	X		
	Programación de las visitas	Cribaje de pacientes			X		
	Valoración del síndrome de abstinencia	Alcohol (CIWA) Opiáceos (Escala Abstinencia de Opiáceos, Escala Breve de Abstinencia de Opiáceos, Escala Observacional de la Abstinencia de Opiáceos, Escala Gold)	X	X	X		
	Valoración de los riesgos asociados al paciente	Riesgos suicidas, patología dual, menores, embarazos	X	X	X		

- **1ª Consulta:** la primera consulta se realiza teniendo en consideración las necesidades del paciente. No todos los pacientes deben ser vistos en una primera visita por el médico y por el psicólogo. Por poner un ejemplo un paciente que se encuentre en una fase de desintoxicación, es aconsejable que su primera visita sea realizada por un médico, mientras que los pacientes en fase de deshabituación las terapias psicológicas gozan de una mayor importancia. De todas formas, en los casos en los que se considere que el paciente debe tener consulta durante su primera visita con los dos profesionales no existe ningún tipo de limitación para la obtención del recurso.

  La siguiente tabla muestra las diferentes tareas que se realizan dentro de la actividad "1ª Consulta médica" y el profesional que las realiza:

Proceso: Valoración diagnóstica							
Actividad	**Tareas**	**Documentación / Criterios**	**Méd**	**Psi**	**Enf**	**Advo**	**Pac**
1ª Consulta Médica	Exploración del paciente	Protocolo de exploración por patología de paciente.	X				
	Anamnesis (síntomas psiquiátricos/conductas de riesgo/enfermedad física asociada)	Modelo estandarizado en Abucasis	X				
	Solicitud de las pruebas complementarias (no estándar)	Protocolo de analítica básica	X				
	Test MAP	Todos los pacientes / Modelo test	X	X	X		
	Test SOCRATES	Todos los pacientes / Modelo test	X		X		
	Test MINI	Todos los pacientes / Modelo test	X	X	X		
	Electrocardiograma (ECG)	Pacientes con adicción a la cocaína Tratamientos de metadona y otros			X		
	Diagnóstico	Protocolos de actuación	X				
	Tratamiento inicial (intervención inicial)	Protocolos de actuación	X				
	Decisión sobre desintoxicación	Criterios de derivación hospitalaria/ambulatoria	X				

La siguiente tabla muestra las diferentes tareas que se realizan dentro de la actividad "1ª Consulta psicólogo" y el profesional que las realiza:

Proceso: Valoración diagnóstica							
Actividad	**Tareas**	**Documentación / Criterios**	**Méd**	**Psi**	**Enf**	**Advo**	**Pac**
1ª Consulta psicólogo	Exploración psicológica	Entrevista con el paciente para la exploración psicológica del paciente		X			
	Test Salamanca	Modelo test		X			X
	Test SOCRATES	Todos los pacientes / Modelo test		X			X
	Test BECK	Modelo test		X			X
	Test STAI	Modelo test		X			X
	Test ASRSV-V1	Modelo test		X			X
	Test MAP	Todos los pacientes / Modelo test		X	X		
	Test MALT	Modelo test		X			
	Test MINI	Todos los pacientes / Modelo test		X			
	Entrevista con persona clave (acompañante) o conjunta	Todos los pacientes		X			

La siguiente tabla muestra las diferentes tareas que se realizan dentro de la actividad "1ª Consulta de enfermería" y el profesional que las realiza:

Proceso: Valoración diagnóstica							
Actividad	**Tareas**	**Documentación / Criterios**	**Méd**	**Psi**	**Enf**	**Advo**	**Pac**
1ª Consulta enfermería	Educación sanitaria				X		
	Entrevista para diagnóstico de enfermería	Protocolos de actuación de enfermería			X		
	Aplicación de tratamientos	Protocolos de actuación de enfermería			X		
	Valoración por patrones funcionales	Análisis funcional Abucasis			X		
	FAGESTRÖM				X		
	AUDIT				X		
	Diagnósticos NANDA	Protocolos de actuación de enfermería			X		
	Intervención psicoeducativa			X	X		
	Apoyo a otros profesionales				X		

- **Pruebas complementarias:** es posible que durante las exploraciones realizadas para la valoración de la adicción del paciente sea preciso la solicitud de pruebas complementarias que ayuden o confirmen al profesional el diagnóstico asociado al paciente.

  La siguiente tabla muestra las diferentes tareas que se realizan dentro de la actividad "Pruebas complementarias" y el profesional que las realiza:

Proceso: Valoración diagnóstica							
Actividad	**Tareas**	**Documentación / Criterios**	**Méd**	**Psi**	**Enf**	**Advo**	**Pac**
Pruebas complementarias	SCL-90	Modelo de test	X	X	X		
	MCMI III	Modelo de test	X	X			
	Control periódico de orina	Después de la muestra inicial se realizaran controles periódicos cada 6 meses	X		X		
	Batería de pruebas neuropsicológicas	No se encuentran implantadas*		X			
	Pruebas de neuroimagen	No se encuentran implantadas*	X				

(*) No se encuentran implantadas y están pendientes definir unos criterios claros sobre la necesidad de realizar estas pruebas al paciente.

- **Sesiones Clínicas:** las sesiones clínicas están integradas por todos los profesionales de la UCA y en ellas se trata periódicamente los casos de pacientes con grandes complejidades. De esta forma se fomenta el abordaje multidisciplinar de la enfermedad del paciente, con el objetivo de elaborar un plan terapéutico personalizado que sea eficaz para tratar su adicción. Durante estas reuniones se evalúa la necesidad de obtener recursos complementarios para el tratamiento del paciente o incluso si es necesaria la derivación a otro servicio.

  La siguiente tabla muestra las diferentes tareas que se realizan dentro de la actividad "Sesión Clínica" y el profesional que las realiza:

Proceso: Plan terapéutico

Actividad	Tareas	Documentación / Criterios	Méd	Psi	Enf	Advo	Pac
Sesión Clínica	Puesta en común del diagnóstico	Historia Clínica Conductas Adictivas y Abucasis (información del paciente)	X	X	X		
	Planificación terapéutica / terapia familiar / Terapia grupal		X	X	X		
	Establecimiento de objetivos terapéuticos mínimos		X	X	X		
	Programación del plan de tratamiento		X	X	X		
	Evaluación de los recursos necesarios para el tratamiento	Criterios de derivación a los recursos complementarios al tratamiento	X	X	X		
	Decisión de la derivación con alta	Documento de derivación	X	X	X		

- **Propuesta de tratamiento:** Es muy importante que el paciente acepte el plan terapéutico realizado por los profesionales sanitarios ya que de ello depende gran parte del éxito del tratamiento. Por ello, se realiza una entrevista con el paciente de forma que se le exponga claramente el tratamiento que debe seguir. Es aconsejable que es esta fase también participe la familia o una persona de apoyo del paciente debido a que en muchos casos se convierten en parte fundamental para que el paciente cumpla con el tratamiento estipulado.

  La siguiente tabla muestra las diferentes tareas que se realizan dentro de la actividad "Propuesta del tratamiento" y el profesional que las realiza:

Proceso: Plan terapéutico							
Actividad	**Tareas**	**Documentación / Criterios**	**Méd**	**Psi**	**Enf**	**Advo**	**Pac**
Propuesta de tratamiento	Entrevista a paciente (familia)		X	X	X		
	Apoyo al cumplimiento de criterios intervención e información		X	X	X		
	Solicitud del recurso en el Sistema de Información para la Gestión de la Dirección General de Drogodependencia (SIGED)	Solicitud informática del recurso a través del SIGED	X	X	X		
	Formalización del compromiso / conformidad / Consentimiento terapéutico	En algunos UCA se realiza en el momento inicial que el paciente entra en la UCA	X	X	X		
	Pacto terapéutico (negociación de objetivos terapéuticos)		X	X	X		

- **Tratamiento enfocado a la abstinencia del paciente:** en esta tipología de tratamiento, a pesar de estar muy estructurados los pasos que debe seguir el paciente para la consecución de la abstinencia, el tiempo del tratamiento tiene una gran variabilidad debido a las recaídas de los pacientes y las necesidades de intervención psicológica durante la fase de deshabituación del consumo. Estas fases dependen en una gran medida de la tipología de adicción del paciente y por tanto se entra con un mayor detalle en las publicaciones específicas sobre las patologías que se tratan dentro de las UCA. Actualmente se encuentran desarrollados los protocolos para tratar la adicción al alcohol, la cocaína y los opiáceos, y se tiene previsto la futura redacción del tratamiento de otras adicciones como ludopatía, tabaquismo,...
  Las fases del tratamiento con el objetivo de la abstinencia del paciente son:
  - Desintoxicación
  - Deshabituación
  - Reinserción

  La siguiente tabla muestra a grandes rasgos las tareas que se desempeñan durante la actividad "Reinserción" y los profesionales que las realizan:

Proceso: Tratamiento							
Actividad	**Tareas**	**Documentación / Criterios**	**Méd**	**Psi**	**Enf**	**Advo**	**Pac**
Reinserción	Derivación a otros recursos comunitarios	Informe de interconsulta Derivación a través del SIGED	X	X	X		
	Coordinación con otros recursos / Trabajadores sociales	Ayuntamiento correspondiente y los servicios sociales de la zona	X	X	X		
	Preparación del alta del paciente		X	X	X		

- **Tratamientos no enfocados a la abstinencia del paciente:** esta tipología de tratamientos es para los pacientes que no contemplan la supresión del consumo de su adicción. En estos casos los profesionales de la UCA realizan tratamientos para la educación del paciente en prevenir los riesgos asociados al consumo y programas que reduzcan los daños asociados al mismo.

  Los tratamientos que se dan en las UCA bajo esta tipología de tratamiento son:
  - Programa de reducción de daños
  - Programa de auto-consumo controlado
  - Programa de educación sanitaria de prevención y control de riesgos.

  De igual manera que en los tratamientos con objetivos de abstinencia del paciente estos tratamientos quedan perfectamente desarrollados en los protocolos para el tratamiento de cada adicción publicados por la Dirección General de Drogodependencias.

- **Seguimiento:** el proceso asistencial en las UCA no es un proceso que se pueda considerar lineal. Es necesario tener en cuenta que durante todas las fases del tratamiento se realiza un seguimiento de la evolución del paciente, con el objetivo de ir reevaluando el plan terapéutico para la mejor adaptación del tratamiento a las necesidades actuales del paciente.
  Por otro lado, lo que justifica el seguimiento continuo es la naturaleza del proceso de cambio de la conducta adictiva con la aparición de recaídas que la convierte en una patología crónica.

  La siguiente tabla muestra las diferentes tareas que se realizan dentro de la actividad "Seguimiento durante la desintoxicación y deshabituación y el profesional que las realiza:

Proceso: Tratamiento

Actividad	Tareas	Documentación / Criterios	Méd	Psi	Enf	Advo	Pac
Seguimiento Desintoxicación - Contactos y Visitas Programadas (Cocaína; Inicial y final, Opiáceos y Alcohol; de 3 a 6 dependiendo de la circunstancias)	Evaluación del cumplimiento de la abstinencia	Se refleja en la Historia Clínica del paciente	X	X	X		
	Valoración del síndrome de abstinencia	Se refleja en la Historia Clínica del paciente	X		X		
	Complicaciones, tolerancia a la medicación y efectos secundarios	Se refleja en la Historia Clínica del paciente	X	X			
	Psicoeducación	Folletos de formación familiar Entrenamiento familiar	X		X		
	Intervención psicológica	Refuerzo de la motivación psicológica del paciente	X	X	X		
Seguimiento Deshabituación - Visitas programadas o contactos	Programas estructurados en entornos controlados	Protocolos Alcohol, Opiáceos y Cocaína		X			
	Programas estructurados en entornos ambulatorios			X			
	Visitas médicas para tratamiento farmacológico		X				
	Visitas enfermería (Educación/Administración supervisada de medicación)				X		
	Evaluación psicopatológica	A las 4-6 semanas. Test MINI		X			
	Evaluación Bio-Psico-social	Terapias de pareja (técnicas de comunicación y negociación)		X			
	Coordinación con otros recursos			X			

- **Alta terapéutica:** el alta terapéutica no es un documento que se encuentre consolidado en todas las Unidades de Conductas Adictivas de la Comunitat Valenciana. De todas formas bajo esta actividad se realiza también la programación del seguimiento post-alta del paciente.

  La siguiente tabla muestra las diferentes tareas que se realizan dentro de la actividad "Alta terapéutica" y el profesional que las realiza:

Proceso: Tratamiento							
Actividad	**Tareas**	**Documentación / Criterios**	**Méd**	**Psi**	**Enf**	**Advo**	**Pac**
Alta Terapéutica (enfermedad crónica, no alta definitiva)	Alta terapéutica	Documento de alta terapéutica*	X	X			
	Programación del seguimiento post-alta terapéutica	A los 6 meses durante el primer año y después cada año	X	X	X		

(*) El documento de alta terapéutica no se encuentra estandarizado en todas las Unidades de Conductas Adictivas.

- **Seguimiento post-alta terapéutica:** como ya se ha señalado en más de una ocasión, un aspecto a tener en cuenta es la cronicidad de las patologías adictivas, por ello los pacientes que finalizan su periodo de tratamiento es necesario que se les realice un seguimiento periódico de baja intensidad. Durante el primer año semestralmente y en adelante anualmente de forma presencial o mediante contacto telefónico de forma que el paciente se encuentre de alguna forma vinculado con el tratamiento que ha recibido y en aras de prevenir recaídas.

  La siguiente tabla muestra las diferentes tareas que se realizan dentro de la actividad "Seguimiento post-alta terapéutica" y el profesional que las realiza:

Proceso: Tratamiento							
Actividad	**Tareas**	**Documentación / Criterios**	**Méd**	**Psi**	**Enf**	**Advo**	**Pac**
Seguimiento post-alta	Consulta programada breves		X	X	X		
	Contacto telefónico con pacientes para seguimiento		X	X	X		
	Consulta a demanda del paciente		X	X	X		

6. Sistema de información asistencial de sustancias psicoactivas

Para un trabajo eficiente, el equipo terapéutico de la unidad de conductas adictivas orienta su actividad hacia la optimización de los resultados en su práctica clínica, sistematizando los procesos asistenciales mediante la protocolización asistencial propuesta.

Actualmente, el programa ABUCASIS II, conecta los centros y los sistemas de información de Atención ambulatoria de forma integral, no solo como soporte a las funciones administrativas sino como sistema de gestión del proceso asistencial.

El modelo que se propone permite una valoración bio-psico-social del paciente con patología adictiva, pues mediante la recogida de información con la historia clínica, de forma semi-estructurada y basada en la praxis clínica, se pretende formalizar el protocolo de actuación único.

6.1 Indicador asistencial en Abuscasis II

La Historia Clínica, propuesta para ser programada en ABUCASIS será el documento básico de la protocolización asistencial del paciente, que permitirá a los profesionales de las UCA:

- Recoger datos relevantes del paciente: socio-biográficos, historia toxicológica, historia médica, psicológica, social.
- Valoración de la motivación para el tratamiento.
- Valoración del estado médico y psicológico actual.
- Detección de psicopatología asociada.
- Diseño del Plan Terapéutico (individual, pareja, familiar o grupal).
- Notificación de datos al Sistema Autonómico Valenciano de Información en Adicciones (SAVIA).

El indicador asistencial de Abucasis II se estructura en los siguientes apartados:

6.1.1 Datos socio-biográficos:

Variables que hacen referencia a la descripción sociodemográfica de pacientes admitidos a tratamiento que permitan la valoración de la demanda principal al iniciar el tratamiento.
Los datos socio-biográficos descritos en este apartado son los siguientes:

- Estado civil.
- Estudios.
- Nº de hijos.
- Con quien vive habitualmente.
- Situación judicial.
- Motivo de la demanda de tratamiento.
- Situación de empleo actual.

6.1.2 Historia toxicológica

Variables que hacen referencia a la descripción de patrones de consumo para cada sustancia psicoactiva y /o conducta adictiva de pacientes admitidos a tratamiento.

- Patobiografía de consumo de sustancias y/o conductas adictivas:
  - Patrón de uso de drogas, historia del uso de sustancias y de los consumos últimos 30 días, disparadores del consumo, personas con las que empezó a consumir, evolución de la conducta adictiva últimos 6 meses, tratamientos previos, antecedentes familiares, actividades ilegales, hábitos de riesgo.
- Patrón de consumo actual:
  - Sustancias que motivan la demanda: principal y secundarias.

6.1.3 Historia médica

Variables que hacen referencia a la valoración medica de la existencia de enfermedades concomitantes y de otras psicopatologías que pudieran haberse agravado con la adicción o interfieran con el tratamiento:

- Antecedentes: personales, enfermedades crónicas, psiquiátricas.
- Anamnesis: debe incluir exploración física básica y posibles alteraciones psiquiátricas:
  - Indicadores físicos de abuso/dependencia sustancias.
  - Complicaciones médicas asociadas al abuso/dependencia de sustancias.

Será conveniente contrastar los datos con familiares, personas de apoyo, análisis tóxicos en orina o marcadores analíticos directos.

6.1.4 Historia psicológica

Variables que hacen referencia a la valoración psico-social y familiar, de la gravedad de la adicción e impresión diagnóstica, para planificar las áreas a potenciar en el Plan Terapéutico.

- Psicosocial y familiar: debe incluir, evaluación del estado psicológico, posibles alteraciones psiquiátricas determinando si son previas o posteriores de abuso de sustancias y árbol familiar:
  - Historia psicológica, antecedentes de tratamientos psicológicos, exploración del estado mental, estudio familiar.
- Ámbito Social/relacional: debe incluir, evaluación del grado de funcionamiento social:
  - Situación social, contacto con otros recursos sociales, relaciones interpersonales, habilidades propias, habilidades sociales, actividades de ocio y tiempo libre, etc.
- Conciencia de Enfermedad/Motivación al tratamiento, debe incluir, motivación para el tratamiento y para el cambio, mediante cuestionario DISPOSICIÓN PARA EL CAMBIO, (RCQ).
- Impresión Diagnóstica:
  - Diagnóstico y comorbilidad:
    EJE I:
    A. Trastornos clínicos: Según DSMIV-R.
    B. Trastornos por consumo de sustancias: Según DSMIV-R y según criterios MINI Entrevista Neuropsiquiatría Internacional) l.
    EJE II:
    A. Trastorno de la Personalidad y Trastorno Mental: Según Cuestionario Personalidad de Salamanca.
  - Diagnostico Dual (señalar uno):
    - Trastorno psiquiátrico primario.
    - Trastorno sustancias primario.
    - Trastorno psiquiátrico y sustancias primarios (coexistentes).

- Otras medidas de psicodiagnóstico: Depresión, Ansiedad, Calidad de Vida, Alcohol, Tabaco, Juego Patológico.
- Resumen diagnóstico:
  EJE III Enfermedades médicas.
  EJE IV Problemas psicosociales y ambientales.
  EJE V Evaluación de la actividad global.

6.1.5 Historia Clínica de Enfermería

La estructura de la Historia Clínica de Enfermería es la siguiente:

- Motivo de la consulta.
- Anamnesis: Valoración por patrones funcionales (percepción de la salud, nutricional-metabólico, actividad-ejercicio, sueño-descanso, cognitivo-perceptivo, rol-relaciones, sexualidad-reproducción). Adaptación-tolerancia al estrés, valores-creencias.
- Exploración y solicitud de pruebas complementarias.
- Diagnósticos de enfermería e intervenciones (NANDA).
- Plan de cuidados enfermeros: actividades y consejos de salud.

6.1.6 Plan Terapéutico

Tras la evaluación diagnóstica se debe elaborar el Plan Terapéutico, individualizado y consensuado con un nivel de objetivos, conforme al tratamiento prescrito, impresión diagnóstica y motivación para el cambio.
El programa debe estar sujeto a la revisión continúa del proceso, evaluando:

- Adhesión y grado de cumplimiento de los compromisos adoptados, por el paciente.
- Objetivos alcanzados y su repercusión en el nivel de motivación.
- Eficacia de estrategias.
- Cambios en las expectativas que el paciente tenga del programa.
- Diagnósticos sucesivos consecuentes a los estados evolutivos del paciente.

7. Criterios de derivación a los recursos complementarios a las Unidades de Conductas Adictivas

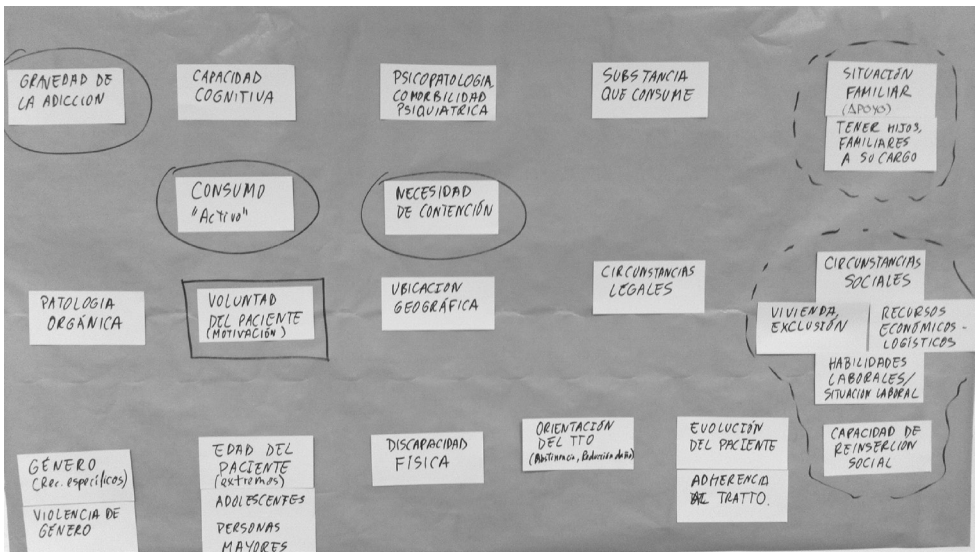
Las Unidades de Conductas Adictivas disponen de una serie de dispositivos o recursos en los que apoyarse para realizar tratamiento y seguimiento a unos perfiles definidos de pacientes. Dada la gran variabilidad existente entre las Unidades de Conductas Adictivas a la hora de derivar pacientes a estos recursos complementarios se ha contemplado la necesidad de elaborar unos perfiles de pacientes que normalicen la derivación a estos centros.

Para una mejor comprensión de los recursos de los que disponen las Unidades de Conductas Adictivas a continuación se han definido cada uno de ellos:

- Unidades de Desintoxicación Hospitalarias (UDH): son unidades de atención especializada que, en régimen de internamiento hospitalario, tienen como función el diagnóstico físico y psíquico del paciente para proceder a su desintoxicación total o parcial, con el fin de contener o estabilizar los síntomas para proseguir el tratamiento de deshabituación tras el alta hospitalaria.
- Comunidades Terapéuticas (CT): son centros que, en régimen residencial o semiresidencial, tienen como función la deshabituación y rehabilitación de los enfermos drogodependientes o con otros trastornos adictivos, así como el aprendizaje de habilidades, actitudes y valores para su incorporación social.
- Centros de Día (CD): son centros que, en régimen ambulatorio, desarrollan programas de apoyo al tratamiento y/o programas de reinserción sociolaboral para personas drogodependientes o con otros trastornos adictivos, de acuerdo con las necesidades propias de la evolución de su proceso.
  En función del programa que desarrollen los Centros de Día tendrán la siguiente tipología:
  - Centros de Día de Apoyo al Tratamiento
  - Centros de Día de Reinserción
- Viviendas Según la función que cumple este recurso se clasifica en:
  - Viviendas de Apoyo al Tratamiento (VAT): son recursos residenciales supervisados por personal técnico, donde se lleva a cabo una intervención psicosocial y educativa dirigida a apoyar el tratamiento durante todo el proceso evolutivo del paciente.
  - Viviendas de Apoyo a la Incorporación Socio-laboral (VAIS): son recursos residenciales de supervisión media, realizada por personal técnico, donde se realiza una intervención socio-educativa dirigida a apoyar el tratamiento en la fase de reintegración social y laboral.

Una vez definidos los recursos con los que cuentan en la actualidad las Unidades de Conductas Adictivas se ha abordado la derivación mediante la definición de perfiles de pacientes susceptibles de ser derivados. Para ello se ha realizado un taller de trabajo con profesionales que actualmente trabajan en las Unidades de Conductas Adictivas (médicos, psicólogos y personal de enfermería) en el que se definieron primero las dimensiones características básicas de los pacientes que justifican su derivación y segundo, se definieron los perfiles de pacientes para orientar su derivación a uno de los recursos citados.

Las dimensiones del paciente que se resaltaron fueron las siguientes:



De todas estas dimensiones se llegó al acuerdo entre los profesionales participantes en el taller que los más importantes a tener en cuenta para definir los perfiles de pacientes que deben derivarse son:

- La gravedad de la adicción, que se puede medir mediante la prueba EuropAsi.
- El paciente presenta consumo activo, determinado por un patrón de dependencia además de un consumo regular.
- Necesidad de contención del paciente, teniendo en cuenta la capacidad del paciente de mantener la abstinencia de forma mantenida. El paciente debe contar con:
  - Control de estímulos.
  - Un ambiente o entorno controlado.

  También se puede manifestar la necesidad de contención por una previsión de los médicos de que el tratamiento ambulatorio fracase.

Mientras que en segundo lugar habría que tener en cuenta:

- Las circunstancias sociales del paciente que incluye:
  - Los recursos económicos y logísticos.
  - Las habilidades laborales y su situación laboral actual.
  - Exclusión de la vivienda.
  - La capacidad de reinserción social y laboral.
- Situación familiar, considerando necesario que el paciente disponga de apoyo para realizar el tratamiento.

Y como dimensión o característica exclusoria se debería tener en cuenta:

- Motivación o voluntad del paciente para seguir el tratamiento. Entendiendo que su falta excluye al paciente de su derivación a otros recursos.

De la elección de las dimensiones del paciente más relevantes para su derivación y de sus múltiples combinaciones se ha obtenido como resultado la siguiente tabla que muestra según el perfil del paciente a qué recurso se debe realizar su derivación.

Tabla resumen de derivación de pacientes desde las Unidades de Conductas Adictivas a los recursos complementarios de la Dirección General de Drogodependencias

Perfil del paciente susceptible de derivación	Particularidades de cada perfil de paciente	Ambulatorio	UDH (1)	CT (2)	Centros de Día		Viviendas		Otros
					Tratamiento	Reinserción	VAT (3)	VAIS (4)	
• Consumo activo • Adicción grave • Necesidad de atención • Patología orgánica	• Actitud positiva frente al tratamiento (voluntad)		X						
	• Actitud negativa frente al tratamiento (voluntad)	X							
	• Estado mental psiquiátrico (agitación/necesidad de contención)								X
• Adicción grave • Necesidad de contención	• No consumo			X					
	• Consumo esporádico			X	X		X		
	• Patología orgánica muy grave (imposibilidad de adaptación del centro) o Patología cognitiva grave	X							X
• No consumo • No contención • Adicción grave • Estado mental no descompensado	• Circunstancias sociales favorables	X			X				
	• Circunstancias sociales desfavorables (no apoyo familiar/red social y complicada reinserción laboral)				X	X	X	X	
	• Circunstancias sociales desfavorables (complicada reinserción laboral)				X				
	• Circunstancias sociales desfavorables (no apoyo familiar/red social)				X		X		
• Abstinente • Apoyo familiar • Adicción leve o superada • Complicada reinserción laboral (falta de oficio)	• Falta de red social					X			
	• Falta de red social • Falta de vivienda							X	

(1) Unidad de Desintoxicación Hospitalaria

(2) Comunidad Terapéutica

(3) Viviendas Apoyo al Tratamiento

(4) Viviendas de Apoyo a la Inserción Sociolaboral

8. Vías de Práctica Clínica

Actualmente la Agencia Valenciana de Salud clasifica y describe las Vías de Práctica Clínica como un conjunto de recomendaciones (graduadas según la evidencia científica en que se basan) desarrolladas con un método de elaboración sistemático, explícito y reproducible, para ayudar a los clínicos y los pacientes a responder preguntas específicas en el proceso de la toma de decisiones en determinadas circunstancias sanitarias.

Bajo esta interpretación y dentro de todo el trabajo de normalización que se ha realizado, se ha obtenido como resultado la realización de 3 Vías de Práctica Clínica para las Unidades de Conductas Adictivas para tratar pacientes con dependencia a opiáceos, alcohol y cocaína.

Se han desarrollado las vías de práctica clínica de acuerdo con el mapa de proceso IDEF - 0 y el diagramado de actividades realizado mediante la metodología IDEF - 3 que se han descrito en el presente documento, adjudicando los días concretos en los que se deben realizar las tareas propias de cada actividad y sobre todo qué profesionales están capacitados para realizarlas.

Debido a la variabilidad existente en cuanto al número y categoría profesional que forman parte de las plantillas de las Unidades de Conductas Adictivas se ha tenido en consideración que una misma actividad pudiera ser realizada por varias categorías profesionales, éstas se han marcado con los marcadores correspondientes a cada uno de éllas. Esta duplicidad de funciones no significa que se duplique la realización de la tarea, sino que puede realizarla cualquiera de los profesionales estipulados.

El seguimiento de estas Vías de Práctica Clínica ayudarán a las Unidades de las Conductas Adictivas y los profesionales que asisten en ellas a respuestas más eficientes y eficaces en la atención a los pacientes.

Por otro lado también ayudará a la implantación de indicadores de calidad para hacer el seguimiento de la asistencia en las Unidades de Conductas Adictivas y con ello repercutir en mejorar la calidad percibida por los usuarios de este recurso asistencial.

Vía de Práctica Clínica de pacientes con dependencia de opiáceos

Código: VC-001	**Vía Clínica:** Trastorno por dependencia de opiáceos (Tratamiento con Metadona)	
Día: 1	**Proceso:** Contacto	**Actividad:** Programación

Profesionales que intervienen en el proceso de atención en las UCA: ■ Médico ▲ Psicólogo ● Enfermera ◆ Administrativo

Acciones administrativas	Evaluaciones y asistencias al paciente	Test	Prueba complementaria para diagnóstico/ seguimiento	Medicación	Actividad	Terapia psicológica	Problemas y complicaciones potenciales	Información y apoyo para el paciente	Información y apoyo familiar / acompañante
Abrir ficha de paciente (no SECAD) ●◆	Identificar el problema por el que llama el paciente ●◆	Muestras de orina, para confirmar consumo + a opiáceos ●		La dosis inicial debe estar entre 10 y 40 mg/día de metadona, de acuerdo con las siguientes equivalencia de consumo (Preston, 1996 y Seivewringt, 2000): Equivalencias Metadona Diacetilmorfina 10mg - 10mg Morfina 10mg - 10mg Petidina 50mg - 5mg Buprenorfina 0,2mg - 5mg Pentazocina 25mg - 2mg Dihidrocodeina 30mg - 3mg Codeína fosfato 15mg - 1mg Administración ● Una vez cada 24 horas preferiblemente por las mañanas. ● Los pacientes con tratamientos con inductores enzimáticos o metabolizadores rápidos que necesitaran dosis más altas y/o fraccionadas. ● Las dosis se recogen de centro dispensador diariamente por indicación del equipo terapéutico. ● En caso de incumplimiento se realizará dispensación diaria con toma directamente observada. ■		Motivar al paciente para que acuda a la UCA ●◆		Informar al paciente sobre los requisitos y tratamientos de la UCA ●◆	Informar al familiar sobre los requisitos y tratamientos de la UCA ●◆
Dar cita en la agenda de la UCA ●◆	Valorar la urgencia con la que debe programarse al paciente ●					Des-angustiar y reforzar la motivación del paciente ■▲●			
Tramitar documentación en el caso de haberla ●◆	Cumplimentar Historia Clínica de Conductas Adictivas (datos de filiación, sociodemográficos, antecedentes familiares)								
Firma de consentimiento terapéutico ■▲	■▲●								
Solicitud de pruebas complementarias ■	Valoración del síndrome de abstinencia ■▲●								
Elaboración de contrato terapéutico ■▲●	Aproximación diagnóstica ■▲●								

Código: VC-001	**Vía Clínica:** Trastorno por dependencia de opiáceos (Tratamiento con Metadona)	
Día: 2	**Proceso:** Recepción del paciente	**Actividad:** Recogida de datos

Profesionales que intervienen en el proceso de atención en las UCA: ■ Médico ▲ Psicólogo ● Enfermera ◆ Administrativo

Acciones administrativas	Evaluaciones y asistencias al paciente	Test	Prueba complementaria para diagnóstico/ seguimiento	Medicación	Actividad	Terapia psicológica	Problemas y complicaciones potenciales	Información y apoyo para el paciente	Información y apoyo familiar / acompañante
Rellenar registro SECAD ■ ▲ ●									
Entrega recordatorio próxima cita ■ ▲ ●									

Código: VC-001	**Vía Clínica:** Trastorno por dependencia de opiáceos (Tratamiento con Metadona)	
Día: 2	**Proceso:** Recepción del paciente	**Actividad:** Acogida

Profesionales que intervienen en el proceso de atención en las UCA: ■ **Médico** ▲ **Psicólogo** ● **Enfermera** ◆ **Administrativo**

Acciones administrativas	Evaluaciones y asistencias al paciente	Test	Prueba complementaria para diagnóstico/ seguimiento	Medicación	Actividad	Terapia psicológica	Problemas y complicaciones potenciales	Información y apoyo para el paciente	Información y apoyo familiar / acompañante
Programación de las visitas (cribaje) ●	Valoración del síndrome de abstinencia ■ ▲ ●	Muestras de orina	●					Informar sobre tratamiento y recursos ■ ▲ ●	
	Valoración de los riesgos asociados al paciente ■ ▲ ●								
	Cumplimentar Historia Clínica de Conductas Adictivas ■ ▲ ●								

Código: VC-001	**Vía Clínica:** Trastorno por dependencia de opiáceos (Tratamiento con Metadona)	
Día: 2	**Proceso:** Valoración diagnóstica	**Actividad:** 1ª Consulta (Médica y/o Psicólogo, Enfermería)

Profesionales que intervienen en el proceso de atención en las UCA: ■ Médico ▲ Psicólogo ● Enfermera ◆ Administrativo

Acciones administrativas	Evaluaciones y asistencias al paciente	Test	Prueba complementaria para diagnóstico/ seguimiento	Medicación	Actividad	Terapia psicológica	Problemas y complicaciones potenciales	Información y apoyo para el paciente	Información y apoyo familiar / acompañante
Solicitud de pruebas complementarias ■	Exploración física ■		Solicitud ECG ■ ●	La dosis inicial debe estar entre 10 y 40 mg/día de metadona, de acuerdo con las siguientes equivalencia de consumo (Preston, 1996 y Seivewringt, 2000): **Equivalencias** Metadona • Diacetilmorfina 10mg - 10mg • Morfina 10mg - 10mg • Petidina 50mg - 5mg • Buprenorfina 0,2mg - 5mg • Pentazocina 25mg - 2mg • Dihidrocodeina 30mg - 3mg • Codeína fosfato 15mg - 1mg **Administración** • Una vez cada 24 horas preferiblemente por las mañanas. • Los pacientes con tratamientos con inductores enzimáticos o metabolizadores rápidos que necesitaran dosis más altas y/o fraccionadas. • Las dosis se recogen de centro dispensador diariamente por indicación del equipo terapéutico. • En caso de incumplimiento se realizará dispensación diaria con toma directamente observada. ■				Educación sanitaria: • Objetivos esperados. • Características farmacológicas y farmacocinéticas de la metadona. • Efectos secundarios del tratamiento. • Riesgos del consumo concomitante con otras drogas o alcohol. • Interacciones con otros tratamientos. • Deber de informar sobre tratamiento con metadona a otros médicos que le traten otras patologías	Educación sanitaria: (bajo petición del paciente, paciente incapacitado o menor de edad): • Objetivos esperados . • Características farmacológicas y farmacocinéticas de la metadona. • Efectos secundarios del tratamiento. • Riesgos del consumo concomitante con otras drogas o alcohol. • Interacciones con otros tratamientos. • Deber de informar sobre tratamiento con metadona a otros médicos que le traten otras patologías
	Anamnesis ■		Control periódico de orina ■ ●						
	Valoración patrones funcionales ●		Solicitud pruebas neurológicas ▲						
	Valoración del cumplimiento de la abstinencia ■ ▲ ●		Solicitud pruebas neuroimagen ■						
			Exploración complementarias ■						
	Valoración del síndrome de abstinencia ■ ▲ ●								
	Diagnostico ■ ▲ ●			Ajustes de la dosis del tratamiento con metadona (dosis medias entre 50 – 120 mg/día): • Modificaciones entre 5 y 10 mg/día si no hay síndrome de abstinencia. • No se recomienda aumentar la dosis más de 20 mg/semana salvo que aparezca síndrome de abstinencia. **Administración** • Una vez cada 24 horas preferiblemente por las mañanas. • Los pacientes con tratamientos con inductores enzimáticos o metabolizadores rápidos que necesitaran dosis más altas y/o fraccionadas. • Las dosis se recogen de centro dispensador diariamente por indicación del equipo terapéutico. • En caso de incumplimiento se realizará dispensación diaria con toma directamente observada. ■				■ ▲ ●	■ ▲ ●

Código: VC-001	**Vía Clínica:** Trastorno por dependencia de opiáceos (Tratamiento con Metadona)	
Día: 3	**Proceso:** Plan terapéutico	**Actividad:** Sesión Clínica

Profesionales que intervienen en el proceso de atención en las UCA: ■ Médico ▲ Psicólogo ● Enfermera ◆ Administrativo

Acciones administrativas	Evaluaciones y asistencias al paciente	Test	Prueba complementaria para diagnóstico/ seguimiento	Medicación	Actividad	Terapia psicológica	Problemas y complicaciones potenciales	Información y apoyo para el paciente	Información y apoyo familiar / acompañante
Tramite para derivar al paciente a los distintos recursos complementarios ■	Puesta en común del diagnóstico ■ ▲ ●								
	Planificación terapéutica ■ ▲ ●								
	Establecimiento de objetivos mínimos ■ ▲ ●								
	Programación del tratamiento individualizado ■ ▲ ●								
	Evaluación de los recursos para el tratamiento ■ ▲ ●								
	Valorar Medio idóneo para el tratamiento (desintoxicación/ deshabituación) ■ ▲ ●								

Código: VC-001	**Vía Clínica:** Trastorno por dependencia de opiáceos (Tratamiento con Metadona)	
Día: 4	**Proceso:** Plan terapéutico	**Actividad:** Propuesta del tratamiento

Profesionales que intervienen en el proceso de atención en las UCA: ■ Médico ▲ Psicólogo ● Enfermera ◆ Administrativo

Acciones administrativas	Evaluaciones y asistencias al paciente	Test	Prueba complementaria para diagnóstico/ seguimiento	Medicación	Actividad	Terapia psicológica	Problemas y complicaciones potenciales	Información y apoyo para el paciente	Información y apoyo familiar / acompañante
Solicitud de recursos complementarios SIGED ■ ▲	Entrevista con el paciente y familiar o persona de apoyo ■ ▲			Ajustes de la dosis del tratamiento con metadona (dosis medias entre 50 – 120 mg/día): • Modificaciones entre 5 y 10 mg/día si no hay síndrome de abstinencia. • No se recomienda aumentar la dosis más de 20 mg/semana salvo que aparezca síndrome de abstinencia. **<u>Administración</u>** • Una vez cada 24 horas preferiblemente por las mañanas. • Los pacientes con tratamientos con inductores enzimáticos o metabolizadores rápidos que necesitaran dosis más altas y/o fraccionadas. • Las dosis se recogen de centro dispensador diariamente por indicación del equipo terapéutico. • En caso de incumplimiento se realizará dispensación diaria con toma directamente observada. ■		Apoyo al cumplimiento de los criterios de intervención e información ■ ▲			
	Pacto terapéutico (negociación de los objetivos) ■ ▲								

Código: VC-001	**Vía Clínica:** Trastorno por dependencia de opiáceos (Tratamiento con Metadona)	
Día: 4 a 6	**Proceso:** Tratamiento	**Actividad:** Ajuste y seguimiento del tratamiento

Profesionales que intervienen en el proceso de atención en las UCA: ■ **Médico** ▲ **Psicólogo** ● **Enfermera** ◆ **Administrativo**

Acciones administrativas	Evaluaciones y asistencias al paciente	Test	Prueba complementaria para diagnóstico/ seguimiento	Medicación	Actividad	Terapia psicológica	Problemas y complicaciones potenciales	Información y apoyo para el paciente	Información y apoyo familiar / acompañante
Petición de interconsulta a especialista en el caso de tratamientos concomitantes para valorar riesgo/beneficio del tratamiento con metadona (antirretrovirales, antipsicóticos, antidepresivos triciclicos y duales y/o consumo de psicoestimulantes) ■	Valoración del cumplimiento de la abstinencia ■▲●	Test MAP ■▲	Solicitud de ECG de forma periódica (pacientes tratamiento con dosis de metadona superiores a 200 mg/día) ■	Ajustes de la dosis del tratamiento con metadona (dosis medias entre 50 – 120 mg/día): • Modificaciones entre 5 y 10 mg/día si no hay síndrome de abstinencia. • No se recomienda aumentar la dosis más de 20 mg/ semana salvo que aparezca síndrome de abstinencia. **<u>Administración</u>** • Una vez cada 24 horas preferiblemente por las mañanas. • Los pacientes con tratamientos con inductores enzimáticos o metabolizadores rápidos que necesitaran dosis más altas y/o fraccionadas. • Las dosis se recogen de centro dispensador diariamente por indicación del equipo terapéutico. • En caso de incumplimiento se realizará dispensación diaria con toma directamente observada. ■		Psicoterapia para elevar y reforzar la motivación del paciente a seguir el tratamiento ▲	• Los pacientes que no llegan a la estabilidad a pesar de las dosis altas de metadona que considerar la posibilidad de que estén tomando otras drogas o fármacos que favorezcan la inducción enzimática, la existencia de características individuales, estresores o/y eventos vitales. • Descartados estos supuestos valorar la posibilidad de que se trate de un metabolizador rápido. ■	• Intervención psicoeducativa ▲●	Entrenamiento familiar sobre como afrontar el tratamiento del paciente ■▲●
	Valoración del síndrome de abstinencia ■▲●	Test SOCRATES ■▲							
	Valoración de la tolerancia y efectos secundarios de la medicación (complicaciones) ■	Test MINI ■▲	Control toxicológico de la orina ●			Apoyo psicológico ■▲●			
		Test SALAMANCA ▲	Test SCL-90 ■			Tratamiento inicia mediante intervenciones breves ▲			
		Test CAGE ▲							
		Test STAI ▲				Entrevista motivacional del paciente ■▲●			
		Test MALT ▲							
		Test FAGERSTROM ●							
		Test AUDIT ■▲●							
		Test EuropASI ▲							

Código: VC-001	**Vía Clínica:** Trastorno por dependencia de opiáceos (Tratamiento con Metadona)	
Día: 4 a 12	**Proceso:** Tratamiento	**Actividad:** Deshabituación, reinserción y seguimiento

Profesionales que intervienen en el proceso de atención en las UCA: ■ Médico ▲ Psicólogo ● Enfermera ◆ Administrativo

Acciones administrativas	Evaluaciones y asistencias al paciente	Test	Prueba complementaria para diagnóstico/ seguimiento	Medicación	Actividad	Terapia psicológica	Problemas y complicaciones potenciales	Información y apoyo para el paciente	Información y apoyo familiar / acompañante
Coordinación con otros recursos sociales del ayuntamiento ■ ▲ ●	Valoración del cumplimiento de la abstinencia ■ ▲ ●	Test MINI a las 4-6 semanas (evaluación psicopatológica) ▲		Pautas de reducción de las dosis de metadona para su final retirada: ● De 1 – 5 mg / (1 o 2 o 3 o 4 semanas) dependiendo de a respuesta del paciente. ● En ocasiones es necesario enlentecer la bajada en cuanto a dosis o frecuencia ■		<u>Deshabit-uación, mantenimiento:</u> ● Entrevista motivacional ● Técnicas Cognitivo conductuales ● Entrenamiento HHSS ● Prevención de recaídas ● Terapia cognitiva BECK ● Técnicas de autocontrol ● Terapia de manejo de estrés ● Terapia de grupo ● Abordaje del refuerzo comunitario ● Terapia combinada ▲		Educación al paciente ●	
Tramites de derivación a otros recursos (Programas estructurados en entornos controlados) ■ ▲	Valoración del síndrome de abstinencia ■ ▲ ●	Test BECK (evaluar depresión) ▲		Otras modalidades terapéuticas para a retirada de la metadona: ● Desintoxicación en medio ambulatorio. ● Desintoxicación en UDH. ● Inducción rápida de naltrexona. ● Transición a buprenorfina en pauta de retirada ■		<u>Normalización y adaptación psico-socio-familiar:</u> ● Entrevista motivacional ● Técnicas Cognitivo conductuales ● Entrenamiento HHSS ● Prevención de recaídas ● Terapia cognitiva BECK ● Técnicas de autocontrol ● Terapia de manejo de estrés ● Terapia conductual de pareja ● Terapia de conducta Social y red de trabajo ▲			
	Visita de seguimiento del tratamiento farmacológico ■ ▲								
	Visita de preparación al alta terapéutica del paciente ■ ▲ ●								

Código: VC-001	**Vía Clínica:** Trastorno por dependencia de opiáceos (Tratamiento con Metadona)	
Día: 12 a 15	**Proceso:** Tratamiento	**Actividad:** Alta terapéutica

Profesionales que intervienen en el proceso de atención en las UCA: ■ **Médico** ▲ **Psicólogo** ● **Enfermera** ◆ **Administrativo**

Acciones administrativas	Evaluaciones y asistencias al paciente	Test	Prueba complementaria para diagnóstico/ seguimiento	Medicación	Actividad	Terapia psicológica	Problemas y complicaciones potenciales	Información y apoyo para el paciente	Información y apoyo familiar / acompañante
Documento de alta terapéutica ■									
Programación del seguimiento post-alta terapéutica ■ ▲ ●									

Código: VC-001	**Vía Clínica:** Trastorno por dependencia de opiáceos (Tratamiento con Metadona)	
Día: 13 a 16	**Proceso:** Tratamiento	**Actividad:** Seguimiento post-alta terapéutica

Profesionales que intervienen en el proceso de atención en las UCA: ■ Médico ▲ Psicólogo ● Enfermera ◆ Administrativo

Acciones administrativas	Evaluaciones y asistencias al paciente	Test	Prueba complementaria para diagnóstico/ seguimiento	Medicación	Actividad	Terapia psicológica	Problemas y complicaciones potenciales	Información y apoyo para el paciente	Información y apoyo familiar / acompañante
	Visita programada de seguimiento de la abstinencia del paciente ■ ▲ ●	Cuestionario de ajuste psicosocial WHOQOL ■▲●				Seguimiento longitudinal ▲			
	Contacto telefónico programado para seguimiento de la abstinencia del paciente ■ ▲ ●								
	Visitas y consultas a demanda del paciente ■ ▲ ●								

Vía de Práctica Clínica de pacientes con dependencia de alcohol

Código: VC-002	**Vía Clínica:** Trastorno por dependencia de alcohol	
Día: 1	**Proceso: Contacto**	**Actividad:** Programación

Profesionales que intervienen en el proceso de atención en las UCA: ■ Médico ▲ Psicólogo ● Enfermera ◆ Administrativo

Acciones administrativas	Evaluaciones y asistencias al paciente	Test	Prueba complementaria para diagnóstico/ seguimiento	Medicación	Actividad	Terapia psicológica	Problemas y complicaciones potenciales	Información y apoyo para el paciente	Información y apoyo familiar / acompañante
Abrir ficha de paciente (no SECAD) ●◆	Identificar el problema por el que llama el paciente ●◆					Motivar al paciente para que acuda a la UCA ●◆		Informar al paciente sobre los requisitos y tratamiento de la UCA ●◆	Informar al familiar sobre los requisitos y tratamientos de la UCA ●◆
Dar cita en la agenda de la UCA ●◆	Valorar la urgencia con la que debe programarse al paciente ●								
Tramitar documentación en el caso de haberla ●◆									

Código: VC-002	**Vía Clínica:** Trastorno por dependencia de alcohol	
Día: 2	**Proceso: Recepción del paciente**	**Actividad:** Recogida de datos

Profesionales que intervienen en el proceso de atención en las UCA: ■ **Médico** ▲ **Psicólogo** ● **Enfermera** ◆ **Administrativo**

Acciones administrativas	Evaluaciones y asistencias al paciente	Test	Prueba complementaria para diagnóstico/ seguimiento	Medicación	Actividad	Terapia psicológica	Problemas y complicaciones potenciales	Información y apoyo para el paciente	Información y apoyo familiar / acompañante
Rellenar registro SECAD ■ ▲ ●	Cumplimentar Historia Clínica de Conductas Adictivas (datos de filiación, sociodemográficos, antecedentes familiares) ■ ▲ ●					Des-angustiar y reforzar la motivación del paciente ■ ▲ ●			
Firma de consentimiento terapéutico ■ ▲									
Entrega recordatorio próxima cita ■ ▲ ● ◆									

Código: VC-002	**Vía Clínica:** Trastorno por dependencia de alcohol	
Día: 2	**Proceso:** Recepción del paciente	**Actividad:** Acogida

Profesionales que intervienen en el proceso de atención en las UCA: ■ Médico ▲ Psicólogo ● Enfermera ◆ Administrativo

Acciones administrativas	Evaluaciones y asistencias al paciente	Test	Prueba complementaria para diagnóstico/ seguimiento	Medicación	Actividad	Terapia psicológica	Problemas y complicaciones potenciales	Información y apoyo para el paciente	Información y apoyo familiar / acompañante
Programación de las visitas (cribaje) ●	Valoración del síndrome de abstinencia (SAA) ■ ▲	Test CIWA valorar SAA: ● Leve: <10 ● Moderado: 10-20 ● Grave: >20 ■ ▲						Informar sobre tratamiento y recursos ■ ▲ ●	
	Valoración de los riesgos asociados al paciente ■ ▲	Muestras de orina ●							
	Aproximación diagnóstica ■ ▲ ●	Solicitar analítica estudio de marcadores biológicos: ● Volumen corpuscular medio (CVM) ● Gamma Gutamil Transpeptidasa ● Transferrina deficiente en carbohidratos							
	Cumplimentar Historia Clínica de Conductas Adictivas ■ ▲	■							

Código: VC-002	**Vía Clínica:** Trastorno por dependencia de alcohol	
Día: 2	**Proceso:** Valoración diagnóstica	**Actividad:** 1ª Consulta (Médica y/o Psicólogo, Enfermería)

Profesionales que intervienen en el proceso de atención en las UCA: ■ Médico ▲ Psicólogo ● Enfermera ◆ Administrativo

Acciones administrativas	Evaluaciones y asistencias al paciente	Test	Prueba complementaria para diagnóstico/ seguimiento	Medicación	Actividad	Terapia psicológica	Problemas y complicaciones potenciales	Información y apoyo para el paciente	Información y apoyo familiar / acompañante
Solicitud de pruebas complementarias ■	Exploración física ■	Test MAP ■▲	Solicitud ECG ■●	<u>Tratamiento inicial desintoxicación:</u> Benzodiacepinas: • Diazepam (10-20mg/6h durante 2 días y reducir según respuesta). • Clordiazepóxido (1º día: 50mg/6h. Los siguientes 2 días 2 25-50mg/6h y disminuir según respuesta) • Clorazepato dipotásico (15-25mg/6h y reducción según respuesta) • Lorazepam (3-15 mg/día con reducción según respuesta) Clometiazol: SAA moderado-severo Día 1: 3,3,3,4; Día 2: 3,3,3,4; Día 3: 3,3,3,3; Día 4: 3,2,3,3; Día 5: 2,2,2,3; Día 6: 2,2,2,2; Día 7: 2,1,1,2; Día 8: 1,1,1,1; Día 9: 1,0,0,1; Día 10: 0,0,0,1. Anticonvulsivantes (no aprobado por la Agencia Española del Medicamento para tratar el SAA): • Carbamacepina • Oxcarbacepina • Topiramato Triaprida (900mg/día) SAA leve- moderado Día 1: 3,3,3; Día 2: 3,3,3; Día 3: 3,3,3; Día 4: 3,2,3; Día 5: 2,2,2; Día 6: 2,1,2; Día 7: 1,1,1; Día 8: 0,1,1; Día 9: 0,0,1; Día 10: 0,0,0. Vitaminoterapia de grupo B: • B-1: 900m/día • B-6: 600mg/día (Supresión cuando niveles plasmáticos están dentro de su rango) ■		Tratamiento inicia mediante intervenciones breves ▲	Benzodiacepinas: riesgos de abuso y dependencia.	Educación sanitaria ●	Entrevista ▲
	Anamnesis ■	Test SOCRATES ■▲	Test SCL-90 ■				Clometiazol (necesaria supervisión estricta de la pauta): depresión respiratoria al combinarlo con alcohol, a la gran variabilidad de su biodisponibilidad y a su potencial adictivo.	Intervención psicoeducativa ▲●	
	Valoración patrones funcionales ●	Test MINI ■▲	Control periódico de orina ■●			Entrevista motivacional del paciente ■▲●			
	Desintoxicación hospitalaria o ambulatoria	Test SALAMANCA ▲	Solicitud pruebas neurológicas ▲						
	■	Test CAGE ▲	Solicitud pruebas neuroimagen ■						
	Diagnostico ■▲●	Test STAI ▲	Exploración comple-mentarias ■				Carbamacepinay Oxcarbacepina: vértigos, nauseas, prurito, ataxia y cefalea.		
		Test MALT ▲							
		Test FAGERSTROM ●							
		Test AUDIT ■▲●		<u>Tratamiento inicial deshabituación:</u> • Fármacos disuasorios o interdictores • Fármacos anti-craving • Fármacos anticonvulsivantes ■					
		Test EuropASI ▲							

Código: VC-002	**Vía Clínica:** Trastorno por dependencia de alcohol	
Día: 3	**Proceso:** Plan terapéutico	**Actividad:** Sesión Clínica

Profesionales que intervienen en el proceso de atención en las UCA: ■ Médico ▲ Psicólogo ● Enfermera ◆ Administrativo

Acciones administrativas	Evaluaciones y asistencias al paciente	Test	Prueba complementaria para diagnóstico/ seguimiento	Medicación	Actividad	Terapia psicológica	Problemas y complicaciones potenciales	Información y apoyo para el paciente	Información y apoyo familiar / acompañante
Tramite para derivar al paciente ■	Puesta en común del diagnóstico ■ ▲ ●								
	Planificación terapéutica ■ ▲ ●								
	Establecimiento de objetivos mínimos ■ ▲ ●								
	Programación del tratamiento individualizado ■ ▲ ●								
	Evaluación de los recursos para el tratamiento ■ ▲ ●								
	Valorar Medio idóneo para el tratamiento (desintoxicación/ deshabituación) ■ ▲ ●								

Código: VC-002	**Vía Clínica:** Trastorno por dependencia de alcohol	
Día: 4	**Proceso:** Plan terapéutico	**Actividad:** Propuesta del tratamiento

Profesionales que intervienen en el proceso de atención en las UCA: ■ Médico ▲ Psicólogo ● Enfermera ◆ Administrativo

Acciones administrativas	Evaluaciones y asistencias al paciente	Test	Prueba complementaria para diagnóstico/ seguimiento	Medicación	Actividad	Terapia psicológica	Problemas y complicaciones potenciales	Información y apoyo para el paciente	Información y apoyo familiar / acompañante
Solicitud de recursos complementarios SIGED ■▲	Entrevista con el paciente y familiar o persona de apoyo ■▲			<u>Tratamiento inicial desintoxicación:</u> Benzodiacepinas: ● Diazepam (10-20mg/6h durante 2 días y reducir según respuesta). ● Clordiazepóxido (1º día: 50mg/6h. Los siguientes 2 días 2 25-50mg/6h y disminuir según respuesta) ● Clorazepato dipotásico (15-25mg/6h y reducción según respuesta) ● Lorazepam (3-15 mg/día con reducción según respuesta) Clometiazol: SAA moderado-severo Día 1: 3,3,3,4; Día 2: 3,3,3,4; Día 3: 3,3,3,3; Día 4: 3,2,3,3; Día 5: 2,2,2,3; Día 6: 2,2,2,2; Día 7: 2,1,1,2; Día 8: 1,1,1,1; Día 9: 1,0,0,1; Día 10: 0,0,0,1. Anticonvulsivantes (no aprobado por la Agencia Española del Medicamento para tratar el SAA): ● Carbamacepina ● Oxcarbacepina ● Topiramato Triaprida (900mg/día) SAA leve- moderado Día 1: 3,3,3; Día 2: 3,3,3; Día 3: 3,3,3; Día 4: 3,2,3; Día 5: 2,2,2; Día 6: 2,1,2; Día 7: 1,1,1; Día 8: 0,1,1; Día 9: 0,0,1; Día 10: 0,0,0. Vitaminoterapia de grupo B: ● B-1: 900m/día ● B-6: 600mg/día (Supresión cuando niveles plasmáticos están dentro de su rango) <u>Tratamiento inicial deshabituación:</u> • Fármacos disuasorios o interdictores • Fármacos anti-craving • Fármacos anticonvulsivantes ■		Apoyo al cumplimiento de los criterios de intervención e información ■▲			
Consentimiento terapéutico ■▲	Pacto terapéutico (negociación de los objetivos) ■▲								

Código: VC-002	**Vía Clínica:** Trastorno por dependencia de alcohol	
Día: 4 a 6	**Proceso:** Tratamiento	**Actividad:** Desintoxicación y seguimiento

Profesionales que intervienen en el proceso de atención en las UCA: ■ Médico ▲ Psicólogo ● Enfermera ◆ Administrativo

Acciones administrativas	Evaluaciones y asistencias al paciente	Test	Prueba complementaria para diagnóstico/ seguimiento	Medicación	Actividad	Terapia psicológica	Problemas y complicaciones potenciales	Información y apoyo para el paciente	Información y apoyo familiar / acompañante
	Valoración del cumplimiento de la abstinencia ■ ●			Benzodiacepinas: • Diazepam (10-20mg/6h durante 2 días y reducir según respuesta). • Clordiazepóxido (1º día: 50mg/6h. Los siguientes 2 días 2 25-50mg/6h y disminuir según respuesta) • Clorazepato dipotásico (15-25mg/6h y reducción según respuesta) • Lorazepam (3-15 mg/ día con reducción según respuesta) Clometiazol: SAA moderado-severo Día 1: 3,3,3,4; Día 2: 3,3,3,4; Día 3: 3,3,3,3; Día 4: 3,2,3,3; Día 5: 2,2,2,3; Día 6: 2,2,2,2; Día 7: 2,1,1,2; Día 8: 1,1,1,1; Día 9: 1,0,0,1; Día 10: 0,0,0,1. Anticonvulsivantes (no aprobado por la Agencia Española del Medicamento para tratar el SAA): • Carbamacepina • Oxcarbacepina • Topiramato Triaprida (900mg/día) SAA leve- moderado Día 1: 3,3,3; Día 2: 3,3,3; Día 3: 3,3,3; Día 4: 3,2,3; Día 5: 2,2,2; Día 6: 2,1,2; Día 7: 1,1,1; Día 8: 0,1,1; Día 9: 0,0,1; Día 10: 0,0,0. Vitaminoterapia de grupo B: • B-1: 900m/día • B-6: 600mg/día • (Supresión cuando niveles plasmáticos están dentro de su rango). ■		Psicoterapia para elevar y reforzar la motivación del paciente a seguir el tratamiento ▲	Benzodiacepinas: riesgos de abuso y dependencia ■		Entrenamiento familiar sobre como afrontar el tratamiento del paciente ■▲●
	Valoración del síndrome de abstinencia ■ ●					Apoyo psicológico ■▲●	Clometiazol (necesaria supervisión estricta de la pauta): depresión respiratoria al combinarlo con alcohol, a la gran variabilidad de su biodisponibilidad y a su potencial adictivo ■		
	Valoración de la tolerancia y efectos secundarios de la medicación (complicaciones) ■						Carbamacepinay Oxcarbacepina: vértigos, nauseas, prurito, ataxia y cefalea ■		

Código: VC-002	**Vía Clínica:** Trastorno por dependencia de alcohol	
Día: 4 a 10	**Proceso:** Tratamiento	**Actividad:** Deshabituación, reinserción y seguimiento

Profesionales que intervienen en el proceso de atención en las UCA: ■ Médico ▲ Psicólogo ● Enfermera ◆ Administrativo

Acciones administrativas	Evaluaciones y asistencias al paciente	Test	Prueba complementaria para diagnóstico/ seguimiento	Medicación	Actividad	Terapia psicológica	Problemas y complicaciones potenciales	Información y apoyo para el paciente	Información y apoyo familiar / acompañante
Coordinación con otros recursos sociales del ayuntamiento ■▲●	Visita de seguimiento del tratamiento farmacológico ■▲	Test MINI a las 4-6 semanas • (evaluación psicopatológica) ▲		Fármacos para el tratamiento en la fase de Deshabituación: ● Disuasorios o interdictores. ● Anti-craving ● Anticonvulsivantes ■		<u>Deshabit-uación, mantenimiento:</u> ● Entrevista motivacional ● Técnicas Cognitivo conductuales ● Entrenamiento HHSS ● Prevención de recaídas ● Terapia cognitiva BECK ● Técnicas de autocontrol ● Terapia de manejo de estrés ● Terapia de grupo ● Abordaje del refuerzo comunitario ● Terapia combinada ▲		Educación al paciente ●	
Tramites de derivación a otros recursos (Programas estructurados en entornos controlados) ■▲	Visita de preparación al alta terapéutica del paciente ■▲●	Test BECK ▲		Administración supervisada de medicación ■ ●		<u>Normalización y adaptación psico-socio-familiar:</u> ● Entrevista motivacional ● Técnicas Cognitivo conductuales ● Entrenamiento HHSS ● Prevención de recaídas ● Terapia cognitiva BECK ● Técnicas de autocontrol ● Terapia de manejo de estrés ● Terapia conductual de pareja ● Terapia de conducta Social y red de trabajo ▲			

Código: VC-002	**Vía Clínica:** Trastorno por dependencia de alcohol	
Día: 6 a 11	**Proceso:** Tratamiento	**Actividad:** Alta terapéutica

Profesionales que intervienen en el proceso de atención en las UCA: ■ **Médico** ▲ **Psicólogo** ● **Enfermera** ◆ **Administrativo**

Acciones administrativas	Evaluaciones y asistencias al paciente	Test	Prueba complementaria para diagnóstico/ seguimiento	Medicación	Actividad	Terapia psicológica	Problemas y complicaciones potenciales	Información y apoyo para el paciente	Información y apoyo familiar / acompañante
Documento de alta terapéutica ■									
Programación del seguimiento post-alta terapéutica ■ ▲ ●									

Código: VC-002	**Vía Clínica:** Trastorno por dependencia de alcohol	
Día: 7 a 12	**Proceso:** Tratamiento	**Actividad:** Seguimiento post-alta terapéutica

Profesionales que intervienen en el proceso de atención en las UCA: ■ Médico ▲ Psicólogo ● Enfermera ◆ Administrativo

Acciones administrativas	Evaluaciones y asistencias al paciente	Test	Prueba complementaria para diagnóstico/ seguimiento	Medicación	Actividad	Terapia psicológica	Problemas y complicaciones potenciales	Información y apoyo para el paciente	Información y apoyo familiar / acompañante
	Visita programada de seguimiento de la abstinencia del paciente ■ ▲ ●	Cuestionario de ajuste psicosocial WHOQOL ■▲●				Seguimiento longitudinal ▲			
	Contacto telefónico programado para seguimiento de la abstinencia del paciente ■ ▲ ●								
	Visitas y consultas a demanda del paciente ■ ▲ ●								

Vía de Práctica Clínica de pacientes con dependencia de cocaína

Código: VC-003	**Vía Clínica:** Trastorno por dependencia de cocaína	
Día: 1	**Proceso: Contacto**	**Actividad:** Programación

Profesionales que intervienen en el proceso de atención en las UCA: ■ Médico ▲ Psicólogo ● Enfermera ◆ Administrativo

Acciones administrativas	Evaluaciones y asistencias al paciente	Test	Prueba complementaria para diagnóstico/ seguimiento	Medicación	Actividad	Terapia psicológica	Problemas y complicaciones potenciales	Información y apoyo para el paciente	Información y apoyo familiar / acompañante
Abrir ficha de paciente (no SECAD) ●◆	Identificar el problema por el que llama el paciente ●◆					Motivar al paciente para que acuda a la UCA ●◆		Informar al paciente sobre los requisitos y tratamiento de la UCA ●◆	Informar al familiar sobre los requisitos y tratamientos de la UCA ●◆
Dar cita en la agenda de la UCA ●◆	Valorar la urgencia con la que debe programarse al paciente ●								
Tramitar documentación en el caso de haberla ●◆									

Código: VC-003	**Vía Clínica:** Trastorno por dependencia de cocaína	
Día: 2	**Proceso: Recepción del paciente**	**Actividad:** Recogida de datos

Profesionales que intervienen en el proceso de atención en las UCA: ■ **Médico** ▲ **Psicólogo** ● **Enfermera** ◆ **Administrativo**

Acciones administrativas	Evaluaciones y asistencias al paciente	Test	Prueba complementaria para diagnóstico/ seguimiento	Medicación	Actividad	Terapia psicológica	Problemas y complicaciones potenciales	Información y apoyo para el paciente	Información y apoyo familiar / acompañante
Rellenar registro SECAD ■ ▲ ●	Cumplimentar Historia Clínica de Conductas Adictivas (datos de filiación, sociodemográficos, antecedentes familiares) ■ ▲ ●					Des-angustiar y reforzar la motivación del paciente ■ ▲ ●			
Firma de consentimiento terapéutico ■ ▲									
Entrega recordatorio próxima cita ■ ▲ ● ◆									

Código: VC-003	**Vía Clínica:** Trastorno por dependencia de cocaína	
Día: 2	**Proceso:** Recepción del paciente	**Actividad:** Acogida

Profesionales que intervienen en el proceso de atención en las UCA: ■ Médico ▲ Psicólogo ● Enfermera ◆ Administrativo

Acciones administrativas	Evaluaciones y asistencias al paciente	Test	Prueba complementaria para diagnóstico/ seguimiento	Medicación	Actividad	Terapia psicológica	Problemas y complicaciones potenciales	Información y apoyo para el paciente	Información y apoyo familiar / acompañante
Programación de las visitas (cribaje) ●	Valoración del síndrome de abstinencia (SAA) ■ ▲	Muestras de orina ●						Informar sobre tratamiento y recursos ■ ▲ ●	
	Valoración de los riesgos asociados al paciente ■ ▲								
	Aproximación diagnóstica ■ ▲ ●								
	Cumplimentar Historia Clínica de Conductas Adictivas ■ ▲								

Código: VC-003	**Vía Clínica:** Trastorno por dependencia de cocaína	
Día: 2	**Proceso:** Valoración diagnóstica	**Actividad:** 1ª Consulta (Médica y/o Psicólogo, Enfermería)

Profesionales que intervienen en el proceso de atención en las UCA: ■ **Médico** ▲ **Psicólogo** ● **Enfermera** ◆ **Administrativo**

Acciones administrativas	Evaluaciones y asistencias al paciente	Test	Prueba complementaria para diagnóstico/ seguimiento	Medicación	Actividad	Terapia psicológica	Problemas y complicaciones potenciales	Información y apoyo para el paciente	Información y apoyo familiar / acompañante
Solicitud de pruebas complementarias ■	Exploración física ■	**Instrumentos de apoyo al diagnóstico** Screening • SDS Diagnóstico • CAST • MINI	Solicitud ECG ■ ●	Tratamientos farmacológicos para tratar la dependencia de cocaína • **Agonistas Dopaminérgicos:** Bromocriptina, Pergolida, d-amfetamina • **Agonistas parciales Dopaminérgicos:** Terguride. • **Inhibidores de la recaptación de Dopamina:** Amantadina, Mazindol, Metilfenidato, algunos Antidepresivos Tricíclicos e IRSS. • **Inhibidores del metabolismo de la Dopamina:** Selegilina y Disulfiram. • **Antagonistas Dopaminérgicos:** Antispsicóticos. • **Compuestos GABAérgicos:** Baclofeno, Gabapentina, Tiagabina, Lamotrigina, Valproato, Carbamazepina, Topiramato. • **Antagonistas beta-adrenérgicos:** Propanolol, Labetalol. • Antagonistas Opioides: Naltrexona, Buprenorfina, Ciclazone. • **Inhibidores de la síntesis de cortisol y antagonistas de los receptores glucocorticoides:** Ketokonazol, Metirapone, Dexametasona. • **Antagonistas del calcio:** Nimodipino, Isradipine. • **Antidepresivos:** Desimipramina, Imipramina, Fluoxetina, Venlafaxina, Bupropion, Gepirona, Selegilina. ■		Tratamiento inicia mediante intervenciones breves ▲		ntervención psicoeducativa ▲ ●	
Elaboración de contrato terapéutico ■ ▲ ●	Anamnesis ■		Control periódico de orina ■ ●						
	Valoración patrones funcionales ●	**Instrumentos de valoración del trastorno adictivo** **Síndrome de Abstinencia:** • CSSA **Gravedad de Dependencia:** • EuropASI • SDS • CAP • CAST • HAL DIRS-C • LSI-C **Craving:** • IDTS • CHRSQ • RPS • MCCS • STCCRR • CCQ • Weiss • Y-BOCS ■ ▲	Exploración complementarias ■			Entrevista motivacional del paciente ■ ▲ ●			
	Detectar posibles adicciones complementarias a la cocaína (alcohol, ludopatía, heroína,...) ■		Solicitud pruebas neurológicas ▲						
	Diagnostico ■ ▲ ●		Solicitud pruebas neuroimagen ■						
	Desintoxicación hospitalaria o ambulatoria o residencial ■	**Instrumentos de valoración de patología comórbiba** • PRIMS • SCL-90-R • GHQ-28 • STAI • BDI • HDRS • MCMI-III ■ ▲							
		Instrumentos de valoración de la motivación • URICA • PCQ • CMRS • CRFQ • DB ■ ▲							

Código: VC-003	**Vía Clínica:** Trastorno por dependencia de cocaína	
Día: 3	**Proceso:** Plan terapéutico	**Actividad:** Sesión Clínica

Profesionales que intervienen en el proceso de atención en las UCA: ■ Médico ▲ Psicólogo ● Enfermera ◆ Administrativo

Acciones administrativas	Evaluaciones y asistencias al paciente	Test	Prueba complementaria para diagnóstico/ seguimiento	Medicación	Actividad	Terapia psicológica	Problemas y complicaciones potenciales	Información y apoyo para el paciente	Información y apoyo familiar / acompañante
Tramite para derivar al paciente ■	Puesta en común del diagnóstico ■ ▲ ●								
	Planificación terapéutica ■ ▲ ●								
	Establecimiento de objetivos mínimos ■ ▲ ●								
	Programación del tratamiento individualizado ■ ▲ ●								
	Evaluación de los recursos para el tratamiento ■ ▲ ●								
	Valorar Medio idóneo para el tratamiento (desintoxicación/ deshabituación) ■ ▲ ●								

Código: VC-003	**Vía Clínica:** Trastorno por dependencia de cocaína	
Día: 4	**Proceso:** Plan terapéutico	**Actividad:** Propuesta del tratamiento

Profesionales que intervienen en el proceso de atención en las UCA: ■ Médico ▲ Psicólogo ● Enfermera ◆ Administrativo

Acciones administrativas	Evaluaciones y asistencias al paciente	Test	Prueba complementaria para diagnóstico/ seguimiento	Medicación	Actividad	Terapia psicológica	Problemas y complicaciones potenciales	Información y apoyo para el paciente	Información y apoyo familiar / acompañante
Solicitud de recursos complementarios SIGED ■▲	Entrevista con el paciente y familiar o persona de apoyo ■▲			<u>Tratamientos farmacológicos para tratar la dependencia de cocaína</u> ● **Agonistas Dopaminérgicos:** Bromocriptina, Pergolida, d-amfetamina ● **Agonistas parciales Dopaminérgicos:** Terguride. ● **Inhibidores de la recaptación de Dopamina:** Amantadina, Mazindol, Metilfenidato, algunos Antidepresivos Tricíclicos e IRSS. ● **Inhibidores del metabolismo de la Dopamina:** Selegilina y Disulfiram. ● **Antagonistas Dopaminérgicos:** Antispsicóticos. ● **Compuestos GABAérgicos:** Baclofeno, Gabapentina, Tiagabina, Lamotrigina, Valproato, Carbamazepina, Topiramato. ● **Antagonistas beta-adrenérgicos:** Propanolol, Labetalol. ● Antagonistas Opioides: Naltrexona, Buprenorfina, Ciclazone. ● **Inhibidores de la síntesis de cortisol y antagonistas de los receptores glucocorticoides:** Ketokonazol, Metirapone, Dexametasona. ● **Antagonistas del calcio:** Nimodipino, Isradipine. ● **Antidepresivos:** Desimipramina, Imipramina, Fluoxetina, Venlafaxina, Bupropion, Gepirona, Selegilina. ■		Apoyo al cumplimiento de los criterios de intervención e información ■▲			
Consentimiento terapéutico ■▲	Pacto terapéutico (negociación de los objetivos) ■▲								

Código: VC-003	**Vía Clínica:** Trastorno por dependencia de cocaína	
Día: 4 a 6	**Proceso:** Tratamiento	**Actividad:** Desintoxicación y seguimiento

Profesionales que intervienen en el proceso de atención en las UCA: ■ Médico ▲ Psicólogo ● Enfermera ◆ Administrativo

Acciones administrativas	Evaluaciones y asistencias al paciente	Test	Prueba complementaria para diagnóstico/ seguimiento	Medicación	Actividad	Terapia psicológica	Problemas y complicaciones potenciales	Información y apoyo para el paciente	Información y apoyo familiar / acompañante
	Valoración del cumplimiento de la abstinencia ■ ●	Monitorización del tratamiento y resultados • CAC • MAP • EuroppASI • CMRS • BD	Control toxicológico de la orina ■ ●	<u>Tratamientos farmacológicos para tratar la dependencia de cocaína</u> • **Agonistas Dopaminérgicos:** Bromocriptina, Pergolida, d-amfetamina • **Agonistas parciales Dopaminérgicos:** Terguride. • **Inhibidores de la recaptación de Dopamina:** Amantadina, Mazindol, Metilfenidato, algunos Antidepresivos Tricíclicos e IRSS. • **Inhibidores del metabolismo de la Dopamina:** Selegilina y Disulfiram. • **Antagonistas Dopaminérgicos:** Antispsicóticos. • **Compuestos GABAérgicos:** Baclofeno, Gabapentina, Tiagabina, Lamotrigina, Valproato, Carbamazepina, Topiramato. • **Antagonistas beta-adrenérgicos:** Propanolol, Labetalol. • Antagonistas Opioides: Naltrexona, Buprenorfina, Ciclazone. • **Inhibidores de la síntesis de cortisol y antagonistas de los receptores glucocorticoides:** Ketokonazol, Metirapone, Dexametasona. • **Antagonistas del calcio:** Nimodipino, Isradipine. • **Antidepresivos:** Desimipramina, Imipramina, Fluoxetina, Venlafaxina, Bupropion, Gepirona, Selegilina. ■		Psicoterapia para elevar y reforzar la motivación del paciente a seguir el tratamiento ▲			Entrenamiento familiar sobre como afrontar el tratamiento del paciente ■▲●
	Valoración del síndrome de abstinencia ■ ●					Apoyo psicológico ■▲●			
	Valoración de la tolerancia y efectos secundarios de la medicación (complicaciones) ■						■		

Código: VC-003	**Vía Clínica:** Trastorno por dependencia de cocaína	
Día: 6 a 10	**Proceso:** Tratamiento	**Actividad:** Deshabituación, reinserción y seguimiento

Profesionales que intervienen en el proceso de atención en las UCA: ■ Médico ▲ Psicólogo ● Enfermera ◆ Administrativo

Acciones administrativas	Evaluaciones y asistencias al paciente	Test	Prueba complementaria para diagnóstico/ seguimiento	Medicación	Actividad	Terapia psicológica	Problemas y complicaciones potenciales	Información y apoyo para el paciente	Información y apoyo familiar / acompañante
Coordinación con otros recursos sociales del ayuntamiento ■▲●	Visita de seguimiento del tratamiento farmacológico ■▲	▲		<u>Tratamientos farmacológicos para tratar la dependencia de cocaína</u> ● **Agonistas Dopaminérgicos:** Bromocriptina, Pergolida, d-amfetamina ● **Agonistas parciales Dopaminérgicos:** Terguride. ● **Inhibidores de la recaptación de Dopamina:** Amantadina, Mazindol, Metilfenidato, algunos Antidepresivos Tricíclicos e IRSS. ● **Inhibidores del metabolismo de la Dopamina:** Selegilina y Disulfiram. ● **Antagonistas Dopaminérgicos:** Antispsicóticos. ● **Compuestos GABAérgicos:** Baclofeno, Gabapentina, Tiagabina, Lamotrigina, Valproato, Carbamazepina, Topiramato. ● **Antagonistas beta-adrenérgicos:** Propanolol, Labetalol. ● Antagonistas Opioides: Naltrexona, Buprenorfina, Ciclazone. ● **Inhibidores de la síntesis de cortisol y antagonistas de los receptores glucocorticoides:** Ketokonazol, Metirapone, Dexametasona. ● **Antagonistas del calcio:** Nimodipino, Isradipine. ● **Antidepresivos:** Desimipramina, Imipramina, Fluoxetina, Venlafaxina, Bupropion, Gepirona, Selegilina. ■		<u>Deshabit-uación, mantenimiento:</u> ● Entrevista motivacional ● Técnicas Cognitivo conductuales ● Entrenamiento HHSS ● Prevención de recaídas ● Terapia cognitiva BECK ● Técnicas de autocontrol ● Terapia de manejo de estrés ● Terapia de grupo ● Abordaje del refuerzo comunitario ● Terapia combinada ▲		Educación al paciente ●	
Tramites de derivación a otros recursos (Programas estructurados en entornos controlados) ■▲	Visita de preparación al alta terapéutica del paciente ■▲●	▲				<u>Normalización y adaptación psico-socio-familiar:</u> ● Entrevista motivacional ● Técnicas Cognitivo conductuales ● Entrenamiento HHSS ● Prevención de recaídas ● Terapia cognitiva BECK ● Técnicas de autocontrol ● Terapia de manejo de estrés ● Terapia conductual de pareja ● Terapia de conducta Social y red de trabajo ▲			

Código: VC-003	**Vía Clínica:** Trastorno por dependencia de cocaína	
Día: 6 a 11	**Proceso:** Tratamiento	**Actividad:** Alta terapéutica

Profesionales que intervienen en el proceso de atención en las UCA: ■ **Médico** ▲ **Psicólogo** ● **Enfermera** ◆ **Administrativo**

Acciones administrativas	Evaluaciones y asistencias al paciente	Test	Prueba complementaria para diagnóstico/ seguimiento	Medicación	Actividad	Terapia psicológica	Problemas y complicaciones potenciales	Información y apoyo para el paciente	Información y apoyo familiar / acompañante
Documento de alta terapéutica ■									
Programación del seguimiento post-alta terapéutica ■ ▲ ●									

Código: VC-003	**Vía Clínica:** Trastorno por dependencia de cocaína	
Día: 7 a 12	**Proceso:** Tratamiento	**Actividad:** Seguimiento post-alta terapéutica

Profesionales que intervienen en el proceso de atención en las UCA: ■ Médico ▲ Psicólogo ● Enfermera ◆ Administrativo

Acciones administrativas	Evaluaciones y asistencias al paciente	Test	Prueba complementaria para diagnóstico/ seguimiento	Medicación	Actividad	Terapia psicológica	Problemas y complicaciones potenciales	Información y apoyo para el paciente	Información y apoyo familiar / acompañante
	Visita programada de seguimiento de la abstinencia del paciente ■ ▲ ●	Cuestionario de ajuste psicosocial WHOQOL ■▲●				Seguimiento longitudinal ▲			
	Contacto telefónico programado para seguimiento de la abstinencia del paciente ■ ▲ ●								
	Visitas y consultas a demanda del paciente ■ ▲ ●								

GENERALITAT
VALENCIANA
CONSELLERIA DE SANITAT

GENERALITAT
VALENCIANA
CONSELLERIA DE SANITAT