

***Tratamiento con Buprenorfina:
Un Adiestramiento para
Profesionales Multidisciplinarios en
Adicción***



Índice

Introducción al adiestramiento.....	5
Información básica: Iniciativa combinada de “NIDA-SAMHSA”	5
Enfoque en Buprenorfina.....	5
Miembros del equipo de la iniciativa combinada	6
Colaboradores adicionales.....	6
¿Qué contiene el Paquete de Adiestramiento?	6
¿ Qué contiene este Manual para Adiestrador?	6
¿Cómo están organizadas las transparencias del adiestramiento en “PowerPoint”?.....	7
Información general sobre cómo llevar a cabo el adiestramiento.....	8
Materiales necesarios para llevar a cabo el adiestramiento.....	8
Notas generales del adiestramiento	8
Módulo I: Introducción	9
Módulo II: Opioides 101.....	35
Módulo III: Buprenorfina 101	59
Módulo IV: Identificación de Pacientes para Tratamiento con Buprenorfina	73
Módulo V: Cuidado Coordinado.....	83
Módulo VI: Consejería a Pacientes de Buprenorfina	93
Posibles Situaciones Problemáticas y Soluciones	115

Tratamiento con Buprenorfina: Un Adiestramiento para Profesionales Multidisciplinarios en Adicción

Introducción al Adiestramiento

Información básica: iniciativa combinada de **NIDA-SAMHSA**

Para poder diseminar información en el campo de tratamiento de adicción, el Instituto Nacional de Abuso de Drogas (NIDA, por sus siglas en inglés, *National Institute on Drug Abuse*) ha creado una asociación con la Red del Centro de Transferencia de Tecnología en Adicción (ATTC, por sus siglas en inglés, *Addiction Technology Transfer Center*) fundada por la Administración de Servicios de Salud Mental y Abuso de Sustancias (SAMHSA, por sus siglas en inglés, *Substance Abuse and Mental Health Services Administration*). Los catorce “ATTCs” regionales en la nación y la Oficina Nacional de “ATTC” proporcionan adiestramiento especializado y asistencia técnica para los profesionales en el campo de tratamiento de abuso de sustancias para poder crear una fuerza de trabajo para tratamiento que sea más efectiva. Por medio de la Iniciativa Combinada de “NIDA-SAMHSA”, los grupos especiales llamados Equipos Combinados compuestos por investigadores de “NIDA” y representantes de “ATTC”, se reúnen para diseñar estrategias de diseminación.

Enfoque en Buprenorfina

En el año 2000, “NIDA” creó la Red de Pruebas Clínicas (CTN, por sus siglas en inglés, *Clinical Trials Network*). La “CTN” lleva a cabo estudios de intervenciones de conducta, farmacológicas, e intervenciones integradas de tratamiento farmacológico y de conducta en pruebas clínicas rigurosas y en varios ambientes para determinar la efectividad entre una gama amplia de ambientes de tratamiento con sede en las comunidades y distintas poblaciones de pacientes. Una vez se culmine la investigación, el “CTN” trabajará para transferir los resultados de la investigación a los médicos, proveedores y sus pacientes para mejorar la calidad del tratamiento de abuso de drogas a lo largo de todo el país.

En 2002, las formulaciones de las tabletas de Buprenorfina fueron aprobadas por la “FDA” para el tratamiento de la adicción a opiáceos. Además, la “CTN” ha implementado varias pruebas clínicas relacionadas con usos específicos de este medicamento. En la actualidad, la “CTN” está llevando a cabo o ha completado pruebas clínicas para la buprenorfina. Se está analizando y preparando la información para diseminarla al campo en forma de información específica para tratamiento.

Para preparar el campo para que pueda integrar efectivamente este tratamiento nuevo, “NIDA” formó un Equipo Combinado para desarrollar un adiestramiento de concienciación para los profesionales (no médicos) multidisciplinarios en adicción para educarles acerca de la buprenorfina y su uso en el tratamiento para la adicción a opiáceos. Este adiestramiento fue diseñado para proveer un cuadro panorámico amplio de la medicación, sus efectos y el rol de los profesionales no médicos al proporcionar y apoyar el tratamiento de individuos que están recibiendo este medicamento.

Miembros del Equipo de la Iniciativa Combinada

Leslie Amass, Ph.D. – “Friends Research Institute, Inc.”

Greg Brigham, Ph.D. – “CTN Ohio Valley Node”

Glenda Clare, M.A. – “ATTC” de la Región Central-Este

Gail Dixon, M.A. – “ATTC” de la Costa Sur

Beth Finnerty, M.P.H. – “ATTC” del Pacífico Suroeste

Thomas Freese, Ph.D. – “ATTC” del Pacífico Suroeste

Eric Strain, M.D. – Universidad Johns Hopkins

Colaboradores adicionales

Judith Martin, M.D. – “14th Street Clinic”, Oakland, CA

Michael McCann, M.A. – “Matrix Institute on Adicciones”

Jeanne Obert, MFT, MSM – “Matrix Institute on Adicciones”

Donald Wesson, M.D. – Consultor Independiente

Oficina Nacional de “ATTC”

La Clínica “O.A.S.I.S.”

¿Qué contiene el paquete de adiestramiento?

- Transparencias de Adiestramiento en “PowerPoint”
- CD-ROM – “¡Aléjate de la heroína! Un Vídeo sobre Buprenorfina”
- Manual del Adiestrador
- Curso en línea del “ATTC” de la Región Central-Este
- Bibliografía Anotada
- Folleto de Mercadeo

¿Qué contiene este Manual para Adiestrador?

Este manual de adiestramiento, *Tratamiento con Buprenorfina: Un Adiestramiento para Profesionales Multidisciplinarios en Adicción*, es el producto del primer Equipo Combinado. El manual está diseñado como apoyo para un adiestramiento en contacto directo y de un día para dar una introducción básica acerca del tratamiento con buprenorfina a los proveedores de tratamiento de adicción y a otro personal que no esté compuesto por médicos. Todo el adiestramiento está diseñado como una guía que se va haciendo a la medida para los adiestradores de “ATTC” y de “CTN” a lo largo del país, para satisfacer las necesidades de su región local en específico. Por lo tanto, se proporcionan apuntes detallados para el orador, y no un libreto de palabra por palabra, para permitir así una flexibilidad total. Los comentarios en *itálicas* son sólo para el adiestrador, y no se supone que se lean en voz alta.

¿Cómo están organizadas las transparencias del adiestramiento en “PowerPoint”?

La meta principal del producto de este Equipo Combinado es crear un paquete de materiales de adiestramiento que pueda usarse para crear conciencia sobre la buprenorfina entre los profesionales multidisciplinarios en adicción. Los materiales incluyen información diseñada para aumentar la motivación para poder llevar la buprenorfina a comunidades locales, así como información acerca de qué esperar cuando alguien está siendo tratado con este medicamento.

Es importante señalar que este adiestramiento es introductorio y se concentra en crear conciencia y en estimular a los profesionales multidisciplinarios en adicción a aprender más acerca del tratamiento con buprenorfina. No está diseñado para proporcionar un nivel experto de competencia al usar la buprenorfina para la adicción a opiáceos. Este curso provee información valiosa sobre la legislación que permite el tratamiento con buprenorfina desde una oficina, la ciencia de la adicción, el mecanismo de la buprenorfina, los aspectos de selección del paciente, y varios aspectos terapéuticos, del paciente y de consejería.

El paquete de adiestramiento está diseñado para proporcionar información y contenido para un adiestramiento de seis horas para cubrir los seis módulos que se describen a continuación. Además, el módulo introductorio (Módulo I) está diseñado de manera que se pueda presentar de forma independiente como una introducción a la buprenorfina. Esta presentación más corta se podría usar como un discurso principal en conferencias o como herramienta de mercadeo para exponer a la gente a los beneficios de la buprenorfina y las ventajas de incluirla como un tratamiento dentro de las comunidades locales. Para el éxito del adiestramiento, es vital estar consciente de las necesidades del público y sus experiencias pasadas. El adiestramiento se debe adaptar para satisfacer las necesidades del público.

Este curso, *Tratamiento con Buprenorfina: Un Adiestramiento para Profesionales Multidisciplinarios en Adicción*, está dividido en seis módulos. Le recomendamos que empiece con el Módulo I y que vaya paso a paso en cada Módulo, pues cada uno de los Módulos da seguimiento al anterior. Sin embargo, es importante identificar el alcance del trasfondo de los asistentes y la experiencia con el tratamiento de adicción a opiáceos. En el caso de que los asistentes al adiestramiento tengan una vasta experiencia en el tratamiento de adicción a opiáceos, los Módulos I y II se pueden abreviar u omitir. En tal caso, el(los) adiestrador(es) comenzarían por el Módulo III y seguirían con el resto de los Módulos.

El Módulo VI (Tratamiento con Buprenorfina) es el Módulo más largo, y contiene mucha información importante. Es crítico que el adiestrador dé suficiente tiempo para cubrir adecuadamente la información que se cubre como parte del Módulo VI, sin tener que darse prisa con el contenido inicial. El adiestramiento dura aproximadamente de 5 horas y media a 6 horas. Por experiencia, el adiestramiento debe tener un ritmo que permita aproximadamente dos minutos para cada transparencia.

A lo largo del adiestramiento, el término “paciente” se usa para referirse al individuo que busca tratamiento. Esta terminología refleja la naturaleza medicalizada del tratamiento con buprenorfina y recalca el hecho de que son los médicos los principales impulsores de este tratamiento. El uso de este término puede ser inconsistente con el vocabulario de uso común

en los ambientes de tratamiento para adicción. Se sugiere a los adiestradores que cubran este aspecto con los participantes y que adapten los materiales según sea necesario.

Información General sobre Cómo Llevar a Cabo el Adiestramiento

Este adiestramiento está diseñado para realizarse con grupos pequeños o medianos (de 10 a 25 personas). Es posible usar estos materiales con grupos más grandes, pero el adiestrador tendrá que adaptar los ejercicios para grupos pequeños para asegurarse de que haya suficiente tiempo para cubrir todo el material.

Materiales Necesarios para Llevar a Cabo el Adiestramiento

- Computadora y Proyector “LCD” para proyectar las transparencias del adiestramiento en “PowerPoint” o las transparencias impresas y un proyector periscópico para transparencias
- Computadora (con bocinas) para poner el CD-ROM de “¡Aléjate de la heroína! Un Vídeo sobre Buprenorfina” que aparece en el Módulo IV
- Libretas grandes para atril o pizarra blanca y bolígrafos para anotar información relevante.

Notas Generales del Adiestramiento

Trate de averiguar tanto como pueda acerca de los participantes del adiestramiento antes de comenzar. Esto ayudará al (a los) adiestrador(es) a hacer una presentación a la medida de los seis Módulos y evitar repasar información que podría resultar elemental o redundante para los participantes.

Módulo I

Introducción



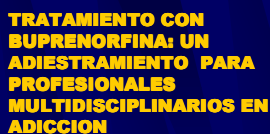
Módulo I: Introducción

La meta principal del Módulo I es proveer el contexto para el resto del adiestramiento. El material que se incluye en este módulo debe ayudar a desmitificar el tratamiento de adicción a opiáceos, proporcionar una visión general del problema de la adicción a opiáceos en los Estados Unidos y preparar el terreno para un entendimiento de la medicación en el tratamiento en general y del tratamiento con buprenorfina específicamente.

Es importante que el adiestrador mantenga una perspectiva balanceada y que NO transmita el mensaje de que la buprenorfina es mejor que la metadona o que reemplaza la metadona u otras formas de tratamiento. El mensaje debe ser que la buprenorfina representa un adelanto importante en el tratamiento de adicción a opiáceos que proporciona otra opción de tratamiento.

El Módulo I también se puede presentar como una presentación por sí sola (por ejemplo, un taller de una hora) al incluir las transparencias 38-50. Si se presenta todo el paquete de adiestramiento, estas transparencias se deben omitir y el (los) adiestrador(es) deben terminar el Módulo I después de la transparencia 36 y continuar con el Módulo II.

Los apuntes a continuación contienen información que se puede presentar con cada una de las transparencias. Esta información está diseñada como una indicación y se puede adaptar para satisfacer las necesidades locales del adiestramiento. Se puede añadir o eliminar información a discreción del (de los) adiestrador(es).



**TRATAMIENTO CON
BUPRENORFINA: UN
ADIESTRAMIENTO PARA
PROFESIONALES
MULTIDISCIPLINARIOS EN
ADICCIÓN**

Módulo I - Introducción






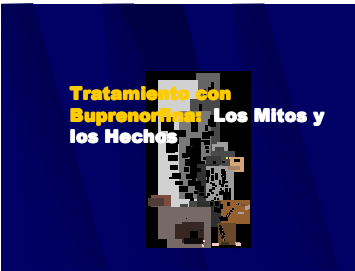
Transparencia 1: Transparencia del Título

Describa brevemente el desarrollo del producto del Equipo Combinado, así como el propósito del adiestramiento según se describe anteriormente en la introducción de este manual.

Es importante señalar que este adiestramiento es introductorio y se concentra en crear conciencia y en estimular a los profesionales multidisciplinarios en adicción a aprender más acerca del tratamiento con buprenorfina. NO está diseñado para proporcionar un nivel experto de competencia al usar la buprenorfina para el tratamiento de la adicción a opiáceos.

Reitere que a lo largo del adiestramiento, el término “paciente” se ha usado para referirse al individuo que busca tratamiento. Esta terminología refleja la naturaleza medicalizada del tratamiento con buprenorfina y recalca el hecho de que el tratamiento está ampliamente impulsado por los médicos. El uso de este término puede ser inconsistente con el vocabulario de uso común en los ambientes de tratamiento para adicción.

<p>Iniciativa Combinada de “NIDA-SAMHSA”: Miembros del Equipo Combinado</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Leslie Amass, Ph.D. – “Friends Research Institute, Inc.” ■ Greg Brigham, Ph.D. – CTN Ohio Valley Node ■ Glenda Clare, M.A. – “ATTC”, Región Central Este ■ Gail Dixon, M.A. – “ATTC”, Costa Sur ■ Beth Finnerty, M.P.H. – “ATTC”, Pacífico Suroeste ■ Thomas Freese, Ph.D. – “ATTC”, Pacífico Suroeste ■ Eric Strain, M.D. – Universidad Johns Hopkins 	<p>Transparencia 2: Iniciativa Combinada de “NIDA-SAMHSA”: Miembros del Equipo Combinado <i>Reconozca a los miembros de la Iniciativa Combinada que crearon estos materiales.</i></p> <p><i>Mencione que el grupo de miembros consistió de tres representantes de “ATTC” y tres investigadores de “NIDA”.</i></p>
<p>Colaboradores Adicionales</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Judith Martin, M.D. – “14th Street Clinic”, Oakland, CA ■ Michael McCann, M.A. – “Matrix Institute on Addictions” ■ Jeanne Obert, MFT, MSM – “Matrix Institute on Addictions” ■ Donald Wesson, M.D. – Consultor Independiente <ul style="list-style-type: none"> ■ La Oficina Nacional de “ATTC” desarrolló y contribuyó la Biografía de Buprenorfina. ■ La Clínica “O.A.S.I.S.” desarrolló el video “Aléjate de la heroína! Un video sobre Buprenorfina” y otorgó permiso para incluirlo. 	<p>Transparencia 3: Colaboradores Adicionales <i>Reconozca a los colaboradores adicionales para el producto de la Iniciativa Combinada.</i></p>
<p>Presentaciones</p> <p>■ Preséntese usted mismo al proporcionar brevemente la siguiente información:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Su nombre y la agencia para la que trabaja ● Experiencia con el tratamiento por adicción a opiáceos ● Qué espera de este adiestramiento 	<p>Transparencia 4: Presentaciones <i>Comience el adiestramiento pidiendo a los participantes que se presenten brevemente proporcionando sus nombres y la agencia para la que trabajan, su experiencia con el tratamiento de adicción a opiáceos y qué esperan ganar con el adiestramiento.</i></p> <p>Ejemplo para romper el hielo – Levante la mano si usted:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Trabaja principal o exclusivamente con individuos dependientes a los opioides • Trabaja como consejero de abuso de sustancias • Trabaja como personal médico
<p>¿Qué sabemos?</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ ¿Qué ideas tiene acerca de la buprenorfina? ■ ¿Que esperanzas/preocupaciones tiene en cuanto a que la buprenorfina llegue a su comunidad? 	<p>Transparencia 5: ¿Qué sabemos? <i>Luego, pida al grupo que compartan sus pensamientos sobre la buprenorfina y cualesquiera esperanzas/preocupaciones que puedan tener en relación con la introducción de la buprenorfina en sus comunidades. Esto proporcionará al (a los) adiestrador(es) una idea del trasfondo y la experiencia del público en lo que se refiere al tratamiento de adicción a opiáceos en general, y con la buprenorfina en particular.</i></p> <p><i>Este ejercicio también permite al (a los) adiestrador(es) familiarizarse con las expectativas del grupo.</i></p>

<p>Módulo I – Metas para el Módulo</p> <p>Este módulo ayudará a los participantes a:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Entender la historia del tratamiento por adicción a opiáceos en los EE.UU. ■ Entender los cambios en las leyes en lo que se refiere al tratamiento de la adicción a opiáceos y las implicaciones para el sistema de tratamiento. ■ Identificar los grupos de personas que están usando opioides. ■ Entender cómo beneficiará la buprenorfina al proveer tratamiento por adicción a opiáceos. 	<p>Transparencia 6: Metas para el Módulo <i>Señale las metas para el Módulo:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ● Entender la historia del tratamiento de adicción a opiáceos en los Estados Unidos. ● Entender los cambios en las leyes en lo que se refiere al tratamiento de la adicción a opiáceos y las implicaciones para el sistema de tratamiento. ● Identificar los grupos de personas que están usando opiáceos. ● Entender cómo beneficiará la buprenorfina al proveer tratamiento de adicción a opiáceos.
	<p style="text-align: center;">Transición</p> <p>Transparencia 7: Tratamiento con Buprenorfina: Los Mitos y los Hechos</p> <p>Cuando se está considerando convertirse en parte de una red de cuidado que incluya el tratamiento con buprenorfina, los consejeros podrían tener que examinar su forma de pensar acerca de la adicción a opiáceos, en general, y acerca de la farmacoterapia en particular. Los siguientes mitos y hechos pueden ayudar a corregir algunos de los conceptos erróneos en cuanto a esta clase de tratamiento.</p>
<p>MITO Núm. 1: Los pacientes siguen siendo adictos</p> <p>HECHO: La adicción es el uso patológico de una sustancia y <i>podría incluir o no incluir</i> dependencia física.</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ La dependencia física a la medicación para tratar un problema médico <i>no significa</i> que la persona esté involucrándose en un uso patológico u otros comportamientos similares. 	<p>Transparencia 8: Mito Núm. 1: Los pacientes siguen siendo dependientes</p> <p>La adicción se define por los comportamientos patológicos y el uso compulsivo, no por la adaptación del cuerpo a la medicación. Usar medicamentos como un componente del tratamiento de adicción a opiáceos puede ayudar a una persona a funcionar normalmente.</p> <p>La dependencia física NO ES lo mismo que la adicción. Este concepto es tan importante que más adelante le dedicaremos más tiempo en este adiestramiento</p>

MITO Núm. 2: La Buprenorfina es simplemente un sustituto para la heroína u otros opioides

HECHO: La Buprenorfina es una medicación de reemplazo; *no es simplemente* un sustituto

- La buprenorfina es un medicamento recetado legalmente, no se consigue ilegalmente.
- La buprenorfina es un medicamento que se toma sublingualmente, una forma muy segura de administrarlo.
- La buprenorfina permite a la persona funcionar normalmente.

Transparencia 9: Mito Núm. 2: La buprenorfina es simplemente un sustituto para la heroína u otros opioides

Hecho: La buprenorfina es una medicación de reemplazo en cuanto a que previene que ocurra la retirada. Sin embargo, no es simplemente un sustituto.

La buprenorfina es un medicamento recetado legalmente. Cuando se toma sublingualmente, bajo supervisión médica, es muy seguro y permite a la persona funcionar normalmente.

La buprenorfina es una sustancia controlada, producida y distribuida bajo supervisión y controles de calidad minuciosos.

Ayudar a la persona a detener sus comportamientos negativos y compulsivos asociados con el uso de drogas y ayudarla a llevar una vida normal y funcional, es la meta de cualquier tratamiento. Usar un medicamento como la buprenorfina puede ser un método importante para ayudar a la gente a conseguir esta meta.

MITO Núm. 3: Proveer sólo la medicación es suficiente tratamiento para la adicción a opiáceos

HECHO: La buprenorfina es una opción de tratamiento importante. Sin embargo, el paquete **completo** de tratamiento también tiene que incluir otros elementos.

- Combinar la farmacoterapia con la consejería y otros servicios auxiliares aumenta la posibilidad del éxito.

Transparencia 10: Mito Núm. 3: Proporcionar sólo la medicación es suficiente tratamiento para la adicción a opiáceos

La combinación de farmacoterapia con la consejería proporciona ventajas clínicas críticas, como por ejemplo mejorías en el funcionamiento psicológico de los pacientes, estabilidad laboral y aspectos generales relacionados con estilos de vida.

Este punto es extremadamente importante para este público en particular. Las leyes o regulaciones no *exigen* el componente de tratamiento de conducta (consejería) como componente del tratamiento con buprenorfina. La diseminación exitosa de este tratamiento bien podría depender del desarrollo de colaboración entre los médicos y los profesionales multidisciplinarios en adicción.

MITO Núm. 4: Los pacientes siguen cogiendo una “nota”

HECHO: Cuando se toma sublingualmente, la buprenorfina actúa más despacio, y no proporciona el mismo “arrebato” que la heroína.

■ La buprenorfina tiene un efecto tope que tiene como resultado disminuir la euforia que se siente con dosis mayores.

Transparencia 11: Mito Núm. 4: Los pacientes siguen cogiendo una “nota”

Hay un efecto tope en términos de la descarga eufórica.

Cuando se toma sublingualmente como se ha recetado, los pacientes se sienten más estables que cuando están consumiendo heroína u otros agonistas completos.

La buprenorfina ocupa los mismos receptores que los agonistas completos, pero los ocupa por un período de tiempo mayor. También tiene un efecto tope para la experiencia del “arrebato” así que inclusive con dosis mayores, se experimenta menos este efecto eufórico.

Cuando la dosis se ajusta adecuadamente, los pacientes a los que se les ha recetado buprenorfina deben funcionar sin sedación o intoxicación.

Una Breve Historia del Tratamiento de Adicción a Opiáceos

Transición

Transparencia 12: Una Breve Historia del Tratamiento de Adicción a Opiáceos

Antes de que podamos entender el rol que puede jugar la buprenorfina en el sistema de tratamiento, necesitamos hacer un repaso breve de cómo se ha desarrollado el tratamiento para la adicción a opiáceos.

Una Historia Breve del Tratamiento de Adicción a Opiáceos

- 1964: Se aprueba la metadona.
- 1974: La Ley de Tratamiento para Narcóticos limita el tratamiento de metadona a específicamente los programas de tratamiento de adicción a opiáceos con licencia (OTPs, por sus siglas en inglés, Opioid Treatment Programs).
- 1984: La naltrexona es aprobada, pero se ha utilizado muy pocas veces (se aprobó en 1994 para la adicción al alcohol).
- 1993: LAAM es aprobado (sólo para pacientes que no estén embarazadas), pero casi no se utiliza.

Transparencia 13: Una Historia Breve del Tratamiento de Adicción a Opiáceos

1964: Metadona fue la primera intervención médica aprobada para el tratamiento de la adicción a las drogas.

Hasta hace poco, la Ley de Sustancias Controladas sólo permitía usar para el tratamiento de adicción a las drogas opiáceas, narcóticos que hubieran sido aprobados por la Administración de Drogas y Alimentos para la desintoxicación o el mantenimiento del tratamiento de la adicción. Estas drogas sólo las podían distribuir médicos en programas regulados por “SAMHSA” y la “DEA” (*Drug Enforcement Agency*). Estos programas se suelen llamar “de mantenimiento con metadona” o “programas de tratamiento de adicción a opiáceos”.

Otros medicamentos han demostrado ser eficientes en el tratamiento de la adicción a opiáceos. Sin embargo, el uso de estos medicamentos no se ha difundido ya que, en parte, no se ha podido transferir adecuadamente la tecnología al campo.

Por ejemplo, LAAM tuvo dificultades para entrar en el sistema de tratamiento de adicción a opiáceos; las personas ya estaban usando la metadona y la forma en que se les presentó LAAM fue inefectiva. La meta al desarrollar medicamentos nuevos no es reemplazar los anteriores, sino aumentar la disponibilidad de las opciones de tratamiento.

***Algunos estados no tienen mantenimiento con metadona disponible para los individuos dependientes a los opioides. Asegúrese de averiguar las políticas locales que existan en su estado en lo que se refiere a la metadona. ***

Una Historia Breve del Tratamiento de Adicción a Opiáceos - Continuación

- 2000: La Ley de Tratamiento para la Adicción a las Drogas del 2000 (DATA 2000) amplía el contexto clínico del tratamiento de adicción a opiáceos ayudado por la medicación.
- 2002: Las formulaciones en tableta de buprenorfina (Subutex®) y buprenorfina/naloxona (Suboxone®) fueron aprobadas por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA).
- 2004: La venta y distribución de ORLAAM® es descontinuada.

Transparencia 14: Una Breve Historia del Tratamiento de Adicción a Opiáceos, Continuación

Defina “DATA 2000” y señale que hablará más acerca de esta ley en un momento.

Mencione que fue la aprobación de buprenorfina y buprenorfina/ naloxona en 2002, la que definió el terreno para la implementación de “DATA 2000”.

Apuntes acerca de LAAM:

ORLAAM® fue retirado del Mercado europeo en marzo de 2001.

Se hicieron cambios considerables (incluyendo advertencias y contraindicaciones adicionales) a la información incluida en el paquete estadounidense en abril de 2001.

Roxane anunció la descontinuación de LAAM el 23 de agosto de 2003 (debido, en parte, a los informes de casos severos y adversos cardiacos, entre éstos disminución de la conducción cardiaca [prolongación del intervalo QT] y paro cardiaco). Los riesgos de la distribución y el uso continuo a la luz de alternativas menos tóxicas de tratamiento, pesaron más que los beneficios generales.

Entendiendo “DATA 2000”

Transición

Transparencia 15: Entendiendo “DATA 2000”

“DATA 2000” cambió las opciones disponibles para proporcionar tratamiento para la adicción a opiáceos y es crítica en la discusión acerca de la buprenorfina y cómo puede usarse.

Ley de Tratamiento de Adicción a las Drogas de 2000 (“DATA 2000”)

■ Aumenta las opciones de tratamiento para incluir tanto el sistema de cuidado de salud en general como los programas de tratamiento opiáceo.

- Aumenta la cantidad de espacios para tratamientos disponibles
- Permite el tratamiento opiáceo en oficinas
- Define las calificaciones médicas para recetar el medicamento

Transparencia 16: La Ley de Tratamiento para Adicción a las Drogas de 2000 (DATA 2000)

La Ley de Tratamiento para Adicción a las Drogas de 2000, enmendó la Ley de Sustancias Controladas, permitiendo a los médicos cualificados para recetar medicamentos narcóticos aprobados (en Categorías III, IV, V, o en combinaciones de esa clase de drogas que hayan sido aprobadas por la “FDA” para el tratamiento de la adicción a opiáceos) desde sus oficinas.

La “U.S. Drug Enforcement Administration”, clasifica todas las drogas y medicamentos bajo un itinerario. La ubicación está basada en el valor medicinal, perjudicial y el potencial de abuso o adicción de la sustancia. La Categoría I está reservada para las drogas más peligrosas que no tienen uso médico reconocido, mientras que la Categoría V es la clasificación que se usa para las drogas menos peligrosas. La metadona es de la Categoría II y la Buprenorfina es de la Categoría III.

Esto significa que la Buprenorfina se considera una droga más segura con un potencial menor de abuso que la metadona. Por lo tanto, la buprenorfina está sujeta a menos restricciones para recetarla que la metadona.

Como consecuencia, los pacientes dependientes a los opioides pueden recibir tratamiento en la oficina de un médico cualificado en lugar de en un programa de tratamiento de adicción a opiáceos, haciendo el tratamiento disponible para personas que de lo contrario no podrían recibirlo.

“SAMHSA” comenzó una evaluación de tres años a “DATA 2000” empezando por la fecha de aprobación de la “FDA” (8/oct/02). Además, el fabricante de buprenorfina está llevando a cabo un estudio de manejo de riesgo después del lanzamiento al mercado.

“DATA 2000” tiene vigencia por encima de las leyes estatales individuales, a no ser que un estado ponga en vigor una ley nueva antes del 8 de octubre, 2005.

**"DATA 2000":
Cualificaciones Médicas**

Los médicos tienen que:

- Tener licencia para practicar en su estado
- Tener la capacidad para referir pacientes para tratamiento psicosocial
- Limitar su práctica para que en ningún momento tenga más de 30 pacientes que estén recibiendo buprenorfina
- Estar cualificado para proporcionar buprenorfina y recibir una licencia de exención

Transparencia 17: "DATA 2000": Cualificaciones Médicas

****Los enfermeros de práctica avanzada y los asistentes médicos NO PUEDEN recetar buprenorfina bajo los términos de "DATA 2000".****

Punto Núm. 2: El tratamiento psicosocial puede incluir consejería y servicios auxiliares (cuidado médico, laboral, vocacional, educación, etc.).



No existe un mandato para que las personas con recetas para buprenorfina reciban consejería psicológica. El hecho de que los médicos tengan la capacidad para referir pacientes a tratamiento psicológico, no significa que en realidad vayan a hacer los referidos o que los pacientes vayan a dar seguimiento a los mismos. Es crítico que los profesionales multidisciplinarios en adicción, estén activos en el desarrollo de vínculos con médicos en sus áreas.

Punto Núm. 3: La clase de práctica no importa (el límite máximo de 30 aplica a la práctica individual o grupal).

El límite de 30 pacientes no aplica a los programas de tratamiento de adicción a opiáceos que recetan buprenorfina. Sin embargo, los PTOs (Programas de Tratamiento de Adicción a Opiáceos) tienen que seguir las mismas regulaciones que los que recetan metadona.

Este es un buen momento para describir brevemente el proceso de dispensa por el que deben pasar todos los médicos antes de poder recetar buprenorfina.

Un médico tiene que (1) cumplir con los requisitos de adiestramiento o estar "cualificado" de otra forma; y (2) completar un formulario de notificación de dispensa y someterlo a "SAMHSA/CSAT". "CSAT" entonces revisa y evalúa el formulario. De ser aprobado, se emite y se añade al número existente de la licencia del "DEA", un número de licencia especial y particular.

<p>"DATA 2000": Cualificaciones Médicas</p> <p>Un médico tiene que cumplir con una o más de las siguientes cualificaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Certificación en Psiquiatría en Adicción • Certificación en Medicina de Adicción por "ASAM" o "AOA" • Haber servido como investigador en las pruebas clínicas de buprenorfina • Haber completado 8 horas de adiestramiento por "ASAM", "AAAP", "AMA", "AOA", "APA" (u otras organizaciones que puedan ser designadas por el Departamento de Salud y Servicios Humanos) • Adiestramiento o experiencia según lo determine la junta examinadora médica del estado • Otros criterios establecidos por reglamentación por el Departamento de Salud y Servicios Humanos 	<p>Transparencia 18: "DATA 2000": Cualificaciones Médicas</p> <p><i>Resuma cada uno de los puntos.</i></p>
<p>Desarrollo de Subutex®/Suboxone®</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ La "FDA" de EEUU aprobó las <i>tabletas sublinguales</i> Subutex® y Suboxone® para el tratamiento de la adicción a opiáceos el 8 de octubre, 2002. ■ El producto se lanzó en EEUU en marzo de 2003 ■ La regla provisional se convierte en regulación federal (42 CFR Parte 8) el 22 de mayo, 2003 permitiendo a los Programas de Tratamiento de Adicción a Opiáceos (las clínicas especializadas) ofrecer buprenorfina. 	<p>Transparencia 19: Desarrollo de Subutex®/Suboxone®</p> <p>Antes de 2002, la buprenorfina estaba disponible en EEUU sólo de forma inyectable y sólo se había aprobado para el tratamiento del dolor.</p> <p>Las formulaciones sublinguales de buprenorfina fueron aprobadas por la FDA a fines de 2002 para el tratamiento de la adicción a opiáceos y la compañía farmacéutica hizo disponible el medicamento en marzo de 2003.</p> <p>Cuando las regulaciones entraron en vigor en 2002, el medicamento se aprobó sólo para recetarlos en oficinas de médicos. En mayo de 2003, las regulaciones se modificaron para que los PTOs también pudieran usar la buprenorfina, pero haciéndolo bajo las mismas regulaciones que la metadona, creando por ende dos esquemas de implantación distintos para el tratamiento con buprenorfina, es decir, con sede en una oficina, contrario a los programas de tratamiento de adicción a opiáceos.</p>
<p> Sólo los médicos pueden recetar el medicamento.</p> <p>Sin embargo, todo el sistema de tratamiento debe ser partícipe.</p> 	<p>Transparencia 20: Sólo los médicos pueden recetar el medicamento. Sin embargo, todo el sistema de tratamiento debe ser partícipe.</p> <p><i>Lea la transparencia en voz alta.</i></p>

El tratamiento efectivo suele exigir varias facetas. Los proveedores de tratamiento son importantes para ayudar a los pacientes a:

- Manejar los síntomas físicos de la retirada
- Entender los cambios de comportamiento y cognoscitivos consecuencia del uso de drogas
- Lograr cambios a largo plazo y prevenir la recaída
- Establecer comunicación continua entre el médico y el proveedor comunitario para asegurar el cuidado coordinado
- Comprometerse con un plan de tratamiento flexible para ayudarles a lograr la recuperación

Transparencia 21: El tratamiento efectivo generalmente exige varias facetas. Los proveedores de tratamiento son importantes para ayudar a los pacientes a:

Resume los puntos.

Aquí hay otros puntos que vale la pena mencionar:

- Aliente a los pacientes a que se abstengan de seguir usando la(s) droga(s) de las que abusan.
- Proporcione servicios psicológicos de consejería junto al tratamiento farmacológico para aumentar la posibilidad de lograr cambios abarcadores y a largo plazo en el estilo de vida y prevenir la recaída.

Es importante enfatizar la importancia de las asociaciones flexibles.

La relación médica/profesional multidisciplinaria puede tener varias vertientes que van desde miembros de un equipo de tratamiento común, parte de la misma facilidad (ubicados en la misma localización) a profesionales independientes separados geográficamente. El profesional multidisciplinario y el médico deben tener filosofías y metas de tratamiento en común, y tener acceso rápido para comunicarse entre sí.



Predominio del Uso y Abuso de Opioides en los Estados Unidos



Transición

Transparencia 22: Predominio del Uso y Abuso de Opioides y Abuso en los Estados Unidos

Entonces, ¿cuán significativo es el problema del uso de los opioides en los Estados Unidos? Observemos algunas de las estadísticas disponibles.

¿Quién usa heroína?

Individuos de todas las edades usan heroína:

- Más de 3 millones de residentes en EEUU de 12 años o más han usado heroína al menos una vez en su vida.
- El uso de heroína entre los estudiantes de escuela superior es un problema particular. Cerca del 2 por ciento de los estudiantes en su último año escolar han usado por lo menos una vez en su vida la droga y casi la mitad de éstos se la inyectaron.

FUENTE: Encuesta Nacional sobre Uso de Drogas y Salud; Encuesta Monitoreando el

Transparencia 23: ¿Quién usa Heroína?

- Más de 3 millones de personas de 12 años o más han usado la heroína por lo menos una vez.
- Entre los estudiantes de escuela superior:
 - Casi 2% ha usado la heroína al menos una vez.
 - Casi la mitad de los que la probaron se la inyectaron.

Uso de la Heroína en una Encuesta Demográfica a Domicilio

- Desde mediados de los años 90, el predominio del uso de heroína aumentó tanto para los adolescentes como para los adultos.
- Desde 1995 hasta 2002, la tasa de los adolescentes entre los 12 y 17 años aumentó de 0.1 por ciento a 0.4 por ciento.
- Entre los adultos jóvenes de 18 a 25, la tasa subió de 0.8 por ciento a 1.6 por ciento.

FUENTE: "SAMHSA", Encuesta Nacional sobre Uso de Drogas y Salud, 2002

Transparencia 24: Uso de Heroína en una Encuesta Demográfica a Domicilio

- Desde mediados de los 90, el uso de la heroína ha estado aumentando entre la gente joven.
- Desde 1995-2002:
 - Entre los jóvenes de 12 a 17 años, la tasa aumentó de 1 en 1,000, a 4 en 1,000.
 - Entre los jóvenes de 18 a 25 años, la tasa aumentó de 8 en 1,000, a 16 en 1,000.

Comienzo del Uso de Heroína

- Durante la segunda mitad de la década del 90, la cantidad anual de los iniciados en la heroína aumentó a un nivel que no había alcanzado desde finales de los años 70.
- En 1974, había un estimado de 246,000 iniciados en la heroína.
- Entre 1988 y 1994, la cantidad anual de usuarios nuevos fluctuó de 28,000 a 80,000.
- Entre 1995 y 2001, la cantidad de usuarios nuevos de heroína estaba significativamente por encima de los 100,000.

FUENTE: "SAMHSA", Encuesta Nacional sobre Uso de Drogas y Salud, 2002

Transparencia 25: Comienzo del Uso de Heroína

La cantidad de personas que empiezan a usar heroína también ha aumentado a un nivel comparable al de hace 30 años.

- En 1974, había 246,000 usuarios nuevos de heroína.
- Ese número disminuyó a unos 28,000-80,000 entre 1988 y 1994.
- Entre 1995 y 2001, la cantidad de iniciados nuevos en la heroína era de 100,000 al año.

Uso de otros opioides en una Encuesta Demográfica a Domicilio

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Uso de Drogas y Salud, de 2002.

- Un estimado de 6.2 millones de personas (2.6% de la población de EEUU de 12 años o más) estaban usando en ese momento sin fines médicos ciertas drogas recetadas.
- Un estimado de 4.4 millones eran usuarios frecuentes de medicamentos contra el dolor sin fines médicos.
- Aproximadamente 1.9 millones de personas han usado OxyContin sin fines médicos al menos una vez en su vida.
- La incidencia del uso de medicamentos para aliviar el dolor aumentó de 1990 (628,000 iniciados) a 2000, cuando hubo 2.7 millones de usuarios nuevos, users.

FUENTE: "SAMHSA", 2002.

Transparencia 26: Uso de otros opioides en una Encuesta Demográfica a Domicilio

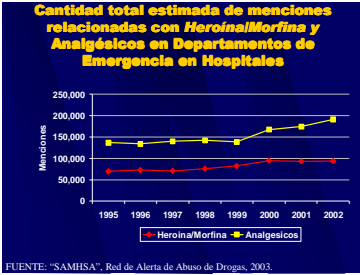
La heroína es sólo una de las clases de opioides para los que la gente busca tratamiento por abuso de sustancias. También, existe un riesgo limitado de abuso de los opioides recetados.

La Encuesta Nacional de Uso de Drogas y Salud (National Survey on Drug Use and Health), proporciona información acerca del predominio del abuso de sustancias en Estados Unidos y los problemas que surgen asociados con su uso. La encuesta se conduce con una muestra nacional y recopila información demográfica, patrones de uso, tratamiento, percepción de riesgo, comportamiento criminal y aspectos de salud mental.

En 2002, la encuesta estimó que el 2.6% de la población de EEUU estaba usando ciertos medicamentos recetados sin fines médicos (esta categoría incluye los medicamentos para aliviar el dolor, tranquilizantes, estimulantes o sedantes).

Aproximadamente 1.8% de los estadounidenses (4.4 millones de personas) estaban usando en ese entonces medicamentos para el dolor sin fines médicos, y aproximadamente 2 millones de personas habían usado OxyContin sin fines médicos al menos una vez en la vida.

El uso de medicamentos para aliviar el dolor aumentó casi cuatro veces en la década entre 1990 y 2000.



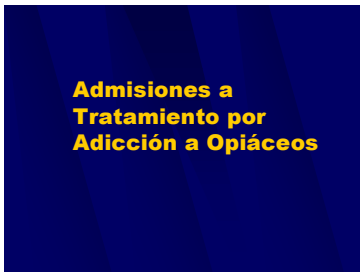
FUENTE: "SAMHSA", Red de Alerta de Abuso de Drogas, 2003.

Transparencia 27: Cantidad total estimada de menciones relacionadas con Heroína/Morfina y Analgésicos en Departamentos de Emergencia en Hospitales

La Red de Alerta de Abuso de Sustancias (DAWN, por sus siglas en inglés, *Drug Abuse Warning Network*) recopila datos de los departamentos de emergencia para determinar si las drogas se mencionan como un factor que contribuyó a la visita al Departamento de Emergencia. El estudio de estos datos proporciona un indicador de cambios en el nivel de uso de la población.

Como se puede apreciar en esta transparencia, tanto la heroína como otros analgésicos han tenido la tendencia a aumentar desde 1995.

De acuerdo al sistema "DAWN" los analgésicos incluyen: combinaciones/ analgésicos narcóticos (combinaciones de codeína, metadona, combinaciones de morfina, combinaciones de opio, combinaciones de oxicodona), inhibidores Cox-2, agentes contra la migraña, agentes anti-inflamatorios no esteroideos, salicilatos/combinaciones, etc.



Transición

Transparencia 28: Admisiones a Tratamiento por Adicción a Opiáceos

Otro indicador de un problema de drogas es examinar la cantidad de personas que buscan tratamiento para ciertas drogas en particular y su demografía. Estos datos proporcionarán otra forma de observar las poblaciones afectadas por ciertas drogas en particular.



FUENTE: "SAMHSA", Serie de Datos para Episodios de Tratamiento, 1992-2000.

Transparencia 29: Admisiones a Tratamiento por Heroína y Otros Opiáceos

- La información de la Serie de Datos para Episodios de Tratamiento (TEDS, por sus siglas en inglés, *Treatment Episode Data Set*) de "SAMHSA", ilustró que las admisiones motivadas principalmente por abuso de opioides aumentaron de 12% a 17% entre 1992 y 2000, sobrepasando la proporción de admisiones principalmente por cocaína.
- Las admisiones por inhalar y fumar heroína aumentaron entre 1992 y 2000.
- Las admisiones por otros opioides fueron relativamente estables entre 1992 y 1997, pero empezaron a aumentar en 1998.

¿Quién entra a Tratamiento por Abuso de Heroína?

- 90% de las admisiones opiáceas en 2000 fueron por heroína
- 67% hombres
- 47% blancos; 25% hispanos; 24% afroamericanos
- 65% se inyectaba; 30% inhalaba
- 81% usaba heroína a diario

FUENTE: "SAMHSA", Serie de Datos para Episodios de Tratamiento, 1992-2000

Transparencia 30: ¿Quién entra a Tratamiento por Abuso de Heroína?

- En 2000, 90% de todas las admisiones a tratamiento de adicción a opiáceos fueron por heroína.
- De las personas que entraron a tratamiento, 2/3 eran hombres; justo un poco menos de la mitad eran blancos, 1/4 eran hispanos y un 1/4 afroamericanos; 2/3 de estas personas que buscaban tratamiento usaban la heroína por inyección; y 4 de cada 5 personas usaban la heroína a diario.

¿Quién entra a Tratamiento por Abuso de Heroína?

- 78% tuvo al menos un episodio de tratamiento anteriormente; 25% tuvo 5 ó + episodios anteriormente
- 40% tuvo un plan de tratamiento que incluía la metadona
- 23% informaron un uso secundario de alcohol; 22% reportó un uso secundario de cocaína en polvo

FUENTE: "SAMHSA", Serie de Datos para Episodios de Tratamiento, 1992-2000

Transparencia 31: ¿Quién entra a Tratamiento por Abuso de Heroína?

- Aproximadamente 3/4 de los que entraron a tratamiento por heroína en 2000, habían tenido por lo menos un episodio de tratamiento anteriormente, y 1/4 había tenido 5 ó más episodios anteriormente.
- 40% estaba buscando tratamiento que incluyera metadona.
- El uso secundario de drogas entre la gente que buscaba tratamiento por adicción a la heroína incluía alcohol (23%) y cocaína (22%).

¿Quién entra a Tratamiento por Abuso de Otros Opioides?

(Uso sin receta de metadona, codeína, morfina, oxicodona, hidromorfona, opio, etc.)

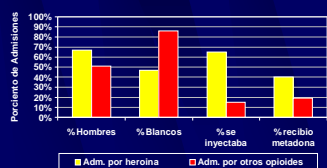
- 51% hombres
- 86% blancos
- 76% se administraba oralmente los opioides
- 28% usaba otros opioides aparte de la heroína a partir de los 30
- 19% tenía un plan de tratamiento que incluía la metadona
- 44% no reportó uso secundario de sustancias; 24% reportó uso secundario de alcohol

FUENTE: "SAMHSA", Serie de Datos para Episodios de Tratamiento, 1992-2000

Transparencia 32: ¿Quién entra a Tratamiento por Abuso de Otros Opioides?

- Entre las personas que buscaban tratamiento por abuso de otros opioides, la 1/2 eran hombres, la gran mayoría (86%) eran blancos; y 3/4 consumía la droga por vía oral.
- Una de cada cinco personas tenía un plan de tratamiento que incluía la metadona.
- 44% reportó que no usaba otras drogas y 24% reportó uso de alcohol.

Admisiones a Tratamiento Principalmente por Heroína como Droga Primaria "vs" Admisiones a Tratamiento por Otros Opioides: Una comparación



FUENTE: "SAMHSA", Serie de Datos para Episodios de Tratamiento, 1992-2000

Transparencia 33: Admisiones Principalmente por Heroína como Droga Primaria "vs" Admisiones por Otros Opioides: Una comparación conjunta

La gráfica ayuda a ilustrar las diferencias demográficas entre los usuarios de heroína y los usuarios de otros opioides.

La inyección sigue siendo el método predominante de usar heroína entre los usuarios dependientes que buscan tratamiento; sin embargo, los investigadores han observado un cambio en el patrón de uso de la heroína. Puesto que la pureza de la heroína ha aumentado, los usuarios han comenzado a usar métodos alternos de administración, como fumarla e inhalarla/aspirarla.

Cuatro Razones para no Entrar a Tratamiento por Adicción a Opiáceos

- Opciones limitadas en el tratamiento
 - Metadona o Naltraxona
 - Programas sin consumo de drogas
- Estigma
 - Muchos usuarios no quieren metadona
 - "Es como ir de Guatemala a Guatemala"
 - Temor a los síntomas de retirada con la metadona
 - Temor a ser estereotipado
- Los ambientes han sido sumamente restrictivos
- Los proveedores se adhieren al modelo basado en la abstinencia

Transparencia 34: Cuatro Razones para no Entrar a Tratamiento de Adicción a Opiáceos

La información anterior indica claramente que el uso de opioides ha estado aumentando, y que una cantidad sustancial de personas está buscando tratamiento para los opioides. También se han recopilado datos que indican que hay muchos más usuarios de heroína que la cantidad de personas que están buscando y/o recibiendo tratamiento.

Esto plantea la siguiente pregunta: ¿por qué hay personas que no están entrando a tratamiento?

Núm. 1: El sistema actual de tratamiento implica o bien un modelo medicalizado (por ejemplo, los programas de tratamiento de adicción a opiáceos) o una programación psicosocial. Muchos PTOS no tienen componentes amplios de tratamiento de comportamiento y muchos programas psicosociales no proporcionan intervención médica para ayudar a la persona a través de su proceso de retirada.

Núm. 2: Hay evidencia anecdótica que sugiere que las personas pueden considerar que dejar la metadona es mucho más difícil que dejar la heroína. La falta de entendimiento acerca de cómo se debe usar la metadona, así como de la posibilidad del uso ilícito de la metadona, contribuye a este sentir.

Además, las personas temen ser etiquetadas y estereotipadas debido a su adicción a opiáceos (por ejemplo, "tecatos").

Núm. 3: Los programas de tratamiento tienen reglas muy estructuradas que exigen la asistencia regular. Los programas suelen abrir temprano en la mañana y cierran a media tarde. Los clientes que no pueden seguir las reglas o asistir al programa durante las horas de operación, no pueden recibir el tratamiento.

Núm. 4: Muchos proveedores creen que el tratamiento requiere abstinencia a todas las drogas. Sin embargo, muchos usuarios de opioides no son capaces de dejar de usarlos. A menudo no pueden tolerar la experiencia de la retirada, e inclusive cuando son capaces, pueden reincidir en el uso. Usar un medicamento como la metadona o la buprenorfina para ayudar con el proceso de retirada o para evitar que las personas pasen por la retirada, les ayuda a participar en el tratamiento y funcionar de una forma más normal en sus vidas diarias.



Síndrome NEMV

Las clínicas de metadona son tremendas, pero **No En Mi Vecindario**

- ❑ Los programas nuevos de tratamiento por adicción a opiáceos son difíciles de abrir.
- ❑ Los reglamentos de zonificación y la reacción comunitaria a menudo crean atrasos o evitan que se abran programas.

Transparencia 35: Síndrome “NEMV”

Otro factor que limita la disponibilidad para tratamiento es el Síndrome “NEMV”. Estas siglas quieren decir “No En Mi Vecindario”. Inclusive las personas que reconocen la importancia de proporcionar tratamiento de adicción a opiáceos puede que no quieran que se abra un programa nuevo en su vecindario. Esto hace que sea muy difícil abrir programas nuevos.

Se Necesitan Alternativas

- ❑ Salirse de la estructura tradicional para:
 - Atraer más pacientes a tratamiento
 - Ampliar el acceso a tratamiento
 - Reducir el estigma asociado con el tratamiento
- ❑ La buprenorfina es un vehículo potencial para provocar estos cambios.

Transparencia 36: Se Necesitan Alternativas

“DATA 2000” permite una opción nueva de tratamiento. El tratamiento de adicción a opiáceos se continuará ofreciendo a través de los PTOs tal y como se ha visto en el pasado. “DATA 2000” permite la ampliación más allá de la estructura vigente para la metadona al permitir el tratamiento en las oficinas médicas. Al hacerlo:

- Más pacientes estarán dispuestos a buscar tratamiento;
- Más pacientes tendrán acceso a tratamiento; y
- El estigma podría reducirse al ampliar la definición y las localizaciones de las opciones disponibles para tratamiento.

Resumen de Introducción

- ❑ El uso de medicamentos como un componente del tratamiento puede ser importante para ayudar a la persona a lograr sus metas de tratamiento.
- ❑ “DATA 2000” amplía las opciones para incluir tanto los programas de tratamiento por adicción a opiáceos como el sistema médico general.
- ❑ La adicción a opiáceos afecta a un gran número de personas, aún así muchas no buscan tratamiento o el tratamiento no está disponible cuando lo buscan.
- ❑ Ampliar las opciones de tratamiento puede:
 - hacer el tratamiento más atractivo a las personas;
 - ampliar el acceso; y
 - reducir el estigma.

Transparencia 37: Resumen de Introducción

Repase cada uno de los puntos.

Transparencia 38: Transición

*NOTA PARA EL (LOS) ADIESTRADOR(ES):
Esta transparencia está en blanco intencionalmente. Si está ofreciendo el adiestramiento completo, termine aquí y continúe con el Módulo II. De estar utilizando el Módulo I como un adiestramiento individual, por favor continúe con la próxima transparencia.*

<p style="text-align: center;">Repaso de la Farmacología Opiácea, Tratamiento con Buprenorfina y el Rol del Equipo Multidisciplinario de Tratamiento</p>	<p>Transparencia 39: Repaso de la Farmacología Opiácea, Tratamiento con Buprenorfina y el Rol del Equipo Multidisciplinario</p> <p>Repasemos entonces cierta información específica acerca de los opioides y el rol de la buprenorfina en el sistema de tratamiento. Luego discutiremos el rol crítico del equipo multidisciplinario al proporcionar este tratamiento.</p>
<p style="text-align: center;">Adicción Opiácea y el Cerebro</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Los opioides se adhieren a los receptores específicos en el cerebro llamados receptores mu. ■ La activación de estos receptores provoca una respuesta placentera. ■ La estimulación repetida de estos receptores crea una tolerancia; la que exige más droga para el mismo efecto. 	<p>Transparencia 40: Adicción a Opiáceos y el Cerebro</p> <p>En primer lugar, presentamos unos hechos básicos acerca de los opioides y cómo afectan al cerebro.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los opioides se unen a los receptores en el cerebro que están diseñados específicamente para ellos. • Una vez que los opioides se unen a estos receptores, pueden causar una descarga eufórica, que se experimenta como extremadamente placentera. • Con la administración repetida de la droga, el cuerpo comienza a adaptarse y desarrolla la tolerancia. Esto significa que se necesita más droga para conseguir el mismo efecto y ocurre la retirada si la cantidad de uso se disminuye o se detiene. <p><i>NOTA PARA EL (LOS) ADIESTRADOR(ES): Es importante enfatizar que la presencia de la tolerancia o la retirada no es suficiente para decir que alguien es dependiente a la droga. La adicción requiere el uso continuo a pesar de las consecuencias negativas que resultan de su uso. La dependencia física podría o no estar presente</i></p>
<p style="text-align: center;">Buprenorfina: una opción nueva y emocionante</p>	<p>Transparencia 41: Buprenorfina: una opción nueva y emocionante</p> <p>La buprenorfina representa una opción nueva emocionante a las alternativas de tratamiento disponibles.</p>

Estudios de Casos Clínicos con Buprenorfina

- La buprenorfina es igualmente efectiva que las dosis moderadas (60 Mg. al día) de metadona.
- No está claro si la buprenorfina en dosis mayores puede ser tan efectiva como la metadona.
- La buprenorfina es tan efectiva como las dosis moderadas de LAAM.

Transparencia 42: Estudios de Casos Clínicos con Buprenorfina

La buprenorfina es igualmente efectiva que las dosis moderadas de metadona (como por ejemplo 60 Mg. al día) según los resultados de estudios comparativos.

No está claro si la buprenorfina en dosis mayores puede ser tan efectiva como la metadona (como por ejemplo 80 Mg. al día o más de 100 Mg. al día).

La buprenorfina parece ser igual de efectiva que las dosis moderadas de LAAM (como por ejemplo 70 Mg/70 Mg/85 Mg en un itinerario de lunes/miércoles y viernes).

Estudios de Casos Clínicos con Buprenorfina

- La buprenorfina es levemente placentera, lo que estimula una buena aceptación por parte del paciente.
- Luego de un año de buprenorfina más consejería, tanto como un 75 por ciento de los pacientes se han mantenido en tratamiento en comparación con ninguno de los que recibían placebo y consejería.

Transparencia 43: Estudios de Casos Clínicos con Buprenorfina

La buprenorfina tiene un efecto tope para la descarga intensa que se experimenta con los agonistas completos. *Sin embargo, los pacientes la experimentan como levemente placentera, estimulando por tanto que se adhieran al tratamiento.

Los estudios han demostrado que la buprenorfina mantiene las personas en tratamiento de forma mucho más efectiva que la consejería por sí sola.

**Nota: Aumentar la dosis de los agonistas completos produce efectos crecientes hasta que el receptor está totalmente activado y se logra un efecto máximo.*

Los agonistas parciales comparten algunas características de los agonistas completos. En dosis menores, los agonistas completos o parciales producen efectos que son esencialmente indistinguibles. Sin embargo, aumentar la dosis de un agonista parcial NO PRODUCE un efecto como el que se da con un agonista completo. Hay un TOPE con los efectos (intoxicantes/eufóricos) de los agonistas.

Selección del Paciente

■ Los consejeros pueden cernir y recomendar pacientes para referirlos a médicos cualificados.

■ Los médicos considerarán las siguientes preguntas:

- ¿Es el paciente adicto a los opioides en la actualidad?
- ¿Es la buprenorfina el mejor medicamento?
- ¿Es la oficina el mejor ambiente para tratar al paciente?

Transparencia 44: Selección del Paciente

La adecuación del paciente para el tratamiento puede cambiar durante el curso del tratamiento.

Los posibles pacientes u otros proveedores de tratamiento pueden preguntarle al consejero sobre la adecuación del tratamiento.

El médico puede hacer un cernimiento final antes de recetar la medicación. El médico examinará el uso de opioides en la actualidad, la adecuación de la buprenorfina en comparación con otros medicamentos, y el ambiente más apropiado para que se dé el tratamiento (en una oficina en lugar de un PTO).

La comunicación útil e informada con el médico se aumenta mediante un conocimiento completo del proceso de tratamiento.

Factores a Considerar por los Profesionales en Adicción

- ¿Es el paciente adicto a los opioides?
- ¿Está el paciente interesado en un tratamiento con buprenorfina en la oficina?
- ¿Está el paciente consciente de otras opciones de tratamiento?
- ¿Entiende el paciente los riesgos y los beneficios de esta alternativa de tratamiento?

Transparencia 45: Factores a Considerar por los Profesionales en Adicción

No todos los pacientes que son dependientes a los opioides son buenos candidatos para el tratamiento con la buprenorfina. El profesional en adicción debe entender que el médico considerará varias interrogantes al momento de tomar la decisión en cuanto a si receta o no la buprenorfina.

Núm. 1: Los pacientes con un historial de responder bien a la buprenorfina, que se les haya descontinuado su medicación (como por ejemplo debido a la encarcelación) y que se encuentren al presente bajo riesgo de una recaída (porque hayan sido liberados de la cárcel hace poco), podrían ser buenos candidatos, aun si no son dependientes a los opioides en el presente.

Núm. 2: Aun cuando el paciente sea un candidato apropiado para el tratamiento con buprenorfina, podría ser que lo mejor no sea recibir tratamiento en una oficina. La estabilidad y la estructura de la situación de vida del paciente, ayudarán al equipo de tratamiento a determinar el ambiente más apropiado.

Núm. 3: Los pacientes deben hacerse conscientes de todas las opciones disponibles para ellos y recibir ayuda al tomar una decisión relacionada con su tratamiento. Su disponibilidad para participar es crítica para que puedan cumplir con cualquier régimen de tratamiento.

Núm. 4: ¿Ha tenido el paciente la oportunidad de preguntar al médico acerca de sus preocupaciones médicas asociadas con el tratamiento? ¿Se han explicado los aspectos relacionados con el costo y se han comparado con otras opciones de tratamiento?

Núm. 5: ¿Está la persona en una situación en la que se puede esperar que asista a las sesiones según se le exige y que tome el medicamento según se recetó? Si la respuesta es “no,” el equipo de tratamiento debe explorar la posibilidad de llevar a cabo el tratamiento en un ambiente más estructurado (por ejemplo, residencial, hospitalización parcial).

Factores a Considerar por los Profesionales en Adicción

6. ¿Se espera que el paciente siga los procedimientos de seguridad?
7. ¿Está el paciente estable psiquiátricamente?
8. ¿Son conducentes las circunstancias psicosociales del paciente al éxito del tratamiento?
9. ¿Existen recursos disponibles para asegurar el vínculo entre el médico y el proveedor de tratamiento?
10. ¿Está el paciente tomando otros medicamentos que pueden interactuar desfavorablemente con la buprenorfina?

Transparencia 46: Factores a Considerar por los Profesionales en Adicción

Núm. 6: ¿Puede el paciente manejar su medicación apropiadamente (por ejemplo, mantenerla lejos de los niños de la casa) y tomarlo como se le haya recetado?

Núm. 7: ¿Está el paciente tan inestable psiquiátricamente que necesita ser tratado en un hospital psiquiátrico o recibir tratamiento adicional para trastornos coexistentes?

Núm. 8: ¿Qué factores estresantes, relaciones, apoyos, situación de vida, etc.... tiene el paciente que puedan ayudar o socavar el éxito del plan de tratamiento?

Núm. 9: ¿Se ha desarrollado y coordinado un plan abarcador de tratamiento entre el equipo de tratamiento psicosocial y el médico? ¿Qué recursos adicionales necesitan incluirse para facilitar el cuidado coordinado?

Núm. 10: Otra forma de hacer la pregunta es: “¿Es éste un medicamento apropiado para que lo esté tomando esta persona?” Cualquier otro medicamento y otras condiciones de salud deben ser conocidos por el médico de manera que esté completamente informado al tomar la decisión de recetar buprenorfina o cualquier otro medicamento.

Aspectos que exigen una consulta con el médico

- La dependencia a grandes dosis de benzodicepinas u otros depresivos SNC
- Comorbilidad psiquiátrica significativa
- Varios episodios anteriores de tratamiento por adicción a opiáceos con recaídas frecuentes

Transparencia 47: Aspectos que exigen una consulta con el médico

Punto núm. 1: Los depresores del SNC pueden interactuar negativamente con la buprenorfina, con el potencial de causar la muerte. El uso de estas sustancias tiene que evaluarse y mencionársele al médico en caso de que se descubra.

Punto núm. 2: Esto podría ser un aspecto (dependiendo del caso en específico), pero se debería evaluar para determinar el curso apropiado del tratamiento para la adicción a las drogas y a otras condiciones psiquiátricas.

Punto núm. 3: Nuevamente, sin ser excluyente, entender qué llevó a los fracasos anteriores en el tratamiento puede ayudar a dar forma al plan actual de tratamiento. De hecho, esto podría ser algo bueno. Cambiar a un tratamiento nuevo en lugar de continuar con uno infructuoso, podría funcionar bien.

Aspectos que exigen una consulta con el médico

- Un alto nivel de dependencia a dosis altas de opioides
- Un alto riesgo de recaída basándose en las condiciones psicosociales o ambientales
- Embarazo
- Sistema deficiente de apoyo

Transparencia 48: Aspectos que exigen una consulta con el médico

Punto núm. 1: El nivel de uso de los opioides se necesita evaluar cuidadosamente para determinar si la buprenorfina es apropiada, y de serlo, la mejor transición hacia la medicación para la persona. Esta es una decisión médica, pero el profesional en adicción debe proveer al médico toda la información que tenga y trabajar con el médico en el desarrollo del plan de tratamiento.

Punto núm. 2: Estas pueden ser situaciones temporeras; los pacientes podrían necesitar más restrictivo (por ejemplo, cuidado residencial), o podrían decir que no están listos para entrar a tratamiento.

Punto núm. 3: La buprenorfina no está aprobada en el presente para el tratamiento de embarazadas dependientes a los opioides. Se están haciendo pruebas clínicas y parecen ser prometedoras, pero en este momento, las embarazadas se deben que tratar con metadona. Un médico que descubra que una paciente bajo buprenorfina ha quedado embarazada, posiblemente desarrolle un plan de transición hacia la metadona. Sin embargo, si determina que la buprenorfina es el mejor tratamiento después de sopesar todas las ventajas y desventajas, podría continuarla.

Punto núm. 4: Un sistema social de apoyo deficiente no es lo ideal en ningún proceso de tratamiento. El equipo de tratamiento debe trabajar con el paciente para desarrollar un plan para ayudar a la persona a fortalecer y conseguir un apoyo efectivo.

Aspectos que exigen una consulta con el médico

- VIH y enfermedades de transmisión sexual
- Hepatitis o funcionamiento deficiente del hígado



Transparencia 49: Aspectos que exigen una consulta con el médico

Es importante consultar con un médico y coordinar el cuidado para tomar las decisiones apropiadas de tratamiento.

Punto núm. 1: Existe la preocupación común de que los pacientes con estas condiciones a menudo toman una variedad de medicamentos, y por tanto, existe un riesgo para las interacciones entre los medicamentos.

Punto núm. 2: La interacción de la medicación es una preocupación que aquí también aplica. Sin embargo, la buprenorfina no ha demostrado tener efectos negativos en el hígado.

Aspectos que exigen una consulta con el médico

- Uso de alcohol
- Uso de sedantes-hipnóticos
- Uso de estimulantes
- Adicción a varias drogas

Transparencia 50: Aspectos que exigen una consulta con el médico

Combinar las benzodiazepinas y la buprenorfina, especialmente inyectables, en un intento de sobredosis intencional o no, puede causar la muerte.

Puesto que el alcohol es un sedante-hipnótico, los pacientes deben evitar consumirlo mientras toman buprenorfina.

Los pacientes que abusan de más de una droga presentan problemas singulares. Abusar de otras drogas puede interferir con mantenerse dentro del tratamiento en general. Las personas con varias adicciones pueden necesitar que se las refiera a tratamiento adicional u a otro tratamiento más intensivo.

Aspectos Generales de Consejería

- Confidencialidad
- Pruebas para detectar consumo de drogas
- Trabajar con la medicación, no en contra de la misma
- Bienestar del paciente durante la retirada

Transparencia 51: Aspectos Generales de Consejería

Confidencialidad: Se debe ser cuidadoso al ejecutar acuerdos de servicios profesionales y autorizaciones de suministro de información para que se cumplan las reglas de confidencialidad y de "HIPAA".

Pruebas de toxicología: En los programas tradicionales de tratamiento de adicción a opiáceos, las pruebas positivas podrían significar quedar fuera del tratamiento. En el caso del tratamiento con buprenorfina desde una oficina, el médico y el proveedor del tratamiento tienen que llegar a un entendimiento en común sobre cómo se usará una prueba de toxicología y qué pasará si la persona arroja un resultado positivo.

Trabajar con la medicación, no en contra de la misma: La recuperación es más que la medicación. Pero los consejeros no deben menospreciar la importancia de la medicación o sugerir que la discontinúen.

Tratamiento psicosocial: Los consejeros y los administradores en estos programas deben considerar su filosofía de tratamiento antes de aceptar referidos de médicos que receten buprenorfina o referir a clientes actuales a un tratamiento con buprenorfina.

Bienestar del paciente: Brindar consejería a pacientes en plena retirada puede ser frustrante. Los pacientes físicamente enfermos podrían tener problemas siendo receptivos a los aspectos cognoscitivos y de conducta que son parte del proceso de consejería. Sin embargo, los pacientes en buprenorfina, estarán más aliviados de sus síntomas de retirada y por tanto más receptivos a recibir consejería.

Módulo II

Opioides 101



Módulo II: Opioides 101

El Módulo II está diseñado para que los que participan en el adiestramiento tengan una introducción a los hechos básicos de los opioides, incluyendo información sobre la farmacología, los efectos agudos y a largo plazo, e información básica acerca de los tratamientos para la adicción a opiáceos. Este módulo contiene información general necesaria para entender el rol de la buprenorfina en el sistema de tratamiento de adicción a opiáceos. Si el público ya tuviera un conocimiento abarcador acerca del tratamiento de adicción a opiáceos, este módulo se debe abreviar u omitir.

 <p>TRATAMIENTO CON BUPRENORFINA: UN ADIESTRAMIENTO PARA PROFESIONALES MULTIDISCIPLINARIOS EN ADICCIÓN</p> <p>Módulo II – Opioides 101</p>	<p>Transparencia 1: Transparencia del Título</p> <p>El módulo siguiente proporciona una visión general de los opioides y del tratamiento de adicción a opiáceos, preparando el terreno para examinar el rol de la buprenorfina en el sistema de tratamiento.</p>
 <p>Ritual de una Usuaria de Heroína</p> <p><i>"Hace poco, una mujer de Fort Myers en sus 20 se prepara una inyección de heroína en casa de una amiga... La mujer usa una aguja hipodérmica para inyectarse en una vena de su mano la heroína que ha calentado en una cuadrada de agua. Sin embargo, la pureza cada vez mayor de la droga y el miedo a contraer VIH por medio de agujas contaminadas, junto con el estigma social asociado al uso de agujas, ha provocado un aumento de usuarios que inhalan o fuman heroína. "Primero sientes un golpe de adrenergina, luego una sensación de languidez. Pierdes el sentido de tiempo y te olvidas de todo," dijo la mujer. "La heroína es fácil de encontrar... Por \$10 puedes conseguir una bolsa."</i></p> <p>FUENTE: Naples Daily News, 2001.</p>	<p>Transparencia 2: Ritual de una Usuaria de Heroína</p> <p><i>Lea la cita en voz alta o haga que la lea algún participante. Luego, invite a unos cuantos participantes a compartir sus reacciones ante esta cita.</i></p>
 <p>Módulo II – Metas del Módulo</p> <p>Este módulo repasa lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none">La adicción a opiáceos y el cerebroDescripciones y definiciones de los agonistas opioides, agonistas parciales, y antagonistasFarmacología de los receptoresOpciones de tratamiento de adicción a opiáceos	<p>Transparencia 3: Módulo II – Metas del Módulo</p> <p>Vamos a adentrarnos un poco más directamente en el tema de la adicción a opiáceos. En este módulo, discutiremos el impacto de los opioides en el cerebro, nos aseguraremos de que todo el mundo esté consciente de todas las clases de opioides y de que sean capaces de definirlos, tomaremos en cuenta cómo trabajan los opioides y por último, consideraremos las opciones de tratamiento para los usuarios de opioides.</p>

Opiáceo/Opioide : ¿Cuál es la diferencia?

Opiáceo

Un término que se refiere a las drogas o medicamentos que se derivan de la adormidera, como la heroína, morfina, codeína, y buprenorfina.

Opioide

Un término más general que incluye opiáceos así como las drogas o medicamentos sintéticos, como la buprenorfina, metadona, meperidina (Demerol®), fentanilo — que produce analgesia y otros efectos similares a la morfina.

Transparencia 4: Opiáceo/Opioide: ¿Cuál es la diferencia?

A lo largo de este adiestramiento hemos usado el término opioide para definir la clase de droga con la que estamos lidiando. Es importante entender qué significa este término.

- **Opiáceo** se refiere sólo a las drogas o medicamentos que se derivan directamente de la adormidera. Algunos ejemplos incluyen la heroína, morfina, y codeína.
- **Opioide** es un término más abarcador que se refiere a los opiáceos y a otras drogas o medicamentos derivados por medios sintéticos que operan sobre el sistema receptor opioide y producen efectos similares a la morfina. Algunos ejemplos incluyen la buprenorfina y metadona.

Hechos Básicos de los Opioides

Descripción: Derivados del opio, o sintéticos que alivian el dolor, producen adicción parecida a la morfina, y alivian la retirada de los opioides

Usos Médicos: Alivian el dolor, supresión de la tos, diarrea

Métodos de Uso: Se inyecta intravenosamente, se fuma, inhala, o se administra oralmente.

Transparencia 5: Hechos Básicos de los Opioides

Descripción: Todos los opioides trabajan básicamente de la misma forma, independientemente de su derivado.

Usos Médicos: Hay beneficios al usar opioides; no se usan únicamente para fines recreativos.

Métodos: Resultado final – se pueden consumir opioides de muchas formas (inhalándolos, inyectándolos, etc.).

**¿Qué es qué?
Agonistas, Agonistas Parciales,
y Antagonistas**

Agonista Efecto parecido a la morfina
(por ejemplo, heroína)

Agonista Parcial El efecto máximo es menor que
el de un agonista completo (por
ejemplo, buprenorfina)

Antagonista Ningún efecto en ausencia de
un opiáceo o dependencia a un
opiáceo (por ejemplo,
naloxona)

Transparencia 6: ¿Qué es qué? Agonistas, Agonistas Parciales, y Antagonistas

Aumentar la dosis de un agonista completo produce efectos en aumento hasta que el receptor esté completamente activado y se alcance un efecto máximo.

Los agonistas parciales comparten algunas características de los agonistas completos. En dosis más bajas, los agonistas completos y los parciales producen efectos que son esencialmente indistinguibles. Sin embargo, aumentar la dosis de un agonista parcial NO produce un efecto tan grande como el que ocurre con un agonista completo. Existe un TOPE para los efectos (intoxicantes/eufóricos/depresión respiratoria) del agonista.

En individuos que no son dependientes físicamente a los opioides, la buprenorfina produce los efectos agonistas opioides típicos, como la analgesia, sedación, náusea, y mareos, pero éstos alcanzan un “tope” en la mayoría de los individuos con dosis sublinguales de 24 a 32 Mg.

Los antagonistas también se adhieren a los receptores, pero en lugar de activarlos, bloquean los receptores al evitar que sean activados por un agonista.

Analogía de una Llave y una Cerradura:

Uno puede considerar un antagonista como la llave que encaja cómodamente en una cerradura, pero que no la abre. Además, evita que otra llave abra la cerradura. Cuando las personas toman un antagonista y un agonista en combinación, no sienten los efectos del agonista. Los pacientes que toman naltrexona (un antagonista), por ejemplo, no sienten los efectos de la heroína o de otros agonistas.

Agonistas Opioides

■ **Derivados naturales de la adormidera**

- Opio
- Morfina
- Codeína

Transparencia 7: Agonistas Opioides

Derivados Naturales

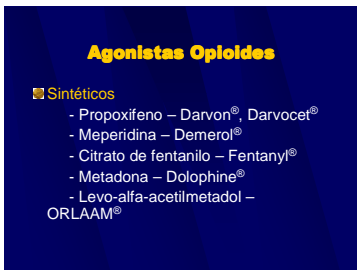
Estas sustancias se derivan directamente de la adormidera. Son las drogas a las que también se les llama opiáceos.

 <p>Opio</p> <p>FUENTE: www.streetdrugs.org</p>	<p>Transparencia 8: Opio</p> <p><i>Enseñe la fotografía durante unos segundos y siga adelante.</i></p>
 <p>Morfina</p> <p>FUENTE: www.streetdrugs.org</p>	<p>Transparencia 9: Morfina</p> <p><i>Enseñe la fotografía durante unos segundos y siga adelante.</i></p>
 <p>Agonistas Opioides</p> <p>■ Semisintéticos: Derivados de químicos en el opio</p> <ul style="list-style-type: none"> - Diacilmorfina – Heroína - Hidromorfona – Dilaudid® - Oxycodona – Percodan®, Percocet® - Hidrocodona – Vicodin® 	<p>Transparencia 10: Agonistas Opioides</p> <p><u>Semisintéticos</u> Estas sustancias se derivan de químicos extraídos de la adormidera. También caen en la categoría tanto de opiáceos como de opioides.</p>
 <p>Heroína</p> <p>FUENTE: www.streetdrugs.org</p>	<p>Transparencia 11: Heroína</p> <p>Lado izquierdo de la fotografía- Brea de heroína negra mexicana (usada principalmente en el oeste de los EEUU)</p> <p>Lado derecho de la fotografía- heroína blanca de Suramérica (domina el mercado de heroína al este del río Misisipí)</p> <p>Lado derecho inferior de la fotografía – heroína marrón mexicana</p>
 <p>BAYER PHARMACEUTICAL PRODUCTS. We are now sending to Philadelphia through the United States Dispensary and some of</p> <p>ASPIRIN The substitute for the Salicylates, against the risk of toxic, free from unpleasant after-effects.</p> <p>HEROIN The substitute for Opium, the most reliable and safe. You will have relief for them. Order a supply from your doctor.</p> <p>SOLE IMPORTERS IN THE U.S.A. FARBENFABRIKEN OF ELBERFELD CO. 40 Stone Street, New York.</p>	<p>Transparencia 12: Gráfica de Bayer</p> <p>La heroína ha estado dando vueltas desde hace mucho tiempo y originalmente se mercadeaba bajo el sello de Bayer como un supresor de la tos. Este anuncio es de 1897. Ya no se considera que tenga usos médicos.</p> <p><i>Nota: En salones grandes el texto de esta transparencia resulta difícil de leer y por tanto debe leerse en voz alta.</i></p>



Transparencia 13: Agonistas Opioides

Enseñe la fotografía durante unos segundos y siga adelante.



Transparencia 14: Agonistas Opioides

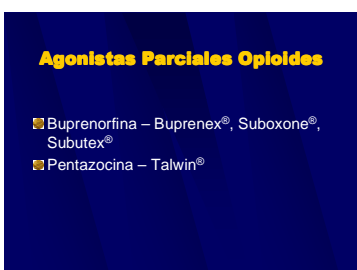
Sintéticos

Estas sustancias se manufacturan sintéticamente. Se consideran opioides, pero NO son opiáceos.



Transparencia 15: Metadona/Darvocet

Enseñe la fotografía durante unos segundos y siga adelante.



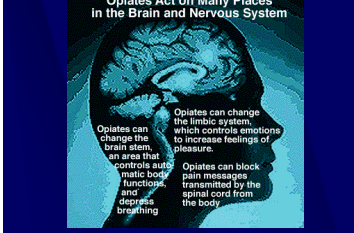


Transparencia 16: Agonistas Parciales Opioides

Buprenex® es la fórmula inyectable de buprenorfina aprobada y mercadeada para el tratamiento de dolor; **NO ESTÁ** aprobada para el tratamiento de la adicción a opiáceos.

Suboxone® es la tableta combinada de buprenorfina/naloxona y Subutex® es la tableta de buprenorfina sola. Estas son las únicas dos fórmulas para tabletas aprobadas para el tratamiento de la adicción a opiáceos.

Pentazocina (Talwin®) se mercadea para el dolor; **NO ESTÁ** aprobada para el tratamiento de la adicción a opiáceos.

<p>Combinación de Buprenorfina/Naloxona y Buprenorfina sola</p>  <p>The image shows two types of sublingual tablets. The top row features four orange, diamond-shaped tablets labeled 'SUBOXONE'. The bottom row features four white, oval-shaped tablets labeled 'SUBUTEX'.</p>	<p>Transparencia 17: Combinación de Buprenorfina/Naloxona y Buprenorfina sola</p> <p>Este es el aspecto que tienen las dos tabletas sublinguales de buprenorfina.</p>
<p>Antagonistas Opioides</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Naloxona – Narcan® ■ Naltrexona – ReVia®, Trexan®  <p>The image shows two boxes of medication. On the left is a box of Narcan (Naloxona) and on the right is a box of Trexan (Naltrexona).</p>	<p>Transparencia 18: Antagonistas Opioides</p> <p>Como se ha señalado anteriormente, los antagonistas son las sustancias que bloquean los efectos de los agonistas opioides. Dos ejemplos son la naloxona (la misma medicación en la tableta combinada de buprenorfina/naloxona) y naltrexona.</p>
<p>Opioides y el Cerebro: Farmacología y Media Vida</p>	<p style="text-align: center;">Transición</p> <p>Transparencia 19: Opioides y el Cerebro: Farmacología y Media Vida</p> <p>Entonces, ahora que saben cuáles son las drogas y los medicamentos que se incluyen en la clase conocida como opioides; observemos cómo trabajan.</p>
<p>Opiates Act on Many Places in the Brain and Nervous System</p>  <p>The diagram shows a human head in profile with a brain scan overlay. Text boxes explain: 'Opiates can change the brain stem, an area that controls automatic body functions, and depress breathing.' Another box says: 'Opiates can change the limbic system, which controls emotions to increase feelings of pleasure.' A third box states: 'Opiates can block pain messages transmitted by the spinal cord from the body.'</p> <p><small>FUENTE: Instituto Nacional de Abuso de Drogas, www.nida.nih.gov</small></p>	<p>Transparencia 20: Gráfica del Cerebro de “NIDA”</p> <p>Los opioides afectan el cerebro globalmente, incluyendo áreas que controlan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Las funciones automáticas corporales como respirar, la presión sanguínea y el pulso; • Las emociones, especialmente las áreas del cerebro responsables de sentir placer; • Dolor – los opioides bloquean la transmisión de los mensajes de dolores corporales que genera el cerebro, disminuyendo por tanto o eliminando la experiencia de dolor.

<p style="text-align: center;">Terminología</p> <p>Receptor: lugar de unión celular específico o molécula: una molécula, grupo, o lugar que está en una célula o en una superficie celular y se une con una molécula específica, antígeno, hormona o anticuerpo</p>	<p>Transparencia 21: Farmacología del Receptor: Terminología Tomemos unos minutos para repasar algunos términos relacionados con la farmacología del receptor.</p> <p><u>Receptor</u> Una célula o lugar específico en una célula a la cual se adhiere una molécula específica. Existen receptores únicos para muchas moléculas diferentes, incluyendo los receptores opioides específicos.</p>
<p style="text-align: center;">Pequeño Ejercicio Grupal:</p> <p>Dependencia “vs” Adicción: ¿Cuál es la diferencia?</p> <p style="text-align: center;">En grupos pequeños, discuta esta pregunta.</p>	<p>**PEQUEÑO EJERCICIO GRUPAL**</p> <p>Transparencia 22: Dependencia “vs” de la Adicción: ¿Cuál es la diferencia?</p> <p><i>Separe el público en grupos pequeños (de 3-4 personas), y pídale que discutan la diferencia entre la dependencia y la adicción. Una vez transcurran aproximadamente 10 minutos, haga que el grupo se vuelva a unir y pida unos cuantos voluntarios que describan sus discusiones.</i></p>
<p style="text-align: center;">Terminología</p> <p style="text-align: center;">Dependencia contra Adicción</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ El “DSM-IV” define el uso problemático de sustancias con el término dependencia de sustancias. No usa el término adicción. Esto ha sido fuente de mucha confusión. ■ De acuerdo a la definición del “DSM-IV”, la dependencia a sustancias se define como uso continuo a pesar del desarrollo de resultados negativos incluyendo problemas físicos, psicológicos o interpersonales como resultado del uso. ■ La mayoría de los proveedores se refieren a esto como adicción y ADICCION es el término que usaremos a lo largo del resto del adiestramiento. 	<p>Transparencia 23: Dependencia contra Adicción El estándar para entender todos los trastornos de salud mental (incluyendo el abuso de sustancias) es el Manual Estadístico y Diagnóstico de Trastornos Mentales (“DSM-IV” por sus siglas en inglés, <i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i>). Sin embargo, ya que el “DSM” usa el término “dependencia” como significado para dos cosas diferentes, ha surgido una gran confusión.</p> <p>El “DSM” define “dependencia a sustancias” como uso continuo de la sustancia, a pesar de un patrón de resultados físicos, psicosociales e interpersonales negativos como resultado del uso.</p> <p>La mayoría de los proveedores usan el término “adicción” para describir este patrón de problemas. Para poder diferenciar este término, usaremos el término adicción (<i>en lugar de dependencia</i>) a lo largo de este adiestramiento para referirnos a este patrón de problemas que resultan del uso.</p>

<p style="text-align: center;">Terminología Dependencia contra Adicción</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ La adicción puede ocurrir con o sin la presencia de la dependencia física. ■ La dependencia física es el resultado de la adaptación del cuerpo a una droga o medicamento y se define por la presencia de <ul style="list-style-type: none"> • Tolerancia y/o • Retirada 	<p>Transparencia 24: Dependencia contra Adicción</p> <p>El otro uso del término “dependencia” es para describir la reacción del cuerpo a la presencia de una sustancia adictiva – eso es dependencia física a la sustancia.</p> <p>La dependencia física es un síntoma de la adicción, pero es importante recordar que la adicción puede ocurrir con o sin dependencia física.</p> <p>La dependencia física se define por la presencia de la tolerancia y/o retirada.</p> <p>Vamos a ver definiciones específicas de estos términos.</p>
<p style="text-align: center;">Terminología Dependencia contra Adicción</p> <p><u>Tolerancia:</u> la pérdida o reducción de una respuesta normal a una droga u otro agente, después del uso o la exposición por un período de tiempo prolongado</p>	<p>Transparencia 25: Dependencia contra Adicción</p> <p><u>Tolerancia</u></p> <p>La tolerancia lidia con la adaptación del cuerpo a una droga o medicamento. Con la exposición repetida, la respuesta a la sustancia disminuye. Por lo tanto, se requiere una dosis mayor para lograr el mismo efecto.</p>
<p style="text-align: center;">Terminología Dependencia contra Adicción</p> <p><u>Retirada:</u> un período durante el cual alguien adicto a una droga o a otra sustancia adictiva deja de tomarla, haciendo que la persona experimente síntomas dolorosos o incómodos</p> <p style="text-align: center;">○</p> <p>una persona toma una sustancia similar para poder evitar sufrir los efectos negativos que se acaban de mencionar.</p>	<p>Transparencia 26: Dependencia contra Adicción</p> <p><u>Retirada</u></p> <p>Este es otro indicador de la adaptación del cuerpo a la droga. Este proceso ocurre cuando la dosis normal se reduce o se elimina y la persona experimenta dolor o síntomas incómodos O la persona usa una sustancia similar para evitar estos síntomas dolorosos.</p> <p>Observemos los problemas que identifica el “DSM-IV”.</p>

Criterios del “DSM IV” para la Dependencia de Sustancias

■ Tres o más de los siguientes síntomas ocurren en cualquier momento durante un período de 12 meses.

- Tolerancia
- Retirada
- Sustancia que se consume en grandes cantidades durante un tiempo
- Deseo persistente y esfuerzos infructuosos para reducir o detener el uso
- Mucho tiempo y actividades dedicadas a conseguir la droga
- Disturbios en el funcionamiento social, ocupacional o recreacional
- Uso continuo a pesar del conocimiento del daño que se está haciendo a sí mismo.

FUENTE: “DSM-IV-TR”, Asociación Americana de Psiquiatría, 2000.

Transparencia 27: Criterios del “DSM-IV” Dependencia de Sustancias

De acuerdo al “DSM-IV”, los trastornos por uso de sustancias ocurren con un continuo. La forma menos severa del problema se llama abuso y se define como que se tienen problemas repetidos asociados con el uso, pero generalmente el individuo sigue llevando en cierto modo una vida funcional. Según va empeorando el problema, la persona pasa a la adicción (o a lo que el “DSM-IV” llama dependencia a sustancias) con la que hay un impedimento marcado en el funcionamiento.

La adicción está basada en grupos de comportamientos y efectos físicos. Se define como “un patrón desajustado de uso de sustancias que conduce a un impedimento clínico significativo o angustia según se manifiesta por tres (o más) de siete síntomas que ocurren en cualquier momento durante un período de 12 meses.”

Lea estos puntos en voz alta.

Otros puntos para mencionar:

Punto Núm. 3: “consumir cantidades grandes” – indica una pérdida del control por encima de su consumo moderado de drogas. “Durante un tiempo” se pueden mencionar también como “períodos más largos de los que se esperaba.”

Dependencia contra Adicción Resumen

■ Para evitar la confusión, en este adiestramiento, “Adicción” será el término usado para referirse al patrón de uso continuo de opioides a pesar de los comportamientos patológicos y otros resultados negativos.

■ “Dependencia” se usará sólo para referirse a la dependencia física a la sustancia según se describió anteriormente en la tolerancia y retirada.

Transparencia 28: Dependencia “vs” adicción (resumen)

Para clarificar, repasemos los términos otra vez:

Lea la Transparencia en voz alta.

Agonistas Opioides: Farmacología

- Estimula los receptores opioides en el sistema nervioso central y en el tracto gastrointestinal
- Analgesia – alivio contra el dolor (somático y psicológico)
- Acción antitusígena– supresión de la tos
- Euforia, estupefacción, "cabezadas"
- Depresión respiratoria



Transparencia 29: Agonistas Opioides: Farmacología

Entonces, ¿cómo funcionan los opioides?

Los opioides trabajan, mediante la estimulación de los receptores opioides en el cerebro y el tracto gastrointestinal. Cuando se adhieren al receptor, los usuarios experimentan alivio contra el dolor, supresión de la tos, sentimientos de euforia, y se vuelven aletargados. Si la dosis es lo suficientemente alta, pueden experimentar una depresión respiratoria. Este último síntoma puede llegar a provocar la muerte.

Agonistas Opioides : Farmacología

- Constricción pupilar (miosis)
- Estreñimiento
- Liberación de histamina (picor, constricción bronquial)
- Reducción en la secreción de gonadotropina
- Tolerancia, tolerancia cruzada
- Retirada: aguda y prolongada




Transparencia 30: Agonistas Opioides: Farmacología



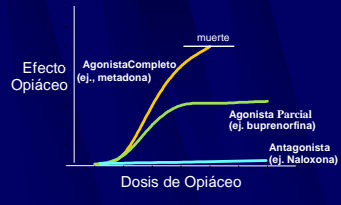

Otros efectos secundarios de los opioides incluyen:

- Constricción de las pupilas, se pueden llegar a poner muy pequeñas (a veces a esto se le llama pupilas puntiagudas);
- Estreñimiento;
- Una reacción alérgica típica acompañada por picor y/o dificultad respiratoria; y
- Disminución de libido debido a la disminución en las hormonas sexuales.

Ya hemos discutido la definición de la tolerancia. Con los opioides, podemos ver también tolerancia cruzada. Esto significa que una vez se desarrolla tolerancia a una sustancia (ej., heroína) también veremos tolerancia a otros opioides (ej., codeína o Demerol). Si la persona está recibiendo tratamiento con una medicación opioide (bien sea un tratamiento por adicción opioide o por otras indicaciones médicas), se necesitará ajustar la dosis dependiendo del nivel de tolerancia.

Para una persona que está saludable en términos generales, la retirada de un agonista opioide no pone en peligro su vida. Sin embargo, se caracteriza por ansias de consumo y un malestar notable, incluyendo síntomas parecidos a la gripe, dolor en las articulaciones, y ansiedad. Con frecuencia, se asocia también con una recaída en el uso de drogas. Una vez que se pasa por la retirada inmediata de la droga (usualmente unos cuantos días), hay síntomas residuales emocionales y físicos que ponen al paciente en un serio riesgo de recaída.

<p>¿Cuál es la definición de “Media Vida”?</p> <p><i>El tiempo que toma para la mitad de una cantidad específica de una sustancia, como por ejemplo una droga, eliminarse del tejido vivo mediante la actividad biológica natural</i></p>	<p>Transparencia 31: ¿Cuál es la definición de “Media Vida”?</p> <p><i>Lea la definición en voz alta.</i></p>
<p>Duración de la Acción</p> <p><i>Dos factores determinan la duración de la acción del medicamento:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Media vida – tiempo que toma metabolizar la mitad de la droga. En general, cuanto más larga sea la media vida, más larga es la duración de la acción. ■ Afinidad del receptor o fortaleza del vínculo entre la sustancia y el receptor - los medicamentos que se unen con fuerza al receptor, podrían tener una acción muy larga, inclusive si su media vida es considerablemente corta. 	<p>Transparencia 32: Duración de la acción</p> <p>La duración de la acción es el tiempo que le toma a una persona experimentar los efectos de la droga. Hay dos factores que determinan la duración de la acción:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Media vida: Cuanto más tome eliminar la medicación del cuerpo, más dura la experiencia. Usualmente la próxima dosis de la medicación se toma al transcurrir una media vida. • Afinidad: La fortaleza con la que una droga se une al receptor. Una medicación que tiene una afinidad alta con el receptor, permanece en el receptor por más tiempo, y por lo tanto continúa activando al receptor. Esto provoca que la acción dure más que con los medicamentos o drogas que tienen una afinidad menor. <p>Una ruta de administración más rápida (como fumar o inyectarse), una media vida más corta, y un comienzo más rápido de la acción, están asociados con un potencial mayor para abusar de la droga.</p>
<p>Medias Vidas de los Antagonistas Opioides</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Naloxona – 15-30 minutos ■ Naltrexona – 24-72 horas 	<p>Transparencia 33: Medias Vidas de los Antagonistas Opioides</p> <p>La naloxona es una droga que actúa rápidamente y que se metaboliza muy deprisa. Esto hace que la medicación sea muy apropiada para tratar las condiciones de emergencia. (ej., sobredosis).</p> <p>Sin embargo, la naltrexona, tiene un efecto de más duración, lo que la hace una mejor opción para una terapia de mantenimiento con antagonistas.</p>

<p>Medias Vidas de los Agonistas Opioides</p> <ul style="list-style-type: none"> Heroina, codeína, morfina – 2-4 horas Metadona – 24 horas LAAM – 48-72 horas 	<p>Transparencia 34: Medias Vidas de los Agonistas Opioides</p> <p>Una de las razones por la que la gente se siente más estable bajo metadona que con heroína es porque la medicación tiene una media vida mayor. La persona se siente estable al tomar la medicación una sola vez al día, contrario a necesitar dosificarse cada pocas horas con la heroína.</p>
<p>Medias Vidas de los Agonistas Opioides Parciales</p> <ul style="list-style-type: none"> Buprenorfina – 4-6 horas (sin embargo, la duración de la acción es muy larga debido a la alta afinidad del receptor) Pentazocina – 2-4 horas 	<p>Transparencia 35: Medias Vidas de los Agonistas Parciales Opioides</p> <p>Contrario a la metadona, la buprenorfina tiene una media vida considerablemente corta. Sin embargo, aun así tiene una acción de una duración muy larga. En este caso, la duración de la acción resulta de una afinidad alta con el receptor.</p>
<p>Agonista Parcial contra Agonista Opióide Completo</p> 	<p>Transparencia 36: Agonista Parcial “vs” Agonista Opióide Completo</p> <p>Los efectos de los agonistas parciales de la buprenorfina la hacen mucho más segura en dosis más altas que los agonistas completos. Esto se debe principalmente a que el efecto tope evita la supresión respiratoria que se observa con dosis más altas de agonistas.</p>
<p>Adicción Opióide y el Cerebro</p>  <p>Los opioides se adhieren a los receptores en el cerebro → Placer</p> <p>Uso repetido de opioides → Tolerancia</p> <p>Ausencia de opioides después de uso prolongado → Retirada</p>	<p>Transparencia 37: Adicción Opióide y el Cerebro</p> <p>Al principio, usar opioides provoca <u>PLACER</u>. Pero la exposición repetida a los opioides causa cambios a largo plazo en el funcionamiento cerebral, terminando en <u>TOLERANCIA</u> (una necesidad de seguir usando cada vez más en el intento de sentir el placer que se sintió una vez).</p> <p>Si se deja de usar opioides después de haberlos usado por un período de tiempo prolongado, se atraviesa por la <u>RETIRADA</u>.</p> <p>Las claves ambientales asociadas con el uso de drogas activan el cerebro y provocan ansias de consumo, lo que a menudo lleva a volver a usar la droga (<u>RECAIDA</u>).</p> <p><i>Mencione que las ansias de consumo/ desencadenantes se discutirán mucho más detalladamente en el Módulo VI.</i></p>

¿Qué sucede cuando se usan los Opioides?

- ❑ **Efectos agudos:** Sedación, euforia, constricción pupilar, estreñimiento, picor, y pulso, respiración y presión sanguínea bajos
- ❑ **Resultados de Uso Crónico:** Tolerancia, adicción, complicaciones médicas
- ❑ **Síntomas de retirada:** Sudoración, carne de gallina, bostezos, escalofríos, gotereo nasal, lagrimeo, náuseas, vómitos, diarreas, y dolores musculares y de las articulaciones.

Transparencia 38: ¿Qué pasa cuando se usan los Opioides?

Las personas reportan que la experiencia de tomar opioides es intensamente placentera. Sin embargo, inclusive en el ciclo inicial de uso, la gente reporta efectos secundarios negativos por el uso.

Los efectos agudos incluyen la euforia y los efectos sedantes; la gente reporta también estreñimiento, picor, náusea y reducción en el pulso y la respiración.

Con el uso crónico, se desarrollan la tolerancia y los síntomas de retirada, además los síntomas mencionados anteriormente se pueden volver más significativos.

Los síntomas de retirada de los opioides son bastante desagradables e incluyen sudoración, gotereo nasal, diarreas, náuseas y dolores musculares y de las articulaciones.

Efectos Agudos Posibles del Uso Opiode

- ❑ Golpe de sensación placentera = "descarga"
- ❑ Sofoco de calor en la piel
- ❑ Sequedad en la boca
- ❑ Sensación de pesadez en las extremidades
- ❑ Somnolencia
- ❑ Obnubilación de las funciones mentales
- ❑ Disminución del ritmo cardíaco y de la respiración
- ❑ Náuseas, vómitos, y picor severo

Transparencia 39: Efectos Agudos Posibles del Uso Opiode

Resuma los síntomas asociados con los efectos agudos, el uso crónico y la retirada.

Punto Núm. 1: Se suele reportar con la administración por inyección o al fumar. No se asocia comúnmente con la administración oral.

Punto Núm. 5: Nos solemos referir a la somnolencia como "dar cabezadas."

Consecuencias del Uso Opiode

- Adicción
- Sobredosis
- Muerte
- Relacionadas con el uso (ej., infección VIH, desnutrición)
- Consecuencias negativas de inyectarse:
 - Enfermedades infecciosas (ej., VIH/SIDA, Hepatitis B y C)
 - Venas colapsadas
 - Infecciones bacterianas
 - Abscesos
 - Infección del revestimiento del corazón y de las válvulas
 - Artritis y otros problemas reumatológicos

Transparencia 40: Consecuencias del Uso Opiode

Las primeras tres consecuencias (adicción, sobredosis, y muerte) se refieren al uso opiode en general. También hay consecuencias de los comportamientos que se podrían asociar con el uso de sustancias, como infecciones resultado de comportamientos sexuales sin protección, desnutrición, etc.

Muchas de las consecuencias se refieren específicamente al uso de drogas inyectadas:

- Venas colapsadas resultado de inyecciones repetidas.
Pregunte a los asistentes: ¿Qué hace la gente cuando sus venas colapsan? (Respuesta: encontrar otro sitio).

Pregunte a los asistentes: ¿Dónde más aparte del doblez del antebrazo se puede inyectar la gente?

(Respuesta: otros lugares posibles incluyen los dedos de las manos y pies, en el cuello, en la cadera, bajo la lengua, en la ingle o en el área genital).

- Infecciones virales como la VIH o la Hepatitis C, resultado de compartir equipo para inyectarse con otras personas.
- Infecciones bacterianas que podrían ser provocadas por no limpiar adecuadamente el sitio donde se va a inyectar o por usar agujas que hayan estado expuestas a bacterias. Esto puede introducir bacterias a la corriente sanguínea.
 - Un absceso es una infección subcutánea. Si no se atiende, puede abrirse y llevar a una sepsis e inclusive la muerte.
 - Las infecciones sanguíneas se pueden contraer de la bacteria que llegó a la corriente sanguínea por medio de agujas/jeringuillas sucias. La bacteria se asienta en el corazón, provocando una infección en la membrana interior del corazón (endocarditis) o un deterioro de las válvulas del corazón (lo que provoca que se vuelvan menos efectivas al bombear sangre desde y hacia el corazón).
- Artritis y otros problemas reumatológicos podrían desarrollarse como resultado de infecciones crónicas e inflamación muscular o de tejidos.

Síndrome de Retirada de la Heroína

- La intensidad varía con el nivel y la cronicidad del uso
- El cese de opioides causa un rebote en la función alterada por el uso crónico
- Las primeras señales ocurren poco después de que toque la próxima dosis
- La duración de la retirada depende de la media vida de la droga que se use:
 - La crisis de la retirada ocurre de 36 a 72 horas después de la última dosis
 - Los síntomas agudos subsanan entre 3 y 7 días
 - Los síntomas prolongados pueden arrastrarse por semanas o meses

Transparencia 41: Síndrome de Retirada de la Heroína

Una vez que el cuerpo se acostumbra a tener la droga a bordo, puede reaccionar si se le quita. La intensidad de los síntomas de retirada dependerá del nivel de uso (dosis y tipo de opioide) y la frecuencia y la duración del uso (cronicidad).

Los síntomas de retirada son básicamente un efecto de rebote; las funciones que han sido reducidas o alteradas por el opioide vuelven a emerger de repente. Los síntomas de retirada a menudo son los síntomas opuestos que se observan cuando se están usando los opioides activamente (ej., la gente se estriñe cuando consume opioides y tiene diarrea cuando está en retirada).

Las primeras señales ocurren poco después de que toque la próxima dosis.

La duración de la retirada depende de la media vida. Los opioides con medias vidas más cortas (ej., heroína) tienen síntomas de retirada agudos con su punto culminante de los 3 a 4 días y se apaciguan entre los 3 y 7 días. Los opioides con medias vidas más largas tienen períodos de retirada agudos más largos.

Independientemente de la duración de la retirada aguda, hay síntomas de retirada prolongados (ej., dolores, malestar general) que persisten durante semanas o meses después de que se detiene el uso.

Síndrome de Retirada de la Heroína Síntomas Agudos

- Dilatación pupilar
- Lagrimeo (ojos acuosos)
- Rinorrea (mucosidad por la nariz)
- Espasmos musculares ("dar patadas")
- Bostezos, sudor, escalofríos, carne de gallina
- Calambres estomacales, diarrea, vómitos
- Agitación, ansiedad, irritabilidad

Transparencia 42: Síndrome de Retirada de la Heroína: Síntomas Agudos

Los síntomas agudos de retirada son lo contrario de los síntomas de intoxicación aguda.

Resuma los síntomas agudos de retirada.

Síndrome de Retirada de los Opioides

Síntomas Prolongados

- Dolores agudos musculares y corporales
- Insomnio, sueño perturbado
- Apetito pobre
- Líbido reducido, impotencia, anorgasmia
- Animo deprimido, anhedonia
- Ansiedad y obsesión por consumir la droga

Transparencia 43: Síndrome de Retirada de la Heroína: Síntomas Prolongados

Los síntomas prolongados de la retirada son menos severos que los síntomas agudos, pero aun así se experimentan como extremadamente perturbadores e incómodos.

Resuma los síntomas prolongados de retirada.

Anorgasmia = incapacidad para tener un orgasmo

Anhedonia = falta generalizada de sentir placer (todo es gris)

Tratamiento para la Adicción Opióide

Transición

Transparencia 44: Tratamiento para la Adicción Opióide

Cualquiera que consuma opioides por un período de tiempo desarrollará dependencia física a los mismos. Por ejemplo, un paciente tomando vicodin para el dolor durante un período de tiempo experimentará síntomas de retirada si lo deja de tomar de golpe. Esto no significa que sean dependientes. Tan solo significa que su cuerpo se ha adaptado a la medicación. Generalmente, el médico que la receta ayudará al paciente a ir disminuyendo la dosis hasta que la medicación deje de ser necesaria.

Sin embargo, si una persona tiene una adicción a los opioides— es decir pierde control sobre su uso y/o desarrolla problemas asociados con la adicción (haya o no haya dependencia física)— es bien poco probable que no deje de consumirlos sin alguna especie de tratamiento. La próxima sección de este adiestramiento considerará las opciones de tratamiento disponibles para la adicción a opiáceos.

**Opciones de Tratamiento
para los Individuos
Adictos al Opio**

- ❑ Los tratamientos conductuales educan a los pacientes acerca del proceso de acondicionamiento y les enseñan las estrategias de prevención para la recaída.
- ❑ Los medicamentos como la metadona y la buprenorfina operan en los receptores opioides para aliviar la ansiedad de consumo.
- ❑ **Combinar las dos clases de tratamiento capacita a los pacientes a dejar de usar los opioides y regresar a vidas más estables y productivas.**

Transparencia 45: Opciones de Tratamiento para los Individuos Dependientes al Opio

El tratamiento exitoso para la adicción opioide requiere no sólo el manejo de los síntomas de retirada físicos, sino de los cambios de comportamiento y cognoscitivos que estimulan al paciente a abstenerse de usar en el futuro la droga de la que abusan. Proporcionar servicios psicosociales y de consejería junto con el tratamiento farmacológico aumenta la posibilidad de lograr cambios a largo plazo en el estilo de vida y prevenir la recaída. Usted quiere ayudar a restaurar cierto grado de normalidad en el funcionamiento cerebral y en la conducta, logrando por tanto tasas de ocupación mayores, reducción del comportamiento criminal y un riesgo menor de VIH, hepatitis C, y otras enfermedades.

Enfatice la importancia de combinar ambos acercamientos del tratamiento (Punto Núm. 3).

El resultado final es que se necesita hacer un tratamiento a la medida para cumplir con las necesidades particulares del paciente (ej., decidir entre el cuidado ambulatorio o interno, de conducta y farmacológico, etc.).

¿Cómo puede tratar la adicción opioide?

Retirada con Ayuda Médica

- Alivia los síntomas de retirada mientras los pacientes se ajustan a estar libres de drogas
- Puede darse en un ambiente interno o ambulatorio
- Generalmente ocurre bajo el cuidado de un médico o un proveedor médico
- Sirve como un precursor para el tratamiento conductual, ya que está diseñado para tratar los efectos fisiológicos agudos al dejar de usar drogas.

FUENTE: Principios de Tratamiento para Adicción a las Drogas: Guía Basada en la Investigación, NIDA, 2008.

Transparencia 46: ¿Cómo puede tratar la adicción opioide? Retirada con Ayuda Médica

El individuo se va retirando sistemáticamente de las drogas adictivas. Las medicaciones (ej., metadona, buprenorfina, clonidina) se usan para aliviar los síntomas de retirada mientras la persona regresa gradualmente a un estado libre de opioides.

Se puede lograr exitosamente en ambientes ambulatorios e internos, pero el plan de tratamiento se debe desarrollar cuidadosamente para asegurar una estructura y apoyos adecuados.

Generalmente, un proveedor médico supervisa la retirada para monitorear la seguridad médica y administrar medicaciones para aliviar la incomodidad.

Generalmente, este acercamiento no es suficiente por sí solo para lograr que alguien haga la transición para mantenerse dentro de una vida libre de opioides. El tratamiento a largo plazo que ayuda a la persona a desarrollar nuevos comportamientos de manejo de situaciones, es crítico.

Los pacientes que no tienen éxito en la retirada médica o que escogen no someterse a la retirada de los opioides, deben considerar tratamiento con medicaciones como parte del plan de tratamiento (bien sea a corto o largo plazo).

¿Cómo puede tratar la adicción opioide?

Retirada con Ayuda Médica

- Alivia los síntomas de retirada mientras los pacientes se ajustan a estar libres de drogas
- Puede darse en un ambiente interno o ambulatorio
- Generalmente ocurre bajo el cuidado de un médico o un proveedor médico
- Sirve como un precursor para el tratamiento conductual, ya que está diseñado para tratar los efectos fisiológicos agudos al dejar de usar drogas.

FUENTE: Principios de Tratamiento para Adicción a las Drogas: Guía Basada en la Investigación, NIDA, 2008.

Transparencia 47: ¿Cómo puede tratar la adicción opioide? Tratamiento Residencial a Largo Plazo

Proporciona un ambiente sumamente estructurado (alejado del ambiente usual de la persona) donde se da el tratamiento.

El tratamiento residencial puede emplear una variedad de modelos, incluyendo las Comunidades Terapéuticas y la terapia de conducta cognoscitiva.

Las "TCs" (por sus siglas en inglés) se concentran en la resocialización del individuo y usan toda la comunidad del programa, incluyendo a otros residentes, personal y el contexto social como componentes activos del tratamiento.

**¿Cómo puede tratar la adicción opiode?
Tratamiento Psicosocial Ambulatorio**

- Variedad en las clases de intensidad de los servicios que se ofrecen
- Cuesta menos que el tratamiento residencial o interno
- A menudo es más adecuado para individuos que tienen empleo o que tienen apoyos sociales sólidos

FUENTE: Principios de Tratamiento para Adicción a las Drogas: Guía Basada en la Investigación, NIDA, 2000

**Transparencia 48: ¿Cómo puede tratar la adicción opiode?
Tratamiento Psicosocial Ambulatorio**

Las personas involucradas en el tratamiento psicosocial ambulatorio siguen viviendo en la comunidad mientras reciben sus tratamientos.

La estructura y los elementos exactos del tratamiento varían enormemente de programa en programa.

Generalmente, el tratamiento ambulatorio es menos costoso que el residencial.

Los programas ambulatorios ofrecen también una mayor flexibilidad, permitiendo a las personas mantener sus trabajos y aprovechar sus apoyos sociales en la comunidad.

**¿Cómo puede tratar la adicción opiode?
Tratamiento Psicosocial Ambulatorio**

- Se enfatiza la consejería grupal
- La desintoxicación se hace a veces con clonidina
 - Los medicamentos auxiliares se usan para ayudar con los síntomas de retirada
 - La gente suele reportar que siente incomodidad
 - A menudo, las personas no pueden tolerar los síntomas de retirada y discontinúan el tratamiento

FUENTE: Principios de Tratamiento para Adicción a las Drogas: Guía Basada en la Investigación, NIDA, 2000

**Transparencia 49: ¿Cómo puede tratar la adicción opiode?
Tratamiento Psicosocial Ambulatorio**

La consejería grupal suele ser el tratamiento principal en estos programas.

La retirada con ayuda médica generalmente se hace con clonidina y otras medicaciones no-narcóticas.

La gente suele reportar que se siente muy incómoda durante el proceso de retirada.

Por esta razón, mucha gente deja el tratamiento prematuramente al no poder tolerar los síntomas.

¿Cómo puede tratar a los adictos a los opioides?

Terapias de Conducta

■ Manejo de contingencia

- Basado en principios de condicionamiento operativo
- Usa el refuerzo (ej., vales) por los comportamientos positivos para poder facilitar el cambio

■ Intervenciones de conducta cognitiva

- Modifica el modo de pensar del cliente, sus expectativas y comportamiento
- Aumenta las destrezas para lidiar con varios estresantes de la vida

FUENTE: Principios de Tratamiento para Adicción a las Drogas: Guía Basada en la Investigación, NIDA, 2009

Transparencia 50: ¿Cómo puede tratar la adicción opioide? Terapias de Conducta

Las terapias de conducta están diseñadas para ayudar a los individuos a cambiar sus patrones de pensamiento alrededor del uso de drogas y aprender a dejar de usarlas y evitar la recaída.

Dos estrategias generales han demostrado ser muy prometedoras:

Manejo de contingencia:

- Ayuda al paciente a adoptar comportamientos nuevos al reforzar los comportamientos que los llevan hacia las metas del tratamiento

Intervenciones de conducta cognoscitiva:

- Ayudan al paciente a cambiar la forma en que piensa y como se comporta en lo que se refiere al uso de drogas
- Aumentan las estrategias de manejo de situaciones positivas

Se han usado exitosamente muchas clases diferentes de terapias de conducta para los trastornos por abuso de sustancias. Estas incluyen:

- Terapia para Aumentar la Motivación
- Modelo Matrix
- Terapia Cognoscitiva y Conductual Cognoscitiva
- Acercamiento con Refuerzos Comunitarios
- Programas de Autoayuda

MENCIONE LOS SIGUIENTES RECURSOS GRATUITOS:

La serie de *Protocolos para Mejoramiento de Tratamiento* (TIP, por sus siglas en inglés, *Treatment Improvement Protocol*) de “SAMHSA” incluye documentos que contienen las mejores guías prácticas para brindar intervenciones y terapias para individuos con trastornos por abuso de sustancias.

“Principles of Drug Addiction Treatment: A Research-Based Guide” – Principios de Tratamiento para Adicción a Drogas: una guía basada en la investigación - (mejor conocida como “NIDA Blue Book”) examina los acercamientos de tratamiento que han tenido apoyo empírico por su eficacia.

<p>¿Cómo puede tratar a los adictos a los opioides? Tratamiento de Mantenimiento con Agonistas</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Los pacientes estabilizados con dosis adecuadas y sostenidas de estos medicamentos pueden funcionar normalmente. ■ Pueden conservar trabajos, evitar el crimen y la violencia de la cultura callejera y reducir su exposición al VIH al cesar o reducir el uso de drogas intravenosas y el comportamiento sexual asociado con el consumo de drogas. ■ Tienen una mejor disposición a comprometerse con la consejería y con otras intervenciones de comportamiento esenciales para la recuperación y la rehabilitación. <p><small>FUENTE: Principios de Tratamiento para Adicción a las Drogas: Guía Basada en la Investigación, NIDA, 2009</small></p>	<p>Transparencia 51: ¿Cómo puede tratar la adicción opioide? Tratamiento de Mantenimiento con Agonistas</p> <p>El mantenimiento con agonistas ayuda a estabilizar las personas para que no experimenten constantemente los ciclos de uso y retirada. Esto les permite funcionar con más normalidad.</p> <p>Los comportamientos negativos asociados con el uso disminuyen.</p> <p>La persona se puede comprometer inmediatamente con la experiencia de tratamiento mientras está interesada y motivada en recibirlo, en lugar de sentirse enferma (en retirada) durante una semana o más y luego comenzar con el proceso de tratamiento.</p>
<p>¿Cómo puede tratar a los adictos a los opioides? Tratamiento de Mantenimiento con Agonistas</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Usualmente se lleva a cabo en ambientes ambulatorios ■ El tratamiento se proporciona en programas de tratamiento opioide o desde oficinas con buprenorfina ■ Usa una medicación opioide sintética de acción prolongada, usualmente la metadona ■ Administra la droga oralmente por un período sostenido con una dosis suficiente como para evitar la retirada de los opioides, bloquear el efecto del uso ilícito de opioides y disminuir las ansias de consumir opioides <p><small>FUENTE: Principios de Tratamiento para Adicción a las Drogas: Guía Basada en la Investigación, NIDA, 2009</small></p>	<p>Transparencia 52: ¿Cómo puede tratar la adicción opioide? Tratamiento de Mantenimiento con Agonistas</p> <p>Estos tratamientos se han llevado a cabo principalmente con una base ambulatoria, en programas específicos de tratamiento de adicción a opiáceos. Al añadir la buprenorfina al sistema de tratamiento, los pacientes también pueden recibir tratamiento a través de los médicos en las oficinas.</p> <p>Generalmente, se usa un opioide de efecto prolongado (tradicionalmente la metadona, ahora también la buprenorfina). Estas medicaciones evitan que ocurran los síntomas de retirada y bloquean los efectos de los opioides ilícitos si se usan. También ayudan a disminuir las ansias de consumo.</p>

<p>¿Cómo puede tratar a los adictos a los opioides? Tratamiento de Mantenimiento con Agonistas</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Los mejores programas de tratamiento de mantenimiento de opioides agonistas y los más efectivos, incluyen consejería individual y/o grupal, así como también proporcionan o refieren a otros servicios médicos, psicológicos y sociales que sean necesarios. <p><small>FUENTE: Principios de Tratamiento para Adicción a las Drogas: Guía Basada en la Investigación, NIDA, 2009.</small></p>	<p>Transparencia 53: ¿Cómo puede tratar la adicción opioide? Tratamiento de Mantenimiento con Agonistas</p> <p>Los programas de mantenimiento son más efectivos cuando se combinan con un programa efectivo de tratamiento de conducta.</p> <p>Además, los pacientes podrían necesitar tratamiento para otras condiciones médicas o psicológicas. Podrían necesitar también una variedad de servicios de apoyo social. Los servicios sociales incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rehabilitación vocacional • Empleo • Educación • Vivienda • Manejo del Caso • Destrezas de crianza • Destrezas de socialización • Manejo de ira
<p>Beneficios de la Terapia de Mantenimiento con Metadona</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Se ha usado efectiva y seguramente por más de 30 años ■ No intoxica ni suda, si se receta adecuadamente ■ Los efectos no interfieren con las actividades ordinarias ■ Suprime la retirada de los opioides durante 24-36 horas 	<p>Transparencia 54: Beneficios de la Terapia de Mantenimiento con Metadona</p> <p><i>Repase y resuma los puntos.</i></p>
<p>¿Cómo puede tratar a los adictos a los opioides? Tratamiento de Mantenimiento con Antagonistas</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Usualmente se lleva a cabo en ambientes ambulatorios ■ La iniciación de la naltrexona suele comenzar después de la desintoxicación en un ambiente residencial ■ Los individuos tienen que desintoxicarse médicamente y estar libres del consumo de opioides varios días antes de consumir la naltrexona (para prevenir que se precipite un síndrome de retirada de los opioides). <p><small>FUENTE: Principios de Tratamiento para Adicción a las Drogas: Guía Basada en la Investigación, NIDA, 2009.</small></p>	<p>Transparencia 55: ¿Cómo puede tratar la adicción opioide? Tratamiento de Mantenimiento con Antagonistas</p> <p>El uso de antagonistas opioides también puede ser efectivo. Como con el tratamiento agonista, el tratamiento antagonista generalmente se lleva a cabo en un ambiente ambulatorio.</p> <p>El antagonista se receta después de que la persona haya completado la retirada médica de los opioides.</p> <p>Si se administran los antagonistas antes de completar la retirada, la persona podría experimentar una retirada inmediata e intensa.</p>

<p>¿Cómo puede tratar a los adictos a los opiáceos?</p> <p>Tratamiento de Mantenimiento con Antagonistas</p> <ul style="list-style-type: none"> ❑ La falta recurrente de desear los efectos de los opiáceos, así como la futilidad que se percibe al usar opiáceos, puede resultar en romper con la adicción a opiáceos. ❑ El incumplimiento del paciente es un problema común. Un resultado favorable en el tratamiento requiere que haya también una relación terapéutica favorable, consejería o terapia, y un monitoreo cuidadoso del cumplimiento con la medicación. <p><small>FUENTE: Protocolo de Tratamiento para Adicción a las Drogas: Guía Basada en la Investigación, NIDA, 2005</small></p>	<p>Transparencia 56: ¿Cómo puede tratar la adicción opioide?</p> <p><i>Tratamiento de Mantenimiento con Antagonistas</i></p> <p>Los antagonistas bloquean los efectos de cualquier opioide ilícito. Con el tiempo, esto ayuda a la persona a romper con el patrón y el deseo del uso.</p> <p>Un problema del tratamiento con antagonistas es que los pacientes dejan de tomarlos porque quieren tener la experiencia de tomar un agonista.</p> <p>Por lo tanto, el mantenimiento efectivo con antagonistas exige:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una relación terapéutica positiva con el proveedor de tratamiento; • Consejería constante; y • Monitoreo de la medicación para determinar el nivel de cumplimiento.
<p>Módulo II – Resumen</p> <ul style="list-style-type: none"> ❑ Los opiáceos se adhieren a los receptores en el cerebro, causando placer. Después del uso repetido de opiáceos, el cerebro se altera, llevando a la tolerancia y a la retirada. ❑ Las medicaciones que operan por medio de los receptores opiáceos, como la buprenorfina, previenen los síntomas de retirada y ayudan a la persona a funcionar normalmente. ❑ El tratamiento de comportamiento también puede lidiar con el ansia de consumo que resulta de los factores externos del ambiente. 	<p>Transparencia 57: Módulo II – Resumen</p> <p><i>Repase y resuma los puntos.</i></p>

Módulo III

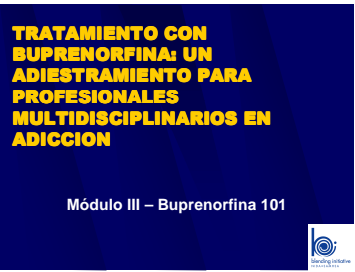
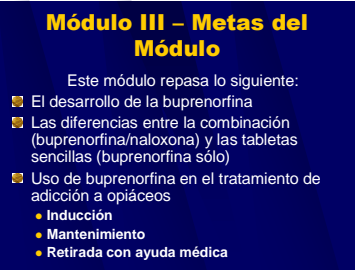
Buprenorfina 101



Módulo III: Buprenorfina 101

El Módulo III está diseñado para que los que participan en el adiestramiento tengan una visión general del desarrollo y la farmacología de la buprenorfina. Luego proporciona, en forma de resumen, información del tratamiento usando la droga; la inducción, el mantenimiento y la retirada con ayuda médica. El enfoque principal de la sección de tratamiento es proporcionar una visión general de los aspectos médicos del tratamiento y el rol de los profesionales no-médicos en cada una de estas fases del tratamiento. La información específica sobre consejería para pacientes que están tomando buprenorfina, se proporcionará en el Módulo VI.

Para evitar que los asistentes perciban al (a los) adiestrador(es) como que está(n) “vendiendo” la buprenorfina, asegúrese de enmarcar la disponibilidad de la buprenorfina como una opción adicional (no sólo como un reemplazo o una alternativa para la metadona). La disponibilidad de la buprenorfina para el tratamiento de la adicción a opiáceos, está permitiendo que el tratamiento de adicción a opiáceos crezca. El adiestramiento no pretende, de forma alguna, abogar a favor de un tratamiento u otro; en vez de eso, es una adición al repertorio de medicaciones disponibles para el tratamiento de la adicción a opiáceos.

	<p>Transparencia 1: Transparencia del Título</p> <p>Ahora es el momento de hablar específicamente de la buprenorfina. ¿Qué es esta medicación y cómo funciona? Esa es la pregunta que contestaremos en este Módulo.</p>
	<p>Transparencia 2: Módulo III – Metas del Módulo</p> <p>Ahora que hemos repasado los elementos básicos de la adicción a opiáceos y el tratamiento, examinaremos específicamente la buprenorfina y discutiremos cómo se desarrolló, compararemos las distintas fórmulas de medicación que hay disponibles para el tratamiento de la adicción a opiáceos y examinaremos la forma en que se usa en las distintas fases del tratamiento de adicción a opiáceos.</p>

Desarrollo de las Formulaciones de las Tabletas de Buprenorfina

- La buprenorfina se mercadea para el tratamiento de adicción a opiáceos bajo las marcas registradas con los nombres de Subutex® (buprenorfina) y Suboxone® (buprenorfina/naloxona)
- Más de 25 años de investigación
- Más de 5,000 pacientes expuestos durante los clínicos
- Demostró ser segura y efectiva para el tratamiento de la adicción a opiáceos

Transparencia 3: Desarrollo de las Formulaciones de las Tabletas de Buprenorfina

Subutex® = una tableta sublingual que contiene sólo hidrocloreto de buprenorfina

Suboxone® = una tableta sublingual que contiene hidrocloreto de buprenorfina y hidrocloreto de naloxona en una proporción de 4 a 1.

Suboxone® es el foco de los esfuerzos de mercadeo en EEUU, aun cuando ambas fórmulas están disponibles en los EEUU.

Estas medicaciones tienen una gran cantidad de investigación que las respalda para demostrar no sólo que es segura sino efectiva en el tratamiento de la adicción a opiáceos.

Buprenorfina: Un tratamiento con base científica

Las pruebas clínicas han establecido la efectividad de la buprenorfina para el tratamiento de la adicción a la heroína. La efectividad de la buprenorfina se ha comparado con:

- Placebo (Johnson et al. 1995; Ling et al. 1998; Kakko et al. 2003)
- Metadona (Johnson et al. 1992; Strain et al. 1994a, 1994b; Ling et al. 1996; Schottenfield et al. 1997; Fischer et al. 1999)
- Metadona y LAAM (Johnson et al. 2000)

Transparencia 4: Buprenorfina: Un Tratamiento con Base Científica

En el desarrollo de la medicación, la efectividad de la buprenorfina ha sido comparada con la de otras medicaciones que están disponibles en la actualidad. Estos estudios han demostrado que el tratamiento con la buprenorfina:

- Es más efectivo que el placebo; y
- Tiene una efectividad similar a las dosis moderadas de metadona y de LAAM.

Resultados de la investigación con buprenorfina

- La buprenorfina es tan efectiva como las dosis moderadas de metadona.
- La buprenorfina es tan efectiva como las dosis moderadas de LAAM.
- Los efectos agonistas parciales de la buprenorfina hacen que tenga un efecto de refuerzo leve, estimulando el cumplimiento con la medicación.
- Luego de una año de buprenorfina más consejería, tanto como un 75 por ciento de los pacientes se han mantenido en tratamiento en comparación con 0% de los que recibían placebo y consejería.

Transparencia 5: Resultados de la investigación con buprenorfina

Las pruebas clínicas han establecido la efectividad de la buprenorfina para el tratamiento de la adicción a opiáceos. Los estudios clínicos han demostrado lo siguiente acerca de la buprenorfina:

Punto Núm. 1: Los pacientes en buprenorfina tuvieron tan buenos resultados como los pacientes en una dosis moderada de metadona (60mg).

Punto Núm. 2: Los pacientes en buprenorfina tuvieron tan buenos resultados como los pacientes en una dosis moderada de LAAM (70mg/70mg/85mg en un itinerario de lunes/miércoles/viernes).

Punto Núm. 3: Los pacientes encontraron que tomar buprenorfina era una experiencia agradable, lo que les estimulaba a cumplir con el tratamiento.

Punto Núm. 4: Al compararlo con el placebo más consejería, 3/4 de los pacientes que reciben buprenorfina y consejería seguían en tratamiento un año después. Ninguno de los pacientes en placebo permaneció.

Trasladando los tratamientos con base científica a la práctica clínica

- Un reto del campo de la adicción es trasladar los métodos de tratamientos con base científica a ambientes clínicos.
- Las iniciativas de "NIDA" y "CSAT" desarrollan iniciativas para acercar más la investigación y la práctica clínica.
- El tratamiento con buprenorfina representa un logro dentro de este esfuerzo.

Transparencia 6: Trasladando los tratamientos con base científica a la práctica clínica

Muchos de los tratamientos que se han desarrollado nunca llegaron a la práctica.

Esto ha sido un problema desde hace un tiempo y tanto el Instituto Nacional de Abuso de Drogas (NIDA, por sus siglas en inglés, *National Institute on Drug Abuse*) como la Administración de Servicios de Salud Mental y Abuso de Sustancias (SAMHSA, por sus siglas en inglés, *Substance Abuse and Mental Health Services Administration*) lo han reconocido. El Equipo Combinado que desarrolló estos materiales, fue el resultado de una iniciativa diseñada para ayudar a pasar hallazgos científicos a la aplicación práctica: La Iniciativa Combinada de NIDA-SAMHSA.

La buprenorfina es un avance importante en el tratamiento y representa una oportunidad emocionante para que los individuos desarrollen estrategias para trabajar con los proveedores e investigadores para encontrar formas de hacer que este tratamiento sea una opción ampliamente disponible.

La buprenorfina como un Tratamiento para la Adicción a Opiáceos

- Un opioide sintético
- Descrito como una mezcla de agonista - antagonista opioide (o agonista parcial)
- Disponible para uso por medio de médicos certificados fuera de los programas tradicionales de tratamiento de adicción a opiáceos con licencia

Transparencia 7: La Buprenorfina como un Tratamiento para la Adicción a Opiáceos

Son varios los factores que hacen que la buprenorfina sea una buena opción para algunas personas.

La buprenorfina es un agonista parcial, lo que otorga un buen perfil de seguridad para la medicación.

Con los cambios de legislación en el tratamiento, esta medicación se vuelve disponible por primera vez fuera del sistema de programas de tratamiento de adicción a opiáceos (PTO). Esto se extiende tanto a la disponibilidad del tratamiento como al acceso.

El rol de la buprenorfina en el tratamiento de adicción a opiáceos

- Agonista Parcial Opióide
 - Produce un efecto tope con dosis más altas
 - Tiene efectos de los agonistas opioides típicos—estos efectos son dosis dependientes hasta un tope
 - Se une fuertemente al receptor opiáceo y es de larga duración
- Terapia segura y efectiva para el mantenimiento opioide y la desintoxicación

Transparencia 8: El rol de la buprenorfina en el tratamiento de Adicción a Opiáceos

Las propiedades de la medicación de los agonistas parciales son importantes de entender.

Los efectos de la medicación en dosis menores son virtualmente las mismas que las de los agonistas completos. Sin embargo, al aumentar la dosis, los efectos de la buprenorfina se estabilizan (especialmente la supresión respiratoria), mientras que con las medicaciones de agonistas completos siguen aumentando. Esto se llama “efecto tope”. Este efecto tope disminuye grandemente el riesgo de sobredosis al compararlo con el de los agonistas completos.

La buprenorfina tiene una afinidad ALTA para los receptores opioides. Desplaza la morfina, la metadona, y otros opioides agonistas completos del receptor. Además, la buprenorfina se separa lentamente del receptor.

Esta afinidad alta con el receptor y la separación lenta del mismo, provoca que la buprenorfina bloquee los efectos de otros opioides, como por ejemplo la heroína. Además, la afinidad alta y la separación lenta, dan lugar a los efectos terapéuticos prolongados de la buprenorfina.

Las pruebas clínicas han demostrado que la buprenorfina es una medicación segura y efectiva tanto para el mantenimiento opioide como para la retirada con ayuda médica (desintoxicación). Además, como la buprenorfina es de larga duración, la dosificación puede ocurrir menos de una vez al día, y con tan poco frecuencia como tres veces por semana.

Ventajas de la buprenorfina en el Tratamiento de la Adicción a Opiáceos

1. El paciente puede participar plenamente en las actividades del tratamiento y en otras actividades cotidianas facilitando su transición hacia el ambiente del tratamiento
2. Posibilidad limitada de sobredosis
3. Efectos subjetivos mínimos (ej., sedación) después de una dosis
4. Disponible para usarse en la oficina médica
5. Nivel más bajo de dependencia física

Transparencia 9: Ventajas de la Buprenorfina en el Tratamiento de la Adicción a Opiáceos

Al hacer una transición hacia la buprenorfina, los pacientes pueden participar completamente en las actividades del tratamiento, en lugar de estar enfermos a causa de la retirada durante varios días. Esto significa que el tratamiento puede empezar tan pronto como lo busquen (mientras la motivación es alta).

No se conocen casos de sobredosis asociadas directamente con la buprenorfina. Hasta la fecha, los casos en que ha ocurrido una sobredosis incluían el uso de alcohol u otros depresores respiratorios (ej., benzodiazepinas). Véase *Johnson, et al. 2003, Para una discusión más detallada.*

Los pacientes reportan una sedación mínima después de una dosis.

El ambiente de tratamiento se puede determinar para ajustarlo a las necesidades del paciente (PTO o desde una oficina).

Ventajas de la Buprenorfina/Naloxona en el Tratamiento de la Adicción a Opiáceos

- La tableta combinada se está mercadeando para usarse en EEUU
6. Desalienta el uso intravenoso
7. Reduce el desvío
8. Permite el acceso a una dosificación para consumir en el hogar

Transparencia 10: Ventajas de la Buprenorfina/Naloxona en el Tratamiento de la Adicción a Opioides

Los esfuerzos de mercadeo en los EEUU se concentraron en la fórmula combinada. Esta fórmula tiene varias ventajas, incluyendo las siguientes:

- Desalienta el uso de la inyección, al inyectarla, la naloxona en el producto provocará la retirada, mientras que si se toma sublingualmente como se receta, no tendrá ese efecto.
- Debido a lo que se acaba de mencionar, la tableta combinada reduce la posibilidad de que la medicación no se tome como se supone.

<p style="text-align: center;">Desventajas de la Buprenorfina en el Tratamiento de la Adicción a Opiáceos</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Costo de medicación más alto 2. Nivel menor de dependencia física (ej., pacientes puede discontinuar el tratamiento) 3. No es detectable en la mayoría de los cernimientos toxicológicos de orina 	<p>Transparencia 11: Desventajas de la Buprenorfina en el Tratamiento de la Adicción a Opioides</p> <p>Definitivamente, también existen desventajas con esta medicación.</p> <p>La buprenorfina es más costosa que la metadona: De acuerdo al fabricante, Suboxone® (16 mg/al día) cuesta \$287.50 al mes, comparado con menos de \$30 al mes para las dosis de metadona.</p> <p>Sobre todo, la medicación causa un nivel menor de dependencia física. A pesar de que esto suele verse como una ventaja de la medicación, facilita que los clientes discontinúen el tratamiento y vuelvan a usar drogas.</p> <p>La buprenorfina no es detectable en la mayoría de las pruebas de orina, haciendo que monitorear el cumplimiento sea difícil. Sin embargo, esto podría ser también una ventaja de la buprenorfina (para gente que se tiene que someter a pruebas de drogas al azar en su trabajo).</p>
<p style="text-align: center;">¿Por qué se desarrolló la combinación de Buprenorphine/Naloxone?</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Se desarrolló como respuesta a los informes cada vez más frecuentes del abuso de buprenorfina en los EEUU. ■ La tableta combinada está diseñada específicamente para disminuir el abuso de buprenorfina por medio de la inyección, especialmente por usuarios de opioides fuera de tratamiento. 	<p>Transparencia 12: ¿Por qué se desarrolló la combinación de Buprenorfina/Naloxona?</p> <p>En otros países donde la buprenorfina ha estado disponible, ha habido informes cada vez más frecuentes de abuso de la medicación. Por lo tanto, los desarrolladores en los EEUU se esforzaron por encontrar una forma de prevenir el mal uso de la medicación tanto como fuera posible.</p> <p>Puesto que el uso por inyección de la tableta combinada de buprenorfina/naloxona provocará la retirada, la posibilidad de mal uso entre los usuarios de opioides que no están bajo tratamiento, disminuye grandemente.</p>
<p style="text-align: center;">¿Cuál es la proporción de buprenorfina en relación con la naloxona en la tableta combinada?</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Cada tableta de buprenorfina y naloxona tiene una proporción de 4 a 1 <ul style="list-style-type: none"> • Cada tableta de 8 mg contiene 2 mg de naloxona • Cada tableta de 2 mg contiene 0.5 mg de naloxona ■ La proporción se consideró óptima en los estudios clínicos <ul style="list-style-type: none"> • Conserva los efectos terapéuticos de la buprenorfina cuando se consume sublingualmente como se recomienda • Ocurren suficientes efectos de disforia al inyectársela personas dependientes físicamente como para desalentar el uso. 	<p>Transparencia 13: ¿Cuál es la proporción de buprenorfina en relación con la naloxona en la tableta combinada?</p> <p>La combinación incluye buprenorfina y naloxona en una proporción de 4 a 1. Esta proporción se consideró óptima para mantener los efectos clínicos cuando se consume sublingualmente como se recomienda, PERO puede causar suficiente malestar si se la inyecta una persona con dependencia física (para desalentarla a seguir haciéndolo).</p>

¿Por qué Combinar la Buprenorfina y la Naloxona Sublingualmente Funciona?

Los perfiles dispares de potencia de buprenorfina y la naloxona por vía sublingual (SL) versus inyectable las hacen óptimas para usarlas en un producto combinado.

Biodisponibilidad SL	Rezón (ratio) de Potencia inyectable versus Sublingual (SL)
Buprenorfina 40-60%	Buprenorfina ~ 2:1
Naloxona 10% o menos	Naloxona ~ 15:1

FUENTE: Amoss et al., 2004

Transparencia 14: ¿Por qué Funciona Combinar la Buprenorfina y la Naloxona Sublingualmente?

Los jugos digestivos eliminarían los efectos de la buprenorfina si se traga. Al administrarla sublingualmente, la medicación se disuelve bajo la lengua y se absorbe directamente a la corriente sanguínea. La buprenorfina y la naloxona tienen tasas de absorción diferentes cuando se consume de esta forma.

Al administrarla debajo de la lengua, la persona recibe aproximadamente entre el 40 y 60% de la buprenorfina disponible, pero sólo el 10% de la naloxona.

Sin embargo, cuando se observa la potencia relativa al comparar la administración sublingual con la inyección, la buprenorfina es aproximadamente dos veces más fuerte cuando se inyecta que cuando se toma sublingualmente. Por otro lado, la naloxona es 15 veces más efectiva al inyectarla.

Esto significa que cuando se inyecta, la naloxona es la medicación más fuerte y los efectos del antagonista dominan.

Buprenorfina/Naloxona: ¿Qué necesita saber?

- La farmacología básica, la farmacocinética, y la eficacia es la *misma* que la buprenorfina sola.
- Agonista parcial opioide; efecto tope en dosis mayores
- Bloquea los efectos de otros agonistas
- Se adhiere fuertemente al receptor opioide, duración larga

Transparencia 15: Buprenorfina/Naloxona: ¿Qué necesita saber?

El efecto de la tableta combinada es virtualmente idéntico al producto con buprenorfina solamente cuando se toma sublingualmente.

Ambas fórmulas demuestran el efecto tope en dosis más altas.

Ambas fórmulas evitan los efectos de intoxicación si alguien decide usar otro opioide también.

Son de larga duración por su afinidad alta al receptor.

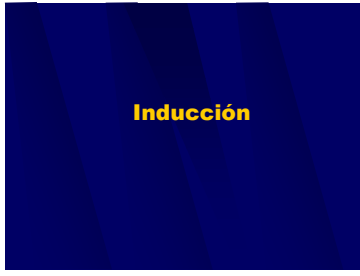
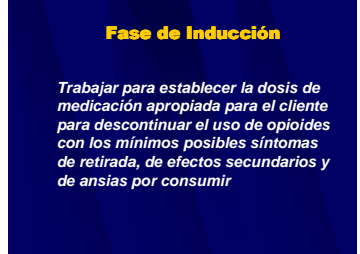
El Uso de la Buprenorfina en el Tratamiento de la Adicción Opiácea

Inducción
Mantenimiento
Disminución gradual/Retirada con ayuda médica

Transición

Transparencia 16: El uso de la buprenorfina en el tratamiento de la Adicción a Opioides (Inducción, Mantenimiento, Disminución gradual/Retirada con ayuda médica)

Consideremos ahora la transición de las personas hacia la buprenorfina y examinemos luego las dos opciones principales de tratamiento: el mantenimiento y la retirada con ayuda médica.

 <p style="text-align: center;">Inducción</p>	<p>Transparencia 17: Inducción</p> <p>El término <u>inducción</u> se refiere a los procedimientos usados para que alguien haga la transición de otros opioides a la buprenorfina.</p>
 <p style="text-align: center;">Fase de Inducción</p> <p><i>Trabajar para establecer la dosis de medicación apropiada para el cliente para discontinuar el uso de opioides con los mínimos posibles síntomas de retirada, de efectos secundarios y de ansias por consumir</i></p>	<p>Transparencia 18: Fase de Inducción</p> <p>Durante la inducción, el médico trabaja con el paciente para averiguar la dosis más efectiva para que éste(a) pueda dejar de usar otros opioides con los menos síntomas de retirada posibles.</p> <p>Mientras que el médico primario guía este proceso, el equipo multidisciplinario es crítico para proveer el cuidado de apoyo y la consejería para ayudar al paciente mientras atraviesa por este proceso.</p>

Inducción Directa de Buprenorfina para Quien Usa Opioides de Corta Duración

- ❑ Pedir al paciente que se abstenga de los opioides de corta duración (ej., heroína) por lo menos durante 6 horas y que esté en un estado de retirada leve antes de administrar la buprenorfina/naloxona.
- ❑ Al transferirlo de un opioide de corta duración, asegúrese de que el paciente proporciona una prueba de cermiento de orina negativo a la metadona antes de la primera dosis de buprenorfina.

FUENTE: Amato, et al., 2004; Johnson, et al., 2003.

Transparencia 19: Inducción Directa de Buprenorfina para Quien Usa Opioides de Corta Duración

Se puede inducir a la gente que está usando opioides de corta o bien de larga duración, a que usen buprenorfina/naloxona. El MÉDICO es responsable de este aspecto en el cuidado del paciente.

Sin embargo, el profesional multidisciplinario en adicción debe estar disponible durante el proceso de inducción para proporcionar la consejería de apoyo.

Para poder ser inducidas a usar buprenorfina, las personas tienen que estar en un síndrome de retirada leve. Esto les asegura una transición cómoda al medicamento y que no tendrán síntomas de retirada inesperados. Debido a su alta afinidad del receptor, (desplaza otros opioides menos afines al receptor) y el efecto tope de dosis más altas (que causa una menor sensación de efecto opiáceo), si los pacientes se someten a una transición inmediata de la heroína a la buprenorfina, por ejemplo, la buprenorfina reemplazará la heroína en el receptor y el paciente tendrá la experiencia de tener muchos menos opioides en su sistema de los que acostumbra tener, yéndose en retirada. Sin embargo, si se encuentra bajo una retirada leve, la buprenorfina tendrá los efectos agonistas esperados y la persona experimentará una transición cómoda.

El paciente debe monitorearse también para el uso de metadona, ya que puede ser también una complicación para la transición.

Inducción Directa de Buprenorfina para Quien Usa Opioides de Larga Duración

- ❑ Se necesitan más estudios clínicos para determinar los procedimientos óptimos para inducir a estos pacientes.
- ❑ También se necesitan datos para determinar si la buprenorfina sola o la tableta de buprenorfina/naloxona es óptima cuando se inducen a estos pacientes.

FUENTE: Amato, et al., 2004; Johnson, et al., 2003.

Transparencia 20: Inducción Directa de Buprenorfina para Quien Usa Opioides de Larga Duración

Se sabe menos acerca de la transición de las personas que usan opioides de larga duración como la metadona.

Se necesitan estudios clínicos para determinar los procedimientos más efectivos y qué fórmula usar para estos pacientes.

<p>Inducción Directa de Buprenorfina para Quien Usa Opioides de Larga Duración</p> <p>La experiencia clínica ha sugerido que los procedimientos de inducción con pacientes que reciben opioides de larga duración (ej. metadona-pacientes de mantenimiento) son básicamente los mismos que se usan para los pacientes bajo opioides de corta duración, excepto:</p> <ul style="list-style-type: none"> El intervalo de tiempo entre la última dosis de medicación y la primera dosis de la buprenorfina se tiene que aumentar. Deben de transcurrir por lo menos 24 horas antes de comenzar con la buprenorfina y se podrían necesitar períodos más largos (hasta un máximo de 48 horas). Los cementos de droga en la orina no deben indicar consumo de opioides ilícitos al momento de la inducción. 	<p>Transparencia 21: Inducción Directa de Buprenorfina para Quien Usa Opioides de Larga Duración</p> <p>La experiencia clínica ha sugerido que a estos pacientes se les puede inducir por medio de los mismos procedimientos que se usan para los que usan opioides de corta duración.</p> <p>El intervalo de tiempo entre la última dosis se debe aumentar para permitir una duración activa más larga de la droga (de 24 a 48 horas).</p>
<p>Estabilización y Mantenimiento</p>	<p>Transición</p> <p>Transparencia 22: Estabilización y Mantenimiento</p> <p>Una vez que la persona está bajo medicación, el próximo paso consiste de asegurarse que esté <u>estabilizada</u>.</p>
<p>Fase de Estabilización</p> <p><i>El paciente no experimenta síntomas de retirada, efectos secundarios, o ansias por consumir</i></p>	<p>Transparencia 23: Fase de Estabilización</p> <p>Con estabilización, nos referimos a que no experimentan ni síntomas negativos ni ansias de consumo.</p> <p>En este momento, se puede tomar la decisión de moverse a la fase de mantenimiento o de retirada con ayuda médica.</p>
<p>Fase de Mantenimiento</p> <p>Metas de la Fase de Mantenimiento:</p> <p>Ayuda a la persona a cesar el uso y a mantenerse sin usar drogas ilícitas y el consumo problemático de alcohol</p> <ol style="list-style-type: none"> Continuar monitoreando las ansias de consumo para prevenir la recaída Aborda los aspectos psicosociales y familiares 	<p>Transparencia 24: Fase de Mantenimiento</p> <p>Dejar de usar drogas ilícitas y el consumo problemático de alcohol.</p> <p>El profesional de tratamiento debe abordar los aspectos subyacentes, como la comorbilidad psiquiátrica y los problemas psicosociales (laborales, legales, familiares/sociales, etc.).</p>
<p>Fase de Mantenimiento</p> <p>Aspectos psicosociales y familiares que hay que abordar:</p> <ol style="list-style-type: none"> Comorbilidad psiquiátrica Aspectos familiares y de apoyo Manejo del tiempo Aspectos laborales/financieros Actividades pro-sociales Aspectos legales Uso secundario de drogas/alcohol 	<p>Transparencia 25: Fase de Mantenimiento</p> <p>Durante el tratamiento de mantenimiento, los proveedores deben evaluar al paciente y proporcionar tratamiento para otros problemas que la persona esté afrontando, para ayudarla a estabilizarse y vivir una vida más satisfactoria.</p> <p><i>Lea/resuma los puntos.</i></p>

<p>Mantenimiento con buprenorfina: Resumen</p> <ul style="list-style-type: none"> La dosis para consumo en el hogar es segura y los pacientes la prefieren, pero la adhesión de los pacientes variará y esto puede tener un impacto en los resultados del tratamiento. La dosificación de buprenorfina/naloxona 3 veces por semana es segura y efectiva también (Amass, et al., 2001). Las necesidades de consejería necesitan integrarse con cualquier plan de tratamiento con buprenorfina. 	<p>Transparencia 26: Mantenimiento con Buprenorfina: Resumen</p> <p>Usar una dosis para consumo en el hogar es lo que quieren muchos pacientes, pero el monitoreo constante es crítico para determinar el cumplimiento.</p> <p>No es necesaria la dosificación diaria. Los investigadores han demostrado que un itinerario con una dosificación tres veces por semana es seguro y efectivo.</p> <p>Para que la dosificación sea efectiva, es imperativo que se incorpore la consejería en el plan de tratamiento y que tenga el apoyo de todo el equipo multidisciplinario.</p>
<p>Retirada con Ayuda Médica (también conocida como Reducción Progresiva de Dosis)</p>	<p>Transición</p> <p>Transparencia 27: Retirada con Ayuda Médica (también conocida como Reducción Progresiva de Dosis; también conocida como Desintoxicación)</p> <p>No en todos los pacientes es apropiada la retirada de los medicamentos. Las situaciones inestables de vida, las recaídas múltiples, intentos fallidos de desintoxicación en el pasado, o desinterés en retirarse de los opioides, pueden indicar que el mantenimiento es una mejor opción de tratamiento.</p>
<p>Retirada con la buprenorfina</p> <ul style="list-style-type: none"> Trabaja para proporcionar una transición cómoda de un estado de dependencia física a un estado de no dependencia, con supervisión médica La retirada con supervisión médica (desintoxicación) está acompañada y seguida por tratamiento psicológico y a veces con tratamiento de medicación (ej. naltrexona) para minimizar el riesgo de recaída. 	<p>Transparencia 28: Retirada con Buprenorfina</p> <p>Sin embargo, de ser apropiado, la meta de la retirada con ayuda médica es ayudar a los pacientes en la transición de los opioides de manera que ya no estén dependientes físicamente.</p> <p>El tratamiento psicosocial es un componente crítico para éste (y todos los tratamientos) para ayudar a evitar la recaída.</p>

<p>Retirada con la Ayuda Médica (Desintoxicación)</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Tanto la retirada ambulatoria como la interna es posible ■ ¿Cómo se hace? <ul style="list-style-type: none"> • Cambio a opiáceo de duración más larga (ej., buprenorfina) <ul style="list-style-type: none"> • Se va disminuyendo durante un período de tiempo (unos cuantos días o semanas dependiendo del programa) • Usa otros medicamentos para tratar los síntomas de retirada • Usa clonidina y otras medicaciones no narcóticas para manejar los síntomas durante la retirada 	<p>Transparencia 29: Retirada con Ayuda Médica</p> <p>La retirada con ayuda médica puede tener éxito tanto en ambientes internos como ambulatorios. Es importante para el profesional multidisciplinario de tratamiento proveer servicios de apoyo abarcadores para que el paciente atravesase por esta etapa difícil.</p> <p>Esto se hace al poner a la persona bajo una transición con un opiáceo de larga duración como la buprenorfina y luego se le va disminuyendo la dosis durante un período de tiempo.</p> <p>Existen otros medicamentos que pueden ser útiles cuando hay síntomas de retirada presentes para ayudar a la persona a mantenerse cómoda.</p>
<p>Módulo III – Resumen</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ La buprenorfina está disponible. ■ La buprenorfina ha demostrado ser segura y efectiva en el tratamiento de la adicción a opiáceos. ■ El equipo multidisciplinario es crítico en el tratamiento con buprenorfina. Proveer tratamiento psicosocial y de apoyo a los pacientes en buprenorfina aumenta la posibilidad de éxito. 	<p>Transparencia 30: Módulo III – Resumen</p> <p><i>Lea/resuma los puntos.</i></p>

Módulo IV

Identificación de Pacientes para Tratamiento con Buprenorfina




blending initiative
NIDA • SAMHSA

Módulo IV: Identificación de Pacientes para Tratamiento con Buprenorfina

Apuntes Generales:

Asegúrese de mantener a las personas dentro del tema— éste es el Módulo con el que los asistentes se pueden sentir obligados a ir más allá del alcance de su adiestramiento/experiencia, o con el que podrían empezar a hacer múltiples preguntas relacionadas con los aspectos clínicos del tratamiento con la buprenorfina. Recuérdeles los objetivos de este curso y proceda a presentar el contenido del Módulo IV.

<p>TRATAMIENTO CON BUPRENORFINA: UN ADIESTRAMIENTO PARA PROFESIONALES MULTIDISCIPLINARIOS EN ADICCION</p> <p>Módulo IV - Identificación de Pacientes para Tratamiento con Buprenorfina</p> 	<p>Transparencia 1: Transparencia del Título</p> <p>Realizar avalúos de los pacientes para determinar su compatibilidad para este medicamento y para la localización más adecuada para el tratamiento (desde una oficina en lugar de un TPO) es un proceso crítico. Los profesionales multidisciplinarios en adicción deben tener un buen entendimiento de los componentes esenciales de este proceso. Este Módulo explorará el aspecto de la selección apropiada de pacientes para tratamiento con buprenorfina.</p> <p>A pesar de que es más probable que sea el médico quien tenga a cargo determinar la preparación para recibir tratamiento con buprenorfina, los profesionales multidisciplinarios en adicción deben tener conocimiento de los aspectos de selección y compatibilidad por las razones siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none">• Cuán apropiado es el tratamiento para el paciente puede cambiar durante el curso del tratamiento con buprenorfina;• Los pacientes potenciales u otros proveedores de tratamiento, podrían preguntar al consejero sobre lo apropiado del tratamiento; y• La comunicación eficaz e informada con el médico aumenta mediante un conocimiento completo del proceso del tratamiento.
<p>Módulo IV – Metas del Módulo</p> <p>Este módulo ayudará los participantes a:</p> <ul style="list-style-type: none">▣ Definir los componentes del proceso de selección del paciente▣ Demostrar la habilidad para entender el concepto de la adicción opiácea y cómo se logra un diagnóstico▣ Demostrar un entendimiento de la selección apropiada del cliente para el tratamiento en oficinas	<p>Transparencia 2: Módulo IV – Metas del Módulo</p> <p><i>Mencione las metas del Módulo:</i></p> <ul style="list-style-type: none">• Definir los componentes del proceso de selección del paciente.• Demostrar la habilidad para entender el concepto de la adicción a opiáceos y cómo se logra un diagnóstico.• Demostrar un entendimiento de la selección apropiada del paciente para el tratamiento en oficinas.

Módulo IV – Metas del Módulo, Continuación

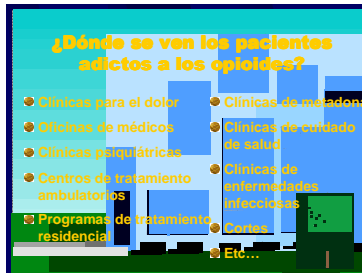
Este módulo ayudará los participantes a:

- Hacer un listado de las circunstancias cuando alguien no cumple con todos los criterios de adicción opiácea y aún así podría ser un candidato apropiado para el tratamiento con sede en una oficina
- Describir las contraindicaciones médicas para el tratamiento con buprenorfina
- Entender las perspectivas de los pacientes que están recibiendo tratamiento con buprenorfina

Transparencia 3: Módulo IV – Metas del Módulo, Continuación

Mencione las metas del Módulo:

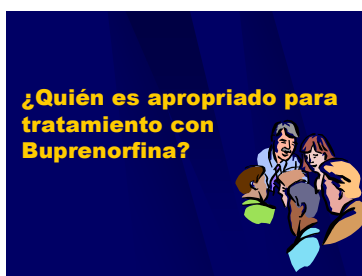
- Hacer un listado de las circunstancias cuando alguien no cumple con todos los criterios de adicción opiácea y aún así podría ser un candidato apropiado para el tratamiento con sede en una oficina.
- Describir las contraindicaciones médicas para el tratamiento con buprenorfina.
- Discutir los estudios de casos presentados en el CD-ROM titulado, “Put Your Smack Down! A Video About Buprenorphine.” (¡Aléjate de la Heroína! Un Vídeo sobre Buprenorfina)



Transparencia 4: ¿Dónde se ven los pacientes dependientes a los opiáceos?

Lea esta lista en voz alta, o pida un voluntario entre los asistentes para que lea los lugares en voz alta. Pida a los asistentes que identifiquen otros ambientes en los que se pueden encontrar usuarios de opiáceos.

Otros ambientes podrían incluir: salas de emergencia, universidades, organizaciones religiosas/iglesias, lugares de trabajo/mundo corporativo (programas de ayuda al empleado o “EAPS”, por sus siglas en inglés) y compañías de seguros.



Transición

Transparencia 5: ¿Quién es apropiado para el tratamiento con Buprenorfina?

El siguiente conjunto de transparencias presentará las preguntas de avalúo, las situaciones en las que los profesionales multidisciplinarios en adicción deben consultar con el médico a cargo y aspectos adicionales relacionados con la selección del paciente.

Selección de Pacientes: Preguntas de avalúo

- ¿Es el paciente adicto a los opioides?
- ¿Está el paciente consciente de otras opciones disponibles de tratamiento?
- ¿Entiende el paciente los riesgos, beneficios y limitaciones del tratamiento con buprenorfina?
- ¿Se espera que el cliente tenga un cumplimiento razonable?
- ¿Se espera que el cliente siga los procedimientos de seguridad?

Transparencia 6: Selección del paciente: Preguntas de Avalúo

El proceso de selección del paciente incluye determinar si el paciente es dependiente a los opioides, si la buprenorfina es la medicación óptima para el paciente, y si una oficina o una clínica es el lugar óptimo para el tratamiento. Una vez se lleva a cabo un avalúo minucioso, el médico puede determinar si hay presencia de adicción a los opioides usando los criterios del “DSM-IV” que se mencionaron anteriormente. El éxito del tratamiento aumenta con un buen avalúo y selección del paciente.

Hay diez criterios simples que pueden ayudar a guiar el avalúo del paciente para determinar lo apropiado de un tratamiento con buprenorfina desde una oficina.

Lea los criterios en voz alta y discuta lo siguiente:

**Selección de Pacientes:
Preguntas de avalúo**

- ¿Es el paciente adicto a los opioides?
- ¿Está el paciente consciente de otras opciones disponibles de tratamiento?
- ¿Entiende el paciente los riesgos, beneficios y limitaciones del tratamiento con buprenorfina?
- ¿Se espera que el cliente tenga un cumplimiento razonable?
- ¿Se espera que el cliente siga los procedimientos de seguridad?


Transparencia 6: Continuación de las notas

Punto Núm. 1: El tratamiento con buprenorfina se suele llevar a cabo con pacientes que cumplan los criterios de Adicción a Opioides. Sin embargo, un médico podría considerar un paciente con uso problemático de opioides para tratamiento con buprenorfina si éste no ha llegado a la adicción. Un ejemplo de esto podría ser lo siguiente, el paciente está bajo un alto riesgo de llegar a la adicción o se está inyectando opioides. Otros candidatos podrían ser los pacientes con un historial de buenas respuestas a la buprenorfina y que descontinuaron la medicación (quizás debido a encarcelación) y se encuentran ahora bajo riesgo de una recaída (los liberaron de la prisión).

Punto Núm. 2: Aún cuando el paciente sea dependiente a los opioides y sea un candidato apropiado para el tratamiento con buprenorfina, podría ser que el mejor lugar para tratarlo no sea una oficina. Los trastornos coexistentes (otros trastornos por uso de sustancias, trastornos psiquiátricos o condiciones mentales) podrían llevar a que se tome la decisión de no tratar al individuo en una oficina, puesto que la oficina podría no ser capaz de proporcionar los otros servicios necesarios. Por ejemplo, la oficina de un médico podría carecer de la psicoterapia necesaria para un paciente con un trastorno de personalidad severo o para el monitoreo necesario de un paciente con SIDA.

Punto Núm. 3: El paciente necesita estar consciente de que **HARÁ** y que **NO HARÁ** la buprenorfina. ¿Existen indicaciones que sugieran que el paciente es confiable (ej., empleo estable, se presenta a tiempo a las citas, toma los medicamentos como se le recetan)?

Punto Núm. 4: ¿Es capaz la persona de manejar la medicación apropiadamente (por ejemplo, mantenerla alejada de los niños) y tomarla como se le haya recetado?

<p>Selección de Pacientes: Preguntas de avalúo</p> <ul style="list-style-type: none"> ❑ ¿Está el paciente estable psiquiátricamente? ❑ ¿Está el paciente tomando otros medicamentos que podrían interactuar con la buprenorfina? ❑ ¿Son las circunstancias psicológicas del cliente estables y sirven de apoyo? ❑ ¿Está el paciente interesado en el tratamiento con buprenorfina desde una oficina? ❑ ¿Hay recursos disponibles en la oficina para proporcionar un tratamiento apropiado? 	<p>Transparencia 7: Selección de Pacientes: Preguntas de avalúo <i>Lea el resto de los criterios en voz alta.</i></p> <p>Punto Núm. 1: ¿Necesitan que los establezcan antes que nada? ¿Necesitan tratamiento para trastornos coexistentes?</p> <p>Punto Núm. 2: Otros medicamentos podrían incluir la naltrexona, benzodiazepinas u otros hipnóticos-sedantes.</p> <p>Punto Núm. 5: Si no hay recursos disponibles en la oficina del médico, se deben hacer esfuerzos para intentar trabajar en cooperación con un programa local de tratamiento para abuso de sustancias.</p>
<p>Selección de Pacientes: Aspectos que implican una consulta con el médico</p> <p>Varios factores pueden indicar que el paciente no sea un buen candidato, incluyendo:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❑ Pacientes tomando dosis altas de benzodiazepinas, alcohol u otros depresores del sistema nervioso central ❑ Comorbilidad psiquiátrica significativa ❑ Varios episodios de tratamiento por adicción a opiáceos en el pasado con recaídas frecuentes durante esos episodios (podría indicar también un candidato perfecto) ❑ Sin respuesta o una respuesta deficiente al tratamiento con buprenorfina en el pasado 	<p>Transparencia 8: Selección de Pacientes: Aspectos que implican una consulta con el médico Los profesionales multidisciplinarios en adicción deben estar conscientes de los siguientes factores e informar al médico de cualquier cambio o información nueva que surja.</p> <p><i>Lea los factores en voz alta.</i></p> <p>Punto Núm. 1: El uso de benzodiazepinas en combinación con la buprenorfina (especialmente si se inyecta con la intención de una sobredosis) puede causar la muerte. Puesto que el alcohol es un sedativo hipnótico, se debe advertir a los pacientes que eviten el consumo de alcohol mientras toman buprenorfina.</p>
<p>Selección de Pacientes: Aspectos que implican una consulta con el médico</p> <p>Varios factores pueden indicar que el paciente no sea un buen candidato, incluyendo:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❑ Ideas o intentos suicidas u homicidas activos o crónicos ❑ Necesidades del paciente que no se pueden abordar con los recursos en la oficina o por medio de referidos apropiados ❑ Alto riesgo de recaída en el uso de opioides ❑ Sistema de apoyo social deficiente 	<p>Transparencia 9: Selección de Pacientes: Aspectos que implican una consulta con el médico <i>Lea los factores en voz alta.</i></p> <p>Punto Núm. 3: Por ejemplo, vivir con otros que consumen heroína u otros opioides.</p>
<p>Selección de Pacientes: Aspectos que implican una consulta con el médico</p> <p>Embarazo</p> <ul style="list-style-type: none"> ❑ Al presente, la buprenorfina es un medicamento de Categoría C. Esto significa que no está aprobado para que se use durante el embarazo. ❑ Los estudios que se han hecho hasta la fecha sugieren que la buprenorfina <i>podría</i> ser una opción excelente para mujeres embarazadas. ❑ Se están llevando a cabo pruebas clínicas para determinar la seguridad y la efectividad de usar buprenorfina durante el embarazo. 	<p>Transparencia 10: Selección de Pacientes: Aspectos que implican una consulta con el médico Embarazo</p> <p>No existe evidencia de efectos dañinos asociados con el embarazo, pero en ausencia de pruebas clínicas, no se puede descartar el riesgo. Se están llevando a cabo pruebas clínicas para determinar su seguridad, pero mientras tanto, la metadona es el tratamiento de elección para las mujeres embarazadas.</p>

Selección de Pacientes: Aspectos que implican una consulta con el médico

Los pacientes con las siguientes condiciones tienen que ser evaluados por un médico antes de comenzar tratamiento para determinar si es apropiado tratarlos con buprenorfina:

- Convulsiones
- VIH y ETS
- Hepatitis y disfunción hepática
- Uso de alcohol, hipnóticos-sedantes, y estimulantes
- Otras drogas

Transparencia 11: Selección de Pacientes: Aspectos que implican una consulta con el médico

Para todos los casos, consulte con el médico que tomará las decisiones médicas en cuanto a cómo tratar estos individuos.

Convulsiones

Pueden ocurrir convulsiones con algunos opioides. Esto no se ha visto con la buprenorfina, pero se debe realizar una evaluación cuidadosa.

VIH, Virus de Hepatitis C y ETS

Una preocupación particular para los pacientes dependientes a los opioides, son los aspectos relacionados con el HIV/SIDA y el virus de Hepatitis C. Los profesionales multidisciplinarios en adicción, deben preguntar a los pacientes su situación en cuanto al VIH y la Hepatitis C y cuándo fue la última vez que se hicieron una prueba. Si los pacientes no se han hecho una prueba recientemente, se les debe referir a un médico o darles información acerca de la localización de un centro de pruebas. Si los pacientes fueran positivos al VIH o al virus de Hepatitis C, el profesional en adicción debe indagar sobre los medicamentos que estén tomando y estimular el cumplimiento con la medicación. El profesional debe comunicar al médico cualquier información nueva en lo que se refiere a las medicaciones del paciente para poder monitorear los posibles riesgos de interacciones con otros medicamentos cuando se toma buprenorfina.

Muchos clínicos creen que los profesionales deben ser flexibles y estar dispuestos a aceptar un desempeño no ideal en el tratamiento, en lugar de descartar a los pacientes. Podría ser necesario sopesar las consecuencias con el paciente individual al considerar la suspensión del tratamiento.

Uso de alcohol, hipnóticos sedantes, y estimulantes

Como se ha mencionado anteriormente, la combinación con otras drogas se debe evaluar cuidadosamente, especialmente por el hecho de que se han reportado sobredosis relacionadas con la combinación de un depresivo SNC y la buprenorfina.

Otras drogas

La buprenorfina es un tratamiento para la adicción a opiáceos, no para otros trastornos por uso de sustancias. Los pacientes que abusan de más de una sustancia presentan problemas únicos. La adicción a otras drogas (como los estimulantes o sedantes) es común entre los individuos dependientes a los opioides y puede interferir con la adherencia a tratamiento en general. Los pacientes deben recibir la recomendación de abstenerse de otras drogas no recetadas mientras reciban tratamiento con buprenorfina. Sin embargo, a pesar de que suele predecir un cumplimiento pobre, el uso de otras drogas NO es una contraindicación absoluta del tratamiento con buprenorfina. Puede ser que lo único que necesiten es un referido para más tratamiento o para uno más intenso.

<p>Selección de Pacientes: Detalles Adicionales</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Idoneidad determinada por el médico ■ ¿Cuál es la relevancia para los consejeros? <ul style="list-style-type: none"> • Lo apropiado del tratamiento para el paciente puede cambiar • Los pacientes potenciales u otros proveedores pueden indagar sobre el tratamiento • Comunicación mas eficaz e informada con el médico 	<p>Transparencia 12: Selección de Pacientes: Detalles Adicionales</p> <p>Los profesionales multidisciplinares en adicción pueden tener un gran impacto o influencia en la decisión del médico en lo que se refiere a la idoneidad del paciente; inclusive cuando el profesional en adicción no es personalmente responsable de determinar la preparación.</p>
<p>Selección de Pacientes</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Los pacientes que no cumplen con los criterios para adicción a opiáceos podrían seguir siendo apropiados para tratamiento con buprenorfina <ul style="list-style-type: none"> • Los pacientes que están en riesgo de aumentar el uso progresando hacia la adicción o que se están inyectando • Los pacientes que han discontinuado su medicación y se encuentran bajo un alto riesgo de recaída 	<p>Transparencia 13: Selección de Pacientes</p> <p>Hay ocasiones en que aunque los pacientes no cumplan con los criterios actuales de adicción a opiáceos, podrían ser candidatos para el tratamiento con buprenorfina.</p> <p><i>Lea los dos ejemplos en voz alta.</i></p>
<p>Estudio de casos: “Put Your Smack Down!” (¡Aléjate de la heroína!) Un vídeo de la Clínica O.A.S.I.S., Oakland, CA</p>	<p>Transparencia 14: Estudios de Casos: “Put Your Smack Down! A Video About Buprenophine” (¡Aléjate de la Heroína! Un Vídeo sobre Buprenorfina) Un vídeo de la Clínica O.A.S.I.S., en Oakland, CA</p> <p><i>Haga una introducción del vídeo con la siguiente premisa:</i></p> <p>Ahora vamos a ver un vídeo que preparó la Clínica OASIS en Oakland, California. El vídeo muestra personas que están tomando buprenorfina mientras hablan de su experiencia con la medicación.</p> <p>El propósito de enseñar este vídeo es añadir la experiencia del paciente en nuestras conversaciones. Sin embargo, es importante recordar que ésta es tan solo su opinión. Algunos de sus planteamientos dan la impresión de que la buprenorfina debería reemplazar la metadona. Como ya hemos discutido, la buprenorfina es una opción para tratamiento, no un reemplazo para cualquier tratamiento existente. También se ha hablado mucho acerca de por cuánto tiempo se tiene que abstener alguien de consumir heroína antes de inducir a tomar buprenorfina. Los médicos usan una variedad de técnicas de inducción, la espera de 24 horas es una forma de manejarla.</p> <p><i>Ponga el vídeo ahora. Asegúrese de que las bocinas de la computadora estén encendidas.</i></p>

<p style="text-align: center;">Discusión grupal de los casos presentados en</p> <p style="text-align: center;">“Put Your Smack Down! A Video about Buprenorphine” (¡Aléjate de la Heroína! Un Vídeo sobre Buprenorfina)</p>	<p>Transparencia 15: Discusión Grupal de los Casos Presentados en “Put Your Smack Down! A Video About Buprenorphine” (¡Aléjate de la Heroína! Un Vídeo sobre Buprenorfina)</p> <p><i>Cuando se termine el vídeo, dedique unos minutos a discutir la experiencia de los pacientes con la buprenorfina y otros casos de estudio posibles, en el caso de que los presentes tengan ejemplos específicos.</i></p> <p>¿Qué reacciones, comentarios o preguntas tienen acerca de la información en el vídeo?</p> <p>¿Tiene alguien otros ejemplos de casos que quisiera compartir?</p>
<p style="text-align: center;">Módulo IV – Resumen</p> <ul style="list-style-type: none"> ❑ No todos los pacientes adictos a los opioides son buenos candidatos para el tratamiento con buprenorfina en una oficina. ❑ Diez criterios simples pueden ayudar como guía de avalúo para la adecuación del tratamiento con buprenorfina. ❑ Los pacientes que tienen ciertas condiciones médicas como el VIH, ETS, hepatitis, etc., deben ser cuidadosamente evaluados por un médico antes de comenzar a tomar buprenorfina. 	<p>Transparencia 16: Módulo IV – Resumen</p> <ul style="list-style-type: none"> • No todos los pacientes dependientes a los opioides son buenos candidatos para el tratamiento con buprenorfina en una oficina. • Diez criterios simples pueden ayudar como guía de avalúo para la adecuación del tratamiento con buprenorfina. • Los pacientes que tienen ciertas condiciones médicas, incluyendo VIH, ETS y Hepatitis C, deben ser evaluados por un médico antes de comenzar el tratamiento con buprenorfina.

Módulo V

Cuidado Coordinado



Módulo V: Cuidado Coordinado

Notas Generales:

Una vez más, es importante enfatizar la importancia de que la gente se mantenga dentro del alcance de su práctica. Esto no es sólo una sugerencia; existen parámetros éticos dentro de los que hay que mantenerse, y guías de certificación y credenciales que seguir.

**TRATAMIENTO CON
BUPRENORFINA: UN
ADiestRAMIENTO PARA
PROFESIONALES
MULTIDISCIPLINARIOS EN
ADICCIÓN**

Módulo V – Cuidado Coordinado



Transparencia 1: Transparencia del Título

El paciente que comienza un tratamiento con buprenorfina se está enfrentando a algo más que un asunto médico. La enfermedad de la adicción puede afectar todos los aspectos de la vida de un paciente y las consecuencias de la adicción hay que abordarlas si queremos que el tratamiento por abuso de sustancias pueda ser efectivo. Puesto que una variedad de profesionales de distintas agencias podrían participar en aspectos diferentes del tratamiento o del cuidado del paciente, es importante examinar cómo se puede dar ese cuidado de una forma consistente, coordinada y “amistosa” para el paciente. Este Módulo explorará el tema de la coordinación efectiva del cuidado.

Coordinación Efectiva de Cuidado

La coordinación efectiva combina las fortalezas de distintos sistemas y profesiones, incluyendo: médicos, consejeros en adicción, programas de 12 pasos y proveedores de servicio de apoyo comunitario. Los roles de ciertos proveedores no son los mismos en todos los estados, depende del alcance de la práctica que se haya determinado para cada una de las profesiones.



Transparencia 2: Coordinación Efectiva de Cuidado

Lea la cita en voz alta.

Mientras que antes el tratamiento de adicción a opiáceos se daba únicamente en programas regulados por agencias federales, el tratamiento con buprenorfina expande el campo del tratamiento a la oficina del médico. El desarrollo de un sistema coordinado de cuidado es el único medio que tiene el médico para asegurarse de que su paciente se esté beneficiando del medicamento que le haya recetado.

El tratamiento es más exitoso cuando hay servicios abarcadores y continuos. Este acercamiento colaborador se puede lograr mejor mediante la coordinación de cuidado.

Puntos importantes para mencionar:

- Se recomienda enfáticamente obtener una autorización firmada para divulgar información, para así evitar atrasos en la comunicación entre los profesionales multidisciplinarios en adicción y el médico a cargo.
- Si está observando síntomas físicos, debe buscar la participación de un médico inmediatamente (nuevamente, no se vaya por encima del alcance de su práctica/experiencia).

Discuta qué hacer si un paciente comienza a hacer preguntas en cuanto a los efectos secundarios de la buprenorfina; anímelos a discutir cualquier aspecto médico con sus médicos.

Cuando tenga dudas, refiera el paciente para que regrese al médico que lo esté tratando.



Módulo V – Metas del Módulo

Este módulo ayudará a los participantes a:

- Desarrollar estrategias para formar vínculos entre los médicos que están autorizados para recetar buprenorfina y los proveedores de tratamiento por abuso de sustancias
- Identificar el rol de los programas/profesionales al proveer tratamiento con buprenorfina
- Identificar otros profesionales que jueguen un papel en el continuo del cuidado para los pacientes en buprenorfina

Transparencia 3: Módulo V – Metas del Módulo

- Desarrollar estrategias para formar vínculos entre los médicos que están autorizados para recetar buprenorfina y los proveedores de tratamiento por abuso de abuso de sustancias.
- Identificar el rol de los programas/profesionales al proveer tratamiento con buprenorfina.
- Identificar otros profesionales que jueguen un papel en el continuo del cuidado para los pacientes en buprenorfina.

<p>Módulo V – Metas del Módulo</p> <p>Este módulo ayudará a los participantes a:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Identificar aspectos claves en la coordinación del cuidado ■ Nombrar aspectos claves al manejar el cuidado de los pacientes en buprenorfina 	<p>Transparencia 4: Módulo V – Metas del Módulo</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar aspectos claves en la coordinación del cuidado. • Nombra aspectos claves al manejar el cuidado de los pacientes en buprenorfina.
<p>Los Beneficios del Cuidado Coordinado</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ La ley (DATA 2000) exige que el médico tenga la capacidad para referir a tratamiento ■ Los proveedores de tratamiento por abuso de sustancias son expertos al manejar y coordinar el cuidado de clientes que usan sustancias ■ Combina las metas de los sistemas médicos y de salud en la conducta; es un cuidado holístico en lugar de segmentado ■ La modalidad del tratamiento (ej., interno versus ambulatorio), el tipo (ej., metadona contra buprenorfina), y el ambiente (en una oficina versus un PTO) se pueden moldear para aumentar la posibilidad de que se ajusten a las necesidades de los pacientes 	<p>Transparencia 5: Los Beneficios del Cuidado Coordinado</p> <p><i>Repase los beneficios del cuidado coordinado, según se mencionan en la Transparencia.</i></p>
<p>Roles del Médico</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Cernimiento ■ Avalúo ■ Diagnosticar la adicción a opiáceos ■ Educación del paciente ■ Recetar buprenorfina ■ Urinálisis ■ Apoyo en la recuperación 	<p>Transparencia 6: Roles del Médico</p> <p><i>Lea los roles en voz alta.</i></p> <p>El sistema médico tiene la salud física como su meta principal. En este sistema, el médico se tiene que concentrar en aliviar las incomodidades de la retirada ayudando la persona a que vaya disminuyendo el consumo de opioides o al proporcionar una medicación con una base de continuidad para ayudar a estabilizar el paciente. Además, el médico se tiene que concentrar en una meta más a largo plazo para ayudar a la persona a mantener su abstinencia de los opioides ilícitos.</p> <p>El tratamiento de elección del médico se debe determinar por la intensidad de la intervención que sea necesaria para apoyar la recuperación de un cliente específico. La continuidad de la intensidad del tratamiento va desde terapia episódica en la oficina, hasta terapia intensiva hospitalizada.</p>

Roles del Equipo Multidisciplinario

- Cernimiento
- Avaluar y diagnosticar la adicción a opiáceos
- Tratamiento psicosocial
- Educación del paciente
- Referido para tratamiento
- Urinálisis
- Apoyo en la recuperación
- Manejo del caso y coordinación



Transparencia 7: Roles del Equipo Multidisciplinario

Lea los roles en voz alta.

El proceso de tratamiento es complejo. Las misiones del tratamiento por abuso de sustancias y las agencias de recuperación, se suelen concentrar en ayudar a los individuos a lograr cambios positivos en sus vidas. Varios servicios de tratamiento podrían caer bajo el auspicio del sistema de cuidado de salud; otros están afiliados a agencias independientes. Las fuentes de financiamiento, los referidos de los clientes, el personal, las facilidades y otros aspectos de los programas de tratamiento a menudo varían marcadamente entre las distintas agencias.

La visión del Centro para Tratamiento por Abuso de Sustancias para otorgar fondos públicos a los servicios de tratamiento para adicción y de recuperación, requiere que la infraestructura del tratamiento y de la recuperación y que los programas individuales con una base comunitaria estén capacitados para:

- Avaluar abarcadoramente las necesidades de los individuos que solicitan ayuda;
- Parear las necesidades individuales con las intervenciones y los servicios de recuperación que se ajusten mejor a los requerimientos, así como con las necesidades de sus familias y otras personas significativas;
- Proporcionar una variedad adecuada de servicios específicos de tratamiento y recuperación, junto con una continuidad de cuidado constante, tanto para el individuo como para sus parientes; y
- Determinar el resultado de los servicios específicos de tratamiento y de recuperación.

Dos puntos adicionales para reiterar:

- Estimular a los profesionales a mantenerse dentro del alcance de su práctica. Uno de los beneficios del cuidado coordinado es el vínculo con otras agencias/individuos que tienen la experiencia necesaria para tratar varios aspectos de la condición del paciente.
- NO hay una puerta equivocada para entrar a tratamiento.

Roles del Proveedor de Apoyo Comunitario

- Cernimiento
- Avalúo
- Referido para tratamiento
- Apoyo en la recuperación
- Cumplir con las necesidades auxiliares del paciente



Transparencia 8: Roles del Proveedor de Apoyo Comunitario

Lea los roles en voz alta. Pida a los presentes que provean ejemplos de los proveedores de apoyo comunitario que haya disponibles en el área.

Roles de los Programas de 12 Pasos

- Apoyo en la recuperación
 - Estar bajo una medicación para tratamiento opioide podría ser un problema en algunas de las reuniones de los programas de 12 pasos.
 - El equipo del programa debe estar preparado para adiestrar a los pacientes sobre el manejo de este aspecto.



Transparencia 9: Roles de los Programas de 12 pasos

El estigma asociado con la terapia de mantenimiento de opioides, puede ser un problema en las reuniones de los programas de 12 pasos. Es muy probable que los pacientes necesiten ayuda en esta área. Todo profesional necesitará desarrollar un acercamiento efectivo con el que se sienta cómodo. Por ejemplo, los profesionales podrían preparar a sus pacientes en cuanto a que no tienen necesidad de revelar su historial médico o los medicamentos que estén tomando en lugares públicos, como en las reuniones de los programas de 12 pasos. Los profesionales en adicción también pueden vincular a los pacientes con miembros del personal de apoyo en los programas de 12 pasos, que sean comprensivos y apoyen su tratamiento con buprenorfina.

En el Módulo VI se cubrirá más información acerca de las reuniones de los programas de 12 pasos.

Los profesionales en adicción podrían querer desarrollar también grupos especiales de apoyo para pacientes que estén participando en tratamiento con buprenorfina y asistiendo a reuniones de los programas de 12 pasos.

Un Modelo de Cuidado Coordinado

Rol	Médico	Consejero en Adicción	Programa de 12 pasos	Proveedor de apoyo comunitario
Consejamiento	✓	✓		✓
Avalúo	✓	✓		✓
Diagnóstico de adicción opioide	✓	✓		
Educación del paciente	✓	✓		
Referido para tratamiento		✓		✓
Recetar/proporcionar buprenorfina	✓	✓		
Urtinálisis	✓	✓		
Tratamiento psicococial		✓		
Apoyo en la recuperación	✓	✓	✓	✓
Manejo y coordinación del caso		✓		
Cumplir con las necesidades complementarias del paciente				✓

Transparencia 10: Un Modelo de Cuidado Coordinado

Todos los sistemas involucrados y su personal clave tienen un rol en la coordinación de cuidado. A menudo, el personal de la agencia desarrolla métodos informales de colaboración, según algún miembro del equipo se va familiarizando con los programas y los proveedores de servicio en otra agencia. Estos miembros del personal, y a veces sus agencias, pueden trabajar muy de cerca para cumplir con las necesidades de los pacientes mutuos debido a esos esfuerzos voluntarios.

Reitere que la coordinación efectiva combina las fortalezas de varios sistemas y profesiones.

Los roles de los consejeros en adicción y los proveedores de apoyo comunitario pueden variar en los distintos estados, dependiendo del alcance identificado de la práctica para cada profesión.

EL CONSEJERO EN ADICCIÓN NO DIAGNOSTICA LA ADICCIÓN OPIACEA O RECETA LA BUPRENORFINA

El diagnóstico lo pueden hacer otros profesionales en adicción, pero el médico confirmará el diagnóstico antes de recetar buprenorfina

Transparencia 11: EL CONSEJERO EN ADICCIÓN NO DIAGNOSTICA LA ADICCIÓN A OPIACEOS O RECETA LA BUPRENORFINA

Lea la Transparencia en voz alta.

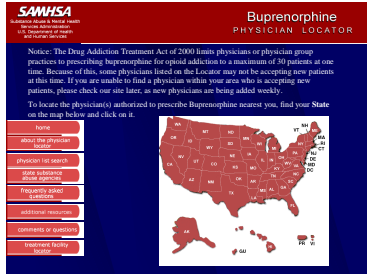
Use el servicio del listado de médicos de "SAMHSA" para encontrar un médico autorizado para recetar buprenorfina en su Estado

www.buprenorphine.samhsa.gov/bwns_locator

Transparencia 12: Use el servicio del listado de médicos de "SAMHSA" para encontrar un médico autorizado para recetar buprenorfina en su Estado

La Administración de Servicios de Salud Mental y Abuso de Sustancias (SAMHSA) proporciona un registro de médicos que han recibido una dispensa que les autoriza a recetar buprenorfina. Los proveedores de tratamiento comunitario pueden localizar médicos en su área al buscar en este sitio en la red.

De no haber médicos en una comunidad, el proveedor de tratamiento comunitario puede intentar reclutar un médico que esté dispuesto a tramitar el proceso de dispensa de haber suficientes pacientes para justificar el esfuerzo. Señale también que algunos médicos que están autorizados para recetar buprenorfina, podrían haber escogido no aparecer en el directorio de "SAMHSA". Así que la cantidad de médicos incluidos en el directorio podría ser un estimado muy bajo de la cantidad real de personal autorizado para recetar buprenorfina.



Transparencia 13: Localizador de “SAMHSA” para Médicos que recetan Buprenorfina

Repase cada una de las características de la página en la red para localizar médicos (Physician Locator).

Retos para los Profesionales de Tratamiento de Adicción

- No todos los médicos que están adiestrados han estado de acuerdo en que se les incluya en el Listado de Médicos. Tener un alcance comunitario más abarcador es crítico.
- Vincular los pacientes con el cuidado primario que no está dentro de la corriente principal
- Coordinar con otros profesionales que no están acostumbrados a trabajar con compañeros que no sean médicos
- Cubrir el costo de la medicación

Transparencia 14: Retos para los Profesionales de Tratamiento en Adicción

La investigación acumulada sobre la efectividad del tratamiento para alcohol y el abuso de otras drogas, documenta la eficacia de las estrategias de tratamiento para aliviar los trastornos de abuso de sustancias y las consecuencias relacionadas con el mismo. El tratamiento exitoso tendrá beneficios para los individuos y la sociedad. El tratamiento efectivo de abuso de drogas impacta positivamente la carga económica y a los servicios de salud, de esta crisis de salud pública (Primm, 1992).

El tratamiento por abuso de drogas aún no forma parte de la corriente principal en el sistema de cuidado de salud y con frecuencia no suele ser parte del cuidado primario rutinario. Los usuarios de drogas no suelen ser parte del sistema de cuidado médico primario y con frecuencia dependen de un cuidado esporádico o de ambientes de cuidado agudo o en salas de emergencia. En estos ambientes, los proveedores de tratamiento tienen a su cargo la responsabilidad de coordinar sistemas de servicios abarcadores y con sede comunitaria donde los clientes puedan recibir una gama completa de servicios médicos, sociales y psicológicos.

La llegada del tratamiento con buprenorfina exige un nivel de colaboración entre los médicos y los programas de tratamiento comunitario más abarcador que el que se necesita en programas de tratamiento de adicción a opiáceos más tradicionales, donde el paciente recibe su medicación en el lugar del tratamiento.

Muchos programas de seguros de salud no darán reembolsos por la buprenorfina. Los médicos y los proveedores de tratamiento comunitario tienen que trabajar en colaboración para encontrar formas creativas para apoyar el tratamiento con buprenorfina, de manera que esta medicación tan efectiva esté disponible para los pacientes que se puedan beneficiar con su uso.

Atributos de una Coordinación de Cuidado Exitosa

- Entender los roles de cada participante en el equipo de tratamiento
- Comunicación constante entre los distintos profesionales
- Contacto personal entre los compañeros en el sistema

Transparencia 15: Atributos de una Coordinación de Cuidado Exitosa

Familiarización con los roles, procedimientos y la organización de las agencias/oficinas de otros participantes, permite a los participantes anticipar el efecto de sus acciones en otros miembros del equipo.

Mantener comunicación constante: Los grupos involucrados en los esfuerzos colaboradores necesitan planear la comunicación efectiva. Esto puede implicar mecanismos específicos para la comunicación, como reuniones periódicas, informes, memorandos y canales formales e informales de comunicación. La retroalimentación es vital en los círculos de comunicación.

El contacto personal es importante; las personas están mucho más dispuestas a hablar y escuchar a personas que conocen.

La permanencia se tiene que asegurar implementando la responsabilidad de una comunicación constante en una oficina o institución. Los intermediarios pueden ayudar a fomentar la comunicación cuando ciertos individuos tienen la impresión de que carecen de la autoridad para comunicarse.

Además, es importante trabajar dentro del alcance de las prácticas corrientes y tener vínculos con otros profesionales. No hay una puerta equivocada para entrar a tratamiento.

Barreras para una Coordinación de Cuidado Exitosa

- Malinterpretar los respectivos roles
- Metas conflictivas para el tratamiento
- Restricciones de confidencialidad
- Aspectos de control
- Concepto erróneo de otras perspectivas profesionales

Transparencia 16: Barreras para una Coordinación de Cuidado Exitosa

Existen varias barreras para la comunicación efectiva dentro del sistema de tratamiento para abuso de sustancias.

Lea las barreras en voz alta.

Módulo V – Resumen

- No todos los pacientes adictos a los opioides son buenos candidatos para recibir buprenorfina en una oficina.
- La selección del tipo y ambiente de tratamiento tiene que hacerse para aumentar la posibilidad de que se ajusten a las necesidades de los pacientes.
- El éxito de tratamiento aumenta con un buen avalúo y una buena selección.
- La comunicación abierta entre los distintos proveedores de cuidado, ayuda a asegurar una coordinación de cuidado exitosa.

Transparencia 17: Módulo V – Resumen

Los consejeros que desarrollan experiencia trabajando con pacientes que toman buprenorfina proporcionan un valioso servicio a los pacientes, a la comunidad médica y al campo de tratamiento. Sin embargo, muchos miembros de la comunidad médica no están conscientes del apoyo que pueden proporcionar los profesionales en adicción a los médicos que quieren proveer tratamiento con buprenorfina para la adicción a opiáceos.

Módulo VI

Consejería para Pacientes de Buprenorfina



Módulo VI: Consejería para Pacientes de Buprenorfina

Este es el último Módulo en el adiestramiento de seis Módulos. El único tema importante que queda por cubrir en este adiestramiento concienciación, es una discusión de las estrategias para tratar pacientes que han comenzado a tomar buprenorfina como parte de su tratamiento de adicción a opiáceos.

<p>TRATAMIENTO CON BUPRENORFINA: UN ADIESTRAMIENTO PARA PROFESIONALES MULTIDISCIPLINARIOS EN ADICCIÓN</p> <p>Módulo VI – Consejería para Pacientes en Buprenorfina</p> 	<p>Transparencia 1: Transparencia del Título</p> <p>Este último Módulo lidia específicamente con los aspectos que forman parte de la consejería para pacientes en buprenorfina, incluyendo: las necesidades de avalúo, monitoreo y manejo del paciente y estrategias de consejería para usarse al proveer tratamiento psicosocial a estos individuos.</p>
<p>Mitos acerca del uso de la medicación en la recuperación</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Los pacientes siguen siendo adictos ■ Es simplemente un sustituto ■ Una adicción por otra ■ Es tan solo otra adicción ■ Los pacientes siguen teniendo una nota 	<p>Transparencia 2: Mitos acerca del uso de la medicación en la recuperación</p> <p><i>Resuma brevemente los mitos que se presentaron inicialmente en el Módulo I.</i></p>
<p>Módulo VI – Metas del Módulo</p> <p>Este módulo se concentra en los distintos aspectos del tratamiento de la adicción a opiáceos y el uso de la buprenorfina al tratar la adicción a opiáceos. Este módulo repasa lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Aspectos en la recuperación opioide ■ Ansias de consumo y desencadenantes ■ Poblaciones especiales ■ Aspectos de manejo relacionados con pacientes en buprenorfina 	<p>Transparencia 3: Módulo VI – Metas del Módulo</p> <p><i>Mencione las metas para el Módulo:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Aspectos en la recuperación opioide • Ansias de consumo y desencadenantes • Poblaciones especiales • Estrategias de consejería

Aspectos en la recuperación

- Reuniones de 12 pasos y el uso de la medicación
- Detener el uso de drogas y destrezas de recuperación temprana
 - Deshacerse de las drogas y de la parafernalia
 - Lidiar con los desencadenantes y las ansias de consumo
- El tratamiento debe brindarse dentro de una estructura formal.
- La prevención de la recaída no es un asunto de fuerza de voluntad.

Transparencia 4: Aspectos en la recuperación

Punto Núm. 1: Introducir un paciente a las reuniones de 12 pasos se puede considerar como un proceso de preparación; el profesional en adicción debe guiar al paciente a través de los distintos escenarios posibles que se puede encontrar en una reunión de 12 pasos. Se debe recomendar al paciente que consiga un patrocinador que apoye su uso de buprenorfina como parte de su plan general de tratamiento de adicción a opiáceos.

Punto Núm. 2: Los consejeros pueden ayudar a los pacientes educándolos acerca de la importancia de deshacerse de las drogas y la parafernalia asociada con las mismas, así como acerca de métodos para abordar los desencadenantes y las ansias de consumo, entender los comportamientos y el pensamiento adictivo y evitar la tendencia a la recaída.

Punto Núm. 4: La prevención de la recaída implica aprender una serie, o proceso, de destrezas necesarias para mantenerse lejos de las drogas. Las técnicas de prevención de recaídas ayudan al paciente a aprender estas destrezas.

Las técnicas de prevención de recaídas se cubrirán con más detalle más adelante en este Módulo.

Desencadenante

Definición

Un desencadenante es un estímulo que se ha asociado repetidamente con la preparación, la anticipación o el uso de drogas y/o alcohol. Estos estímulos incluyen personas, cosas, lugares, horas del día y estados emocionales.

Transparencia 5: Desencadenante

Lea en voz alta la definición de un desencadenante. Puede pedir a los participantes que ofrezcan de forma voluntaria ejemplos de desencadenantes (lugares, personas, cosas, horas del día, estados de ánimo, etc.)

Aspectos en la recuperación: Desencadenantes

- Gente, lugares, objetos, sentimientos y momentos que pueden causar ansias de consumo.
- Una parte importante del tratamiento implica detener el proceso de la ansia de consumo:
 - Identificar los desencadenantes
 - La exposición actual a los desencadenantes
 - Lidiar con los desencadenantes de una forma diferente

Transparencia 6: Aspectos en la recuperación: Desencadenantes

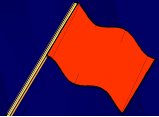
Los desencadenantes son personas, lugares, objetos, sentimientos y horas que causan ansias de consumo. Su cerebro dependiente asocia los desencadenantes con el uso de drogas y alcohol. Por ejemplo, si todos los viernes cambia un cheque de pago, sale con los amigos y usa drogas, los desencadenantes podrían ser:

- Viernes por la noche;
- Después de trabajar;
- Dinero;
- Amigos que usan drogas; o
- El bar o club al que se va con amigos que usan drogas.

Es importante recordar que los desencadenantes afectarán el cerebro del usuario y causarán ansias de consumo aún cuando la persona haya decidido dejar de usar drogas y alcohol. La intención de detener el consumo tiene que traducirse en cambios de conducta, los cuales alejen a la persona de los posibles desencadenantes.

Aspectos en la recuperación: Desencadenantes (Continuación)

- Uso de drogas secundario
- Desencadenantes internos versus externos
- Estados emocionales con "Bandera Roja"
 - Soledad
 - Coraje
 - Pérdida
 - Tensión
- ¿Otros?



Transparencia 7: Aspectos en la recuperación: Desencadenantes, Continuación

Existen dos clases de desencadenantes – *internos* y *externos*.

Los desencadenantes **internos** incluyen:

- Sentimientos o emociones (miedo, seguridad, excitación, inadecuación, soledad, tristeza, aburrimiento, etc.).

Los desencadenantes **externos** incluyen:

- Fiestas;
- Tiendas de licores;
- Pasar conduciendo frente a la casa de un traficante;
- Día de cobro; u
- Hora del día.

Puede pedir a los participantes que le den ejemplos adicionales de desencadenantes internos o externos.

Aspectos en la recuperación: Ansias de consumo

- Un deseo fuerte hacia algo
- No siempre ocurre de forma fácilmente reconocible
- Requiere esfuerzo identificar y frenar un pensamiento relacionado con el uso de drogas.
- Cuanto más lejos se permita progresar el pensamiento, más probable es que el individuo consuma drogas.

FUENTE: "Matrix Model of Individualized Intensive Outpatient Drug and Alcohol Treatment," Therapist Manual."

Transparencia 8: Aspectos en la recuperación: Ansias de Consumo

Una parte importante del tratamiento implica detener el proceso de ansias de consumo. Para lograrlo, el paciente tiene que: (1) identificar los desencadenantes; (2) prevenir la exposición a los desencadenantes siempre que sea posible; y (3) lidiar con los desencadenantes de una forma diferente.

Punto Núm. 1: *Lea la definición de ansias de consumo.*

Punto Núm. 2: Con frecuencia, los pensamientos de consumo de drogas pasan por la mente de un usuario con poco o ningún efecto. Requiere esfuerzo identificar y detener un pensamiento.

Punto Núm. 3: Es necesario detener un pensamiento relacionado con drogas antes de que desencadene el deseo de consumo. Cuanto más lejos deje progresar los pensamientos, más probable será que la persona recaiga.

Desencadenantes y Ansias de Consumo

Durante la adicción, los desencadenantes, los pensamientos, y las ansias de consumo pueden ser simultáneos. Sin embargo, la secuencia usual es la siguiente:

Desen. → Pens. → Ansia → Uso

La clave para lidiar con este proceso es no permitirle que empiece. Parar el pensamiento tan pronto comienza ayuda a evitar que crezca para convertirse en ansia de consumo.

FUENTE: "Matrix Model of Individualized Intensive Outpatient Drug and Alcohol Treatment," Therapist Manual."

Transparencia 9: Desencadenantes y Ansias de Consumo

Esto es un proceso; no es algo automático. Los pacientes necesitan que se les diga que pueden tener el control de sus pensamientos, pero tomará tiempo y práctica. Ayuda si el profesional en adicción encuentra una forma constructiva para que los pacientes analicen su proceso de pensamiento/ consumo.

Para el que abusa de sustancias activamente y los que están en el inicio de su recuperación, la secuencia **Desencadenante-Pensamiento-Ansia de Consumo-Uso** da la impresión de ocurrir simultáneamente. Conocer las particularidades de este proceso puede ser muy útil para el alcohólico/dependiente en recuperación. La clave para el éxito al lidiar con el proceso es evitar que comience.

Es extremadamente importante parar el pensamiento antes de que empiece y prevenir que se convierta en una ansia de consumo abrumante. Es vitalmente importante hacerlo tan pronto como el paciente reconozca que está ocurriendo. Esto se puede lograr usando una serie de técnicas para **Detener Pensamientos**.

Técnicas para Detener el Pensamiento

- Visualización
- Descartar bruscamente la idea
- Relajación
- Llamar a alguien



FUENTE: "Matrix Model of Individualized Intensive Outpatient Drug and Alcohol Treatment: Therapist Manual."

Transparencia 10: Técnicas para Detener el Pensamiento

Es necesario interrumpir el proceso de pensamiento, encontrando algo que remplace los usos de drogas/alcohol por parte del paciente. A continuación, presentamos algunos ejemplos para detener pensamientos:

- Visualización: Imagínese un interruptor o palanca en su mente. Imagínese a sí mismo pasando de ENCENDIDO (ON) a APAGADO (OFF) para detener los pensamientos de drogas o alcohol. Tenga otra imagen lista para sustituirla por esos pensamientos. Puede ser que tenga que cambiar lo que hace en ese momento para lograr ese cambio.
- Descartar bruscamente la idea: Póngase una banda de elástico suelta en la muñeca. Cada vez que esté consciente de pensamientos acerca de drogas o alcohol, tire de la banda y diga "NO" a los pensamientos mientras se obliga a pensar en algo diferente.
- Relajación: Los sentimientos de vacío, pesadumbre y calambres estomacales son ansias de consumo. Muchas veces se pueden aliviar inhalando profundamente y exhalando suavemente.
- Llamar a alguien: Hablar con otra persona proporciona un escape para sus sentimientos y le permite escuchar su propio proceso de pensamiento.

Áreas de Avalúo de Necesidades

- Uso de drogas
- Uso de alcohol
- Aspectos sociales
- Servicios sociales
- Historial psicológico y situación actual
- Educación
- Situación laboral

Transparencia 11: Áreas de Avalúo de Necesidades

Muchos individuos dependientes a los opioides tienen vidas complicadas. A menudo reconocen los componentes físicos de su adicción; sin embargo, puede que no reconozcan la amplitud del trastorno o la necesidad de hacer cambios en sus vidas.

Un avalúo **ABARCADOR** de las necesidades es un proceso útil para ayudar a un paciente en buprenorfina a identificar las áreas problemáticas adicionales a su adicción a opiáceos y es una parte esencial del ofrecimiento de un cuidado de calidad. Durante el avalúo de las necesidades pueden surgir aspectos que no se habían discutido o avaluado anteriormente. El profesional en adicción debe examinar otros avalúos que se le hayan hecho al paciente; esto ayudará a encontrar un balance y llenar cualesquiera lagunas, sin ser repetitivos.

Los aspectos sociales pueden incluir: cantidad del uso de drogas y alcohol en el ambiente social; desempleo; dependencia de fuentes ilegales de ingreso; elegibilidad para ayuda pública; necesidad de vivienda; problemas legales.

Aspectos de Manejo del Paciente

- La farmacoterapia sola no es suficiente para tratar la adicción.
- Los médicos son responsables de referir los pacientes a consejería o de proporcionársela.
- Se deben establecer contingencias para pacientes que no cumplan con los referidos.

Transparencia 12: Aspectos de Manejo del Paciente

Punto Núm. 1: La recuperación es más que la medicación. Muchos pacientes en buprenorfina sienten que una vez que han lidiado con el aspecto físico de su adicción a opiáceos y han recibido medicación, no necesitan más tratamiento en forma de consejería psicosocial. Al mismo tiempo, el profesional en adicción no debe disminuir la importancia del cumplimiento con la medicación.

Punto Núm. 2: A pesar del hecho de que los médicos tienen la “capacidad” de referir sus pacientes a consejería adicional, puede que no conozcan los proveedores de tratamiento psicosocial establecidos en su área. Por lo tanto, los proveedores de tratamiento necesitan informar a los médicos locales de su existencia y de su disponibilidad para colaborar en el tratamiento de pacientes que reciben buprenorfina.

Manejo del Paciente: Monitoreo del Tratamiento

- Las metas para el tratamiento deben incluir:
- Ningún uso ilícito de drogas opioides
- Ningún otro uso de drogas
- Ausencia de efectos médicos adversos
- Ausencia de efectos de conducta adversos
- Manejo responsable de la medicación
- Comprometerse a seguir el plan de tratamiento



Transparencia 13: Manejo del Paciente: Monitoreo del Tratamiento

Lea en voz alta las metas del tratamiento. Mencione que esta lista no está completa u pida a los participantes que proporcionen más componentes para un plan de tratamiento abarcador.

Punto Núm. 2 (“ningún otro uso de drogas” podría incluir también el uso de alcohol) –los programas de tratamiento manejan el tema del uso de alcohol de otra forma muy diferente. Lo que es importante mantener en mente es que el uso posible de alcohol se debe evaluar y las metas del tratamiento las deben acordar entre todos los profesionales que tratan al paciente (médico, consejero de abuso de sustancias, etc.) y el paciente.

Manejo del Paciente: Monitoreo del Tratamiento

Las visitas semanales (o más frecuentes) son importantes para:

1. Proporcionar consejería constante para abordar las barreras para el tratamiento, como la distancia por recorrer, cuidado de niños, obligaciones laborales, etc
2. Proporcionar consejería constante en cuanto a los aspectos de recuperación
3. Avaluar el cumplimiento del regimen de medicación
4. Avaluar la habilidad para almacenar la medicación de forma segura
5. Evaluar el progreso del tratamiento



Transparencia 14: Manejo del Paciente: Monitoreo del Tratamiento

Las visitas semanales son importantes – al menos al inicio del tratamiento y del proceso de recuperación.

Si surgen aspectos médicos durante el curso del tratamiento psicosocial, asegúrese de referir esas interrogantes al médico que esté tratando al paciente.

<div data-bbox="203 210 560 478" style="background-color: #003366; color: white; padding: 5px;"> <p>Manejo del Paciente: Monitoreo del Tratamiento</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Las pruebas de toxicología en la orina se deben administrar por lo menos una vez al mes para todas las sustancias ilícitas relevantes. ■ La buprenorfina puede irse reduciendo mientras continúan los servicios psicosociales. ■ El equipo de tratamiento debe trabajar en conjunto para evitar la terminación involuntaria de la medicación y del tratamiento psicológico. ■ En caso de terminación involuntaria, el médico y/u otros miembros del equipo deben hacer los referidos adecuados. ■ Los médicos deben manipular la adecuada reducción progresiva de la buprenorfina para reducir la incomodidad de la retirada. </div>	<p>Transparencia 15: Manejo del Paciente: Monitoreo del Tratamiento</p> <p>Punto Núm. 1: <u>Las pruebas de drogas</u> son una práctica común y se llevan a cabo principalmente para evaluar la eficacia del tratamiento. El médico, consejero y/u otros miembros del personal pueden realizar las pruebas de orina. Las pruebas proporcionan al paciente una herramienta adicional para evitar el uso de drogas. Los consejeros deben enfatizar que las pruebas son un procedimiento estándar que puede ayudar en el tratamiento y que no es una herramienta de vigilancia que asume la deshonestidad de los pacientes.</p> <p>Punto Núm. 2: No depende del consejero de abuso de sustancias decidir si se debe descontinuar o no la buprenorfina. <u>Ir disminuyendo</u> la buprenorfina es una decisión médica, y debe originarse luego de una discusión entre el paciente y al médico que lo trata.</p> <p>Puntos Núm. 3-5: <i>El mensaje que se quiere transmitir aquí es que las líneas de comunicación entre todos los proveedores de tratamiento deben permanecer abiertas en todo momento para asegurar que el paciente esté recibiendo un cuidado integral de alta calidad.</i></p>
<div data-bbox="203 1081 560 1350" style="background-color: #003366; color: white; padding: 5px;"> <p>Poblaciones especiales</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Pacientes con trastornos psiquiátricos coexistentes ■ Mujeres embarazadas ■ Adolescentes </div>	<p>Transparencia 16: Poblaciones especiales</p> <p>La discusión siguiente destaca unas cuantas poblaciones especiales, incluyendo los pacientes con trastornos psiquiátricos coexistentes, mujeres embarazadas y adolescentes.</p>

Trastornos Psiquiátricos Coexistentes

- Los usuarios de opioides con frecuencia tienen diagnósticos psiquiátricos concurrentes.
- Algunas veces los efectos del uso de drogas y/o de la retirada pueden imitar los síntomas psiquiátricos.
- Los clínicos tienen que considerar la duración, si ha usado sustancias recientemente o no y el volumen de uso de drogas al seleccionar a los pacientes apropiados.
- Las señales de ansiedad, depresión, trastornos de pensamiento o emociones, cognición, o comportamientos inusuales deben reportarse al médico y discutirse con el equipo de tratamiento.

Transparencia 17: Trastornos Psiquiátricos Coexistentes

Los usuarios de opioides con frecuencia demuestran diagnósticos psiquiátricos concurrentes, que van desde trastornos de ansiedad o depresivos, hasta desorden de personalidad múltiple. Sin embargo, los efectos del uso de drogas y los síntomas de retirada de las drogas, a veces pueden imitar los síntomas psiquiátricos. Es necesario considerar la duración del consumo de drogas, si éste ha sido reciente y la cantidad del consumo al hacer un diagnóstico psiquiátrico.

Los consejeros deben consultar con el “DSM-IV” para repasar los “trastornos inducidos por las sustancias”. También es necesario repasar el historial psiquiátrico del paciente y consultar con el médico que receta la buprenorfina y otros proveedores de salud mental.

Cualquiera de los siguientes ejemplos puede impulsar una acción adicional:

- Pensamientos o planes suicidas;
- Cambios extremos en el ánimo;
- Cambios extremos en los patrones de actividades o de sueño;
- Hiperactividad;
- Pensamientos paranoicos;
- Alucinaciones;
- Insensibilidad; y/o
- Confusión.

Consideraciones Relacionadas con el Embarazo

- El mantenimiento con la metadona es el tratamiento de elección para las mujeres embarazadas adictas a los opioides.
- La retirada de los opioides se debe evitar durante el embarazo.
- La buprenorfina podría ser útil eventualmente durante el embarazo, pero en la actualidad no está aprobada.




FUENTE: Johnson, et al., 2000

Transparencia 18: Consideraciones Relacionadas con el Embarazo

Punto Núm. 2: El embarazo de por sí es traumático para el cuerpo (especialmente si la mujer está experimentando “malestares mañaneros”). Generalmente, no se recomienda que una mujer que ya de por sí está en un estado vulnerable, atraviese por otro trauma o incomodidad como experimentar retirada de los opioides. Si en el plan de tratamiento se recomienda la retirada, la mayoría de los médicos le recomendarán a la paciente que espere a dar luz. El tratamiento con metadona y el tratamiento de conducta se considerarán entonces para un plan de tratamiento inmediato.

<p>Adolescentes Adictos a los Opioides</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Los tratamientos actuales para los adolescentes y adultos jóvenes adictos a los opioides, a menudo no están disponibles y cuando se consiguen, los clínicos reportan que los resultados dejan mucho que desear. ■ Los Estados tienen diferentes requisitos para admitir a tratamiento por adicción clientes menores de 18 años. Es importante conocer los requisitos locales. 	<p>Transparencia 19: Adolescentes Dependientes a los Opioides</p> <p><i>Reitere la importancia de averiguar los requisitos locales para el tratamiento de adicción a opiáceos para individuos menores de 18 años.</i></p>
<p>Adolescentes Adictos a los Opioides</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ La buprenorfina no está aprobada para tratar pacientes menores de 18 años. ■ En la actualidad se están realizando pruebas clínicas para evaluar la seguridad y la eficacia de la buprenorfina en el tratamiento de adolescentes. <ul style="list-style-type: none"> ● Por ejemplo: "NIDA CTN 0010" está probando la seguridad y la eficacia de introducir la buprenorfina/naloxona para tratar adolescentes entre las edades de 14 a 21. 	<p>Transparencia 20: Adolescentes Dependientes a los Opioides</p> <p>En la actualidad, la buprenorfina NO está aprobada para el tratamiento de adolescentes dependientes a los opioides. Pero los investigadores están en el proceso de estudiar la seguridad y eficacia de la buprenorfina en el tratamiento para adolescentes.</p>
<p>Usando la Buprenorfina en el Tratamiento de la Adicción a Opiáceos</p>	<p style="text-align: center;">Transición</p> <p>Transparencia 21: Usando la Buprenorfina en el Tratamiento de la Adicción a Opiáceos</p> <p>Dedicaremos el resto del adiestramiento a repasar varios acercamientos que se usan para tratar individuos dependientes a los opioides.</p>
<p>Aspectos de manejo de pacientes relacionados con la buprenorfina</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Discutir los beneficios del tratamiento de mantenimiento ■ Evaluar que estén listos para disminuir la medicación ■ Explicar los aspectos relacionados con evaluar la discontinuación del tratamiento con buprenorfina ■ Identificar los componentes de una relación saludable entre el consejero y el médico 	<p>Transparencia 22: Aspectos de manejo de pacientes relacionados con la buprenorfina</p> <p>Punto Núm. 2: En cuanto a evaluar la preparación para que se reduzca la medicación, pregunte al paciente si:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● ¿Ha tenido otros intentos de retirada con ayuda médica? De ser así, ¿fueron éxitos o fracasos los intentos? ● Los opioides ilícitos son evitables o inevitables en su condición de vida o de trabajo actual. ● Su situación de vida es estable o inestable. <p>Punto Núm. 4: En lo que se refiere a la colaboración con el médico, el profesional multidisciplinario en adicción debe:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Desarrollar líneas de comunicación abiertas y constantes; ● Evitar la manipulación; y ● Apoyar al médico (no trabajar en contra suya).

<p>Consejería para Pacientes Tomando Buprenorfina</p> <ul style="list-style-type: none"> Aborda los aspectos relacionados con la necesidad de consejería en conjunto con la medicación para lograr la recuperación. Recuperación y Farmacoterapia: <ul style="list-style-type: none"> Los pacientes podrían tener ambivalencia en lo que se refiere a la medicación. La comunidad en recuperación podría excluir a los pacientes bajo medicación. Los consejeros necesitan tener información precisa. 	<p>Transparencia 23: Consejería para Pacientes Tomando Buprenorfina</p> <p><i>Nuevamente, es importante enfatizar que el profesional multidisciplinario en adicción debe trabajar con, no en contra de, la medicación.</i></p>
<p>Consejería para Pacientes Tomando Buprenorfina</p> <ul style="list-style-type: none"> Recuperación y Farmacoterapia: <ul style="list-style-type: none"> Concentrarse en "salirse de" la buprenorfina podría implicar que tomar medicina es "malo". Sugerir que la recuperación implica dejar la medicación es erróneo y potencialmente peligroso. Apoyar el cumplimiento de los pacientes con la medicación. "Medicación," no "droga". 	<p>Transparencia 24: Consejería para Pacientes Tomando Buprenorfina</p> <p>Sugerir la necesidad de discontinuar la medicación puede dar la impresión de que la medicación es un mal necesario y que de alguna forma está mal. Es importante referirse a la buprenorfina como una medicación y enmarcarla como un componente del plan abarcador de tratamiento de adicción a opiáceos.</p>
<p>Consejería para Pacientes Tomando Buprenorfina</p> <ul style="list-style-type: none"> Lidiando con la Ambivalencia: <ul style="list-style-type: none"> Impaciencia, confrontación, "no está listo para el tratamiento" o, Lidiar con pacientes en su etapa de aceptación y preparación para el inicio 	<p>Transparencia 25: Consejería para Pacientes Tomando Buprenorfina</p> <p>Algunos pacientes son ambivalentes o reacios a la medicación. Pueden haber adquirido actitudes negativas debido a experiencias pasadas de tratamiento, estigmas relacionados con la metadona, o por otras personas que están en recuperación y están usando medicamentos.</p> <p>La medicación no es esencial para un plan de tratamiento, y puede haber tratamiento efectivo sin incluirla. Sin embargo, es importante hablar con el paciente acerca de las realidades de la retirada y de la tasa tan baja de éxito de los que lo han intentado sin ayuda médica. Los consejeros pueden ayudar a los pacientes a descartar los mitos acerca de la buprenorfina y proporcionar información precisa acerca del uso de la buprenorfina para tratar la adicción a opiáceos.</p>

Consejería para Pacientes Tomando Buprenorfina

■ Respuestas del Consejero:

- Ser flexible
- No imponer expectativas irreales
- No confrontar
- No emitir juicios
- Usar un acercamiento de entrevista motivacional
- Proporcionar refuerzos

Transparencia 26: Consejería para Pacientes Tomando Buprenorfina

Ser flexible: La vida de una persona dependiente a los opioides a menudo está fuera de control. La transición de un uso activo de drogas a la recuperación por medio del tratamiento con buprenorfina es un cambio enorme en el estilo de vida. Los pacientes pueden: llegar tarde a las citas, reprogramarlas o no aparecer. Aplicar estándares rígidos y expresar desaprobación puede causar que los pacientes sientan negatividad hacia la consejería y escojan evitar las citas o discontinuar el tratamiento psicosocial de por sí.

No imponer expectativas muy elevadas: Los pacientes que han tomado pasos para abordar su adicción a las drogas ya han logrado un triunfo significativo. Un cambio inmediato significativo en el estilo de vida general de la persona puede ser una expectativa irreal.

No confrontar: En lugar de confrontar, es mejor desarrollar la discrepancia (un acercamiento de consejería más gentil). La confrontación directa y áspera es más probable que aleje a la persona del tratamiento a que la mantenga en el mismo.

Aceptación sin emitir juicios: La adicción a las drogas se asocia con muchos comportamientos desagradables, como mentir, robar y no ser confiable. Algunos de estos comportamientos pueden continuar durante el tratamiento. Considere estos comportamientos como parte del problema con las drogas. NO critique ni emita juicios.

Usar un acercamiento de entrevista motivacional (*este tema se cubre con más detalle en unas transparencias más adelante*).

Consejería para Pacientes Tomando Buprenorfina

- Estimular la participación en las reuniones de 12 Pasos:
 - ¿Qué es el Programa de 12 Pasos?
 - Beneficios
 - Reuniones: orador, discusión, estudio de los pasos, lecturas del "Gran Libro"
 - Autoayuda versus tratamiento

Transparencia 27: Consejería para Pacientes Tomando Buprenorfina

¿Qué es el programa de 12 pasos?: Dos hombres incapaces de lidiar con su alcoholismo por medio de la psiquiatría o la medicina fundaron Alcohólicos Anónimos (AA) en los años 30. Descubrieron varios principios que ayudaban a las personas a vencer sus adicciones y fundaron AA para presentar a los alcohólicos estos principios de autoayuda.

Los principios y conceptos de AA han sido adaptados para la adicción a los opioides, estimulantes, otras drogas e inclusive comportamientos compulsivos como las apuestas, comer excesivamente y el sexo.

Beneficios de participar en las reuniones de 12 pasos: Muchos proveedores de tratamiento creen que participar en las reuniones de 12 pasos puede ser un componente importante del tratamiento con buprenorfina. Las personas dependientes a las drogas y al alcohol han encontrado que otras personas dependientes en recuperación pueden proporcionar un apoyo enorme y una ayuda para los otros. Además, las reuniones son gratuitas, y suelen estar disponibles de día y de noche. Las reuniones de 12 pasos se pueden encontrar en todo el mundo.

Tipos de reuniones: Reuniones con oradores (una persona en recuperación cuenta su historia); reuniones temáticas (discutir un tema específico, como por ejemplo la hermandad, honestidad, aceptación, o paciencia); y reuniones de tradición/pasos (se discuten los 12 pasos y las 12 tradiciones).

Algunas personas son capaces de dejar de usar las sustancias tan solo con participar en las reuniones de 12 pasos. Sin embargo, para muchos, este acercamiento de autoayuda no es suficiente. En este caso, la participación en las reuniones de 12 pasos puede ser un elemento adicional valioso para otros tratamientos médicos y/o psicosociales.

Consejería para Pacientes Tomando Buprenorfina

Aspectos en las reuniones de 12 Pasos:

- Medicación y el Programa de 12 Pasos
 - Política del Programa
 - "El Miembro de AA, Medicaciones y otras drogas"
 - NA: "La responsabilidad final de tomar decisiones médicas recae en cada individuo."
 - Algunas reuniones aceptan más la medicación que otras.

Transparencia 28: Consejería para Pacientes Tomando Buprenorfina

Algunos pacientes podrían haber tenido experiencias negativas en el pasado con las reuniones de 12 pasos por haber estado tomando medicamentos para su adicción a las drogas o para trastornos psiquiátricos.

A pesar de que los programas de 12 pasos aceptan personas que están tomando medicamentos, algunos participantes de 12 pasos no distinguen entre las drogas de las que se abusa y las medicaciones usadas adecuadamente, y por lo tanto son intolerantes a los individuos que toman medicamentos.

AA ha desarrollado una publicación aprobada por AA, llamada "El Miembro de AA – Medicaciones y Otras Drogas". Los profesionales en adicción se deben familiarizar con esta publicación.

Los profesionales en adicción pueden ayudar a los pacientes educándolos acerca de la posición oficial de los programas de 12 pasos en lo que se refiere a las medicaciones recetadas, describir los beneficios de los programas de 12 pasos y promover el uso de estos programas de autoayuda como parte de su proceso general de recuperación.

A pesar de los puntos de vista oficiales de los programas de 12 pasos, los pacientes podrían necesitar buscar reuniones de 12 pasos que incluyan miembros que acepten el uso de medicaciones recetadas adecuadamente.

Las reuniones de 12 pasos son una fuente de apoyo social. Sin embargo, estas reuniones puede que no funcionen para todo el mundo. Los proveedores suelen recomendar a estos pacientes en tratamiento que busquen alguna fuente de apoyo para ayudarles en el proceso de recuperación (por ejemplo, otras reuniones de autoayuda, iglesias, grupos recreativos, etc.).

Consejería para Pacientes Tomando Buprenorfina

- Un acercamiento de entrevista motivacional:
 - Lidiar con otras drogas y alcohol
 - Hacer más que no usar

Transparencia 29: Consejería para Pacientes Tomando Buprenorfina

Los pacientes que reciben buprenorfina puede que no estén listos para dejar de usar drogas ilícitas y alcohol. Inclusive los pacientes que están expresando el deseo de detener el consumo tendrán sentimientos ambivalentes en cuanto al proceso de cambio. La Entrevista Motivacional (MI, por sus siglas en ingles, *Motivational Interviewing*) y la Terapia para Aumentar la Motivación (MET, por sus siglas en inglés, *Motivational Enhancement Therapy*) son acercamientos terapéuticos para ayudar a los pacientes a moverse más rápidamente a través del proceso de cambio.

Miller y Rollnick desarrollaron estos acercamientos centrados en los clientes, pero aún así directos, diseñados para explorar y reducir esta ambivalencia inherente en lo que respecta al cambio. Estos acercamientos dependen del modelo de las Etapas de Cambio como fundamento teórico para el entendimiento del proceso de cambio.

Principios de la Entrevista Motivacional

- Expresar empatía
- Desarrollar discrepancia
- Evitar la argumentación
- Apoyar la auto-eficacia
- Hacer preguntas abiertas
- Ser afirmativo
- Escuchar reflexivamente
- Resumir

Transparencia 30: Principios de la Entrevista Motivacional

Con la Entrevista Motivacional, el consejero tiene ciertas metas en mente al realizar las entrevistas a los pacientes. Estas metas se formulan con los principios subyacentes del acercamiento. Al preparar la estrategia para una intervención, el consejero debe tratar de:

- Expresar empatía;
- Desarrollar discrepancia;
- Evitar la argumentación; y
- Apoyar la auto-eficacia.

Lograr estas metas y ayudar a las personas a atravesar las Etapas de Cambio se consigue usando las micro-destrezas de la entrevista motivacional. Estas son:

- Hacer preguntas abiertas;
- Ser afirmativo;
- Escuchar atentamente; y
- Resumir.

Convertirse en adepto del uso de la Entrevista Motivacional requiere práctica. Para más información acerca del uso de la misma, visite <http://ncadi.samhsa.gov> y revise el TIP 35: *Mejorando la Motivación para el Cambio en el Tratamiento de Abuso de Sustancias*.

<p>Consejería para Pacientes Tomando Buprenorfina</p> <ul style="list-style-type: none"> ▣ Destrezas de Recuperación Temprana: <ul style="list-style-type: none"> • Deshacerse de la parafernalia • Programación • Registro de los desencadenantes 	<p>Transparencia 31: Consejería para Pacientes Tomando Buprenorfina</p> <p><u>Destrezas de recuperación temprana:</u> Los profesionales en adicción pueden ayudar a los pacientes educándolos acerca de la importancia de desarrollar destrezas para detener el uso de drogas, la recuperación temprana y la prevención de la recaída.</p> <p>Los profesionales pueden ayudar a los pacientes por medio del proceso de recuperación educándolos acerca de la necesidad de descartar parafernalia para las drogas, abordar los desencadenantes y las ansias de consumo, entender los comportamientos y pensamientos adictivos, evitar caer en una recaída, no concentrarse en la fuerza de voluntad y abordar las responsabilidades ignoradas. Del mismo modo, los profesionales en adicción, juegan un papel importante en ayudar a los pacientes a volver a la higiene y salud óptimas, hacer rectificaciones, lidiar con emociones intensas y comenzar actividades recreativas saludables.</p>
<p>Consejería para Pacientes Tomando Buprenorfina</p> <ul style="list-style-type: none"> ▣ Prevención de la Recaída: <ul style="list-style-type: none"> • Los pacientes necesitan desarrollar nuevos comportamientos. • Aprender a monitorear las señales de vulnerabilidad para la recaída • La recuperación consiste es más que no estar usando opioides ilícitos. • La recuperación es más que no estar usando drogas y alcohol. 	<p>Transparencia 32: Consejería para Pacientes Tomando Buprenorfina</p> <p>La recaída no ocurre repentinamente. Ocurre gradualmente y con señales de advertencia. El movimiento gradual puede ser sutil y explicarse o negarse fácilmente, y por lo tanto, la recaída se puede sentir como si ocurriera de pronto y sin aviso.</p> <p>La prevención de la recaída incluye lo siguiente:</p> <p><i>Repase los puntos.</i></p>
<p>Consejería para Pacientes Tomando Buprenorfina</p> <ul style="list-style-type: none"> ▣ Prevención de Recaída: Muestra de Temas <ul style="list-style-type: none"> • <i>Prevención de Recaída</i> <ul style="list-style-type: none"> • Cuadro panorámico del concepto • <i>Usando el Comportamiento</i> <ul style="list-style-type: none"> • Los comportamientos viejos tienen que cambiar • El resurgimiento de comportamientos viejos sugiere un riesgo de recaída • <i>Justificación de la Recaída</i> <ul style="list-style-type: none"> • "Pensamientos desagradables" • Reconocencia y detenerla 	<p>Transparencia 33: Consejería para Pacientes Tomando Buprenorfina</p> <p>Puesto que la recaída es un suceso común durante el proceso de recuperación del abuso de sustancias, es imperativo que se examine cuidadosamente.</p> <p><i>Lea rápidamente la muestra de los temas y pase a la próxima transparencia.</i></p>

<p>Consejería para Pacientes Tomando Buprenorfina</p> <p>Prevenición de Recaída: Muestra de Temas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Emociones peligrosas <ul style="list-style-type: none"> • Soledad, coraje, pérdida • Ser listo, no fuerte <ul style="list-style-type: none"> • Evitar las personas y lugares peligrosos • No depender de la fuerza de voluntad • Desviarse hacia la recaída <ul style="list-style-type: none"> • Identificar los asuntos que impiden que te muevas • Monitorear las desviaciones 	<p>Transparencia 34: Consejería para Pacientes Tomando Buprenorfina</p> <p><i>Lea rápidamente la muestra de los temas y pase a la próxima transparencia.</i></p>
<p>Consejería para Pacientes Tomando Buprenorfina</p> <p>Prevenición de Recaída: Muestra de Temas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Abstinencia total <ul style="list-style-type: none"> • El uso de otras drogas y/o alcohol impede el progreso en la recuperación • Es posible el desarrollo de nuevas dependencias • Encargarse del asunto <ul style="list-style-type: none"> • La adicción es a tiempo completo • A menudo las responsabilidades normales se desatenden • Cuidar de sí mismo <ul style="list-style-type: none"> • Salud, Aseo • Nueva imagen personal 	<p>Transparencia 35: Consejería para Pacientes Tomando Buprenorfina</p> <p><i>Lea rápidamente la muestra de los temas y pase a la próxima transparencia.</i></p>
<p>Consejería para Pacientes Tomando Buprenorfina</p> <p>Prevenición de Recaída: Muestra de Temas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reparación de relaciones <ul style="list-style-type: none"> • Hacer rectificaciones • Sinceridad <ul style="list-style-type: none"> • Contrarrestando el estilo de vida por el uso de drogas • Una defensa contra la recaída • Confianza <ul style="list-style-type: none"> • No se recupera inmediatamente • Ser paciente 	<p>Transparencia 36: Consejería para Pacientes Tomando Buprenorfina</p> <p><i>Lea rápidamente la muestra de los temas y pase a la próxima transparencia.</i></p>
<p>Consejería para Pacientes Tomando Buprenorfina</p> <p>Prevenición de Recaída: Muestra de Temas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tiempo de inactividad <ul style="list-style-type: none"> • Diversión, alivio, escape sin drogas • Reconocer y reducir el estrés <ul style="list-style-type: none"> • El estrés puede llevar a la recaída • Aprender las señales del estrés • Aprender destrezas de manejo de estrés 	<p>Transparencia 37: Consejería para Pacientes Tomando Buprenorfina</p> <p><i>Lea rápidamente la muestra de los temas y pase a la próxima transparencia.</i></p>



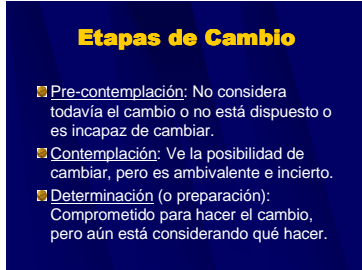
FUENTE: Prochaska & DiClemente, 1983.

Transparencia 38: Etapas de Cambio

Como se ha señalado anteriormente, los pacientes que reciben tratamiento con buprenorfina puede que no estén listos para dejar de usar drogas ilícitas y alcohol. Inclusive los pacientes que expresan el deseo de detener el consumo, tendrán sentimientos ambivalentes acerca del proceso de cambio.

Los pacientes entran a tratamiento con distintos grados de preparación para el tratamiento y de apertura hacia la consejería. Las intervenciones que son efectivas en un nivel de preparación no necesariamente son tan efectivas cuando se usan en otro nivel.

Cada etapa se describirá con más detalles en las siguientes transparencias.



Transparencia 39: Etapas de Cambio

Pre-Contemplación: Proveer al paciente con información factual; explorar el significado de los sucesos que han traído al paciente hacia el tratamiento y los resultados de los tratamientos anteriores; explorar las ventajas y desventajas de usar alcohol y otras drogas ilícitas.

Contemplación: Hablar acerca del sentido de auto-eficacia del paciente (la creencia de que uno mismo puede influenciar sus pensamientos y comportamiento) y las expectativas en cuanto al tratamiento; resumir sus declaraciones automotivadoras; continuar explorando las ventajas y desventajas del uso de sustancias.

Determinación: Ofrecer un menú de opciones para cambio o tratamiento; negociar un plan de cambio (tratamiento) y un contrato de conducta; identificar y disminuir las barreras para el cambio; ayudar a los pacientes a conseguir apoyo social; hacer que los pacientes anuncien los planes para el cambio.

<p>Etapas de Cambio, Continuación</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Acción: Toma pasos para cambiar, pero no ha alcanzado un estado estable. ■ Mantenimiento: Ha logrado la abstinencia del uso de drogas ilícitas y está trabajando para mantener las metas que se había trazado anteriormente. ■ Recurrencia: Ha experimentado la recurrencia de síntomas, tiene que lidiar con las consecuencias de la recaída y tiene que decidir que es lo próximo que va a hacer. 	<p>Transparencia 40: Etapas de Cambio, Continuación Acción: Apoyar una visión realista de cambio por medio de pasos pequeños; ayudar a los pacientes a identificar situaciones de alto riesgo y desarrollar estrategias adecuadas para manejar situaciones; ayudar a los pacientes a encontrar nuevos refuerzos para el cambio positivo; ayudar a los pacientes a lograr acceso al apoyo familiar y social.</p> <p>Mantenimiento: Ayudar a los pacientes a identificar y tratar fuentes de placer sin drogas; mantener el contacto de apoyo con los pacientes; fomentar en los pacientes que desarrollen un plan de “escape”; trabajar con los pacientes para definir metas a corto y largo plazo.</p> <p>Recurrencia: Explorar con los pacientes el significado y la realidad de la recurrencia como una oportunidad de aprendizaje; explicar las etapas de cambio, y animar a los pacientes a mantenerse comprometidos con el proceso; ayudar a los pacientes a encontrar estrategias alternativas para lidiar con situaciones.</p>
<p>El Tratamiento con Buprenorfina Funciona en Varios Ambientes</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Los estudios nacionales que se han llevado a cabo por medio del “CTN” (Red de Pruebas Clínicas) han demostrado que el tratamiento con buprenorfina se puede integrar en ambientes diversos, como en clínicas especializadas, en hospitales y en programas libres de drogas, e inclusive en los ambientes que no tienen experiencia usando terapias basadas en los agonistas. 	<p>Transparencia 41: El Tratamiento con Buprenorfina Funciona en Varios Ambientes</p> <p><i>Lea la transparencia en voz alta.</i></p>
<p>Módulo VI - Resumen</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Los pacientes en buprenorfina necesitan aprender las destrezas para detener los pensamientos relacionados con drogas antes de que se conviertan en ansias de consumo totalmente abrumadoras. ■ Se debe realizar un avalúo abarcador de las necesidades antes de comenzar el tratamiento. ■ Hay varios acercamientos terapéuticos con base empírica que están disponibles para usarlos en la consejería con los pacientes en buprenorfina. 	<p>Transparencia 42: Módulo VI – Resumen Es importante detener los pensamientos de drogas antes de que se vuelvan totalmente dirigidos hacia el deseo de consumo.</p> <p>Un avalúo abarcador es un componente necesario del tratamiento para abuso de sustancias.</p> <p>Muchos acercamientos de tratamiento basados en la evidencia están disponibles para usarlos al proporcionar tratamiento psicosocial a los pacientes en buprenorfina.</p>

Módulo VI - Resumen

- La adicción a opiáceos tiene tanto dimensiones físicas como de conducta. Por tanto, una asociación clínica compuesta por un médico, un consejero y otros proveedores de tratamiento que sirvan de apoyo, es un modelo de equipo ideal.
- Los profesionales en adicción deben trabajar para garantizar el funcionamiento coordinado y exitoso de esta asociación.

Transparencia 43: Módulo VI – Resumen

Un equipo ideal de tratamiento con buprenorfina está compuesto por un médico, un consejero de abuso de sustancias y otros proveedores de tratamiento que sirvan de apoyo.

Pregunte a los asistentes si tienen alguna pregunta final.

Esto concluye el adiestramiento para crear conciencia sobre la buprenorfina. Agradezca a los asistentes por haber sacado tiempo de sus itinerarios tan cargados para haber venido y haber escuchado la opción nueva para el tratamiento de adicción a opiáceos. Responda a cualquier pregunta final y levante la sesión de adiestramiento.



Posibles Situaciones Problemáticas y Soluciones

1. Un médico u otro personal médico en el público quiere discutir más detalles médicos o comienza a usar terminología desconocida.

Solución: Pregunte al participante acerca de la naturaleza de su trasfondo o de sus credenciales médicas y recuerde al público que este adiestramiento es para proveedores que no sean médicos. Informe al médico que se ha preparado un adiestramiento aparte, específicamente para médicos y que sería más apropiado que asistiera al mismo.

2. Los participantes del adiestramiento en términos generales están hostiles hacia la farmacoterapia.

Solución: Enfatique la metáfora de la enfermedad (la adicción es una enfermedad, tal y como la diabetes y la hipertensión) y que a las personas con esas otras enfermedades se les suelen dar medicamentos para manejar sus síntomas (insulina para la diabetes, etc.).

3. Los participantes del adiestramiento están preocupados acerca del síndrome “NEMV” que plaga/plagó los programas de metadona.

Solución: Enfatique que la buprenorfina se puede recetar para “consumir en casa”, eliminando por tanto lo que a veces es un problema: tener gente merodeando en los alrededores de las clínicas. Los pacientes en buprenorfina que se les refiere a proveedores de tratamiento comunitario, podrían tener citas para consejería individual o grupal, pero no representan una “amenaza” mayor para cualquier vecindario que otros clientes en tratamiento por abuso de sustancias.

4. Los participantes del adiestramiento están preocupados con que los adiestradores estén defendiendo o mercadeando la buprenorfina.

Solución: Señale desde el principio que sólo existe un fabricante de este producto (Reckitt Benckiser), una situación parecida con otras drogas nuevas en el mercado para otros problemas médicos. Es sólo mediante la adopción generalizada y el uso de una droga que ésta se convierte en más asequible y que otros fabricantes entran en el mercado. Enfatique también que amplía las opciones de tratamiento para los pacientes dependientes a los opioides (de tener una sola opción: la metadona).

5. Los participantes del adiestramiento están escépticos en términos generales acerca del proceso de la Red de Pruebas Clínicas (CTN, por sus siglas en inglés, *Clinical Trials Network*) o cuestionan la integridad de la investigación que se ha llevado a cabo en lo que respecta a la buprenorfina.

Solución: Enfatique que el Instituto Nacional de Abuso de Drogas, no Reckitt Benckiser, financió de forma independiente las investigaciones clínicas que se describen en este adiestramiento.

6. Los participantes del adiestramiento están preocupados con que la droga no está en los formularios de Medicaid u otras compañías de cuidado de salud.

Solución: Enfaticé que el que un medicamento en particular aparezca en los formularios suele deberse principalmente a que los proveedores lo solicitan. Los médicos y otros proveedores del equipo de trabajo y los pacientes, tienen que pedir a las compañías de seguros que añadan medicamentos en los formularios. Nuevamente, este adiestramiento es una forma de asegurar que los profesionales multidisciplinarios en adicción estén lo suficientemente informados como para comprometerse a abogar por los esfuerzos apropiados.

7. Esta región particular carece de programas de tratamiento de adicción a opiáceos/mantenimiento con metadona.

Solución: Antes inclusive de que intente iniciar el adiestramiento, necesita dedicar tiempo a desarrollar materiales/mensajes de mercadeo y reunirse con los depositarios claves locales para lograr su aprobación y poder llevar a cabo el adiestramiento. También implicará más educación básica acerca de los tratamientos efectivos que hay disponibles en la actualidad para el tratamiento de la adicción a opiáceos. El adiestramiento de por sí necesita enfatizar la utilidad de un acercamiento con muchas vertientes para tratar a los individuos dependientes a los opioides, incluyendo el tratamiento psicosocial, las reuniones de 12 pasos/ grupos de apoyo y el tratamiento farmacológico (medicación.)

