

Buprenorfina



Integración del tratamiento con buprenorfina para el trastorno por consumo de opioides en la atención primaria del VIH

DIFUSIÓN DE
INTERVENCIONES
FUNDADAS EN
LA EVIDENCIA.

Un agradecimiento especial a los expertos en el tema:

Michael MacVeigh, MD

Kristen Meyers, BS, Certified Alcohol Drug Counselor I (CADC 1)

Un agradecimiento especial a las personas que contribuyeron al desarrollo y a la edición de los materiales de capacitación:

Centro de implementación de asistencia técnica (ITAC, por sus siglas en inglés), AIDS United:

Erin Nortrup, Alicia Downes, Hannah Bryant, Joseph Sewell y Sarah Hashmall

Centro de Difusión y Evaluación (DEC, por sus siglas en inglés):

Serena Rajabiun, Boston University; Ellen Childs, Boston University;
Jane Fox, Abt Associates; Alexis Marbach, Abt Associates

Impact Marketing + Communications

Agradecimientos a las instituciones donde se impartió la iniciativa *Difusión de intervenciones fundadas en la evidencia*.

Centro Ararat, Inc., Ponce, Puerto Rico

The MetroHealth System, Cleveland, Ohio

University of Kentucky Research Foundation, Bluegrass Care Clinic y
Center for Health Services Research, Louisville, Kentucky

Abril de 2019

Este manual ha sido financiado mediante el subsidio N.º U90HA29237, Difusión de intervenciones fundadas en la evidencia, a través del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. (HHS), la Administración de Recursos y Servicios de Salud (HRSA) y la Oficina del VIH/SIDA (HAB). El contenido es responsabilidad exclusiva de AIDS United y no refleja necesariamente la opinión de los organismos de financiación o del gobierno de Estados Unidos.

ÍNDICE

Agradecimientos.....	ii
Introducción.....	1
Módulo 1: Introducción: Integración del tratamiento con buprenorfina para el trastorno por consumo de opioides en la atención primaria del VIH.....	3
Módulo 2: Actividades previas a la implementación: revisión de los sistemas.....	7
Módulo 3: Actividades previas a la implementación: protocolos y materiales.....	11
Módulo 4: El “abc” de las adicciones.....	17
Módulo 5: Selección, evaluación y preparación de los clientes para el tratamiento.....	21
Módulo 6: Actividad práctica: cómo seleccionar, evaluar y preparar a los clientes para el tratamiento.....	29
Módulo 7: Inicio, estabilización y mantenimiento de los clientes.....	32
Módulo 8: La estabilización de los clientes con buprenorfina.....	38
Módulo 9: Las visitas de mantenimiento.....	42
Módulo 10: El tratamiento con buprenorfina y la transición de los clientes al tratamiento habitual.....	48
Módulo 11: Presentaciones y generalidades.....	53
Módulo 12: El estigma, la vergüenza y el poder del lenguaje.....	61
Módulo 13: Entornos sensibles a las recaídas y estrategias para facilitar la retención en el tratamiento.....	67
Módulo 14: Derivaciones a niveles superiores de atención, otras opciones terapéuticas y la suspensión gradual de la buprenorfina.....	74
Módulo 15: Los trastornos mentales y por consumo de sustancias.....	81
Módulo 16: El dolor y el trastorno por abuso de sustancias.....	86
Anexos	A1
Anexo 1: Planilla para la preparación del lugar.....	A2
Anexo 2: Planilla de evaluación para el manejo de la situación traumática.....	A6
Anexo 3: Instrucciones para la inducción domiciliaria - Cómo iniciar el tratamiento con buprenorfina.....	A13
Anexo 4: Frases preformateadas para la evaluación de la buprenorfina.....	A16
Anexo 5: Cuadro de metabolización de los opioides.....	A18
Anexo 6: Preparación para la presentación:	
Actualizaciones para la intervención de buprenorfina.....	A21



INTRODUCCIÓN

PROPÓSITO Y GENERALIDADES

Existe mucha documentación sobre la intersección entre el consumo de opioides y el VIH, en particular por vía inyectable. En Estados Unidos, la transmisión del VIH a través del uso de drogas inyectables, ya sea de manera directa o por contacto sexual con una persona que se inyecta drogas, constituye alrededor del 23 % de los casos diagnosticados desde el comienzo de la epidemia del sida,¹ y más del 6 % de las nuevas infecciones por VIH diagnosticadas.² Además, las personas que viven con el VIH son más propensas a padecer dolor crónico, a recibir tratamiento analgésico con opioides, a recibir dosis más altas de opioides y a sufrir trastornos por consumo de sustancias y enfermedades mentales, en comparación con la población en general, y por eso tienen un riesgo más alto de sufrir un trastorno por consumo de opioides.³

El trastorno por consumo de opioides sin tratamiento es sumamente problemático, sobre todo porque el comportamiento de inyectarse drogas está asociado con

un aumento del riesgo de contraer el VIH al interferir con la adhesión al tratamiento antirretroviral (TAR)^{4,5,6,7,8,9,10} e impedir la inhibición del virus del VIH.^{11,12,13,14} Un ejemplo de cómo el uso de drogas inyectables puede ser la causa principal de las epidemias localizadas fue el brote devastador de más de 180 infecciones de VIH diagnosticadas en 2015, en personas que se inyectaban oximorfona, en una zona rural al sureste del estado de Indiana.¹⁵

En los últimos años, los drásticos aumentos de sobredosis fatales vinculadas a los opioides y las infecciones agudas de hepatitis C^{16,17} acentúan la necesidad imperiosa de identificar y tratar el trastorno por consumo de opioides, tanto en las personas que viven con el VIH como en las que están en riesgo de contraer la infección. En enero de 2016, los CDC revelaron que desde el año 2000 se incrementó un 200 % la tasa de muertes por sobredosis vinculadas a los opioides.¹⁸

¹Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés). HIV Surveillance Report, 2016; vol. 28, Tabla 2b. www.cdc.gov/hiv/library/reports/hiv-surveillance.html. Noviembre de 2017. ²CDC. HIV Surveillance Report, 2016; vol. 28, Tabla 1b. www.cdc.gov/hiv/library/reports/hiv-surveillance.html. Noviembre de 2017. ³Cunningham CO. Opioids and HIV infection: From pain management to addiction treatment. *Top Antivir Med.* 2018; 25(4): 143-6. ⁴Cheever LW, Kresina TF, Cajina A, et al. A model Federal collaborative to increase patient access to buprenorphine treatment in HIV primary care. *JAIDS (Suppl).* 2011; 56(S1):S3-S6. ⁵Ingersoll K. The impact of psychiatric symptoms, drug use, and medication regimen on nonadherence to HIV treatment. *AIDS Care.* 2004;16(2):199-211. ⁶Hinkin CH, Barclay TR, Castellon SA, et al. Drug use and medication adherence among HIV-1 infected individuals. *AIDS Behav.* 2007;11(2):185-94. ⁷Arnsten JH, Demas PA, Grant RW, et al. Impact of active drug use on antiretroviral therapy adherence and viral suppression in HIV-infected drug users. *J Gen Intern Med.* 2002;17(5):377-81. ⁸Chander G, Lau B, Moore RD. Hazardous alcohol use: a risk factor for non-adherence and lack of suppression in HIV infection. *JAIDS.* 2006;43(4):411-381. ⁹Braithwaite RS, McGinnis KA, Conigliaro J, et al. A temporal and dose-response association between alcohol consumption and medication adherence among veterans in care. *Alcohol Clin Exp Res.* 2005;29(7):1190-97. ¹⁰Berg KM, Demas PA, Howard AA, et al. Gender differences in factors associated with adherence to antiretroviral therapy. *J Gen Intern Med.* 2004;19(11):1111-17. ¹¹Chander G, Lau B, Moore RD. Hazardous alcohol use: a risk factor for non-adherence and lack of suppression in HIV infection. *JAIDS.* 2006;43(4):411-381. ¹²Palepu A, Tyndall MW, Li K, et al. Alcohol use and incarceration adversely affect HIV-1 RNA suppression among injection drug users starting antiretroviral therapy. *J Urban Health.* 2003;80(4):667-75. ¹³Conigliaro J, Gordon AJ, McGinnis KA, et al. How harmful is hazardous alcohol use and abuse in HIV infection: do health care providers know who is at risk? *JAIDS.* 2003;33(4):521-25. ¹⁴Lucas GM, Gebo KA, Chaisson RE, et al. Longitudinal assessment of the effects of drug and alcohol abuse on HIV-1 treatment outcomes in an urban clinic. *AIDS.* 2002;16(5):767-74. ¹⁵CDC. QuickStats: Use of Prescription Opioid Analgesics* in the Preceding 30 Days Among Adults Aged ≥20 Years, by Poverty Level† and Sex — National Health and Nutrition Examination Survey, United States, 2007–2012. *MMWR.* 24 de abril de 2015. Disponible en: www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/m6415a10.htm?s_cid=mm6415a10_w ¹⁶Zibbell JE, Iqbal K, Patel RC, et al. Increases in hepatitis C virus infection related to injection drug use among persons aged <=30 years - Kentucky, Tennessee, Virginia, and West Virginia, 2006-2012. *MMWR.* 2015;64:453-8. ¹⁷Suryaprasad AG, White JZ, Xu F, et al. Emerging epidemic of hepatitis C virus infections among young nonurban persons who inject drugs in the United States, 2006–2012. *Clin Infect Dis.* 2014; 59:1411–9. ¹⁸CDC. Increases in drug and opioid overdose deaths – United States, 2000–2014. *MMWR.* 1 de enero de 2016. Disponible en: www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/m6450a3.htm?s_cid=mm6450a3_w

El trastorno por consumo de opioides se puede tratar con farmacoterapias aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA). La buprenorfina es una de esas opciones terapéuticas, que se puede administrar en consultorios de atención primaria. Para las personas que viven con el VIH, el tratamiento con buprenorfina en consultorios y en centros de salud especializados en VIH está asociado con una disminución del consumo de opioides, una atención más eficaz para el VIH y una mejor calidad de vida.^{19,20,21,22}

DESTINATARIOS

Esta intervención está destinada a prestadores de servicios de salud interesados en mejorar sus conocimientos acerca del tratamiento con buprenorfina para el trastorno por consumo de opioides y que deseen aprender cómo pueden integrar este tratamiento en los centros de atención donde se recetan medicamentos.

DISEÑO DE LA CAPACITACIÓN Y MODALIDAD DE INSTRUCCIÓN

El programa de capacitación se divide en distintos módulos. Cada módulo aborda un área temática clave vinculada a la intervención. Al comienzo de cada módulo se presenta un plan de lección con una descripción general. Los módulos incluyen una presentación en PowerPoint, así como un guion, actividades de aprendizaje y explicaciones adicionales.

Siempre que sea posible, las capacitaciones promueven el aprendizaje mediante la interacción con los demás y no solo escuchando las exposiciones, de manera tal de lograr un mayor entendimiento de la intervención. Es por eso que existen distintas actividades prácticas.

En caso de que los participantes requieran más información para usar de referencia o como enseñanza, en el anexo se incluyen apuntes y material de consulta para un mayor aprendizaje.

RECURSOS ADICIONALES

Algunos de los recursos adicionales de este proyecto incluyen un resumen de la intervención, un manual de implementación y un cronograma de asistencia técnica, que se pueden consultar en el siguiente enlace: <https://nextlevel.targethiv.org/>

NOTA SOBRE EL LENGUAJE

«Participante» se refiere a cualquiera que forme parte de esta capacitación.

«Cliente» se refiere a una persona que está recibiendo servicios mediante la intervención de buprenorfina, o que sufre un trastorno por consumo de opioides.

«Facilitador» se refiere a la persona que imparte esta capacitación.

MATERIALES Y EQUIPOS

Los instructores necesitarán los siguientes elementos:

- Una computadora o una pantalla plana/proyector donde se pueda reproducir cada una de las presentaciones en PowerPoint.
- Una pantalla, televisor o pared en blanco donde se pueda proyectar cada capacitación.
- Una impresora o fotocopiadora para generar los apuntes que se utilizarán en la capacitación (o que se envíen por medios electrónicos a los participantes si los pueden ver en línea en tiempo real, por ejemplo, en una computadora portátil).

FORMATO DEL MANUAL

Cada módulo de capacitación comienza en una página y sección nuevas, y está identificado por un título de sección y un número de módulo. El manual incluye explicaciones de las diapositivas, temas de conversación y actividades. A continuación se detallan los símbolos que se utilizan en todas las capacitaciones:



DURACIÓN APROXIMADA DE LA SESIÓN



DIPOSITIVA DE POWERPOINT



APUNTES



NOTAS DEL INSTRUCTOR



HOJAS DE ROTAFOLIOS



MATERIALES DE REFERENCIA

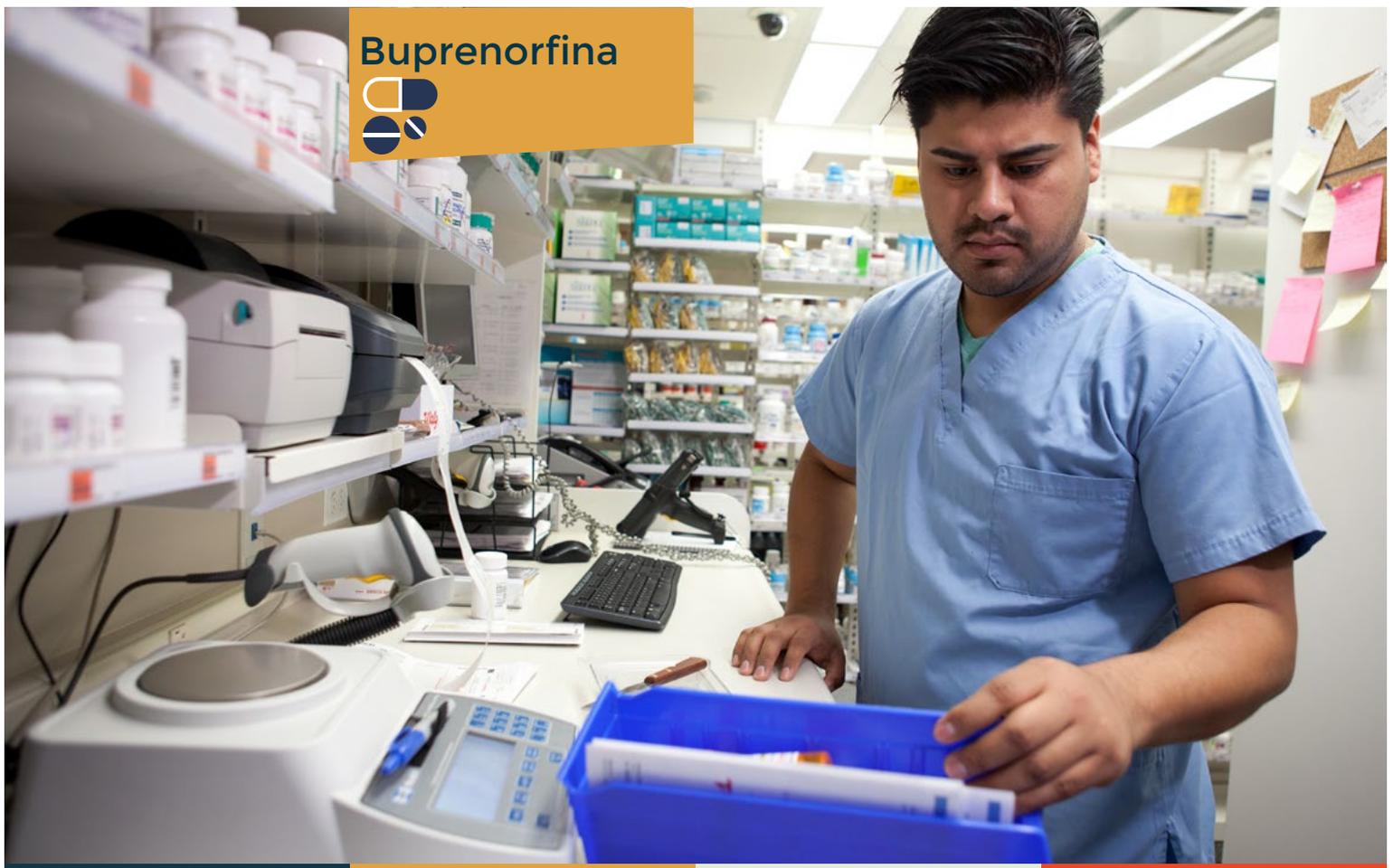


MATERIALES PARA LAS ACTIVIDADES

¹⁹Fiellin DA, Weiss L, Botsko M, et ál. Drug treatment outcomes among HIV-infected opioid dependent patients receiving buprenorphine/naloxone. *J Acquir Immune Defic Syndr (Suppl)*. 2011;56 (S1): S33-8.

²⁰Altice FL, Bruce RD, Lucas GM, et ál. HIV treatment outcomes among HIV-infected, opioid dependent patients receiving buprenorphine/naloxone treatment within HIV clinical care settings: results from a multisite study. *J Acquir Immune Defic Syndr (Suppl)*. 2011;56 (S1): S22-32. ²¹Korthuis PT, Fiellin DA, Fu R, et ál. Improving adherence to HIV quality of care indicators in persons with opioid dependence: the role of buprenorphine. *J Acquir Immune Defic Syndr (Suppl)*. 2011;56 (S1): S83-90. ²²Korthuis PT, Tozzi MJ, Nandi V, et ál. Improved quality of life for opioid-dependent patients receiving buprenorphine treatment in HIV clinics. *J Acquir Immune Defic Syndr (Suppl)*. 2011;56 (S1): S39-45.

Buprenorfina



MÓDULO 1:

Presentaciones y descripción de la intervención

Temas abordados: Descripción de la capacitación, el uso de datos locales para identificar las tendencias y las necesidades de la comunidad, las tendencias en las sobredosis de opioides y el consumo de heroína por demografía.

OBJETIVOS

Al finalizar este módulo, los participantes habrán logrado lo siguiente:

- Identificar los objetivos del programa.
- Evaluar y formular asociaciones y relaciones críticas dentro de la comunidad para abordar la epidemia de opioides.
- Definir tendencias y estrategias como respuesta a la crisis de opioides en el ámbito local, en las jurisdicciones y a nivel nacional.



Modalidad de instrucción

- Exposición
- Debate guiado

MATERIALES NECESARIOS



POWERPOINT

- Nota: la computadora para reproducir el PowerPoint debe poder conectarse a Internet y proyectar la presentación para la clase.



HOJAS DE ROTAFOLIOS

DESARROLLO

- Los facilitadores reciben a los participantes y guían las presentaciones.
- Los facilitadores brindan un resumen del contenido de la capacitación.
- Los facilitadores revisan datos nacionales vinculados con la epidemia de opioides.
- Los facilitadores dan un ejemplo de cómo se vive la epidemia de opioides en una jurisdicción local. También explican que los datos locales resultan útiles para identificar las necesidades de la comunidad y para elaborar programas de tratamientos asistidos por medicamentos (TAM) en respuesta a esas necesidades.

ACTIVIDADES

Invite a los participantes a presentarse con información básica: nombre, origen y una descripción de su experiencia en la atención médica para el VIH y las adicciones.

Palabras y frases claves

- *Presentaciones*
- *Generalidades*
- *Epidemia de opioides*
- *Sobredosis*



**Duración
aproximada de la
sesión.**

Total: 20 minutos

INTRODUCCIÓN:
INTEGRACIÓN DEL TRATAMIENTO CON BUPRENORFINA PARA EL TRASTORNO POR CONSUMO DE OPIOIDES EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DEL VIH

DIFUSIÓN DE INTERVENCIÓNES FUNDADAS EN LA EVIDENCIA

DIAPPOSITIVA 1:

Reciba a los participantes a la capacitación. Deben presentarse con información básica: nombre, origen y una descripción de su experiencia en la atención médica para el VIH y las adicciones.

Buprenorfina DESCRIPCIÓN DE LA CAPACITACIÓN

1. Centro de Servicios de Salud para el VIH (HHSC) del condado de Multnomah
2. Actividades previas a la implementación: ¿Su institución está preparada?
 - Actividad: planilla para la institución y debate grupal
 - Revisión de los sistemas internos y externos
 - Protocolos y materiales
3. La buprenorfina: generalidades
4. Cómo seleccionar, evaluar y preparar a los clientes para el tratamiento
5. Sesión inicial: caso de ejemplo
6. Cómo es la abstinencia
7. Visita de inducción en consultorio
8. Visitas de estabilización
9. Visitas de mantenimiento
10. Transición de los clientes al tratamiento habitual
11. Signos de inestabilidad del cliente

DIFUSIÓN DE INTERVENCIÓNES FUNDADAS EN LA EVIDENCIA

DIAPPOSITIVA 2:

Esta es una capacitación introductoria para la intervención **Integración del tratamiento con buprenorfina para el tratamiento del trastorno por consumo de opioides en la atención primaria del VIH**. Nuestra capacitación abarca 11 áreas temáticas.

Buprenorfina Centro de Servicios de Salud para el VIH (HHSC) del condado de Multnomah



- 1482 clientes
- 17 037 visitas por año
- Promedio de 11.4 visitas por cliente/año
- 51 % edad > 50
- 20 % sin techo o sin vivienda estable
- 15 % no son hablantes nativos de inglés
- 76 % tienen ingresos iguales o inferiores al nivel federal de pobreza
- 4 médicos, 4 aux. de consultorio, 4 enf. de la comunidad, 5 coord. asistenciales, 2 enf. de salud mental, 1 doctor en consultorio 1 farmacéutico clínico y una farmacia interna

Datos de 2016.

DIFUSIÓN DE INTERVENCIÓNES FUNDADAS EN LA EVIDENCIA

DIAPPOSITIVA 3:

Descripción el Centro de Servicios de Salud para el VIH (HHSC) del Departamento de Salud del Condado de Multnomah, un centro de salud financiado por el programa Ryan White de ayuda contra el VIH/SIDA con respaldo de las Partes A, C y D, además de un Centro de Educación y Capacitación sobre el SIDA. Los instructores que presentaron este modelo originalmente formaban parte de un equipo médico en el HHSC del condado de Multnomah. Las siguientes diapositivas contienen datos acerca del centro de salud y de la epidemia de opioides y del VIH en la ciudad de Portland, además de un ejemplo de cómo los futuros centros de implementación deberían recabar y evaluar datos de tendencias locales.

Buprenorfina LA EPIDEMIA DE OPIOIDES EN PORTLAND, OREGON

- En 2014 se produjeron más de dos muertes por semana a causa de sobredosis de opioides (109 en total). Si bien es un número demasiado alto, constituye una mejora sustancial con respecto a las tres muertes por semana que se produjeron en 2011 (156 en total).
- La reducción de muertes por opiáceos refleja una reducción en las muertes por heroína, que disminuyeron más del 30 % desde 2011.
- Pero las muertes por opiáceos recetados no han disminuido. En 2014, la mitad de las sobredosis fatales fueron por opiáceos recetados.
- Las muertes representan solo una fracción de las sobredosis que se producen. En 2014, en el condado de Multnomah, las ambulancias atendieron casos de sobredosis por opiáceos más de doce veces por semana (632 en total).
- La mayor disponibilidad de naloxona, un fármaco que revierte la sobredosis de opiáceos, no tuvo efectos significativos sobre los resultados de sobredosis. En 2014, más de 1000 personas del condado de Multnomah aprendieron a revertir las sobredosis usando naloxona, y más de 450 lo lograron con éxito.
- Los opiáceos son el motivo cada vez más prominente para el tratamiento por consumo de sustancias en el condado de Multnomah y en Oregon.

Tendencias de consumo de opiáceos en el condado de Multnomah 2004-2014, diciembre de 2015

DIFUSIÓN DE INTERVENCIÓNES FUNDADAS EN LA EVIDENCIA

DIAPPOSITIVA 4:

La epidemia de opioides no conoce límites geográficos. Los datos locales sirven para entender las tendencias y para identificar las necesidades de su comunidad. Los datos anteriores corresponden a Portland para el período indicado.

Buprenorfina

LA EPIDEMIA DE OPIOIDES EN PORTLAND, OREGON

El departamento de salud informa que, entre 2009 y 2014, 750 personas murieron por sobredosis de heroína u otros opiáceos recetados en el condado de Multnomah. Las muertes representan tan solo una parte de la crisis, ya que las ambulancias acuden más de doce veces por semana a atender casos de sobredosis en la comunidad.

Año	Cualquiera Heroína	Cualquier opiáceo recetado	Opiáceo no especificado	Total*
2009	77	51	<3	125
2010	61	54	4	118
2011	94	64	4	156
2012	92	47	<3	131
2013	63	48	4	112
2014	56	56	3	108
Total	443	320	15+	750

*Algunas muertes son producto del consumo de heroína más opiáceos recetados, y se cuentan una sola vez en la columna "Total"

DIFUSIÓN DE INTERVENCIÓNES FUNDADAS EN LA EVIDENCIA

DIPOSITIVA 5:

Cada centro local puede reflejar patrones de consumo de drogas específicos en sus datos de sobredosis. En muchos lugares, los opiáceos recetados superan a la heroína en términos de consumo y sobredosis. Cualquier institución que esté por iniciar un tratamiento asistido por medicamentos (TAM) tiene que evaluar sus datos locales ya que esa información ayudará a estructurar el programa.

Buprenorfina

SOBREDOSIS DE OPIOIDES: TENDENCIAS

Muertes por sobredosis de opiáceos, según tipo de opiáceo, Estados Unidos, 2000-2016

DIFUSIÓN DE INTERVENCIÓNES FUNDADAS EN LA EVIDENCIA

DIPOSITIVA 6:

En el gráfico se puede apreciar una tendencia al alza de las sobredosis por cualquier tipo de opiáceo en los datos nacionales.

Buprenorfina

SOBREDOSIS DE OPIOIDES: TENDENCIAS

Tasas de muertes por sobredosis de drogas ajustadas según cantidad y edad, por estado, EE. UU.

DIFUSIÓN DE INTERVENCIÓNES FUNDADAS EN LA EVIDENCIA

DIPOSITIVA 7:

Las muertes por sobredosis de drogas varían según la ubicación geográfica, e incluso las tendencias locales pueden ser muy diferentes. Sin embargo, este mapa de EE. UU. muestra tasas notablemente más altas de sobredosis en lugares específicos.

Buprenorfina

El consumo de heroína ha AUMENTADO en la mayoría de los grupos demográficos

Categoría	2002	2012	% de Cambio
SEXO			
Masculino	2.4	3.6	50%
Femenino	0.8	1.6	100%
EDAD (AÑOS)			
13-17	1.8	1.5	-17%
18-24	3.5	7.3	106%
25 o más	1.2	1.9	56%
RAZA/GRUPO ÉTNICO			
Blanco no hispano	1.4	3.1	114%
Otro	1.7	1.7	-
INGRESO ANUAL DEL HOGAR			
Menos de \$20,000	3.4	5.5	62%
\$20,000-\$40,000	1.3	2.3	77%
\$40,000 o más	1.6	1.6	60%
COBERTURA DE SEGURO MÉDICO			
Ninguna	4.2	6.7	60%
Medicaid	4.3	4.7	-
Privado u otro	0.8	1.3	63%

La adición a la heroína y las muertes por sobredosis están en aumento

El consumo de heroína ha AUMENTADO en la mayoría de los grupos demográficos

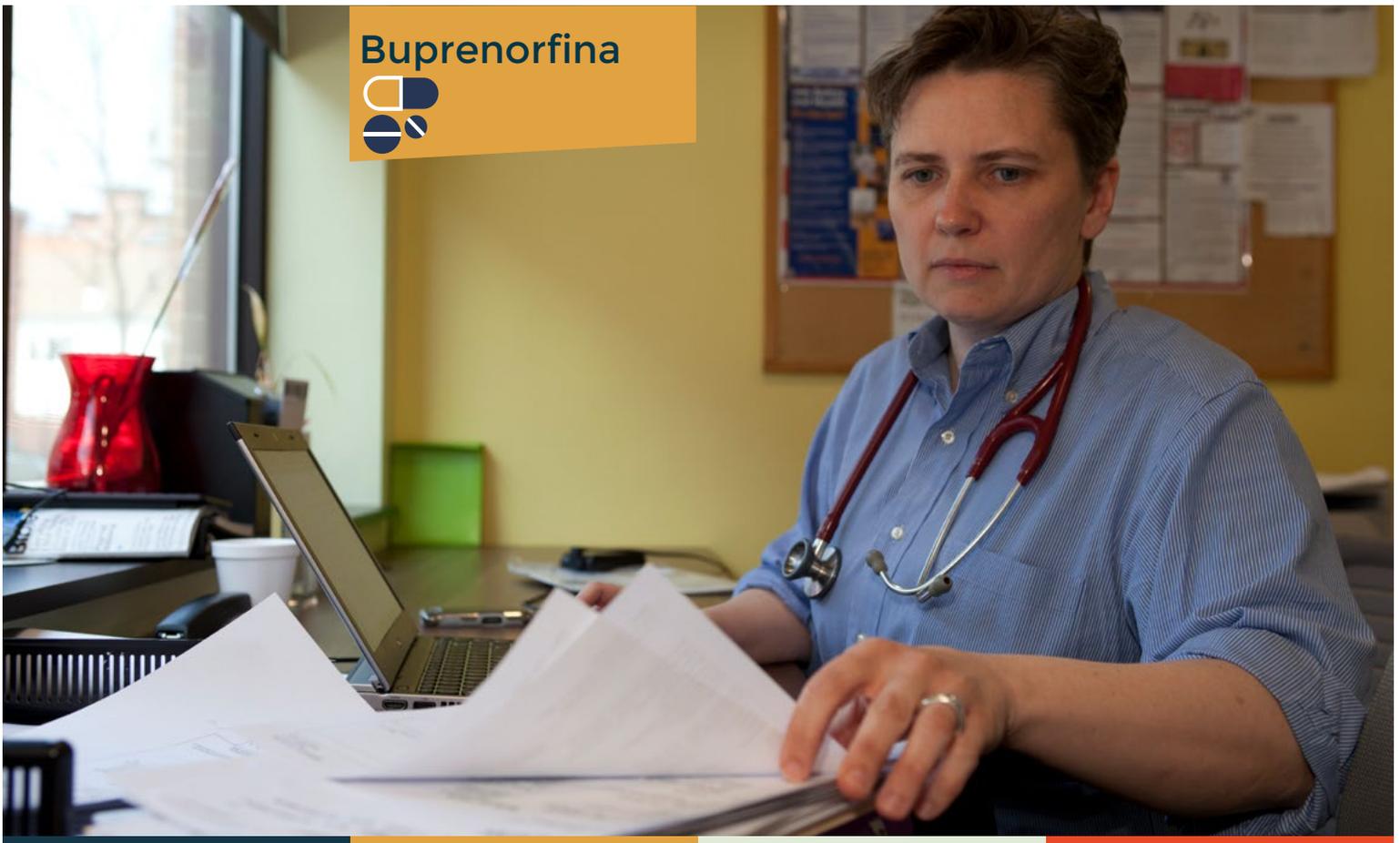
DIFUSIÓN DE INTERVENCIÓNES FUNDADAS EN LA EVIDENCIA

DIPOSITIVA 8:

La tasa de consumo de heroína ha aumentado en casi todas las categorías demográficas en el período indicado. Este aumento se correlaciona con una mayor cantidad de muertes por sobredosis. La tasa del consumo de heroína y el porcentaje de cambio es claramente superior entre los 18 y 25 años en personas blancas no hispanas. Las tasas globales son más altas en los hombres, en las personas sin seguro médico y en las familias con menos recursos.

CIERRE

A continuación, cada participante deberá completar una planilla específica para su institución. Esta planilla servirá como guía para la implementación de un estudio basado en consultorios sobre la buprenorfina, centrado principalmente en la epidemia local y en el sistema donde se realizará la implementación. Una vez completadas las planillas, las instituciones las podrán utilizar para elaborar protocolos y procedimientos que sean específicos para responder a las necesidades de su sistema.



MÓDULO 2:

Actividades previas a la implementación: revisión de los sistemas

Temas abordados: Planilla y actividades previas a la implementación

OBJETIVOS

Al finalizar este módulo, los participantes habrán logrado lo siguiente:

- Completar una planilla de autoevaluación para examinar los sistemas internos y externos.
- Comparar y cotejar el sistema de cada uno para futuras consultas y posibles temas de aprendizaje.
- Elaborar protocolos y procedimientos para trazar un plan de implementación basado en la información provista en la planilla de autoevaluación.



Modalidad de instrucción

- Exposición
- Debate guiado
- Actividad

MATERIALES NECESARIOS



POWERPOINT

- **Nota:** la computadora para reproducir el PowerPoint debe poder conectarse a Internet y proyectar la presentación para la clase.



APUNTES

- Planilla de autoevaluación



HOJAS DE ROTAFOLIOS

DESARROLLO

ACTIVIDADES

Los participantes completarán una planilla de autoevaluación (una para cada organización).

Los participantes compartirán su planilla completa con los instructores o con los participantes de otras organizaciones, si corresponde.

DEBATE GUIADO:

Si en la capacitación participan personas de muchas instituciones diferentes, se realizará un debate guiado para comparar y cotejar sus sistemas. De este modo, los participantes podrán aprender sobre los sistemas de los demás. Los facilitadores también compartirán una autoevaluación de su sistema y ejemplos de cómo los participantes pueden utilizar las evaluaciones para estipular sus propias pautas específicas.

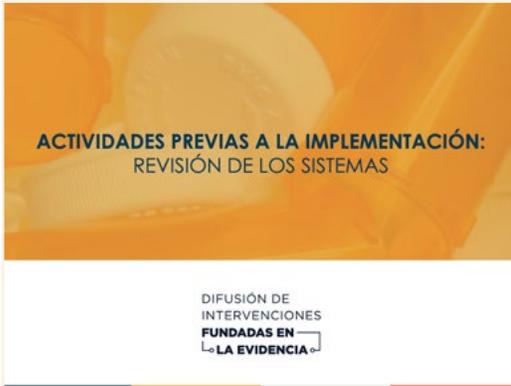
Palabras y frases claves

- *Previas a la implementación*
- *Revisión de los sistemas*



**Duración
aproximada de la
sesión.**

Total: 30 minutos



DIAPPOSITIVA 1:

En este módulo nos dedicaremos a las actividades previas a la implementación.

Buprenorfina

PLANILLA 1

Item	Si / No	Si la respuesta es "no", cómo seguir	Comentarios
Directores administrativos			
Actitud positiva respecto del tratamiento con buprenorfina y los medios a alcanzar	Al nivel del centro de salud		Tenga en cuenta la política de su organización
	Al nivel del sistema		
Se atiende a los medios a obtener la autorización para recibir buprenorfina			Se incluyen profesionales que resisten y que no pertenecen al equipo de la intervención
Espacio			
Espacio físico para visitas, inducción (puede ser un consultorio o la sala para más de la personal)			Consignas de inducción y espacio disponible
Consultorios para el personal del equipo			
Capacitación para el personal del equipo			Importante a medida que se gana experiencia
Acompañante clínico			Para el personal del centro de salud para VIH este equipo es un recurso importante
Los miembros del equipo actúan como los responsables del programa			Se prefiere experiencia específica con buprenorfina
Terapeuta disponible para el abuso de sustancias			

DIFUSIÓN DE INTERVENCIÓNES FUNDADAS EN LA EVIDENCIA

DIAPPOSITIVA 2:

Esta planilla (diapositivas 2 a 6) es una guía específica de la institución para iniciar la implementación de un programa de administración de buprenorfina en consultorios particulares. Esta planilla se puede usar como guía para cualquier programa, pero está vinculada directamente con el protocolo del Manual de implementación de la intervención *Integración del tratamiento con buprenorfina para el trastorno por consumo de opioides en la atención primaria del VIH*. Si su centro de salud adopta este protocolo, la planilla también se puede adaptar a las necesidades de su programa específico. Al completar la planilla su programa podrá evaluar los sistemas internos y externos, y elaborar protocolos específicos según las necesidades y la estructura de su entorno local.

La planilla comienza con el respaldo de los directivos, el espacio físico y la capacitación del personal que se requiere para los miembros del equipo que tratan directamente a los clientes que se presentan con un trastorno por consumo de opioides.

Buprenorfina

PLANILLA (Cont.) 2

Item	Si / No	Si la respuesta es "no", cómo seguir	Comentarios
Miembro del equipo designado para abordar cuestiones específicas vinculadas al riesgo			Puede ser otro profesional clínico (farmacéutico)
Garantizar el acceso del paciente (operaciones del equipo, etc.)			Médicos autorizados
Capacitación para todo el personal			
Capacitaciones presenciales o prácticas sobre inducción de dolor, adicción y atención con consentimiento de la situación traumática			Todo el personal está al tanto
Todo el personal está orientado al nuevo estudio sobre la buprenorfina			Tiempo asignado/planeado para actualizaciones periódicas para el personal
Capacitaciones vinculadas al programa disponibles para el personal del equipo que no pertenece a la intervención			El rol de todo el personal en la admisión al estudio
Asesoramiento al personal de la mesa de estrategia sobre la abstinencia de opiáceos			Materiales para la capacitación
			Visitas en la institución, oficina, visitas cuando sea posible
			Se presentan y se explican los resultados en la preparación

DIFUSIÓN DE INTERVENCIÓNES FUNDADAS EN LA EVIDENCIA

DIAPPOSITIVA 3:

En esta sección de la planilla se continúa el enfoque en las necesidades de capacitación del personal y luego se agregan temas adicionales de capacitación para todo el personal.

Buprenorfina

PLANILLA (Cont.) 3

Item	Si / No	Si la respuesta es "no", cómo seguir	Comentarios
Auxiliares de consultorio y personal de enfermería preparados para trabajar con pacientes en abstinencia			Actualización dentro del servicio
Tecnología			
Tecnología (computadora, Internet, etc.) para la administración de datos (cómo se verá el estudio)			
Sistemas Internos			
Derivaciones de admisiones para el estudio			
Proceso para internos			¿Su institución va a aceptar derivaciones externas?
Proceso para externas			
¿Derivación interna disponible?			
Salud mental			
Alcohol y drogas			

DIFUSIÓN DE INTERVENCIÓNES FUNDADAS EN LA EVIDENCIA

DIAPPOSITIVA 4:

Esta sección de la planilla es la continuación de la capacitación de todo el personal para el trastorno por consumo de sustancias. Se destaca la tecnología que se necesita y el proceso de los sistemas internos.

Buprenorfina

PLANILLA (Cont.) 4

Item	Si / No	Si la respuesta es "no", cómo seguir	Comentarios
Cobertura definida para buprenorfina			Se conocen las políticas corporativas, de Medicaid y ADAP?
Planes farmacéuticos			Se identifica el descuento de los programas de asistencia al paciente. Está la buprenorfina en la institución o en una farmacia externa.
Sistemas externos			
Redes de derivación definidas			
Apoyo psicológico			
Apoyo y tratamiento para el abuso de alcohol y drogas			
Desintoxicación			
Metadona			
Se firma un memorando de entendimiento cuando es necesario			

DIFUSIÓN DE INTERVENCIÓNES FUNDADAS EN LA EVIDENCIA

DIAPPOSITIVA 5:

Esta sección de la planilla continúa el proceso de los sistemas internos e identifica los servicios de sistemas externos que pueden brindar apoyo a sus clientes.

Buprenorfina

PLANILLA (Cont.) 5

Item	Si / No	Si la respuesta es "no", cómo seguir	Comentarios
Expectativas para el futuro			
Plan de comunicación interna para su personal y su institución			
Plan de comunicación externa para la comunidad (socios, centros de derivación, etc.)			
Elaboración de protocolos y procedimientos			

DIFUSIÓN DE INTERVENCIÓNES FUNDADAS EN LA EVIDENCIA

DIAPPOSITIVA 6:

Esta sección de la planilla apunta a la necesidad de contar con procesos de comunicación claros tanto internos como externos. Ahora completaremos la planilla. Deben formar grupos específicos para cada organización, y en 15 minutos deberán completar la planilla para su centro de salud.

Nota: los facilitadores distribuyen copias de la planilla y ayudan a los participantes a dividirse en grupos pequeños.

Buprenorfina

Directrices sobre la buprenorfina del Centro de Servicios de Salud para el VIH (HHSC) del condado de Multnomah: Puntos clave

- Política de respaldo de la institución para recetar medicamentos
- El contexto describe problemáticas locales, del entorno y sus fundamentos
- Descripción clara de los diagnósticos formales necesarios, los consentimientos y el plan terapéutico antes de recetar
- Guía para la selección de clientes, proceso de inducción y las fases de estabilización y mantenimiento
- Control farmacológico (prueba de drogas en orina, etc.)
- Define los servicios de apoyo que se necesitan
- Explica cómo buscar asesoramiento y orientación en el Comité de Vigilancia de Suboxone del departamento de salud del condado
- Identifica poblaciones específicas de riesgo, como los consumidores de metadona y polisustancias
- Aborda la discontinuación del tratamiento

DIFUSIÓN DE INTERVENCIÓNES FUNDADAS EN LA EVIDENCIA

DIAPPOSITIVA 7:

Ahora que ya completaron sus planillas, vamos a utilizar la información reunida para desarrollar políticas y procedimientos que sirvan para implementar la intervención de buprenorfina en su centro de salud. Esta diapositiva resume los puntos clave que se deberían abordar en el desarrollo de directrices para el tratamiento con buprenorfina para el trastorno por consumo de opioides, según la experiencia del Centro de Servicios de Salud para el VIH (HHSC) del condado de Multnomah. Los facilitadores pondrán un debate en el cual todos los participantes puedan conocer los sistemas de los demás y aportar sus opiniones sobre los pasos a seguir para desarrollar políticas y procedimientos, utilizando la planilla como guía. Algunas preguntas para el debate:

- ¿Qué directrices existen?
- ¿Cuáles hay que crear?
- ¿Las fortalezas existentes y los posibles desafíos anticipados para integrar el tratamiento con buprenorfina a su sistema sirven para desarrollar directrices nuevas o para adaptar las existentes?
- ¿Cuáles son los siguientes pasos viables en caso de que surjan desafíos?

Protocolo de mejora del tratamiento (Actualmente TIP 63.) Los medicamentos para el trastorno por consumo de opioides también se pueden emplear para desarrollar protocolos y directrices locales. Puede consultar el TIP 63 en este enlace: <https://store.samhsa.gov/product/TIP-63-Medications-for-Opioid-Use-Disorder-Full-Documents-Including-Executive-Summary-and-Parts-1-5-/SMA18-5063FULLDOC>

CIERRE

Ahora que entendemos mejor sus sistemas, analizaremos más en detalle los protocolos específicos y los materiales con los que debemos contar antes de la implementación.



MÓDULO 3:

Actividades previas a la implementación: protocolos y materiales

Temas abordados: Actividades previas a la implementación, conservación de documentos, criterios de inclusión y exclusión, cuestiones específicas de la institución, recursos para el manejo de situaciones traumáticas, generalidades de la buprenorfina y niveles de actividad de opioides.

OBJETIVOS

Al finalizar este módulo, los participantes habrán logrado lo siguiente:

- Describir los requisitos federales sobre la conservación de documentos.
- Reconocer la importancia de los protocolos internos que garantizan que el cliente sea atendido y derivado a tiempo.
- Evaluar cuestiones específicas de la institución que afectarán la implementación de la elaboración de protocolos, y los criterios de inclusión y exclusión de la intervención.
- Comprender información básica sobre el tratamiento con buprenorfina: cómo funciona y cuáles son las fórmulas disponibles.



Modalidad de instrucción

- Exposición
- Debate guiado

MATERIALES NECESARIOS



POWERPOINT

- **Nota:** la computadora para reproducir el PowerPoint debe poder conectarse a Internet y proyectar la presentación para la clase.



APUNTES

- Planilla de evaluación para el manejo de la situación traumática: www.integration.samhsa.gov/about-us/TIC_Environmental_Scan.pdf
- Instrumento de evaluación: planilla, se completa en el Módulo 2



HOJAS DE ROTAFOLIOS

DESARROLLO

Examinar los requisitos federales sobre conservación de documentos, así como los requisitos de inclusión y exclusión para la participación. A continuación, los facilitadores explicarán brevemente conceptos básicos sobre la buprenorfina. Esta exposición es una reseña para los participantes autorizados a recetarla y un resumen para los que no la pueden recetar (especialistas en salud conductual, terapeutas, trabajadores sociales). Esta exposición no reemplaza la capacitación de ocho horas que deben realizar los médicos para obtener la exención (Ley DATA 2000 sobre el tratamiento de las adicciones) que los autoriza a recetar y a dispensar buprenorfina.

DEBATE GUIADO:

Proponga a los participantes un debate más profundo sobre la manera en que su institución recibirá derivaciones de clientes que reúnan los requisitos para participar, cómo se brindará apoyo al personal clave y cómo ese personal derivará a los clientes a un nivel más alto de atención, si es necesario. Si viene al caso, los facilitadores darán ejemplos de cómo se abordan esos temas en su propio entorno.

Palabras y frases claves

- *Criterios de inclusión y exclusión*
- *El «abc» de la buprenorfina*
- *La atención para el manejo de la situación traumática*
- *Requisitos federales sobre conservación de documentos*



**Duración
aproximada de la
sesión.**

Total: 30 Minutos



DIAPPOSITIVA 1:

En este módulo hablaremos de las actividades previas a la implementación.

Buprenorfina

LOS REQUISITOS FEDERALES SOBRE CONSERVACIÓN DE DOCUMENTOS

¿Existen requisitos federales específicos sobre la conservación de documentos para el tratamiento del trastorno por consumo de opioides en consultorios particulares?

Los requisitos de la DEA sobre la terapia para el consumo de opioides en consultorio van más allá de los requisitos para la conservación de documentos relativos a los medicamentos de la Lista III. La DEA estipula que los médicos y enfermeros deben llevar un registro (incluido un inventario donde consten las cantidades recibidas y dispensadas) de todas las sustancias controladas que se dispensen, incluidos los productos aprobados de buprenorfina (21 PARTE 1304.03[b]). A veces los clientes retornan al médico que les hizo la receta con la buprenorfina dispensada para que el médico supervise el proceso de inducción. Si bien es aceptable que el cliente lleve sus medicamentos, los médicos no pueden almacenar ni dispensar sustancias controladas que los clientes hayan comprado con las recetas.

El registro de los clientes a quienes se receta buprenorfina, debe ser específico de la institución en la manera de elaborarlo y conservarlo.

DIFUSIÓN DE INTERVENCIÓNES FUNDADAS EN LA EVIDENCIA

DIAPPOSITIVA 2:

Los requisitos federales en torno a la terapia para el trastorno por consumo de opioides en consultorios particulares son específicos y están regulados. Es esencial que los profesionales y los centros de salud comprendan estos requisitos, y sobre todo que sean capaces de identificar a los pacientes que reciben buprenorfina.

(Nota: está estrictamente prohibido que los profesionales guarden y vendan esos medicamentos. Se permite la inducción con medicamentos recetados dispensados).

Buprenorfina

LA CONSERVACIÓN DE DOCUMENTOS: Título 42 del CFR, Parte 2

- ¿Qué es el título 42 del CFR, Parte 2?
- Son normas de confidencialidad que rigen el uso y la divulgación de historias clínicas de pacientes con problemas de consumo de alcohol y drogas y que se conservan en programas federales de abuso de sustancias.
- ¿Por qué estas normas son tan importantes?
- Algunos programas que se enfocan específicamente en tratamientos farmacológicos (como un centro de tratamiento con metadona) se rigen por estas normas. En general, la mayoría de los escenarios de tratamientos en consultorio no cumplen con la definición del programa según el título 42 del CFR. Sin embargo, documentar y compartir información sobre la inscripción de un paciente en un programa externo de farmacoterapia no está permitido cuando esa información proviene de fuentes externas. Solo se permite la divulgación directa del paciente.
- Por ejemplo, si un cliente le comenta que participa en un programa para el trastorno por consumo de sustancias (TCS), esa información se puede incluir en la historia clínica porque el cliente la compartió (consejo: aclare que lo dijo el paciente). Sin embargo, si usted recibe información de un programa para el TCS, esa información NO se agrega a la historia clínica del cliente porque no hay manera de aislarla y de protegerla para que no se siga divulgando.

DIFUSIÓN DE INTERVENCIÓNES FUNDADAS EN LA EVIDENCIA

DIAPPOSITIVA 3:

Esta diapositiva brinda generalidades sobre el título 42 del CFR, Parte 2, y describe cómo un programa que brinda tratamiento en consultorio particular (OBOT) podría encontrar en estas normas información y recomendaciones para documentar esta información de manera de evitar su divulgación. El orador indicará que cada programa que ofrece OBOT es diferente, y recomendará que el personal trabaje con el personal de su centro de salud específico para delinear las mejores prácticas para esa institución con respecto a la gestión de la información según se estipula en el título 42 del CFR, Parte 2.

El orador comentará que, en mayo de 2018, la Ley de prevención de sobredosis y seguridad del paciente (HR 3545) enmendaría el título 42 del CFR, Parte 2, que está destinado a proteger la confidencialidad de las personas que necesitan tratamiento para el TCS, al ampliar el acceso del prestador de servicios de salud a las historias clínicas de los pacientes con TCS y mantener las protecciones de privacidad contempladas en la Ley HIPAA.

Buprenorfina

LOS CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

CRITERIOS DE INCLUSIÓN (Los clientes deben cumplir con TODOS los requisitos para ser elegibles)	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN (Los clientes que cumplan con CUALQUIERA de estos criterios no serán elegibles)
- Tener VIH	- Insuficiencia hepática severa (AST y/o ALT 2-5 veces el límite superior normal)
- Ser elegibles para recibir atención primaria en la institución donde se realiza la intervención	- Criterios del DSM-5 para el trastorno por consumo de benzodiazepinas y criterios del DSM-5 para el trastorno por consumo de alcohol
- Estar diagnosticados con trastorno por consumo de opioides según los criterios del DSM-5 y estar dispuestos a recibir farmacoterapia para ese trastorno	- Ideas suicidas activas
- Estar recibiendo atención primaria (o querer empezarla) en la institución de la intervención	- Atención psiquiátrica que le impida dar su consentimiento informado para las decisiones sobre su atención médica (demencia, delirio, psicosis activa, etc.)
- Tener más de 18 años o estar emancipados al dar su consentimiento para el tratamiento médico para el consumo de sustancias	- Si las dosis de metadona o de analgésicos opioides superan los niveles permitidos para una transición segura a la buprenorfina (por ejemplo, más de 30-40 mg de metadona)
- Se recomienda que los clientes que reciben buprenorfina utilicen métodos anticonceptivos adecuados (píldoras, DIU, preservativos con espermicidas, abstinencia, etc.)	- Clientes con síndrome de dolor agudo o crónico que requieren analgésicos opioides crónicos
- Estar en condiciones de cumplir con las pautas del programa del tratamiento con buprenorfina.	- Clientes con problemas médicos graves, no controlados o no tratados (hipertensión, insuficiencia hepática, asma, diabetes, etc.) o trastornos psiquiátricos.

DIFUSIÓN DE INTERVENCIÓNES FUNDADAS EN LA EVIDENCIA

DIAPPOSITIVA 4:

Todos los centros de salud que administren buprenorfina deben contar con criterios claramente definidos para la selección de clientes. Esta diapositiva presenta los criterios específicos utilizados en el Manual de implementación para la intervención *Integración del tratamiento con buprenorfina para el trastorno por consumo de opioides en la atención primaria del VIH*, como parte de la iniciativa *Difusión de intervenciones fundadas en la evidencia*. Los criterios específicos deben contemplar las últimas publicaciones médicas, la legislación federal y local, y las políticas del sistema de su propio centro de salud. Las últimas publicaciones médicas reflejan una postura más permisiva con respecto al consumo de alcohol y benzodiazepinas en el tratamiento con buprenorfina. Fuente: Martin, S., Chiodo, L., Bosse, J., et ál. The Next Stage of Buprenorphine Care for Opioid Use Disorder. Ann Intern Med. 2018: 169: 628-635.

Buprenorfina

LAS CUESTIONES ESPECÍFICAS DE LA INSTITUCIÓN

Derivaciones (hacia su institución)

- ¿Su institución aceptará derivaciones de otros centros de salud?
- ¿Su institución tendrá un proceso interno formal con respecto a las derivaciones si el profesional que atiende al cliente no forma parte de la intervención?

Acceso del cliente/respaldo del equipo

- ¿Cómo planificará la atención o el acceso continuo del cliente cuando los miembros del equipo no estén disponibles?

Derivaciones (desde su institución)

- ¿Cómo será su proceso para derivar al cliente a niveles superiores de atención (salud mental, desintoxicación, metadona)?
- ¿Usted ofrece algunos o todos estos servicios dentro de su institución? ¿No tiene ninguno de estos servicios?

— LA EVIDENCIA —

DIAPPOSITIVA 5:

Si bien ya empezamos a tratar estas cuestiones durante las actividades de autoevaluación, estos tres puntos son esenciales en la preparación de su centro de salud y su sistema para la implementación del programa de prescripción de buprenorfina. Algunas cuestiones específicas son: planificar cómo los clientes se vincularán con los profesionales y demás personal autorizado para recetar buprenorfina, cómo es el apoyo del personal, y cómo derivar a los clientes a niveles más altos de atención. La manera de abordar estas preguntas es específica para su centro de salud, pero contar con un plan previo a la implementación ayudará a que sus servicios funcionen sin inconvenientes.

Actividad (debate):

¿Cómo cree que abordará estas cuestiones en su entorno?

Buprenorfina

RECURSOS PARA EL MANEJO DE SITUACIONES TRAUMÁTICAS



www.samhsa.gov/nctic/trauma-interventions
<http://traumainformedoregon.org/resources/>

— LA EVIDENCIA —

DIAPPOSITIVA 6:

Se recomienda utilizar una perspectiva de intervenciones con conocimiento de la situación traumática a la hora de desarrollar políticas y procedimientos basados en consultorios particulares. En esta diapositiva se muestran los recursos nacionales y los específicos de Oregon. Los seis principios esenciales de un enfoque con conocimiento de la situación traumática son los siguientes:

1. Seguridad
2. Confianza y transparencia
3. Apoyo de pares
4. Colaboración y reciprocidad
5. Empoderamiento, voz y voto
6. Factores culturales, históricos y de género

Actividad (debate):

¿Sus políticas y procedimientos incorporan estos principios? ¿Cómo funcionan estos principios en la práctica? ¿Qué inconvenientes podrían surgir por incorporar estos principios?

Buprenorfina

EL "ABC" DE LA BUPRENORFINA



Reseña para los profesionales autorizados a recetarla, y conceptos nuevos para los que no la recetan

Estudiaremos lo siguiente:

- ¿Cómo actúa?
- ¿Cómo se suministra habitualmente (combinación 4:1)?
- Su relevancia para el VIH; BHIVES resultados en 12 meses

— LA EVIDENCIA —

DIAPPOSITIVA 7:

Se requiere una exención de la DEA (Ley DATA-2000) que autoriza a recetar buprenorfina (a médicos, osteópatas, enfermeros y auxiliares médicos). En las siguientes diapositivas repasaremos brevemente los conceptos básicos sobre la buprenorfina para los participantes que tienen la autorización y un resumen para los que no la tienen (especialistas en salud conductual, terapeutas, trabajadores sociales).

Buprenorfina ¿CÓMO FUNCIONA LA BUPRENORFINA?

A Receptor vacío. En ausencia de otros opioides, el receptor está vacío. Dolor en la abstinencia.

B Agonista completo. Otro paciente. El dolor es la abstinencia. El dolor es aliviado por el agonista.

C Buprenorfina. Buprenorfina, un agonista parcial de alta afinidad, puede desplazar a otros opioides del receptor. Un paciente sentiría síntomas de abstinencia si consumiera opioides pero no los sentiría si consumiera buprenorfina crónica con efectos limitados de opioides.

D La buprenorfina sigue bloqueando a otros opioides, por lo que evita la abstinencia precipitada.

DIFFUSIÓN DE INTERVENCIÓN FUNDADA EN LA EVIDENCIA

DIAPPOSITIVA 8:

- A. Receptor de opioide vacío, un cliente tolerante/que consume sentiría malestar/síntomas de abstinencia.
- B. Receptor lleno con agonista completo (heroína, opioides recetados), un cliente sentiría euforia y alivio del dolor.
- C. La unión de buprenorfina, agonista parcial de alta afinidad (fuerte capacidad de unión), puede desplazar a otros opioides del receptor. Un cliente sentiría síntomas de abstinencia si consumiera opioides pero no los sentiría si consumiera buprenorfina crónica con efectos limitados de opioides
- D. La buprenorfina tiene una semivida larga y sigue bloqueando a otros opioides, por lo que evita la abstinencia precipitada.

Fuente: National Alliance of Advocates for Buprenorphine Treatment. Disponible en: www.naabt.org/education/literature.cfm



DIAPPOSITIVA 9:

Comparación de los tres fármacos aprobados por la FDA para tratar el TCO y su actividad intrínseca. La diapositiva sirve para demostrar el valor intrínseco único de la buprenorfina como agonista parcial, lo que crea un efecto techo general cuando se incrementa la dosis. Esto reduce la probabilidad de sobredosis en comparación con un agonista completo como la metadona.

Fuente: SAMHSA. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series, N.º 63, Capítulo 3A. "Overview of Pharmacotherapy for Opioid Use Disorder."

Buprenorfina BUPRENORFINA/NALOXONA (combinación 4:1 = "Suboxone")

Agonista parcial opioide
 - Disminuye el riesgo de sobredosis

Naloxona inactiva a menos que se inyecte, luego precipita la abstinencia
 - Disminuye el riesgo de abuso

Sublingual, una vez por día
 - Segura para dosificación flexible
 - Los comprimidos se pueden dividir
 - Ahora disponible en forma de película

DIFFUSIÓN DE INTERVENCIÓN FUNDADA EN LA EVIDENCIA

DIAPPOSITIVA 10:

- Como se puede apreciar en esta diapositiva, la buprenorfina por lo general se fabrica con naloxona.
- El efecto techo de la buprenorfina como agonista parcial brinda seguridad en cuanto a un menor riesgo de sobredosis, y se agrega naloxona para disminuir el riesgo de abuso por vía intravenosa gracias a su actividad antagonista (induce la abstinencia).
- Las preparaciones orales de esta combinación permiten la dosificación flexible tanto en forma de comprimido como de película.
 - No existen reportes de uso por vía inyectable pese al componente de naloxona, en especial con la película (se deshace).

Buprenorfina PROBUPHINE: aprobada recientemente (mayo de 2016)

La FDA aprobó Probuphine, el primer implante de buprenorfina para el tratamiento de mantenimiento de la dependencia de opioides. El implante Probuphine está diseñado para proporcionar una dosis baja y constante de buprenorfina durante seis meses a los clientes que ya están estables con dosis bajas a moderadas de otras formas de buprenorfina, dentro de un programa terapéutico completo. Estos implantes deben ser insertados y extraídos únicamente por un profesional médico que haya realizado la debida capacitación y certificación en un programa muy selectivo llamado REMS (siglas en inglés de Estrategia de evaluación y mitigación de riesgos) para Probuphine.

DIFFUSIÓN DE INTERVENCIÓN FUNDADA EN LA EVIDENCIA

DIAPPOSITIVA 11:

La forma subcutánea de la buprenorfina es otra opción para el TAM, aunque es necesaria una selección exhaustiva de los clientes y comenzar el tratamiento en el momento oportuno. Se requiere una capacitación específica para colocar el implante, que tiene una duración de seis meses. Este implante fue aprobado por la FDA en mayo de 2016.

Buprenorfina

**BUPRENORFINA INTRAMUSCULAR:
SUBLOCADE/BUPRENEX:**
Aprobada recientemente en 2017



DIFFUSION DE
INTERVENCIONES
FUNDADAS EN
— LA EVIDENCIA —

DIAPPOSITIVA 12:

Una imagen visual de Sublocade, una versión intramuscular de la buprenorfina para tratar el TCO. Fue aprobada por la FDA a fines de 2017. Este fármaco se administra por vía intramuscular una vez por mes. El propósito de esta diapositiva es conocer las distintas formas de buprenorfina disponibles para tratar el TCO. El equipo terapéutico puede usar esta información para determinar las mejores opciones terapéuticas para los clientes que están en tratamiento para el TCO.

Buprenorfina

BHIVES: RESULTADOS EN 12 MESES



Mejores resultados para drogas¹
Consumo de opioides: 84 % **↓** 42 %

Mejores resultados para VIH²
Recepción del TAR: 60 % **↑** 68 %
Inhibición del virus: 17 % **↑** 57 %*

Mejora en la calidad de la atención y en la calidad de vida³

Conclusión:
La atención integrada de buprenorfina y VIH es viable y segura.

DIFFUSION DE
INTERVENCIONES
FUNDADAS EN
— LA EVIDENCIA —

DIAPPOSITIVA 13:

El estudio BHIVES (Evaluación y respaldo a la atención integrada de buprenorfina y VIH), financiado por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU., la Administración de Recursos y Servicios de Salud, la Oficina del VIH/SIDA, Proyectos Nacionales de Importancia Nacional, mostraron el valor de brindar tratamiento con buprenorfina a clientes dependientes de opioides que viven con el VIH y con un trastorno por consumo de opioides en su entorno de atención primaria. Los beneficios incluyen una reducción del consumo de opioides, una mejora de los valores del VIH (adhesión al tratamiento antirretroviral y niveles más altos de inhibición del VIH) y una mejora de la calidad de vida.

Fuente:

Korthuis PT, Tozzi MJ, Nandi V, et ál. Improved quality of life for opioid-dependent patients receiving buprenorphine treatment in HIV clinics. J Acquir Immune Defic Syndr. 1 de marzo; 56 Suppl 1:S39-45.

CIERRE

Ahora que ya analizamos los factores a tener en cuenta antes de la implementación, estudiaremos los protocolos para seleccionar, evaluar y preparar a los pacientes para el tratamiento. Utilizaremos ejemplos de casos para ilustrar cómo funcionan los procedimientos en la práctica.



MÓDULO 4: El «abc» de las adicciones

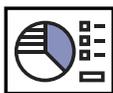
Temas abordados: Conceptos básicos sobre las adicciones

OBJETIVOS

Al finalizar este módulo, los participantes habrán logrado lo siguiente:

- Identificar cómo las adicciones afectan al cerebro, con un estudio de neurobiología acerca de los circuitos neuronales y los centros de recompensa.

MATERIALES NECESARIOS



POWERPOINT

- **Nota:** la computadora para reproducir el PowerPoint debe poder conectarse a Internet y proyectar la presentación para la clase.



HOJAS DE ROTAFOLIOS



MATERIALES DE REFERENCIA

- Manual de implementación de la intervención *Integración del tratamiento con buprenorfina para el trastorno por consumo de opioides en la atención primaria del VIH*. <https://nextlevel.targethiv.org/deii/buprenorphine>



Modalidad de instrucción

- Exposición

DESARROLLO

Los facilitadores realizan una breve exposición para describir cómo afectan las adicciones al cerebro. Tendrán cuidado de simplificar los conceptos complejos de la capacitación para los participantes que no están tan familiarizados con los conocimientos de química, anatomía y fisiología del cerebro.

Los facilitadores describirán cómo las drogas actúan directa o indirectamente sobre el sistema de recompensa del cerebro al llenar el circuito con dopamina. Dan ejemplos del efecto de determinadas drogas sobre el circuito de recompensa del cerebro.

Identifican distintas zonas cerebrales y definen sus principales roles y funciones dentro del circuito de recompensa.

Palabras y frases claves

- *Neurobiología de la adicción*
- *Circuito de recompensa*
- *Dopamina*



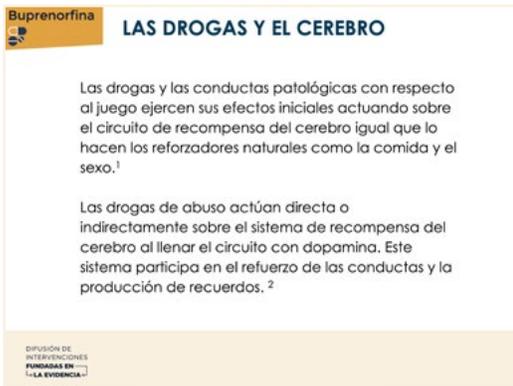
**Duración
aproximada de la
sesión.**

Total: 15 minutos



DIAPPOSITIVA 1:

En este módulo estudiaremos el mecanismo de la adicción y cómo determinadas sustancias afectan el cerebro.

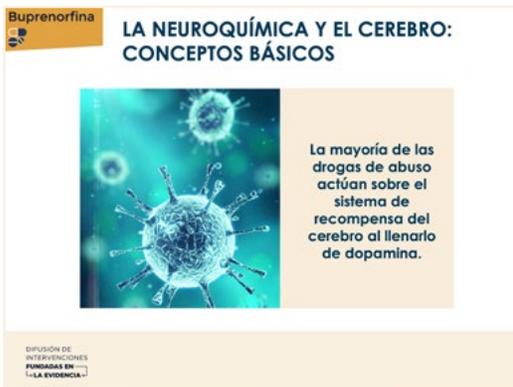


DIAPPOSITIVA 2:

En el "circuito de recompensa", esencialmente algunas áreas del cerebro participan en la percepción del placer, y esas áreas forman un ciclo cerrado de autogratificación estimulado por neurotransmisores, especialmente la dopamina.

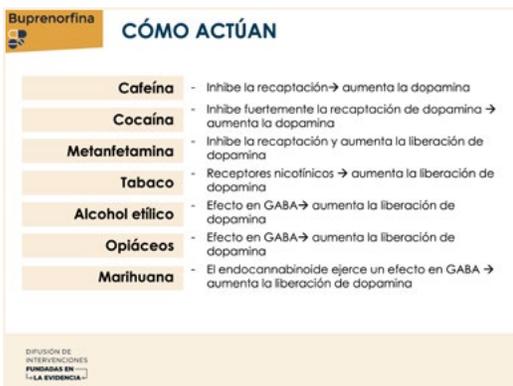
Fuentes: Sociedad Americana de Medicina de la Adicción. Public Policy Statement: Definition of Addiction. Disponible en: www.asam.org/quality-practice/definition-of-addiction

Institutos Nacionales de la Salud, Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas: "Drugs, Brains, and Behavior: The Science of Addiction". Julio de 2018. Disponible en: www.drugabuse.gov/publications/drugs-brains-behavior-science-addiction/drugs-brain



DIAPPOSITIVA 3:

En un nivel muy simplificado, la dopamina juega un papel esencial en los trastornos por consumo de sustancias.



DIAPPOSITIVA 4:

Como se explica en la diapositiva, muchas drogas tienen una vía común para aumentar los efectos de la dopamina en el cerebro de las personas que consumen sustancias.

Buprenorfina

LAS DROGAS ACTÚAN SOBRE EL CENTRO DEL PLACER DEL CEREBRO

Vías de recompensa (dopamina) en el cerebro

Las drogas de abuso aumentan la dopamina

Estos circuitos cerebrales son importantes para las recompensas naturales como la comida, la música y el sexo.

En general la dopamina aumenta en respuesta a recompensas naturales como la comida. Cuando se consume cocaína, los aumentos de dopamina son exagerados, y se altera la comunicación.

DIFFUSION DE INTERVENCIONES FUNDADAS EN LA EVIDENCIA

DIAPPOSITIVA 5:

En esta diapositiva se pueden apreciar tanto las zonas del cerebro del circuito de recompensa como los efectos comparativos de dos estímulos del placer (comida versus cocaína).

Buprenorfina

EL CENTRO DE RECOMPENSA DEL CEREBRO

DIFFUSION DE INTERVENCIONES FUNDADAS EN LA EVIDENCIA

DIAPPOSITIVA 6:

En la diapositiva se puede ver un corte de la anatomía del cerebro con las áreas importantes del circuito de recompensa. En la siguiente diapositiva veremos datos funcionales.

Buprenorfina

NEUROBIOLOGÍA: CIRCUITO DE LA ADICCIÓN/CENTRO DE RECOMPENSA

- Activación del área tegmental ventral (mesencéfalo) →
- Estimulación del estriado ventral (especialmente núcleo accumbens: "centro del placer") →
- Liberación de dopamina en todo el sistema límbico, especialmente:
 - Hipocampo: formación de la memoria
 - Amígdala: formación de las emociones
 - Estriado ventral: formación de hábitos (actuar sin pensar)
 - También afecta las conexiones con la corteza prefrontal y el cerebelo
- Todos estos circuitos se transforman en vías neuronales más fuertes y más eficientes cuando son activados muchas veces

DIFFUSION DE INTERVENCIONES FUNDADAS EN LA EVIDENCIA

DIAPPOSITIVA 7:

Esta diapositiva muestra en detalle las distintas áreas del cerebro y sus funciones y roles en el circuito de recompensa.

Buprenorfina

NEUROBIOLOGÍA DE LA ADICCIÓN

Oficina del Director General de Sanidad: MGS, noviembre de 2014

DIFFUSION DE INTERVENCIONES FUNDADAS EN LA EVIDENCIA

DIAPPOSITIVA 8:

Esta diapositiva presenta otra referencia visual de cómo las áreas cerebrales que se activan en las adicciones influyen en el estado de ánimo y las percepciones de una persona, y su preocupación por mantener el consumo.

CIERRE

Con lo que aprendimos sobre la neurobiología de la adicción, analizaremos los enfoques terapéuticos que crean un entorno sensible a las recaídas y que ayudan a retener a los pacientes en la atención de la salud.



MÓDULO 5:

Selección, evaluación y preparación de los clientes para el tratamiento

Temas abordados: Evaluaciones y preparación de los clientes, estudios de casos, evaluaciones de profesionales de la salud e interacciones farmacológicas

OBJETIVOS

Al finalizar este módulo, los participantes habrán logrado lo siguiente:

- Practicar cómo seleccionar correctamente a los clientes basándose en criterios de protocolos y procesos para derivaciones internas.
- Describir la documentación específica, los plazos previstos y los pasos a seguir en la preparación para el tratamiento para cada integrante del equipo multidisciplinario.
- Reconocer cuándo el consumo de sedantes por parte del cliente requiere una derivación.



Modalidad de instrucción

- Exposición
- Debate guiado

MATERIALES NECESARIOS



POWERPOINT

- **Nota:** la computadora para reproducir el PowerPoint debe poder conectarse a Internet y proyectar la presentación para la clase.



APUNTES

- Ejemplos de casos en diapositivas
- Texto preformateado para la Evaluación de buprenorfina
- Materiales didácticos para el cliente:
 - ¿Cómo es el tratamiento con buprenorfina?: www.naabt.org/education/what_bt_like.cfm
 - Los hechos acerca de la buprenorfina para el tratamiento de adicción a los opioides: <https://store.samhsa.gov/product/The-Facts-about-Buprenorphine-for-Treatment-of-Opioid-Addiction/SMA15-4442>
 - Instrucciones para la inducción domiciliaria: cómo iniciar el tratamiento con buprenorfina



HOJAS DE ROTAFOLIOS



MATERIALES DE REFERENCIA

- Manual de implementación para la intervención *Integración del tratamiento con buprenorfina para el trastorno por consumo de opioides en la atención primaria del VIH*: <https://nextlevel.targethiv.org/deii/buprenorphine>

Palabras y frases claves

- *Evaluación de pacientes*
- *Preparación de los clientes para el tratamiento*
- *El diagnóstico según el Manual de Diagnóstico y Estadística de Trastornos Mentales (DSM, por sus siglas en inglés)*



Duración aproximada de la sesión.

Total: 50 Minutos

DESARROLLO

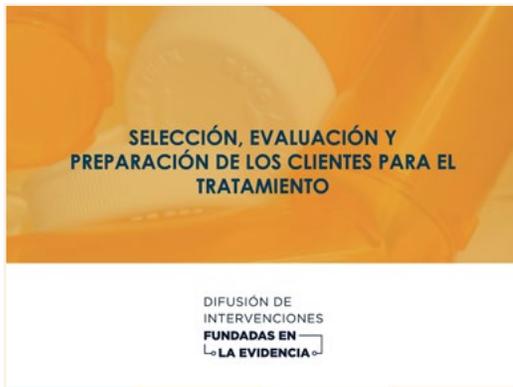
Utilizando un caso de ejemplo, los facilitadores analizarán la logística en el proceso de definir si un cliente cumple con los requisitos para iniciar el tratamiento con buprenorfina.

Se incluyen los pasos que debe seguir el prestador de servicios de salud para evaluar a los clientes y documentar las interacciones en historias clínicas digitales (HCD), entre ellos:

- Diagnóstico preliminar según el DSM-5
- Identificación de factores de comorbilidad y preocupación por las enfermedades contagiosas
- Derivaciones para los clientes que necesitan supervisión médica para manejar la abstinencia
- El manejo del dolor crónico
- Evaluar posibles interacciones farmacológicas
- Evaluar el consumo actual del cliente y el potencial de abstinencia
- Examinar análisis de laboratorio del cliente
- Evaluar y asegurarse de entender la anamnesis del cliente
- Obtener pruebas de drogas en orina
- Comenzar a enseñar sobre la buprenorfina y el uso de la naltrexona para prevenir las sobredosis
- Implementar «kits de rescate»

Se indicarán los pasos que debe seguir el coordinador asistencial para evaluar a los clientes y documentar las interacciones en la historia clínica digital, entre ellos:

- Finalizar y documentar el diagnóstico según el DSM-5
- Realizar una evaluación que incluya el consumo actual del cliente, el consumo de otros fármacos y el potencial de abstinencia
- Sentar las bases para un plan terapéutico
- Explicar a los clientes el tratamiento con buprenorfina y el uso de naltrexona para la prevención de sobredosis
- Elaborar un plan para la abstinencia y la inducción
- Completar un contrato terapéutico, comunicarse con otros profesionales sanitarios dentro del círculo del cliente
- Completar autorizaciones previas y documentos vinculados al seguro de salud, si es necesario
- Coordinar con los clientes cómo van a recibir los «kits de rescate»



DIPOSITIVA 1:

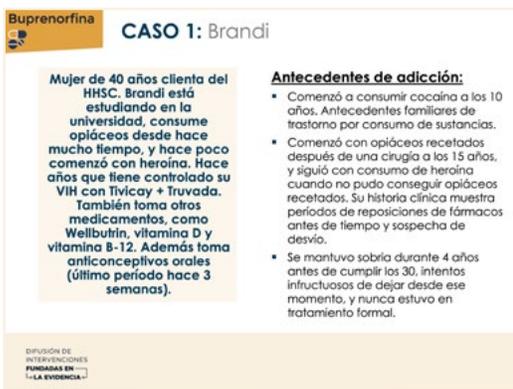
En este módulo estudiaremos los procesos para seleccionar, evaluar y preparar a los clientes para el tratamiento. Utilizaremos estudios de casos para ilustrar cómo se implementan estos procesos en el mundo real.



DIPOSITIVA 2:

- Criterios para evaluar si es conveniente o no implementar este protocolo de intervención, o directrices específicas de la organización.
- Los criterios para el diagnóstico y los datos sobre antecedentes de consumo de sustancias son factores críticos a la hora de conocer a sus clientes y elegir las mejores opciones terapéuticas.
- Los factores psicosociales afectan la atención de la salud en todos los niveles, así como las interacciones con el personal.
- El cliente tiene que sentirse seguro y contenido, por lo que se recomienda usar prácticas de reducción de daños.
- Comprenda las limitaciones del acceso al tratamiento en su entorno local.

(Consulte la página 5 del Manual de implementación de la intervención Integración del tratamiento con buprenorfina para el trastorno por consumo de opioides en la atención primaria del VIH).



DIPOSITIVA 3:

Los casos ofrecen una situación del mundo real para aprender el proceso del tratamiento con buprenorfina.

Del caso de ejemplo que se expone en la diapositiva se pueden extraer las siguientes conclusiones importantes:

- Datos básicos pertinentes a los antecedentes de una persona adicta a las sustancias que es opioide-dependiente y tiene VIH.
- Edad, género, medicamentos actuales y si está embarazada o no.
- Datos sobre consumo de sustancias actual y pasado.



DIPOSITIVA 4:

Con esta información sobre Brandi, pensemos:

- ¿Cómo determinar (y quién lo haría) un diagnóstico por consumo de opioides según el DSM-5?
- Si bien la mayoría de los médicos darían un diagnóstico preliminar de trastorno por consumo de opioides, sería interesante estudiar mejor el caso a través de un estudio más exhaustivo de la situación, además de pedir opinión a otros miembros del equipo.

Buprenorfina

CASO 1: Brandi (Cont.)

Evaluación del profesional de la salud



- Identificar factores de comorbilidad y enfermedades contagiosas
 - Derivar a los clientes que necesitan manejar la abstinencia con supervisión médica
 - Consumo actual y potencial de abstinencia
 - En el Programa de vigilancia de medicamentos recetados (PDMP) podrá encontrar evidencia del consumo de medicamentos recetados no divulgados.
- Ver análisis de laboratorio anteriores
- Comprender este caso clínico
 - Evalúe las posibles interacciones farmacológicas
 - Confirme el tratamiento anticoncepcivo

DIFUSIÓN DE INTERFERENCIAS FUNDADAS EN LA EVIDENCIA

DIAPPOSITIVA 5:

Consideraciones para los profesionales de la salud:

- Determine si la cliente tiene VIH o cualquier otra enfermedad aguda que necesite tratamiento.
- Un abuso significativo de alcohol o benzodiazepinas puede requerir derivación a un centro de desintoxicación y plantea inquietudes si el tratamiento con buprenorfina es adecuado o no (probablemente un riesgo demasiado alto).
- Los medicamentos recetados no divulgados son señales de alarma. En la diapositiva 16 del módulo 14 se explican los programas PDMP.
- Hay que saber qué drogas está consumiendo la cliente para poder planificar y preparar un período de inducción.
- Evaluar pruebas de laboratorio, en especial para ver si hay anomalías renales y hepáticas.

Buprenorfina

CUADRO DE EVALUACIÓN DEL PROFESIONAL DE LA SALUD

OBSERVACIONES SUBJETIVAS

Brandi es una mujer de 40 años que tiene problemas de consumo de opiáceos. Su mayor dificultad actualmente es el consumo de heroína y, en ocasiones, comprimidos de opiáceos. Nos cuenta algunas conductas vinculadas con su consumo de opiáceos, entre ellas:

- Compra o vende opiáceos: SI
- No puede controlar el consumo: SI
- Demasiado tiempo comprando, consumiendo o recuperando: SI
- El consumo afecta negativamente el trabajo, los estudios o la vida familiar: SI
- Se puso en peligro a sí misma o a los demás por su consumo: No
- Intentó dejar de consumir: SI

No tiene antecedentes de intentos previos de desintoxicación de opiáceos.

Si tiene un período de abstinencia de opiáceos en el pasado. Desintoxicaciones intermitentes por cuenta propia de corta duración.

Aunque describe el patrón de consumo de sustancias que hemos visto, dice que no tiene grandes problemas con el dolor crónico. "Es que me duele el cuerpo".

Además del consumo de opiáceos que describió, le preguntamos sobre el consumo de otras sustancias:

- Alcohol: No
- Benzodiazepinas: Hace años
- Barbitúricos: No
- Estimulantes (como metanfetaminas): SI
- Alucinógenos: No
- Disolventes inhalados: No

Si la respuesta es "SI" a alguna de estas opciones (último consumo y frecuencia, vía de consumo, cantidades relativas); indique el consumo como 3 o 4 veces por semana (RE: metanfetamina, inhalada o inyectada; trató de dejar).

Además de estas inquietudes acerca del consumo de sustancias, tome medicamentos para el VIH (Trivica + Truvada = DDL+TDF+FTC) y dice que se saltó 3-4 dosis en los últimos 30 días, y que tuvo los siguientes efectos secundarios de la medicación: pérdida de apetito.

Ya se evaluó si padece enfermedades crónicas que requieren supervisión médica, tratamiento o prevención (como hepatitis, enfermedades de transmisión sexual, tuberculosis y tabaquismo). Estas elecciones están estables o en tratamiento.

DIFUSIÓN DE INTERFERENCIAS FUNDADAS EN LA EVIDENCIA

DIAPPOSITIVA 6:

Esta es la sección subjetiva de las observaciones del profesional de la salud que aborda específicamente los criterios del DSM-5, medicamentos actuales e inquietudes por afecciones coexistentes. En la historia clínica electrónica (HCE), crear una plantilla puede ser un instrumento muy útil tanto para prestadores de servicios de salud como para el personal a la hora de documentar sus evaluaciones. Un ejemplo de esa plantilla es el apunte sobre frases preformateadas que se incluye en el anexo. El cuadro de anotaciones en la plantilla fue diseñado usando la HCE Epic, y puede ser incorporado como frase preformateada. Las frases entre @ son enlaces a datos que se encuentran en otro lugar de la historia clínica, y que se completarán automáticamente en el documento. Los usuarios tendrán que hacer ajustes para sus propios sistemas.

Buprenorfina

CONSULTE OTRAS INTERACCIONES FARMACOLÓGICAS

FÁRMACOS SELECCIONADOS PARA BUSCAR INTERACCIONES:

Dolutegravir, Tenofovir Disoproxil (TDF), Emtricitabina
 Y Buprenorfina/naloxona, Bupropión (Wellbutrin®, Zyban®)

RESULTADOS:

- Dolutegravir y Buprenorfina/naloxona
- Dolutegravir y Bupropión (Wellbutrin®, Zyban®)
- Tenofovir Disoproxil (TDF) y Buprenorfina/naloxona
- Tenofovir Disoproxil (TDF) y Dolutegravir (DTG)
- Emtricitabina y Tenofovir

DIFUSIÓN DE INTERFERENCIAS FUNDADAS EN LA EVIDENCIA

www.hiv-druginteractions.org/checker

DIAPPOSITIVA 7:

El sitio web que figura en la diapositiva es un recurso que sirve para confirmar la seguridad de la prescripción de buprenorfina en el contexto de otros medicamentos crónicos.

Fuente: Universidad de Liverpool. HIV Drug Interactions. 8 de noviembre de 2018. Disponible en: www.hiv-druginteractions.org/checker

Buprenorfina

INTERACCIONES FARMACOLÓGICAS: GENERALIDADES

Efectos secundarios aditivos

Medicamentos anticolinérgicos (antihistamínicos de primera generación, antidepresivos tricíclicos, antipsicóticos, etc.)

- Estreñimiento, dificultades para orinar, etc.
- Depresión respiratoria y sedación

Precaución con el dextrometorfano de venta libre (sedación)

Benzodiazepinas: aumentan el riesgo de lesiones accidentales/visitas a la sala de emergencias

Efecto techo (buprenorfina)

- Los dosis más altas no aumentan la depresión respiratoria

Síndrome serotoninérgico

- Se reporta un caso de síndrome serotoninérgico con una única dosis de buprenorfina
- Síndrome serotoninérgico de leve a moderado: 43 % en mujeres que asisten a un centro de salud especializado en Suboxone: puede ser necesario modificar la dosis del antidepresivo*

QT prolongado

- Riesgo casi nulo en general, pero riesgo significativo con altas dosis de metadona

DIFUSIÓN DE INTERFERENCIAS FUNDADAS EN LA EVIDENCIA

DIAPPOSITIVA 8:

Los criterios generales a tener en cuenta para las interacciones farmacológicas se centran mayormente en los efectos secundarios aditivos, como se puede apreciar en la diapositiva.

Buprenorfina

INTERACCIONES FARMACOLÓGICAS (INCLUSO IP): SIN INCONVENIENTES

● No coadministrar ■ Interacción potencial ● No se prevé interacción ○ No hay datos definidos
○ No coadministrar ■ Interacción potencial ○ No se prevé interacción ○ No hay datos definidos

	Atazanavir	Emtricitabina/TAF	Ritonavir
Atazanavir			
Buprenorfina			
Emtricitabina/TAF			
Ritonavir			

DIFUSIÓN DE INTERVENCIONES FUNDADAS EN LA EVIDENCIA
<http://www.hiv-druginteractions.org/checker>

DIAPPOSITIVA 9:

En el ámbito de la atención del VIH, ni siquiera los inhibidores de la proteasa (IP) están asociados con problemas significativos de interacción con la buprenorfina.

Afinidad versus activación. La buprenorfina tiene mayor afinidad (capacidad de unirse al receptor) que la morfina/metadona/oxicodona. Tiene un punto de activación mucho más bajo que esos opiáceos. La fuerza de unión no es lo mismo que la afinidad (ejemplo de "llave en cerradura").

Fuente: Universidad de Liverpool. HIV Drug Interactions. 8 de noviembre de 2018. Disponible en: www.hiv-druginteractions.org/checker

Buprenorfina

INTERACCIÓN CON IP: EJEMPLO DETALLADO

Interacción potencial

Atazanavir
Buprenorfina

Calidad de la evidencia: Baja

Resumen:
Atazanavir/ritonavir aumentaron el AUC (87 %) y C_{min} (89 %) de la buprenorfina, y la norbuprenorfina aumentó a casi el doble. Si se administran juntas, verifique que no haya efectos sedativos y cognitivos, y considere reducir la dosis de buprenorfina. Existen tres reportes de casos de síntomas clínicos por exceso de opiáceos durante la coadministración que requieren reducir la dosis de buprenorfina. La coadministración de Atazanavir no potenciado y buprenorfina no es recomendada, ya que puede reducir las concentraciones plasmáticas de Atazanavir.

DIFUSIÓN DE INTERVENCIONES FUNDADAS EN LA EVIDENCIA

DIAPPOSITIVA 10:

Si bien se han reportado posibles interacciones, solo fueron casos aislados y los datos de farmacocinética no son alarmantes, como se puede apreciar en la diapositiva.

Fuente: Universidad de Liverpool. HIV Drug Interactions. 8 de noviembre de 2018. Disponible en: www.hiv-druginteractions.org/checker

Buprenorfina

¿HAY ALGO QUE DEBERÍA CAMBIAR?

Inhibidores de 3A4: ¿Cuáles son los riesgos? ¿Debería cambiar algo?
Ejemplo: Se presenta para la inducción una persona con VIH con una pauta terapéutica basada en IP.

- Debido al efecto techo, los niveles más altos de buprenorfina son seguros.
- Utilizar protocolos normales de inducción, comenzar con una dosis baja y repetir según se necesite.

Algunos inhibidores potentes de CYP3A4 son: claritromicina, eritromicina, diltiazem, itraconazol, ketoconazol, ritonavir, voriconazol, hidralizil y pomelo. Algunos inductores de CYP3A4 son: fenobarbital, fenitoína, rifampicina, hierba de San Juan y glucocorticoides.

Inductores de 3A4: ¿Cuáles son los riesgos? ¿Debería cambiar algo?
Ejemplo: Mantenimiento estable con buprenorfina, nueva prescripción para amfina

- Riesgo de abstinencia de opiáceos

Nevirapina, Ipronavir

DIFUSIÓN DE INTERVENCIONES FUNDADAS EN LA EVIDENCIA

DIAPPOSITIVA 11:

La principal preocupación potencial para las interacciones farmacológicas está vinculada al sistema citocromo P450 3A4. Tanto los inhibidores como los inductores presentan inquietudes teóricas, pero en un nivel práctico requieren que el profesional a cargo de la prescripción preste atención a las situaciones que se describen en la diapositiva.

Buprenorfina

INTERACCIÓN CON OTRAS DROGAS DE ABUSO

Alcohol

- Riesgo de sedación combinada

Benzodiazepinas

- Se ha reportado una muerte por inyección I.v. de buprenorfina y benzodiazepinas

Cocaína

- Riesgo de abstinencia a los opiáceos
- Interacción farmacológica directa pero menor absorción por vía sublingual debido a la vasoconstricción

DIFUSIÓN DE INTERVENCIONES FUNDADAS EN LA EVIDENCIA

DIAPPOSITIVA 12:

Existen inquietudes de potenciales sobredosis causadas por los efectos combinados de la depresión respiratoria con otras drogas de abuso. El riesgo más alto es con benzodiazepinas y alcohol. Sin embargo, la única muerte reportada tenía que ver con buprenorfina por vía intravenosa en el contexto del consumo de benzodiazepinas. Por ende, el criterio del prestador de servicios de salud y una supervisión constante son factores importantes para determinar si continuar o no con la prescripción de buprenorfina. La cocaína es una inquietud teórica para la abstinencia (versus sobredosis).

Buprenorfina

CASO 1: Brandi (Cont.)
Evaluación del profesional de la salud

No hay que olvidar:

- Analizar interacciones farmacológicas
- Manejar el dolor crónico
- Comenzar a dar información acerca de la buprenorfina
- Obtener pruebas de drogas en orina y gonadotropina coriónica humana (hCG)
- Comenzar/ofrecer prescripciones para "kits de rescate"



DIFUSIÓN DE INTERVENCIÓNES FUNDADAS EN LA EVIDENCIA

DIAPPOSITIVA 13:

Los casos proporcionan una situación del mundo real para aprender el proceso del tratamiento con buprenorfina.

Algunos aprendizajes que nos deja esta diapositiva son:

- El dolor crónico puede traer grandes inconvenientes y debe abordarse teniendo en cuenta un plan sin opioides.
- Comenzar a brindar información sobre la buprenorfina después de considerarla una opción.
- Averiguar si la cliente está embarazada.
- Utilizar la prueba de drogas en orina para saber más sobre el consumo que informa el cliente.
- Los "kits de rescate" son medicamentos que reducen los síntomas de la abstinencia y que se pueden ofrecer antes de la inducción a la buprenorfina.

(Consulte la página 5 del Manual de implementación de la intervención Integración del tratamiento con buprenorfina para el trastorno por consumo de opioides en la atención primaria del VIH).

Buprenorfina

CUADRO DE EVALUACIÓN DEL PROFESIONAL DE LA SALUD

OBSERVACIONES OBJETIVAS:

T: 97.9 F/36.6 C PA: 110/68
 FC: 82 FR: 12
 Peso: 112lb/51 kg

General: colaboradora, malestar leve, palidez y delgadez

De 25 minutos, pasamos 15 minutos hablando cara a cara sobre los problemas y las opciones para tratar su consumo de opiáceos, revisando sus análisis de laboratorio y cómo interpretarlos, y firmamos un plan de atención.

Análisis de laboratorio (que incluye: control del VIH, CD4, AST/ALT, creatina, etc.)

PDMP negativo para medicamentos recetados controlados: S/NO

EVALUACIÓN/PLAN:

Diagnóstico preliminar según el DSM-5 de trastorno por consumo de opiáceos basado en los antecedentes mencionados y en la historia clínica de la cliente. Como no hay evidencia de consumo significativo de sustancias o alcohol, no se requiere derivación a un programa terapéutico.

La comenté a la cliente que es una posible candidata para el tratamiento con buprenorfina, para lo cual deberá ir a ver al especialista en alcoholismo/inducción del centro de salud para una evaluación formal, la confirmación del diagnóstico y planificar la inducción.

Tras examinar los medicamentos, no hay inquietud por las interacciones farmacológicas.

- Se solicita una prueba de drogas en orina y HCG
- Se comenzó la enseñanza sobre la buprenorfina y se prescribió kit de rescate una vez programada la inducción (clonidina y loperamida con analgésicos de venta libre)
- Se habló sobre la prevención de sobredosis y se recetó naltrexona

DIFUSIÓN DE INTERVENCIÓNES FUNDADAS EN LA EVIDENCIA

DIAPPOSITIVA 14:

Los cuadros de la diapositiva son la continuación de las observaciones del profesional para Brandi. Nuestro caso fue el primero que presentamos en la diapositiva 3.

Las observaciones del profesional deben representar la evaluación que se describe en las diapositivas anteriores. En los sistemas de historias clínicas electrónicas, crear una plantilla puede ser un instrumento muy útil tanto para los prestadores como para el personal a la hora de documentar sus evaluaciones. Referencia: apunte sobre frases preformateadas para la evaluación de la buprenorfina

Buprenorfina

CASO 1: Brandi (Cont.)
Evaluación del coordinador



1. Intoxicación aguda y/o potencial de abstinencia
2. Afecciones y complicaciones biomédicas
3. Afecciones y complicaciones emocionales/conductuales/cognitivas
4. Nivel de preparación para el cambio
5. Potencial de recaídas/continuar consumo/ que el problema siga
6. Entorno para la recuperación

DIFUSIÓN DE INTERVENCIÓNES FUNDADAS EN LA EVIDENCIA

www.asam.org/resources/the-asam-criteria/about

DIAPPOSITIVA 15:

En algunos centros de salud se puede solicitar una evaluación adicional por parte de un trabajador social o un especialista en adicciones. Este proceso brinda un panorama más sistemático para determinar las necesidades del cliente y la estabilidad general, lo que ayudará a crear un plan de contención, además de un posible TAM.

Estos seis elementos forman parte de los criterios de la Sociedad Americana de Medicina de la Adicción (ASAM):

1. ¿Hay antecedentes de abstinencia grave con riesgo de vida y cualquier caso actual de consumo que indique la necesidad de desintoxicación?
2. ¿Existen problemas de salud graves actualmente?
3. ¿Ideas suicidas/homicidas inminentes? ¿No es capaz de completar las actividades diarias?
4. Grado de preparación para el tratamiento: ¿El cliente es ambivalente? ¿Solicita el tratamiento por exigencia de alguien?
5. ¿El consumo de sustancias es activo o continuo?
6. ¿Existen amenazas inmediatas para la seguridad? ¿El entorno social del cliente es inestable?

Buprenorfina

CASO 1: Brandi (Cont.)
Evaluación del coordinador

Brandi es una mujer de 40 años que se reúne con su coordinador asistencial para evaluar su dependencia a los opiáceos y analizar opciones de tratamiento.

EVALUACIÓN SUBJETIVA:
Antecedentes de consumo: Brandi comenzó a consumir sustancias a los 10 años de edad (cocaína) y opiáceos a los 15 años. Dice que su droga preferida es la heroína (inyectable), uno 5 gramos por día. También dice que consume analgésicos recetados, cuando puede obtenerlos. Brandi no tiene antecedentes de sobredosis anteriores.

Último consumo de las siguientes sustancias: Heroína inyectable esta mañana, 1/4 gramo.

Abstinencia/tolerancia: Brandi dice que consume más heroína para conseguir el mismo efecto. Dice que antes consumía de 1 a 3 veces por semana, y ahora casi todos los días. Esto le está impidiendo avanzar en sus estudios.

Afecciones físicas o mentales: Brandi indica las siguientes afecciones: depresión leve/ansiedad, Torno Wellbutrin para la salud mental, pero no hace terapia.

Antecedentes de tratamientos: Brandi no hizo tratamientos anteriores. Asistió a algunos grupos de apoyo a reuniones de NA, pero nada constante.

Evaluación objetiva: la cliente llegó puntual. Postura, comportamiento, estado de ánimo y afectividad dentro de los límites normales. Orientación, juicios de valor, discernimiento y memoria dentro de límites normales. atención, concentración y contenido del pensamiento dentro de los límites normales. No reporta ideas suicidas ni ideas homicidas en este momento.

DISFUSIÓN DE INTERVENCIÓNES FUNDADAS EN LA EVIDENCIA

DIAPPOSITIVA 16:

Esta diapositiva y la siguiente muestran la documentación realizada por el coordinador que aborda específicamente los criterios de la ASAM y la evaluación asociada. Estas observaciones acompañan la evaluación del prestador documentada en las diapositivas anteriores.

Buprenorfina

CASO 1: Brandi (Cont.)
Observaciones en el cuadro de evaluación del coordinador

Evaluación: F11.20 trastorno por consumo de opiáceos (moderado-severo, más de 4 síntomas)
Según lo indicado por la cliente y los criterios del DSM-5 para el diagnóstico del trastorno por consumo de opiáceos, Brandi es candidata para la administración de buprenorfina en consultorio particular para tratar su adicción, y completar los documentos de inscripción para participar en este programa.

Nivel de preparación para el cambio: según lo que indica la propia cliente y la evaluación del coordinador asistencial, Brandi demuestra estar en la etapa de "preparación" para el cambio. La cliente piensa activamente en las opciones terapéuticas.

Entorno para la recuperación: Brandi muestra tener la contención de las siguientes personas: el apoyo de su hermana y su novio.

Planificación del tratamiento: buscar grupo local de AA o NA (ya le dieron la lista), programar una terapia individual. Asistir a vistas con el coordinador asistencial según lo programado durante las fases de inducción, estabilización y mantenimiento.

Plan: El coordinador asistencial analiza con Brandi cómo funciona la buprenorfina administrada en consultorio en su centro de salud. La cliente comprende que tendrá que presentarse en abstinencia para su cita de inducción. Se programó una cita de inducción con un médico de atención primaria para el 10 de junio de 2015.

El coordinador asistencial confirma que el seguro de la cliente cubre la medicación de buprenorfina, no se requiere autorización previa.

Se envió una nota al médico de atención primaria para solicitar fármacos para la dosis de inducción y "kits de rescate" en una farmacia, que la cliente va a retirar ahora, y el coordinador asistencial lo va a retirar el 10/6/15.

DISFUSIÓN DE INTERVENCIÓNES FUNDADAS EN LA EVIDENCIA

DIAPPOSITIVA 17:

Esta diapositiva es la continuación del ejemplo del caso de Brandi y trata con más detalle los criterios de la ASAM y la evaluación asociada.

Buprenorfina

DEFINICIONES DE ADICCIÓN

ASAM: La adicción es una enfermedad primaria y crónica de recompensa cerebral, motivación, memoria y circuitos relacionados. La falta de estos circuitos genera manifestaciones biológicas, psicológicas, sociales y espirituales características. Esto se refleja en la búsqueda patológica de un individuo por obtener la recompensa o el alivio por medio del consumo de sustancias u otros comportamientos.

www.asam.org/for-the-public/definition-of-addiction

Gabor Maté: Cualquier comportamiento repetido, ya sea vinculado a las sustancias o no, en el cual una persona se siente obligada a persistir pese a su impacto negativo en su vida y en la vida de los demás.

Gabor Maté, In the Realm of Hungry Ghosts, 2010

DISFUSIÓN DE INTERVENCIÓNES FUNDADAS EN LA EVIDENCIA

DIAPPOSITIVA 18:

La ASAM brinda el marco para un diagnóstico clínico del trastorno por consumo de sustancias, y las definiciones adicionales de la adicción sirven para comprender el comportamiento de sus clientes.

Buprenorfina

CRITERIOS DEL DSM-5 PARA DIAGNOSTICAR UN TCO

DSM-5: 11 criterios para el diagnóstico de trastornos por consumo de sustancias (TCS) en una escala de gravedad

- Consumir sustancias en cantidades más grandes y por más tiempo que el indicado
- Querer reducir o detener el consumo, pero no lograrlo
- Pasar mucho tiempo para obtener la droga, consumirla o recuperarse del consumo
- Arrebatos o deseo compulsivo de consumir la sustancia
- Incapacidad de afrontar situaciones en el trabajo, en el hogar o en los estudios
- Seguir consumiendo, incluso cuando ocasiona problemas en las relaciones
- Abandonar actividades importantes a nivel social, ocupacional o recreativo
- Consumir una y otra vez, incluso cuando pone a la persona en peligro
- Empoaramiento de problemas físicos y psicológicos que se agravan con el uso sostenido
- Necesitar más de la sustancia para obtener el efecto deseado (tolerancia)*
- Desarrollo de síntomas de abstinencia, que se alivian tomando más cantidad de la sustancia.*

LEVE (2-3), MODERADO (4-5) GRAVE (MÁS DE 6)

*No se cuenta en el diagnóstico del TCS si los síntomas de tolerancia o de abstinencia suceden durante el tratamiento médico adecuado con los medicamentos recetados.

DISFUSIÓN DE INTERVENCIÓNES FUNDADAS EN LA EVIDENCIA

DIAPPOSITIVA 19:

Los factores específicos para el TCO están estipulados en el DSM-5, además de los criterios para evaluar la gravedad. El diagnóstico del TCO debe realizarse antes de iniciar el tratamiento.

Fuente: Bucholz K, Budney A, Compton WM, et ál. DSM-5 Criteria for Substance Use Disorders: Recommendations and Rationale. Am J Psychiatry. 2013;170(8):834-51. Disponible en: <https://ajp.psychiatryonline.org/doi/10.1176/appi.ajp.2013.12060782>

Buprenorfina

CASO 1: Brandi (Cont.)



- Explicarle a la clienta cómo será el tratamiento con buprenorfina
- Completar un contrato terapéutico, comunicarse con otros prestadores de atención médica de la clienta
- Completar autorización previa y otras formalidades del seguro médico (de ser necesario)
- Programar visita de inducción con un médico de atención primaria y coordinar que la clienta obtenga su "kit de rescate". Prepararla para la inducción
- Si la clienta participa en un estudio, firmar los consentimientos y protocolos de administración de datos que sean necesarios.

DIFFUSION DE INTERVENCIONES FUNDADAS EN LA EVIDENCIA

DIPOSITIVA 20:

Después de la confirmación del diagnóstico, es necesario evaluar los detalles del tratamiento, explicarle a la clienta sobre la buprenorfina y el proceso de tratamiento, y completar cualquier documento requerido (políticas del estudio o de la organización). Hay que examinar la cobertura del seguro y programar el seguimiento que sea necesario.

CIERRE

Ahora es su turno. En el módulo siguiente tendrá la oportunidad de estudiar la logística del plan de evaluación, la inscripción y la inducción del paciente usando los casos de ejemplo que le brindamos.



MÓDULO 6: Actividad práctica

Temas abordados: Selección, evaluación y preparación de los clientes para el tratamiento

OBJETIVOS

Al finalizar este módulo, los participantes habrán logrado lo siguiente:

- Implementar la logística del plan de evaluación, inscripción e inducción de un paciente usando los casos de ejemplo que le brindamos.
- Analizar el caso de un paciente para identificar posibles problemas y crear estrategias para resolverlos.



Modalidad de instrucción

- Actividad
- Debate guiado

MATERIALES NECESARIOS



POWERPOINT

- **Nota:** la computadora para reproducir el PowerPoint debe poder conectarse a Internet y proyectar la presentación para la clase.



APUNTES

- Ejemplos de casos (en diapositivas)
- Folletos didácticos (enlaces a ejemplos que figuran en el Módulo 4)



HOJAS DE ROTAFOLIOS



MATERIALES DE REFERENCIA

- Manual de implementación para la intervención *Integración del tratamiento con buprenorfina para el trastorno por consumo de opioides en la atención primaria del VIH*: <https://nextlevel.targethiv.org/deii/buprenorphine>
 - Hoja informativa para los criterios del DSM-5: Diagnóstico del trastorno por consumo de opioides, pág. 31
 - Criterios del DSM-5 para diagnosticar trastornos por consumo de sustancias, págs. 32-33
 - Ejemplo de contrato terapéutico, págs. 34-36

Palabras y frases claves

- *Estudio de casos*
- *Evaluación de pacientes*



**Duración
aproximada de la
sesión.**

Total: 30 Minutos

DESARROLLO

ACTIVIDADES

Por medio de un ejemplo, los equipos de la institución examinarán los problemas logísticos y sus soluciones, prestando especial atención a las pautas de la Sociedad Americana de Medicina de la Adicción (ASAM) y a los criterios del DSM-5.

Los equipos deberán hacer lo siguiente:

- Evaluar si este cliente sufre un trastorno por consumo de opioides.
- Examinar los medicamentos actuales y las comorbilidades médicas.
- Entender la contención social y las situaciones de la vida real que tiene el paciente.
- Desarrollar un plan preliminar para la inducción.

DEBATE GUIADO

Una vez que los equipos hayan formulado un plan en conjunto, el facilitador guiará un debate sobre la evaluación final y el plan. Los facilitadores deben estar preparados para responder todas las preguntas y guiar el debate basándose en su propia experiencia clínica y en las pautas clínicas actualizadas. Los módulos que siguen describen el plan que realmente se aplicó a Raúl (el caso de ejemplo que se presentó en este módulo).



DIPOSITIVA 1:

En este módulo realizaremos una actividad práctica y un debate que le servirán para familiarizarse con los protocolos de selección, evaluación y preparación de los clientes para el tratamiento.

Buprenorfina **SESIÓN GRUPAL - CASO 2: Raúl**

- Cliente de 41 años del HHSC con antecedentes de lesiones causadas por deportes que lo llevaron a un consumo prolongado de opiáceos. Actualmente consume heroína a diario y tiene un diagnóstico reciente de VIH en un centro de salud para ETS.
- VIH CD4 = 870, carga viral 80.000, sin complicaciones conocidas, no toma medicamentos para el VIH
- Coinfección por hepatitis C, AST 159/ALT 301 inicial, y AST 64/ALT 95 al repetir.
- Otros análisis de rutina normales, y PDMP negativo.
- Antecedentes de disectomía L5-S1 (9/95), lesión discal T7-T8 por accidente de esquí (3/97), hernia de disco recurrente R L5-S1 y disectomía/fusión C6-7 (9/98), hernia C6-7 tratada con fusión/placa anterior (9/2/00). Dolor persistente tratado parcialmente c/ gabapentina y el cliente en estado de discapacidad.
- Entorno social: esposa con VIH, actualmente separada, vivienda estable con ingresos por discapacidad, empleo anterior en informática durante 15 años.

Antecedentes de adicción:

- Consumo previo de alcohol, marihuana y estimulantes. Actualmente consume heroína y marihuana y 1/2 paq. de cigarrillos por día
- Sin tratamientos previos.
- El cliente desea comenzar un tratamiento con opiáceos debido al nuevo diagnóstico de VIH y hepatitis C.

DIFUSIÓN DE INTERVENCIÓNES FUNDADAS EN LA EVIDENCIA

DIPOSITIVA 2:

Esta diapositiva está destinada a ayudar a los instructores a utilizar las directrices de la ASAM y los criterios del DSM-5. Los equipos de la organización deben reunirse y llevar a cabo las siguientes actividades. Los equipos también deben usar los apuntes en el Manual de implementación (criterios del DSM-5, hoja de trabajo para los criterios del DSM-5 y Contrato para el plan terapéutico).

- Evaluar si el cliente sufre un trastorno por consumo de opioides.
- Examinar los medicamentos actuales y las comorbilidades médicas.
- Entender el entorno y la contención social en general.
- Desarrollar un plan para la inducción.

Actividad (debate):

Los facilitadores guiarán el debate acerca de la evaluación final y el plan de atención. Posibles preguntas para el debate:

- ¿Cuál es el diagnóstico? ¿El cliente cumple con los criterios del DSM-5 para diagnosticarle una dependencia de opioides?
- ¿Cuáles son las opciones terapéuticas para este cliente?
- ¿El cliente cumple los criterios para el tratamiento con buprenorfina?
- ¿Cuáles son los objetivos del tratamiento?
- ¿Cuál es el plan terapéutico inicial?
- ¿Hay más información que desee saber acerca de este cliente? En ese caso, ¿cómo la obtendrá? (coordinar con el equipo de atención multidisciplinario)

CIERRE

Ahora que ya hemos practicado cómo evaluar y preparar a un cliente para el tratamiento, estudiaremos los procesos para iniciar, estabilizar y mantener a los clientes en el tratamiento.



MÓDULO 7:

Inicio, estabilización y mantenimiento de los clientes

Temas abordados: Cómo iniciar, estabilizar y mantener a los clientes

OBJETIVOS

Al finalizar este módulo, los participantes habrán logrado lo siguiente:

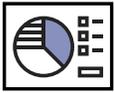
- Realizar una evaluación para determinar la etapa en la abstinencia de opioides.
- Analizar los resultados de pruebas de drogas en orina para determinar si la inducción al tratamiento es apropiada.
- Iniciar la inducción, si es viable.



Modalidad de instrucción

- Exposición
- Debate guiado

MATERIALES NECESARIOS



POWERPOINT

- **Nota:** la computadora para reproducir el PowerPoint debe poder conectarse a Internet y proyectar la presentación para la clase.



APUNTES

- Casos de ejemplo (en las diapositivas)
- Cuadro de metabolización de los opioides
- Manual de implementación para la intervención *Integración del tratamiento con buprenorfina para el trastorno por consumo de opioides en la atención primaria del VIH*: <https://nextlevel.targethiv.org/deii/buprenorphine>
 - Escala clínica de abstinencia de opioides (COWS), págs. 38-39
 - Frases preformateadas para la Evaluación de la buprenorfina



HOJAS DE ROTAFOLIOS

DESARROLLO

ACTIVIDADES

La capacitación comienza con dos videos de YouTube para que los participantes se familiaricen con las experiencias de sus clientes en el proceso de la abstinencia y el potencial antes de comenzar con la buprenorfina.

DEBATE GUIADO

En el debate se utiliza el caso de un cliente como ejemplo (diapositiva 4) para que los participantes puedan practicar cómo determinar si un cliente sufre un trastorno por consumo de opioides, examinar los medicamentos actuales y las comorbilidades médicas, entender las redes de contención social de un cliente y desarrollar un plan preliminar para la inducción.

Después del debate, el facilitador mostrará notas de prestadores de servicios de salud, resumiendo la presentación del cliente el día de la inducción y la posterior evaluación del profesional. A lo largo de la exposición, los facilitadores harán preguntas a los participantes, por ejemplo: ¿Qué haría si un cliente se presentara el día de la inducción sin estar en abstinencia?

Los facilitadores harán hincapié en las preocupaciones fundamentales, por ejemplo, cómo evitar y manejar la abstinencia precipitada, y cómo coordinar y comunicar un plan de seguimiento claro con el cliente y con el equipo multidisciplinario.

Palabras y frases claves

- *Inducción*
- *Abstinencia precipitada*
- *Evaluación de inducción en consultorio*
- *Escala clínica de abstinencia de opioides (COWS, por sus siglas en inglés)*
- *Metabolismo de los opioides*



Duración aproximada de la sesión.

Total: 50 minutos



DIAPPOSITIVA 1:

En este módulo aprenderemos cómo iniciar, estabilizar y mantener a los clientes en el tratamiento.



DIAPPOSITIVA 2:

Este es un video personal publicado en YouTube de una mujer que se está desintoxicando de oxicodona (privación brusca). Es una demostración de abstinencia sin tratamiento. Es importante entender las experiencias previas de los clientes o los miedos basados en historias que les hayan contado otras personas.

Disponible en: www.youtube.com/watch?v=JHJ-6pQmEdo

Fuente: BindMercyandTruth. "I Detox Off 60 mg/day Opiates in 3 Days! Shows Start to Finish." Junio de 2014. Disponible en: www.youtube.com/watch?v=JHJ-6pQmEdo

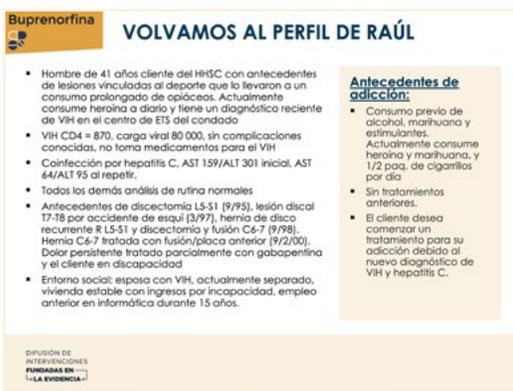


DIAPPOSITIVA 3:

Este es un video personal publicado en YouTube de una mujer que está consumiendo Suboxone desviado para tratar su abstinencia de heroína.

Disponible en: www.youtube.com/watch?v=ARY_pjP-Z08

Fuente: Sicnixi. "Introduction (Kickin' Day One)." 6 de febrero de 2010. **Disponible en:** www.youtube.com/watch?v=ARY_pjP-Z08



DIAPPOSITIVA 4:

Esta diapositiva está destinada a ayudar a los participantes a utilizar las directrices de la ASAM y los criterios DSM-5:

- Evaluar si este cliente sufre un trastorno por consumo de opioides
- Examinar los medicamentos actuales y las comorbilidades médicas
- Entender su escenario social y las redes de contención en general
- Desarrollar un plan preliminar para la inducción

El facilitador guiará el debate sobre una evaluación final y un plan de atención. Las siguientes diapositivas mostrarán el plan de inducción administrado a Raúl.

Buprenorfina LA INDUCCIÓN DE RAÚL



- Hombre de 41 años con adicción a la heroína, VIH sin tratar y transaminasas elevadas asociadas con hepatitis C. Se presenta para su inducción en consultorio a las 8:00 a. m.
- Se confirmó por protocolo un tratamiento por consumo de opiáceos según el DSM-5, y no se requiere un manejo de la abstinencia supervisada por personal médico. Se le explicó cómo es el tratamiento con buprenorfina y el cliente completó un contrato terapéutico. El objetivo del tratamiento es asistir a grupos semanales en la institución de nuestro socio local, firmar contratos vinculados a la divulgación de información, y que todos los prestadores de atención conozcan el plan.
- Los análisis de laboratorio muestran:
 - Prueba de drogas en orina positiva para THC y heroína, no hay otras sustancias
 - Transaminasas: AST 64/ALT 95

DIFFUSIÓN DE INTERVENCIÓNES FUNDADAS EN LA EVIDENCIA

DIAPPOSITIVA 5:

Las siguientes diapositivas muestran una presentación y evaluación típicas en un día de inducción.

Los facilitadores recuerdan a los participantes que el apunte “Evaluación con frases preformateadas para la buprenorfina” presentado en el Módulo 4 puede servir para elaborar una plantilla para documentación en la historia clínica digital (HCD).

Buprenorfina LA INDUCCIÓN DE RAÚL

- Raúl dice que la última vez que consumió heroína fue a las 18:00 h del día anterior.
- El cliente tomó 0.2 mg de clonidina tres horas antes de esta visita para “relajarse” (trae otra dosis)

Sudoración	{S/NO:63::“S”}
Ansiedad <small>(nerviosismo/inquietud)</small>	{S/NO:63::“S”}
Dolor articular	{S/NO:63::“S”}
Secreción nasal	{S/NO:63::“S”}
Náuseas <small>(Vómitos/Cólicos estomacales)</small>	{S/NO:63::“S”}
Diarrea	{S/NO:63::“S”}
Espasmos musculares	{S/NO:63::“S”}

DIFFUSIÓN DE INTERVENCIÓNES FUNDADAS EN LA EVIDENCIA

DIAPPOSITIVA 6:

Tenemos que evaluar los síntomas de abstinencia del cliente: deseo compulsivo, ansiedad, malestar, dolor, náuseas, golpes de frío/calor. Según el examen físico, documente los signos de abstinencia del cliente, incluidos excitación autonómica (presión arterial alta, ritmo cardíaco elevado), midriasis, temblores, agitación/inquietud. También preste atención a la presencia o ausencia de bostezos, rinorrea, piloerección, frío o calor repentinos, diaforesis, lagrimeo, vómitos y fasciculaciones musculares. Utilice la Escala clínica de abstinencia de opiáceos (COWS, por sus siglas en inglés) para asignar un puntaje a la abstinencia del cliente: leve, moderada o severa.

Buprenorfina LA INDUCCIÓN DE RAÚL



Hallazgos objetivos:

- El paciente no presenta signos de presunta intoxicación.
- Presión sanguínea 146/87; pulso 92: se observa enrojecimiento facial; puede sentirse quieto; temblores leves (los siente pero no se ven); un bostezo; no tiene piel de gallina. Pupilas de 2 mm pero no reactivas a la luz.
- Su puntaje en la Escala COWS = 10, claramente leve

¿USTED QUÉ HARÍA?

DIFFUSIÓN DE INTERVENCIÓNES FUNDADAS EN LA EVIDENCIA

DIAPPOSITIVA 7:

Estos son los hallazgos objetivos del prestador de atención médica tras la visita de Raúl al centro de salud. Sus puntajes en la escala COWS fueron leves.

Actividad (debate):

Pregunte a los participantes: ¿Qué harían?

Buprenorfina LA INDUCCIÓN DE RAÚL



Las mediciones objetivas sustituyen a las subjetivas

- Tamaño pupilar y reacción a la luz
- Piel de gallina
- Bostezos
- Pulso

El profesional decide esperar debido al puntaje leve en la escala COWS y por la falta de reacción pupilar. Al cliente se le avisa que se necesita más tiempo para que su cuerpo muestre signos claros de abstinencia. Se le asegura que la medicación aliviará los síntomas pero tenemos que evitar inducir una abstinencia abrupta. Plan definido para volver a controlar cada 15-30 minutos; prescribir dosis de inducción (2 o 4 mg), pedir al coordinador clínico que ayude al cliente, y obtener dosis de inducción en la farmacia interna de la institución.

DIFFUSIÓN DE INTERVENCIÓNES FUNDADAS EN LA EVIDENCIA

DIAPPOSITIVA 8:

Los clientes deben presentar signos de abstinencia leve como mínimo (COWS > 5) antes de recibir su primera dosis de buprenorfina.

Esta diapositiva indica los pasos a seguir para los profesionales:

- Esperar que el cliente presente síntomas claros de abstinencia. (Los facilitadores deben hacer hincapié en la importancia de contar con mediciones objetivas si surge alguna duda sobre la gravedad del cliente en abstinencia).

Buprenorfina **SÍNTOMAS DE ABSTINENCIA DE OPIOIDES**

SIGNOS Y SÍNTOMAS	DESCRIPCIÓN
Ritmo cardíaco	Pulso acelerado (más de 100 latidos por minuto)
Secreción nasal o lagrimeo	Congestión o secreción nasal
Lagrimeo	Ojos húmedos o llorosos
Midriasis	Las pupilas están más grandes de lo normal para la luz ambiental
Piloerección	Piel de gallina en los brazos
Diaforesis	Escalofríos y sofocos (indica el paciente), sudor o gotas de humedad (se observan)
Escalofríos	Indica el paciente
Ansiedad/Irritabilidad	Irritabilidad o ansiedad observables o indicadas por el paciente
Bostezos	Bostezos durante el período de observación
Temblores	Temblores o espasmos musculares
Síntomas GI	Cólicos estomacales, náuseas, heces blandas, vómitos o diarrea

DIFUSIÓN DE INTERVENCIONES FUNDADAS EN LA EVIDENCIA

DIAPPOSITIVA 9:

Esta diapositiva sirve para recordar los síntomas de abstinencia que se deben tener en cuenta para el puntaje en la escala COWS. (Consulte el apunte "COWS").

Buprenorfina **LA INDUCCIÓN DE RAÚL**

• Pasaron 20 minutos y ahora bosteza con más frecuencia, presión sanguínea 154/92, pulso 104, sudoración visible en la frente, piloerección en los antebrazos y pupilas 4 mm y reactivas a la luz. Su puntaje COWS = 21, moderada; ya está listo para la inducción y se trata la situación con el equipo para garantizar que haya una sala disponible en las próximas 1-2 horas.

• Se elige una dosis de inducción de 4 mg de Suboxone; se documenta la hora y se observa la dosis (sublingual). El cliente descansa en la sala con el plan de repetir la evaluación dentro de 20-30 minutos. Coordinador clínico disponible para ayudar al cliente en lo que necesite, y apoyo del equipo.

PROCESO DE INDUCCIÓN:

08:45: 4 mg de Suboxone sublingual

09:05; evaluación: no hay cambios, el cliente dice que no se siente diferente y le preocupa que no esté funcionando. Tranquilizar al cliente.

- Dosis de Suboxone: 4 mg

09:45; evaluación: el cliente dice que se siente menos irritable, menos náuseas, sin piel de gallina, aún un poco sudoroso

- Dosis de Suboxone: 0 mg, reevaluar en 20 min.

10:05; evaluación: el cliente dice sentirse mucho mejor, quiere irse a su casa

- Dosis de Suboxone: prescripción domiciliar para 3 dosis de 4 mg: una esta noche y 2 a la mañana.

DIFUSIÓN DE INTERVENCIONES FUNDADAS EN LA EVIDENCIA

DIAPPOSITIVA 10:

Esta diapositiva muestra una inducción típica a Suboxone y la respuesta del cliente.

Los clientes que se consideran en abstinencia de los opioides de nivel leve como mínimo (COWS >5) y que no tienen signos de intoxicación con otras sustancias deberían recibir sus dosis iniciales de buprenorfina. A los clientes que muestran una abstinencia leve, administrar 2 mg de buprenorfina sublingual. A los clientes que muestran una abstinencia moderada o severa, administrar 4 mg de buprenorfina sublingual. El comprimido o la película deben disolverse por completo debajo de la lengua húmeda, lo que puede tardar de 5 a 10 minutos. La mayoría de los clientes experimentan un alivio de los síntomas de abstinencia o una reducción del deseo compulsivo por consumir en los primeros 15 a 20 minutos después de tomar el comprimido o la película. Según la fórmula específica recetada, las dosis iniciales de buprenorfina pueden ser un comprimido o película enteros o divididos en partes. Como es posible que muchos seguros médicos requieran autorizaciones, lo más factible es prescribir el comprimido o película de 8 mg. En este caso, los clientes pueden necesitar tomar ¼ o ½ comprimido o película como dosis inicial.

Vuelva a evaluar al cliente después de 20 a 30 minutos. Si no se observan cambios en los síntomas (si no empeoran), o si los síntomas han mejorado un poco, se puede administrar una dosis adicional de buprenorfina de 2 a 4 mg sublingual. Vuelva a evaluar al paciente en 20-30 minutos para ver si se aliviaron los síntomas. Este proceso de administrar una dosis adicional y volver a evaluar se puede repetir una vez más, o se le pueden dar al cliente dos dosis adicionales de 4 mg para que tome en su casa si a la noche se presentan síntomas de abstinencia o marcada compulsión de consumo. La cantidad total de buprenorfina que se suele administrar el primer día de dosificación es de 8 a 12 mg.

Buprenorfina **CÓMO EVITAR LA ABSTINENCIA PRECIPITADA**

DIFUSIÓN DE INTERVENCIONES FUNDADAS EN LA EVIDENCIA

DIAPPOSITIVA 11:

Al ser un agonista parcial y con una afinidad alta al receptor mu, la buprenorfina puede inducir una abstinencia precipitada en los clientes que tienen muchos opioides en su organismo. Pero por otro lado, la buprenorfina puede revertir la abstinencia, que es el propósito de la inducción. Es por eso que los clientes no deberían ser inducidos a buprenorfina si tienen opioides en su organismo.

Buprenorfina LA INDUCCIÓN DE RAÚL (Cont.)



El plan de evaluación y seguimiento debe incluir:

- Diagnóstico adecuado según ICD-10 (F11.10, F11.20)
- Volver 1 o 2 días después (tener en cuenta fines de semana y vacaciones) para ver al médico de atención primaria y al coordinador clínico
- Confirmación de la dosis (en general, 8 mg)

DIFFUSION DE INTERVENCIONES FUNDADAS EN LA EVIDENCIA

DIPOSITIVA 12:

Los clientes deben regresar al centro de salud en 1 o 2 días para una reevaluación y un aumento de la dosis.

Es esencial elaborar una planificación clara para el cliente después de la inducción.

- Coordine el trabajo entre el médico de atención primaria y el personal auxiliar para garantizar un seguimiento en tiempo y forma.
- Las dosis típicas no superan los 16 mg por día.
- La historia clínica del cliente debe documentar el diagnóstico apropiado y un plan de seguimiento claro.

Buprenorfina CÓMO MANEJAR LA ABSTINENCIA PRECIPITADA

Si un cliente presenta signos o síntomas de abstinencia de opioides después de la dosis con buprenorfina/naloxona, el profesional médico puede:

- Administrar fármacos no opioides para aliviar los síntomas
- Aumentar la dosis de buprenorfina/naloxona para contrarrestar los síntomas de abstinencia



DIFFUSION DE INTERVENCIONES FUNDADAS EN LA EVIDENCIA

DIPOSITIVA 13:

Consulte el manejo de los síntomas en el Manual de implementación de la intervención *Integración del tratamiento con buprenorfina para el trastorno por consumo de opioides en la atención primaria del VIH*.

- Clonidina 0.1 vía oral cada 6 horas en caso de lagrimeo, diaforesis, rinorrea, piloerección
- Loperamida (Imodium) 4 mg vía oral en caso de diarrea, luego 2 mg vía oral con cada deposición blanda o diarrea posterior; no superar los 16 mg/24 horas.
- Ibuprofeno 600 mg cada 8 horas, o naproxeno 500 mg cada 12 horas en caso de mialgias o artralgias

Se ha descrito el manejo de la abstinencia precipitada con un aumento de la buprenorfina, pero para ello hay que dedicar más tiempo y tener espacio en los centros de salud.

CIERRE

Ahora que ya aprendimos a iniciar a un cliente en el tratamiento con buprenorfina, estudiaremos con más detalle el proceso de estabilizar a los clientes en el tratamiento.



MÓDULO 8: Las visitas de estabilización

Temas abordados: Las visitas de estabilización

OBJETIVOS

Al finalizar este módulo, los participantes habrán logrado lo siguiente:

- Reconocer la importancia de una evaluación temprana para la estabilización con la dosis terapéutica del TAM.
- Diferenciar objetivos clave para visitas médicas de estabilización después de la inducción al TAM.
- Distinguir las funciones de las visitas con el coordinador asistencial y con el prestador de servicios de salud.



Modalidad de instrucción

- Exposición
- Debate guiado

MATERIALES NECESARIOS



POWERPOINT

- **Nota:** la computadora para reproducir el PowerPoint debe poder conectarse a Internet y proyectar la presentación para la clase.



APUNTES

- Casos de ejemplo (en las diapositivas)



HOJAS DE ROTAFOLIOS

DESARROLLO

Los facilitadores utilizan ejemplos de casos para guiar el debate y mostrar la experiencia de un cliente y la respuesta del médico según se indicó en las dos visitas posteriores a la inducción.

Los participantes expresan sus puntos de vista sobre cuestiones esenciales a lo largo de la presentación (como se indica en las diapositivas).

Los facilitadores analizan las cuestiones logísticas vinculadas a las recetas de buprenorfina y la ubicación y relación con las farmacias.

Palabras y frases claves

- *Visitas de estabilización*
- *Dosis terapéutica*
- *Coordinador de la atención del TAM*



**Duración
aproximada de la
sesión.**

Total: 15 Minutos



DIAPPOSITIVA 1:

En este módulo aprenderemos cómo estabilizar a un cliente con buprenorfina.



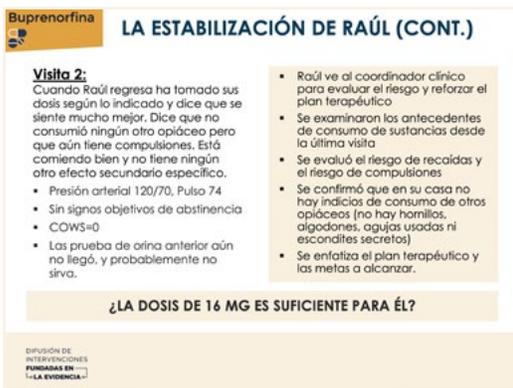
DIAPPOSITIVA 2:

Las siguientes diapositivas se enfocan en la estabilización del caso presentado y las temáticas que surgieron.

En la visita de estabilización, el equipo terapéutico hará lo siguiente: evaluar la abstinencia de opioides utilizando la planilla COWS y examinar el consumo de cualquier medicamento complementario para controlar los síntomas; pedir una muestra de orina para toxicología; administrar la dosis diaria total que le dieron el día anterior. El equipo terapéutico agregará de 2 a 4 mg adicionales según se necesite (hasta 16 mg) y según la gravedad de los síntomas de abstinencia (por ejemplo, agregar 2 mg para síntomas leves o 4 mg para síntomas moderados o severos). Una dosis típica en la primera visita de estabilización es de 16 mg, y puede variar en un rango de 8-24 mg.

Actividad (debate):

Invite a los participantes a responder la siguiente pregunta: ¿La dosis es suficiente para Raúl? No hay evidencia del consumo de otros opioides pero los síntomas subjetivos persistentes son motivo suficiente para aumentar con prudencia la dosis de buprenorfina, con una planificación de seguimiento muy cautelosa. En este caso, el equipo terapéutico decidió aumentar la dosis de a 4 mg. Raúl se va a casa con un total de 16 mg por día (en dos dosis de 8 mg c/u) y debe volver al día siguiente.



DIAPPOSITIVA 3:

Algunas conclusiones importantes:

- Además de los hallazgos subjetivos y objetivos de la abstinencia, tenemos que estar pendientes todo el tiempo del entorno del cliente para su recuperación. Es importante que el prestador y el coordinador trabajen juntos para evaluar y proporcionar un entorno de recuperación favorable.
- Los facilitadores deben invitar a los participantes a debatir si la dosis de Raúl es suficiente.
 - El equipo terapéutico de Raúl decidió que debía seguir con 16 mg. Después de la visita del cliente que se resume en la diapositiva, el cliente fue enviado a casa con un total de 16 mg/día (en dos dosis de 8 mg c/u) y debe volver en una semana.
- Las dosis superiores a 16 mg por día deben ser motivo de preocupación y cautela.

Buprenorfina LA LOGÍSTICA DE LAS RECETAS

- La ubicación y la relación con la farmacia
- Cómo escribir la receta: se recomienda especialmente indicar la fecha de despacho y la fecha de la próxima reposición, para garantizar la seguridad y coordinación del equipo.

Ejemplo 1: buprenorfina/naloxona (Suboxone) 4-1 mg comprimido SL, 3 comp.
Escriba: Coloque un comprimido debajo de la lengua esta noche y 2 comprimidos mañana a la mañana.
Auxiliar médico = 15058358103 (despacho 17/8/16, próx. reposición vence 18/8/16)

Ejemplo 2: buprenorfina/naloxona (Suboxone) 8-2 mg, comprimido SL, 14 comp.
Escriba: Coloque 1 comprimido debajo de la lengua 2 (dos) veces por día. Auxiliar médico = 15058358103 (despacho: 18/8/16, próx. reposición vence 25/8/16)

En la receta impresa debe figurar el número de autorización de la DEA
La **dosis terapéutica** es la dosis que causa el alivio óptimo de los síntomas objetivos y subjetivos de la abstinencia de opiáceos y de la compulsión de consumo. La dosis mediana prevista es de 16 mg por día, aunque pueden ser suficientes dosis más bajas, como 8 mg por día, o pueden ser necesarias dosis más altas, como 24 mg por día. La dosis máxima diaria es de 24 mg. La mayoría de los clientes alcanzan su dosis terapéutica dentro de las primeras dos semanas de tratamiento.

DIFFUSION DE INTERVENCIONES FUNDADAS EN LA EVIDENCIA

DIAPPOSITIVA 4:

La ubicación y la relación entre el prestador y la farmacia desde el punto de vista del sistema podrían ser de ayuda, sobre todo porque el proceso implica múltiples visitas y recetas frecuentes.

Es de suma importancia que la forma de escribir la receta sea precisa: de este modo nos aseguramos que la dosis es la adecuada y podemos planificar las siguientes visitas.

Buprenorfina FRECUENCIA DE LAS VISITAS PARA LA PRESCRIPCIÓN DE SUBOXONE

Frecuencia de las visitas de medicación para la inducción en consultorio:

- Visita pre inducción
- Visitas los días 1, 2 y 3 del inicio del tratamiento
- Visita 1-2 semanas después de iniciado el tratamiento
- Visita 3-6 semanas después de iniciado el tratamiento
- Visitas mensuales hasta los 6-12 meses
- Si el resultado es exitoso, visitas cada 2 meses a partir del mes 7-13.

¿A quién verá el cliente en esas visitas?

- Una opción es alternar visitas entre el médico y el coordinador, si su sistema de salud y la legislación local lo permiten.
- Para decidirlo, tenga en cuenta:
 - La logística de las recetas
 - Cuándo realizar pruebas de orina

DIFFUSION DE INTERVENCIONES FUNDADAS EN LA EVIDENCIA

DIAPPOSITIVA 5:

- El cronograma de visitas de la diapositiva representa al cliente ideal que está teniendo buenos resultados.
- Si surgen problemas, se deberá aumentar la frecuencia y la supervisión de las visitas.
- Desarrolle un plan para cuando el cliente consulte a otro profesional (médico de atención primaria, enfermeros, coordinador asistencial) dentro del equipo terapéutico.
- Las directrices del sistema son muy útiles para determinar la frecuencia de las pruebas de orina.
 - Pautas generales para la frecuencia de las pruebas de orina:
 - semanas 1-4: una vez por semana durante el inicio y la estabilización.
 - Meses 2-12: de semanales a mensuales, según la estabilidad clínica.

Buprenorfina INDUCCIÓN Y ESTABILIZACIÓN CRONOGRAMA DE DOSIFICACIÓN

	DOSIS RECOMENDADA*	DOSIS MÁXIMA (RECOMENDADA)
Día 1*	2-4 mg (esperar 45 minutos) + 4 mg si es necesario	8 mg
Día 2	Dosis del día 1 + 4 mg si es necesario (única dosis)	12 mg
Día 3	Dosis del día 2 + 4 mg si es necesario (única dosis)	16 mg
Días 3-28	Se puede aumentar la dosis de 0 a 4 mg por semana, si es necesario (única dosis)	24 mg

*Todas las dosis de inducción deben ser administradas directamente.

DIFFUSION DE INTERVENCIONES FUNDADAS EN LA EVIDENCIA

DIAPPOSITIVA 6:

Esta diapositiva brinda una descripción general de un cronograma típico de dosificación.

CIERRE

Ahora que entendemos el proceso de estabilización, estudiaremos la logística para mantener a un cliente en el tratamiento con buprenorfina.



MÓDULO 9: Las visitas de mantenimiento

Temas abordados: El mantenimiento

OBJETIVOS

Al finalizar este módulo, los participantes habrán logrado lo siguiente:

- Evaluar la variabilidad de las presentaciones del cliente con respecto a la necesidad de las visitas médicas.
- Utilizar estrategias polifacéticas para fomentar el éxito del cliente con el TAM.
- Interpretar los problemas al nivel del cliente y de los sistemas que afectan al mantenimiento del paciente en el tratamiento, las recaídas, los desvíos y el manejo del dolor crónico.
- Garantizar la seguridad con respecto a las sobredosis y las recaídas, y la prescripción de naltrexona.



Modalidad de instrucción

- Exposición
- Debate guiado

MATERIALES NECESARIOS



POWERPOINT

- **Nota:** la computadora para reproducir el PowerPoint debe poder conectarse a Internet y proyectar la presentación para la clase.



APUNTES

- Casos de ejemplo (en las diapositivas)
- Manual de implementación para la intervención *Integración del tratamiento con buprenorfina para el trastorno por consumo de opioides en la atención primaria del VIH*
 - Protocolo para las visitas de mantenimiento



HOJAS DE ROTAFOLIOS



MATERIALES DE REFERENCIA

- Manual de implementación para la intervención *Integración del tratamiento con buprenorfina para el trastorno por consumo de opioides en la atención primaria del VIH*: <https://nextlevel.targethiv.org/deii/buprenorphine>

DESARROLLO

Los facilitadores utilizan un caso de estudio para ilustrar las inquietudes, las estrategias y los pasos a seguir con respecto a los clientes durante la fase de mantenimiento en el tratamiento.

Se utilizan situaciones del mundo real vinculadas a las recaídas y al manejo del dolor crónico para invitar a los participantes a opinar sobre cómo manejarían los problemas al nivel del cliente y de los sistemas.

Los facilitadores utilizan ejemplos durante toda la capacitación para ilustrar el uso de entrevistas motivacionales, la estructura del equipo multidisciplinario y las técnicas de reducción de daños.

Palabras y frases claves

- *Visitas de mantenimiento*
- *Recaída*
- *Manejo del dolor crónico*
- *Entrevistas motivacionales*



**Duración
aproximada de la
sesión.**

Total: 50 minutos



DIAPPOSITIVA 1:

En este módulo hablaremos de las visitas de mantenimiento.

Buprenorfina

EL MANTENIMIENTO DE RAÚL (caso de ejemplo)

Semana 1:

- Raúl vuelve con dos dosis de 8 mg por día de Suboxone a su visita programada con el médico y el coordinador clínico. El médico llega tarde, así que el coordinador lo ve primero.
- El cliente empieza diciendo que se siente muy bien por dejar de consumir sustancias.
- La prueba de drogas en orina del 17 de agosto de 2016 es negativa para opiáceos +THC (se realizó 1 día después de la inducción y 2 días después del último consumo).
- El coordinador evalúa el riesgo de recaídas, la capacidad del cliente para superarlas, y examina el plan terapéutico.
- El médico ve a Raúl después de una breve reseña del coordinador, confirma los antecedentes del cliente y traza un plan para continuar con las dos dosis de 8 mg por día. Ordena una prueba de drogas en orina y programa una visita dentro de una semana con el médico (y el aporte del coordinador).

DIFUSIÓN DE INTERVENCIÓNES FUNDADAS EN LA EVIDENCIA

DIAPPOSITIVA 2:

Las siguientes diapositivas se enfocan en el mantenimiento del caso de ejemplo de Raúl y las temáticas que surgieron. Las visitas de mantenimiento consisten en apoyo psicológico, evaluaciones funcionales, visitas de medicación y pruebas de drogas en orina.

La diapositiva representa la necesidad de trabajar en equipo y de flexibilidad dentro del equipo. En la semana 1, este cliente parece estable y con una dosis apropiada de buprenorfina.

Buprenorfina

EL MANTENIMIENTO DE RAÚL (Cont.)



Semana 1:
Raúl está estable, prueba de orina positiva solo para THC, sigue con dos dosis de 8 mg por día.

Semana 2:
Raúl vuelve a una visita programada con el médico que lo revisa mientras esperan al coordinador. Raúl dice que no consumió sustancias desde la última visita, que se siente bien con la dosis actual, y que toma los medicamentos para el VIH.

- El médico mira la prueba de orina: positiva para heroína desde la última visita.

¿USTED QUÉ HARÍA?

DIFUSIÓN DE INTERVENCIÓNES FUNDADAS EN LA EVIDENCIA

DIAPPOSITIVA 3:

Este caso de ejemplo destaca dos puntos clave en el tratamiento temprano con buprenorfina:

- Al principio son comunes los episodios de recaídas.
- Es importante mantener un entorno sensible a las recaídas para que el paciente siga en el tratamiento.

Los facilitadores deben preguntarles a los participantes qué harían. El plan terapéutico para Raúl incluía:

- Obtener la respuesta del cliente y hablar del motivo para la recaída con heroína: ¿La recaída fue por un problema con la dosis? ¿La recaída fue por otros motivos ("desafiar" la eficacia de la medicación)?
- Ofrecer la presencia del coordinador para seguir hablando del tema (comodidad/preferencia del cliente).
- Debate sobre el consumo de THC, reuniones grupales o planes terapéuticos.
- Hacer hincapié en el apoyo que se necesita en la prescripción constante de buprenorfina para estar preparados ante recaídas previstas, siempre priorizando la seguridad.
- Decidir un plan de dosificación.

Buprenorfina

MANTENIMIENTO: PROBLEMAS DEL CLIENTE



- Uso de polistancias
- Enfermedad mental
- Inducciones domiciliarias
- Pierde medicamentos, viaje
- Capacidad de prevenir y superar las recaídas
- Frecuencia de las visitas y pruebas de orina
- Problemas para manejar el dolor; cirugías/emergencias
- Variaciones en la experiencia del cliente y en la etapas del proceso de cambio.
- Signos de inestabilidad, recaída o desvío

DIFUSIÓN DE INTERVENCIÓNES FUNDADAS EN LA EVIDENCIA

DIAPPOSITIVA 4:

Para cualquier cliente que esté en mantenimiento con buprenorfina a largo plazo, es lógico que se presenten al menos algunos de estos problemas. No pase por alto los signos tempranos de inestabilidad o desvío. Es importante abordarlos lo antes posible, y directamente.

Buprenorfina

MANTENIMIENTO: PROBLEMAS DEL SISTEMA

- Infraestructura adecuada para facilitar la labor del equipo en torno al tratamiento con buprenorfina.
 - Planificación con la farmacia
 - Flexibilidad con los cronogramas/citas superpuestas
- El "nexo" = el coordinador clínico
 - El rol del coordinador clínico en las visitas de mantenimiento
 - La relación con los prestadores que recetan/cliente
- Problemas vinculados al seguro y los costos
- Falta de apoyo para TAM en la comunidad terapéutica
- Los sistemas actuales no ofrecen un tratamiento "a pedido"
- Transiciones desde y hacia la cárcel
- Relación con otras instituciones para derivaciones

DIFUSIÓN DE INTERVENCIÓNES FUNDADAS EN LA EVIDENCIA

DIAPPOSITIVA 5:

Cada institución local presentará muchos problemas en su sistema que pueden complicar el mantenimiento de la terapia con buprenorfina. Contar con un plan para saber cómo abordar esos problemas le ayudará a estar preparado.

Buprenorfina

MANTENIMIENTO: ESCENARIO

RECAÍDA

Se prevé una recaída. Hay que decidir si aumentar la dosis o reconocer los comportamientos "peligrosos".

Caso de ejemplo:
 Ransdal es un hombre de 50 años, controlado con Stribild. Inducción previa para el trastorno por consumo de heroína. Empezó con 8 mg dos veces por día, vuelve 4 días después para su segunda visita de estabilización (por el fin de semana = día 4) y dice que tuvo muchos síntomas y terminó consumiendo más Suboxone de lo que le prescribieron. "Tomé entre 24 y 32 mg por día". El domingo a la mañana, como se quedó sin Suboxone, consumió heroína y ahora se presenta en abstinencia. COWS=18

¿USTED QUÉ HARÍA?

- ¿Vuelve a inducir?
- ¿Repite la prueba de orina?
- ¿La dosis es suficiente? Si no lo es, ¿cuál sería la dosis?
- ¿Cuándo lo citaré de nuevo?

DIFUSIÓN DE INTERVENCIÓNES FUNDADAS EN LA EVIDENCIA

DIAPPOSITIVA 6:

Consulte la diapositiva 3, donde se resumen los problemas del cliente, para guiar el debate sobre esta situación.

Actividad (debate):

- Pida a los participantes que tengan en cuenta y respondan las preguntas que se detallan en esta diapositiva.

Algunas recomendaciones para el facilitador:

- Pida una prueba de orina para fundamentar las decisiones que se tomarán.
- La nueva inducción causó abstinencia y necesidad evidentes.
- Aumentar a 20-24 mg por día.
- Seguimiento estricto debido a la inestabilidad inicial (1-2 días). Reúna a su equipo multidisciplinario para tener más perspectivas.
- Examine la prueba de orina y hable con el cliente.

Buprenorfina **MANTENIMIENTO: ESCENARIO (Cont.)**



RECAÍDA

Tenga en cuenta:

- La capacidad para prevenir y superar las recaídas
- Ser flexible con el cliente a lo largo de todas las etapas del proceso de cambio
- Consumo continuo de polisustancias
- El paciente muestra signos de inestabilidad, recaída o desvío

DIFFUSION DE INTERVENCIONES FUNDADAS EN LA EVIDENCIA

DIAPPOSITIVA 7:

- ¿Qué capacidad tiene su cliente para prevenir y superar recaídas? Solicite ayuda para los clientes a los especialistas en salud conductual.
- Tenga en cuenta la etapa del cambio de cada cliente.
- Esté atento al uso de polisustancias u otra inestabilidad. “Confíe, pero verifique”. Pregunte al cliente: “¿Qué consumió?”; pero verifique con la prueba de orina. Si hay discrepancias, hable directamente con el cliente. Recuerde que la terapia con agonistas opioides no es un tratamiento eficaz para los trastornos por consumo de sustancias que no sean opioides.

Buprenorfina **¿ QUÉ ES EL LENGUAJE DE CAMBIO?**

LENGUAJE DE CAMBIO	LENGUAJE DE RESISTENCIA
<p>Lenguaje de preparación</p> <ul style="list-style-type: none"> Deseo de cambiar Capacidad de cambiar Motivos para cambiar Necesidad de cambiar <p>Lenguaje movilizador</p> <ul style="list-style-type: none"> Lenguaje de compromiso Lenguaje de activación Tomar medidas para avanzar 	<p>Lenguaje de preparación</p> <ul style="list-style-type: none"> Deseo de no cambiar Incapacidad de cambiar Motivos para no cambiar Necesidad de mantener el status quo <p>Lenguaje movilizador</p> <ul style="list-style-type: none"> Compromiso con un estado estacionario Lenguaje de activación Tomar medidas para quedarse

DIFFUSION DE INTERVENCIONES FUNDADAS EN LA EVIDENCIA

DIAPPOSITIVA 8:

El lenguaje de cambio a menudo se utiliza en el método de terapia psicológica con entrevistas motivacionales. Aprender a fomentar el lenguaje de cambio es el objetivo a alcanzar para cualquier prestador de atención de salud que trabaje con un cliente para tratar su consumo de sustancias.

Buprenorfina **EL DOLOR Y LA BUPRENORFINA: ESCENARIO**



Dolor crónico
John tiene 61 años y VIH controlado con Complera. Le diagnosticaron trastorno por consumo de opiáceos (heroína y Vicodin). Dice que toma Vicodin en sus viajes de negocio a cuando viene su familia de visita. Fue estabilizado con 24 mg de Suboxone por día, por sus antecedentes de consumo de opiáceos a diario y en dosis altas. Si bien al principio dijo no tener problemas de dolor crónico y que deseaba dejar de consumir opiáceos, después de 4 meses dice que tiene dolor de espalda persistente, pero que no tiene deseo compulsivo de consumir. La evaluación no revela un problema subyacente significativo además de una enfermedad degenerativa de las articulaciones, y él dice que siente un alivio parcial con su dosis actual de Suboxone. Las pruebas de orina son normales (excepto para buprenorfina) desde la estabilización.

¿USTED QUÉ HARÍA?

DIFFUSION DE INTERVENCIONES FUNDADAS EN LA EVIDENCIA

DIAPPOSITIVA 9:

El dolor crónico es muy común en el ámbito del tratamiento con buprenorfina. Los profesionales que recién comienzan a usar buprenorfina deben tener en cuenta la necesidad de desarrollar habilidades para manejar el dolor con no opiáceos en estos clientes.

Actividad (debate):

Pregunte a los participantes qué harían si tuvieran que tratar a un cliente como John.

Algunas recomendaciones para el facilitador con respecto a la atención al cliente de esta situación:

- Por protocolo y, en general, el TAM no está destinado a tratar el dolor, no habría que aumentar la dosis.
- Intente mantener la dosis actual y las modalidades terapéuticas sin opiáceos.
- Incluya al coordinador clínico para desarrollar con el cliente un plan terapéutico y de prevención de recaídas.
- Piense si cambiaría la frecuencia de las pruebas de orina y de las visitas al consultorio.

Tenga en cuenta los siguientes problemas al nivel del paciente:

- Manejo del dolor
- Cirugía/emergencias/dolor agudo
- Le robaron o perdió medicamentos en un viaje
- Enfermedad mental

Recuerde a los participantes que deben ser flexibles y pacientes en todas las etapas del proceso de cambio.

Buprenorfina

MANEJO DEL DOLOR EN UN CLIENTE TRATADO CON SUBOXONE

Dolor leve (procedimiento odontológico)

- Seguir con Suboxone
- Agregar fármacos no opioides (paracetamol)

Dolor moderado (cirugías programadas)

- Suprimir Suboxone el día de la cirugía
- Manejar el dolor con opioides de acción rápida
- Reanudar Suboxone al día siguiente

Dolor agudo severo (cirugía mayor/traumatismo)

- A) Suprimir Suboxone, O B) Continuar Suboxone
- Usar analgésicos opioides
- Se puede pasar a metadona



DIFFUSIÓN DE INTERVENCIONES FUNDADAS EN LA EVIDENCIA

DIAPPOSITIVA 10:

El manejo del dolor agudo en pacientes que toman buprenorfina es un campo en evolución. Se utilizaron las opciones que se ven en la diapositiva, aunque los planes asistenciales actuales cambian constantemente e incluyen el mantenimiento con buprenorfina en tratamientos de internación para el consumo de opiáceos y un control estricto en casos de cirugía mayor. En el Módulo 17 se examinan con más detalle las problemáticas vinculadas al manejo del dolor.

Buprenorfina

MANTENIMIENTO: PROBLEMAS DEL SISTEMA

- **Infraestructura** apropiada para facilitar la labor del equipo en torno al tratamiento con buprenorfina.
 - Planificación farmacéutica
 - Flexibilidad con los cronogramas/citas superpuestas
- El **nexo** = el coordinador clínico
 - El rol del coordinador clínico en las visitas de mantenimiento
 - La relación entre administrador de datos/prestadores que recetan/cliente
- Anticipar problemas vinculados al **seguro médico** y los costos
- Falta de apoyo para el TAM en la comunidad terapéutica
- Los sistemas actuales no ofrecen un tratamiento "a pedido", y esta intervención tampoco
- **Transiciones** hacia y desde la cárcel
- Establecer buenas relaciones con otras instituciones

DIFFUSIÓN DE INTERVENCIONES FUNDADAS EN LA EVIDENCIA

DIAPPOSITIVA 11:

Esta diapositiva le puede resultar familiar. Cuando surgen problemas con los clientes, recuerde prever, planificar y prepararse para posibles problemas con el sistema.

CIERRE

Es posible mantener a los clientes en el tratamiento con buprenorfina a largo plazo. Sin embargo, también veremos las inquietudes clínicas y logísticas vinculadas a la suspensión del tratamiento, ya sea a criterio del médico o a pedido del cliente.



MÓDULO 10:

La transición de los clientes al tratamiento habitual

Temas abordados: La transición de los clientes al tratamiento habitual

OBJETIVOS

Al finalizar este módulo, los participantes habrán logrado lo siguiente:

- Elaborar planes terapéuticos individualizados para los pacientes a fin de evaluar si se debe continuar o suspender el TAM.
- Examinar las inquietudes clínicas y logísticas vinculadas con la suspensión del tratamiento.



**Modalidad de
instrucción**

- Exposición

MATERIALES NECESARIOS



POWERPOINT

- **Nota:** la computadora para reproducir el PowerPoint debe poder conectarse a Internet y proyectar la presentación para la clase.



HOJAS DE ROTAFOLIOS



MATERIALES DE REFERENCIA

- Manual de implementación para la intervención *Integración del tratamiento con buprenorfina para el trastorno por consumo de opioides en la atención primaria del VIH*: <https://nextlevel.targethiv.org/deii/buprenorphine>

DESARROLLO

Los facilitadores explicarán por qué un prestador de servicios de salud puede suspender gradualmente el tratamiento de un cliente en lugar de mantenerlo.

Explicarán cómo suspender el tratamiento, analizando un ejemplo de dosificación programada y las cuestiones logísticas que el equipo multidisciplinario debe tener en cuenta.

Brindarán datos que indican que los clientes pueden tomar buprenorfina a largo plazo, si es apropiado clínicamente y si el cliente así lo desea. Incluirán datos acerca del consumo, el uso indebido y los desvíos de buprenorfina.

Luego analizarán las inquietudes vinculadas al tratamiento de los clientes que se reincorporan en la atención médica después de saltarse dosis de buprenorfina.

Palabras y frases claves

- *Disminución progresiva de la buprenorfina*
- *Transición al tratamiento habitual*



**Duración
aproximada de la
sesión.**

Total: 30 minutos



DIAPPOSITIVA 1:

En este módulo estudiaremos el tratamiento con buprenorfina, especialmente en lo que concierne a la transición de los clientes al tratamiento habitual.

Buprenorfina **MANTENIMIENTO FRENTE A SUSPENSIÓN**

Cómo es el mantenimiento a largo plazo

- Flexible, sin prejuicios, reducción de daños

¿Cuándo suspendería la buprenorfina?

- Si hay desvío o robo de sustancias controladas (comprobados o sospechados)
- Si no hay mejora significativa o si empeora el cuadro clínico
- Si el cliente lo solicita
- Compartamiento peligroso o violento

Ritmo de la reducción

Recurrir al médico de atención primaria y no al equipo de la intervención (si son diferentes)

DIFUSIÓN DE INTERVENCIÓNES FUNDADAS EN LA EVIDENCIA

DIAPPOSITIVA 2:

La buprenorfina a largo plazo por lo general es un factor estabilizador en la vida de los clientes, pero a veces se necesita o se solicita suspenderla.

Para los clientes en mantenimiento con buprenorfina que están clínicamente estables y desean discontinuar el tratamiento, la reducción es lenta. Las reducciones lentas han demostrado ser más eficaces que la suspensión abrupta. El ritmo de la suspensión voluntaria lo determina el cliente, y se puede detener o revertir a pedido del cliente.

Buprenorfina **EJEMPLO: SUSPENSIÓN EN 14 DÍAS**

Día	Dosis de Bup/Nx
1	16
2	12
3	12
4	12
5	8
6	8
7	8
8	6
9	6
10	4
11	4
12	2
13	2
14	2
15	ninguna

DIFUSIÓN DE INTERVENCIÓNES FUNDADAS EN LA EVIDENCIA

DIAPPOSITIVA 3:

Este es un ejemplo de una reducción en 14 días y muestra lo que se considera una duración intermedia para la suspensión.

Buprenorfina **BUPRENORFINA: DESHABITUACIÓN FRENTE A MANTENIMIENTO ¿Qué es mejor?**

- Ensayo multicéntrico de Suboxone en 653 clientes dependientes de opioides recetados en 10 centros de atención primaria
- Fase de deshabituación seguida por una fase de mantenimiento para los clientes con recaídas
- "Éxito" = consumo mínimo o nulo (según indica el cliente y la prueba de orina)

ÉXITO EN 12 SEMANAS:	
Fase de deshabituación:	6.6 %
Fase de mantenimiento:	49.2 %

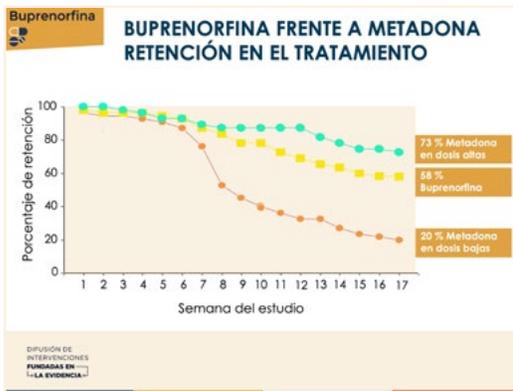
1 Weiss Arch Gen Psych 2011

DIFUSIÓN DE INTERVENCIÓNES FUNDADAS EN LA EVIDENCIA

DIAPPOSITIVA 4:

Ya sea que la suspensión del tratamiento con buprenorfina sea a pedido del cliente o porque es necesaria, los datos respaldan el mantenimiento de los clientes en un tratamiento con buprenorfina a largo plazo.

Fuente: Weiss RD, Potter JS, Fiellin DA, et ál. Adjunctive Counseling During Brief and Extended Buprenorphine-Naloxone Treatment for Prescription Opioid Dependence: A 2-Phase Randomized Controlled Trial. Archives of General Psychiatry. 2011; 68(12): 1238–46.



DIPOSITIVA 5:

La retención en el tratamiento es comparable entre la buprenorfina y la metadona (en 18 semanas).

Fuente: Johnson RE, Chutuape MA, Strain EC, et ál. A Comparison of Levomethadyl Acetate, Buprenorphine, and Methadone for Opioid Dependence. *New Engl J Med.* 2000; 343(18): 1290-7.



DIPOSITIVA 6:

Estos cuadros muestran la información que se explica en las dos diapositivas siguientes: básicamente que el abuso, el uso indebido y el desvío siguen un patrón previsible similar a los patrones de otros opioides recetados. Una diferencia esencial es la seguridad general de la buprenorfina dentro de la comunidad en su conjunto.

Fuente: Dasgupta, N. RADARS® System Subutex & Suboxone: How Much is Prescribed vs. Abuse/Diversion Reports [PowerPoint]. 2008. Disponible en: www.radars.org/system/publications/2008_Dasgupta_CSAT.pdf



DIPOSITIVA 7:

El desvío de buprenorfina ocurre en muchas partes del país y se localiza por patrones de prescripción.

Habitualmente, los reportes de abuso/desvío aumentan conforme aumenta la prescripción de buprenorfina y luego disminuye con el tiempo. Este patrón es similar al de otros opioides.

Fuente: Dasgupta, N. RADARS® System Subutex & Suboxone: How Much is Prescribed vs. Abuse/Diversion Reports [PowerPoint]. 2008. Disponible en: www.radars.org/system/publications/2008_Dasgupta_CSAT.pdf



DIPOSITIVA 8:

Si bien el desvío de buprenorfina debería ser supervisado y controlado directamente en caso de sospecha, las características de la buprenorfina reducen su potencial de desvío.

Fuentes: Yokell MA, Zaller ND, Green TC, et ál. Buprenorphine and Buprenorphine/Naloxone Diversion, Misuse, and Illicit Use: An International Review. *Current Drug Abuse Reviews.* 2011; 4(1), 28–41.

Bazazi AR, Yokell M, Fu JJ, et ál. Illicit Use of Buprenorphine/Naloxone Among Injecting and Noninjecting Opioid Users. *Journal of Addiction Medicine.* 2011; 5(3), 175–180. <http://doi.org/10.1097/ADM.0b013e3182034e31>

Larance B, Degenhardt L, Lintzeris N, et ál. Post-marketing Surveillance of Buprenorphine-Naloxone in Australia: Diversion, Injection and Adherence with Supervised Dosing. *Drug & Alcohol Dependence.* 2011; 118(2-3), 265-73.

Buprenorfina

REANUDACIÓN DE SUBOXONE

Cientes que no cumplen con las dosis

Examine a todos los clientes que regresan

- Para detectar signos de abstinencia y abuso de otros opioides (prueba rápida de drogas en orina)

Si el cliente está en abstinencia

- Si corresponde, vuelva a inducir

1-3 días

- Evalúe y reanude Suboxone en la dosis anterior, si no hay abstinencia y si la prueba en orina es negativa.

>4-5 días

- Examine y reanude el protocolo de dosis de inducción



DIFFUSIÓN DE INTERVENCIÓNES FUNDADAS EN LA EVIDENCIA

DIAPPOSITIVA 9:

Es muy común que los clientes retornen para recibir atención después de haber saltado alguna dosis. Esté preparado para estabilizarlo médicamente y considere si necesita visitas o contacto más intensivos.

CIERRE

Hemos llegado al final de la capacitación introductoria. Ahora veremos qué más se puede hacer, y ofreceremos recursos adicionales.



MÓDULO 11: Presentaciones y generalidades

Temas abordados: nueva presentación, descripción de la epidemia de opioides

NOTA

Los módulos 1 al 10 constituyen una sesión introductoria para integrar la buprenorfina en la atención primaria del VIH. Los módulos 11 a 16 se pueden utilizar como una capacitación de segundo nivel destinada al profesional sanitario que ya tiene una cierta experiencia con la intervención. También se pueden integrar módulos individuales a la capacitación introductoria, a criterio del instructor y según las necesidades de los participantes.

OBJETIVOS

Al finalizar este módulo, los participantes habrán logrado lo siguiente:

- Identificar tendencias y datos acerca de la epidemia de opioides en Estados Unidos.
- Compartir la experiencia con respecto a la intervención *Integración del tratamiento con buprenorfina en entornos de atención primaria para el VIH.*



Modalidad de instrucción

- Exposición
- Debate guiado
- Presentaciones de los participantes

MATERIALES NECESARIOS



POWERPOINT

- **Nota:** la computadora para reproducir el PowerPoint debe poder conectarse a Internet y proyectar la presentación para la clase.



APUNTES

- Preparación para la presentación: actualizaciones para la intervención de buprenorfina



HOJAS DE ROTAFOLIOS



MATERIALES DE REFERENCIA

- Manual de implementación para la intervención *Integración del tratamiento con buprenorfina para el trastorno por consumo de opioides en la atención primaria del VIH*: <https://nextlevel.targethiv.org/deii/buprenorphine>

DESARROLLO

Si este módulo se utilizará como introducción para una capacitación de segundo nivel, pida a los participantes que se presenten, indicando su nombre, su origen y una descripción de su experiencia con el VIH y las adicciones. Los instructores también se presentan y resumen el contenido de la capacitación y el cronograma.

Se examinarán datos nacionales vinculados con la epidemia de opioides. Los participantes relatarán sus experiencias en la implementación del tratamiento con buprenorfina en entornos de atención primaria del VIH, utilizando como guía el apunte «Preparación para la presentación».

Palabras y frases claves

- Presentaciones
- Generalidades
- Epidemia de opioides
- Sobredosis



**Duración
aproximada de la
sesión.**

Total: 30 minutos



DIAPPOSITIVA 1:

Si se utilizan los módulos 11 a 16 como una capacitación de segundo nivel, los participantes y los facilitadores deberán volver a presentarse. Deben incluir su nombre, origen y una descripción de su experiencia con el VIH y las adicciones.

Buprenorfina **GENERALIDADES**



- Dar nuevamente la bienvenida y una descripción general
- La crisis de opiáceos en el entorno del VIH: descripción a nivel nacional
- Estigma, vergüenza y el poder del lenguaje
- El "abc" de las adicciones
- Entornos sensibles a las recaídas y retención en el tratamiento
- Métodos para reducir el desvío
- Nivel superior de atención, otros TAM para el tratamiento por consumo de opiáceos, suspensión gradual de la buprenorfina
- La salud mental y los trastornos por consumo de opiáceos
- El dolor y el tratamiento por consumo de opiáceos

DIFUSIÓN DE INTERVENCIÓNES FUNDADAS EN LA EVIDENCIA

DIAPPOSITIVA 2:

Si se utilizan los módulos 11-16 como una capacitación de segundo nivel, los participantes necesitarán un cronograma de un nivel más alto para la capacitación: use esta diapositiva como guía.

Buprenorfina **TCS, TAM, OBOT... ¿QUÉ SON? DEFINICIÓN DE SIGLAS**

TCS	Trastorno por consumo de sustancias
TAM	Tratamiento asistido por medicamentos
TCO	Trastorno por consumo de opiáceos
COWS	Escala clínica de abstinencia de opiáceos
OBOT	Tratamiento para el consumo de opiáceos en consultorio particular
PDO	Prueba de drogas en orina
SAMHSA	Administración de Salud Mental y Abuso de Sustancias
Título 42 del CFR, Parte 2	Son normas que rigen el uso y la divulgación de historias clínicas de pacientes vinculados al consumo de drogas y alcohol que se conservan en programas federales de consumo de sustancias.

DIFUSIÓN DE INTERVENCIÓNES FUNDADAS EN LA EVIDENCIA

DIAPPOSITIVA 3:

Esta diapositiva brinda una breve descripción de las siglas que se utilizan en esta capacitación. Las siglas son términos que utilizan con frecuencia los profesionales a cargo del tratamiento para el consumo de opiáceos en consultorios particulares.

Buprenorfina **LA EPIDEMIA DE OPIOIDES Y LA EPIDEMIA DEL VIH**



DIFUSIÓN DE INTERVENCIÓNES FUNDADAS EN LA EVIDENCIA

DIAPPOSITIVA 4:

Existe una superposición entre las poblaciones con TCO y con VIH, y en las tendencias terapéuticas asociadas. Las siguientes diapositivas aportan más datos y estadísticas.



DIPOSITIVA 5:

En este gráfico se comparan los picos de las tasas de mortalidad para otras grandes epidemias que han afectado a los ciudadanos de EE. UU. a gran escala. Se muestran las tasas máximas de mortalidad para cada epidemia: accidentes automovilísticos, armas de fuego y VIH-sida, así como las muertes actuales por sobredosis que alcanzaron su pico máximo en 2016, con 64 000 muertes. Cuando comparamos estas 4 epidemias, resulta evidente que la magnitud y la escala de las tasas de mortalidad por sobredosis son significativas y requerirán enormes esfuerzos tanto a nivel local como nacional para combatir esta epidemia antes de que comencemos a ver una tendencia a la baja en las tasas de mortalidad.

Muertes por accidentes automovilísticos en 1972 = 54 589

Muertes por armas de fuego en 1993 = 18 253

Muertes por VIH en 1995 = 43 000

Muertes por sobredosis en 2016 = 64 000

LA CRISIS DE LOS OPIÁCEOS A NIVEL NACIONAL

«Las muertes por sobredosis están alcanzando niveles similares al pico máximo de la epidemia del VIH»

Robert Anderson, Director de estadísticas de mortalidad de CDC. *New York Times*

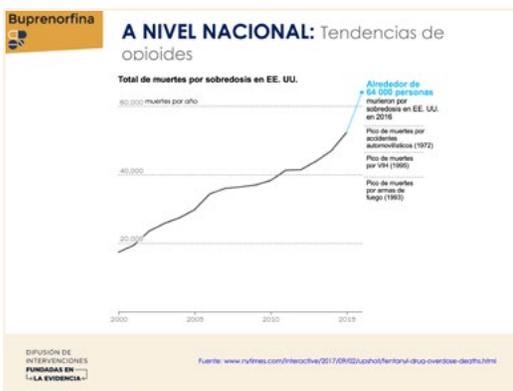
DIPOSITIVA 6:

El facilitador debe mostrar la comparación entre las muertes por VIH registradas por los Centros para el control y la prevención de enfermedades (CDC) en un artículo del New York Times.

Robert Anderson, Director de estadísticas de mortalidad de CDC, afirmó: "... las muertes por VIH aumentaron en un período más corto, pero su pico máximo alcanzado en 1995 es similar al punto más alto de muertes por sobredosis de drogas que se produjo en 2014. Sin embargo, el VIH fue más que nada un problema urbano, mientras que las sobredosis de drogas traspasan los límites urbanos y rurales..."

A partir de 2017, la tasa de mortalidad por sobredosis de opioides sigue aumentando año tras año.

Fuente: Park H, Bloch M. "How the Epidemic of Drug of Drug Overdose Deaths Rippled Across America." *The New York Times*. 19 de enero de 2016. Disponible en: www.nytimes.com/interactive/2016/01/07/us/drug-overdose-deaths-in-the-us.html



DIPOSITIVA 7:

Este gráfico muestra el total de muertes por sobredosis de drogas y fármacos en EE. UU. entre 2000 y 2015. Para 2016 se ha estimado un total de 64 000 muertes por sobredosis. Este gráfico sirve para demostrar una tendencia a la alza irrefutable en la tasa global de sobredosis con un aumento abrupto en los últimos 5 años. Comprender la rápida trayectoria de la mortalidad por sobredosis ayudará a los que brindan tratamiento para el consumo de opioides a entender lo importante que es el tratamiento en consultorio particular para reducir esas muertes por sobredosis.

Agregado: las muertes por sobredosis en 2017 llegan aproximadamente a 72 000

Buprenorfina

LOS NÚMEROS: Consumidores actuales de opioides – 2018, EE. UU.

Todos los opioides: 'uso indebido'
Se calcula que en EE. UU. se consume alrededor del 30 % de todos los opioides consumidos en el mundo.

11.8 millones de personas >12 años de edad

Hidrocodona	6.9 millones
Oxicodona	3.9 millones
Fentanilo (recetado)	228 000
Heroína	948 000

La Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes indicó que en 2015 los ciudadanos de EE. UU. representaron el 99.7 % del consumo de hidrocodona de todo el mundo.

Muertes por heroína

2002	2013
2016	15 469

DIFUSIÓN DE INTERVENCIÓNES FUNDADAS EN LA EVIDENCIA

DIPOSITIVA 8:

Una gran cantidad de personas fueron afectadas por el uso indebido o por muertes vinculadas al consumo de opioides en EE. UU. Las cifras indicadas son a partir de principios de 2018. Se debe hacer especial hincapié en la gran cantidad de personas que consumen opioides recetados en este país, el índice de consumo de opioides en EE. UU. respecto del total mundial, el marcado porcentaje de hidrocodona que se receta en EE. UU. en comparación con el resto del mundo, la relación entre el consumo y el uso indebido de opioides recetados, y la conexión entre el consumo de heroína y el acceso a medicamentos recetados. También se observa el abrupto aumento en las sobredosis por heroína en el período indicado.

Buprenorfina

A NIVEL NACIONAL: Tendencias de opioides y TAM

Personas que comienzan el tratamiento
Los nuevos tratamientos con opioides recetados se redujeron a 2.9 millones por mes a fines de 2017.

... mientras que los tratamientos asistidos por medicamentos aumentaron.

DIFUSIÓN DE INTERVENCIÓNES FUNDADAS EN LA EVIDENCIA

DIPOSITIVA 9:

Este gráfico sirve para mostrar la tendencia reciente a nivel nacional de una disminución en nuevos tratamientos con opioides recetados y la tendencia al alza en los nuevos tratamientos asistidos por medicamentos para combatir la epidemia de opioides. Este gráfico fue publicado en un artículo de CNBC sobre la prescripción de opioides en EE. UU.

Allí se indica que la cantidad de comprimidos de opioides recetados alcanzó su pico máximo en 2011, y a partir de ese momento ha disminuido.

El gráfico de arriba muestra que en un período de dos años, los tratamientos nuevos con opioides disminuyeron a 2.9 millones a fines de 2017.

El gráfico de abajo muestra que en un período de dos años, los tratamientos nuevos asistidos por medicamentos aumentaron a 82 000 en 2017.

Estas cifras son de suma importancia para que los prestadores de tratamientos para el trastorno por consumo de opioides en consultorios particulares comprendan cómo están cambiando las tendencias a favor de un tratamiento asistido por medicamentos para combatir la epidemia de opioides.

Buprenorfina

TENDENCIAS DE SOBREDOSIS DE OPIOIDES

Muertes por sobredosis de opioides, por tipo de opioide, Estados Unidos, 2000-2016

DIFUSIÓN DE INTERVENCIÓNES FUNDADAS EN LA EVIDENCIA

DIPOSITIVA 10:

Observe los datos que figuran en la diapositiva y destaque la tendencia nacional en aumento de las sobredosis por cualquier tipo de opioide.

Buprenorfina

Cuadro 26. Muertes por intoxicación por drogas y fármacos, incluidas algunas drogas ilícitas, entre 2007 y 2014

Droga/Fármaco	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Medicamentos recetados ^a	19 601	20 044	20 848	22 134	22 810	22 114	22 767	25 760
Cocaína	6512	5129	4350	4183	4681	4404	4944	5415
Heroína	2402	3041	3278	3036	4397	5927	8257	10 574

Fuente: Centro nacional de estadísticas de salud/ Centros para el control y la prevención de enfermedades

^a Las muertes causadas por intoxicación por drogas y fármacos incluyen muertes por benzodiazepinas y opiáceos recetados.

DIFFUSION DE INTERVENCIONES FUNDADAS EN LA EVIDENCIA

DIPOSITIVA 11:

Destaque los datos marcados por el círculo rojo, que demuestran que los opioides recetados constituyen el principal riesgo de sobredosis y el aumento de las tendencias globales.

Buprenorfina



El consumo de heroína ha AUMENTADO en la mayoría de los grupos demográficos. El gráfico muestra la tasa anual promedio del consumo de heroína entre 100 personas en cada grupo demográfico por los años comprendidos de 2002 a 2007 y de 2011 a 2013. El gráfico muestra el porcentaje de aumento entre estos períodos.

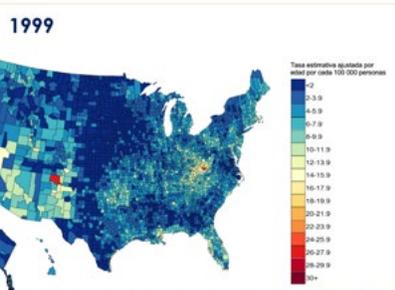
DIFFUSION DE INTERVENCIONES FUNDADAS EN LA EVIDENCIA

DIPOSITIVA 12:

La tasa de consumo de heroína ha aumentado en casi todas las categorías demográficas en el período indicado. Este aumento se correlaciona con el aumento de muertes por sobredosis. La tasa del uso de heroína y el cambio porcentual es claramente superior entre los 18 y 25 años y en personas blancas no hispanas. Las tasas globales de consumo son más altas en los hombres, en quienes no tienen seguro médico y en las familias con menos recursos.

Fuente: CDC. Today's Heroin Epidemic: More People at Risk, Multiple Drugs Abused. 7 de julio de 2015. Disponible en: www.cdc.gov/vitalsigns/heroin/index.html

Buprenorfina



DIFFUSION DE INTERVENCIONES FUNDADAS EN LA EVIDENCIA

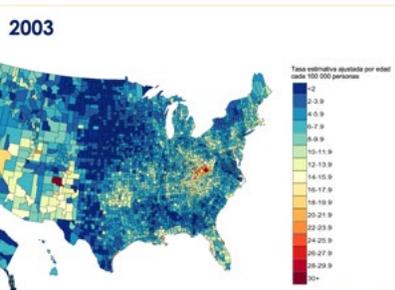
DIPOSITIVA 13:

Como se puede apreciar en las siguientes diapositivas, las tasas de muertes ajustadas por edad para las intoxicaciones por drogas y fármacos comenzaron a aumentar de manera sostenida en 1999.

Nota: el facilitador debe utilizar estas diapositivas (13 a 17) para mostrar las tendencias, los aumentos en las tasas de muertes ajustadas por edad para las intoxicaciones por drogas y fármacos entre 1999 y 2016, y las tendencias demográficas. Si tiene conexión a internet, consulte el sitio web que figura a continuación para saber cómo obtener estas diapositivas y visualizaciones de datos que pueden resultar de gran utilidad.

Fuente: Rossen LM, Bastian B, Warner M, et ál. "Drug Poisoning Mortality: United States, 1999–2016." Centro nacional para estadísticas de salud, Centros para el control y la prevención de enfermedades, 2017. Disponible en: www.cdc.gov/nchs/data-visualization/drug-poisoning-mortality/

Buprenorfina



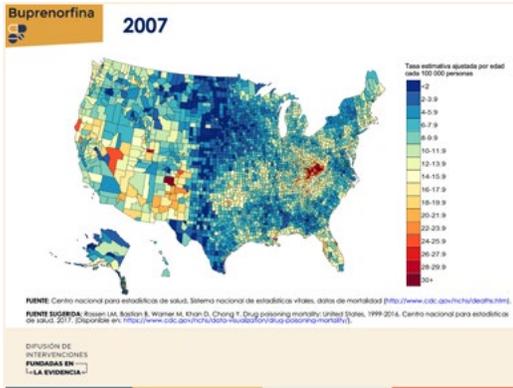
DIFFUSION DE INTERVENCIONES FUNDADAS EN LA EVIDENCIA

DIPOSITIVA 14:

Esta diapositiva muestra las tasas de muertes ajustadas por edad para las intoxicaciones por drogas y fármacos en 2003.

Nota: el facilitador debe utilizar estas diapositivas (13 a 17) para mostrar las tendencias, los aumentos en las tasas de muertes ajustadas por edad para las intoxicaciones por drogas y fármacos entre 1999 y 2016, y las tendencias demográficas. Si tiene conexión a internet, consulte el sitio web que figura a continuación para saber cómo obtener estas diapositivas y visualizaciones de datos.

Fuente: Rossen LM, Bastian B, Warner M, et ál. "Drug Poisoning Mortality: United States, 1999-2016." Centro nacional para estadísticas de salud, Centros para el control y la prevención de enfermedades, 2017. Disponible en: www.cdc.gov/nchs/data-visualization/drug-poisoning-mortality/

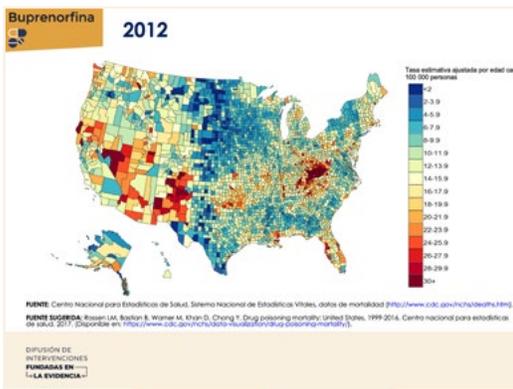


DIAPPOSITIVA 15:

Esta diapositiva muestra las tasas de muertes ajustadas por edad para las intoxicaciones por drogas y fármacos en 2007.

Nota: el facilitador debe utilizar estas diapositivas (13 a 17) para mostrar las tendencias, los aumentos en las tasas de muertes ajustadas por edad para las intoxicaciones por drogas y fármacos entre 1999 y 2016, y las tendencias demográficas. Si tiene conexión a internet, consulte el sitio web que figura a continuación para saber cómo obtener estas diapositivas y visualizaciones de datos.

Fuente: Rossen LM, Bastian B, Warner M, et ál. "Drug Poisoning Mortality: United States, 1999-2016." Centro nacional para estadísticas de salud, Centros para el control y la prevención de enfermedades, 2017. Disponible en: www.cdc.gov/nchs/data-visualization/drug-poisoning-mortality/

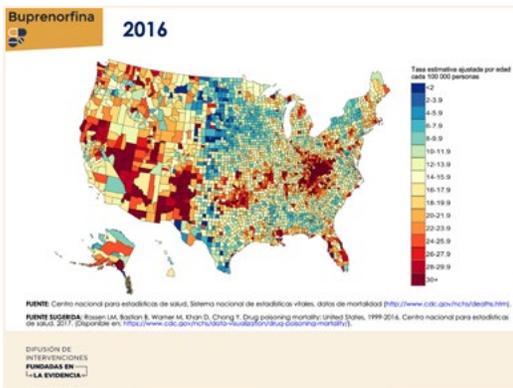


DIAPPOSITIVA 16:

Esta diapositiva muestra las tasas de muertes ajustadas por edad para las intoxicaciones por drogas y fármacos en 2012.

Nota: el facilitador debe utilizar estas diapositivas (13 a 17) para mostrar las tendencias, los aumentos en las tasas de muertes ajustadas por edad para las intoxicaciones por drogas y fármacos entre 1999 y 2016, y las tendencias demográficas. Si tiene conexión a internet, consulte el sitio web que figura a continuación para saber cómo obtener estas diapositivas y visualizaciones de datos.

Fuente: Rossen LM, Bastian B, Warner M, et ál. "Drug Poisoning Mortality: United States, 1999-2016." Centro nacional para estadísticas de salud, Centros para el control y la prevención de enfermedades, 2017. Disponible en: www.cdc.gov/nchs/data-visualization/drug-poisoning-mortality/

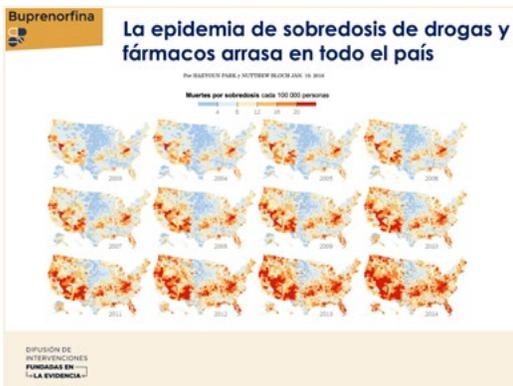


DIAPPOSITIVA 17:

Esta diapositiva muestra las tasas de muertes ajustadas por edad para las intoxicaciones por drogas y fármacos en 2016.

Nota: el facilitador debe utilizar estas diapositivas (13 a 17) para mostrar las tendencias, los aumentos en las tasas de muertes ajustadas por edad para las intoxicaciones por drogas y fármacos entre 1999 y 2016, y las tendencias demográficas. Si tiene conexión a internet, consulte el sitio web que figura a continuación para saber cómo obtener estas diapositivas y visualizaciones de datos.

Fuente: Rossen LM, Bastian B, Warner M, et ál. "Drug Poisoning Mortality: United States, 1999-2016." Centro nacional para estadísticas de salud, Centros para el control y la prevención de enfermedades, 2017. Disponible en: www.cdc.gov/nchs/data-visualization/drug-poisoning-mortality/



DIAPPOSITIVA 18:

Esta diapositiva es un resumen de las diapositivas individuales 13 a 17.

Fuente: Rossen LM, Bastian B, Warner M, et ál. "Drug Poisoning Mortality: United States, 1999-2016". Centro nacional para estadísticas de salud, Centros para el control y la prevención de enfermedades, 2017. Disponible en: www.cdc.gov/nchs/data-visualization/drug-poisoning-mortality/



DIAPPOSITIVA 19:

Actividad:

Si los participantes ya han implementado la intervención *Integración de la buprenorfina en entornos de atención primaria para el VIH* o si esta capacitación se está utilizando como un curso de segundo nivel, pida a cada grupo que presente su experiencia hasta la fecha. Utilice el apunte "Preparación para la presentación: Actualizaciones en la intervención con buprenorfina" para guiar el debate. Los participantes y los oradores pueden aprovechar esta presentación como contexto para hablar sobre las nuevas tendencias y para reflexionar sobre la crisis de opiáceos que se describe en las diapositivas anteriores.

CIERRE

A continuación estudiaremos la intersección entre el VIH y la epidemia de opiáceos, haciendo especial hincapié en el estigma.



MÓDULO 12:

El estigma, la vergüenza y el poder del lenguaje

Temas abordados: El estigma, la vergüenza y el poder del lenguaje

OBJETIVOS

Al finalizar este módulo, los participantes habrán logrado lo siguiente:

- Identificar qué papel juegan la vergüenza y el estigma en el trastorno por consumo de opioides (TCO), y cómo afecta el tratamiento en los entornos de consultorios particulares (OBOT, por sus siglas en inglés).
- Utilizar el lenguaje que comienza con la palabra «persona» al tratar con los clientes, para disminuir el estigma y la vergüenza.



Modalidad de instrucción

- Exposición
- Debate guiado
- Videos

MATERIALES NECESARIOS



POWERPOINT

- **Nota:** la computadora para reproducir el PowerPoint debe poder conectarse a Internet y proyectar la presentación para la clase..



HOJAS DE ROTAFOLIOS



APUNTES

- El lenguaje de la recuperación: <http://attcnetwork.org/home/Language%20of%20Recovery%20071416.pdf>



MATERIALES DE REFERENCIA

- Manual de implementación para la intervención *Integración del tratamiento con buprenorfina para el trastorno por consumo de opioides en la atención primaria del VIH*

DESARROLLO

Los facilitadores describen la intersección entre el VIH y la epidemia de opioides. Esto sirve para demostrar que un tratamiento se puede aplicar a una cascada terapéutica para las personas que sufren trastornos por abuso de sustancias.

Los facilitadores definen qué es el estigma y comparten ejemplos del progreso que se está logrando en disminuir el estigma vinculado con el VIH. También harán hincapié en el impacto del estigma cuando se vincula al tratamiento de trastornos por abuso de sustancias, como la preponderancia del estigma, los mitos comunes acerca de los trastornos por abuso de sustancias y las estrategias para abordar el estigma.

Los facilitadores definirán la vergüenza y su relación con el estigma internalizado.

ACTIVIDADES

Los facilitadores utilizarán un video vinculado al tema, así como ejemplos de lenguaje estigmatizante. Se presentará el lenguaje que consiste en comenzar las frases con la palabra «persona» para reemplazar el lenguaje estigmatizante.

Los participantes pueden compartir ejemplos de cómo el estigma y la vergüenza han afectado a los clientes y su compromiso con el tratamiento.

Palabras y frases claves

- *Estigma*
- *Vergüenza*
- *Cascada terapéutica*
- *Lenguaje estigmatizante*
- *La palabra «persona» primero*



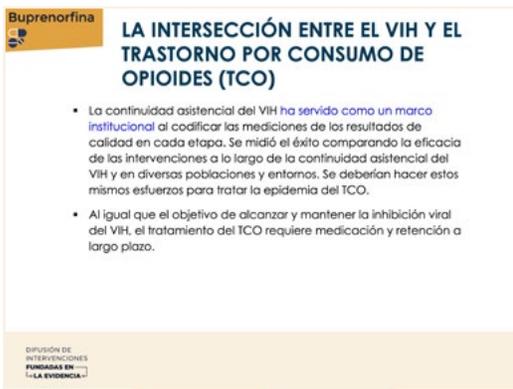
**Duración
aproximada de la
sesión.**

Total: 25 minutos



DIAPPOSITIVA 1:

En este módulo hablaremos del estigma, la vergüenza y el poder del lenguaje.



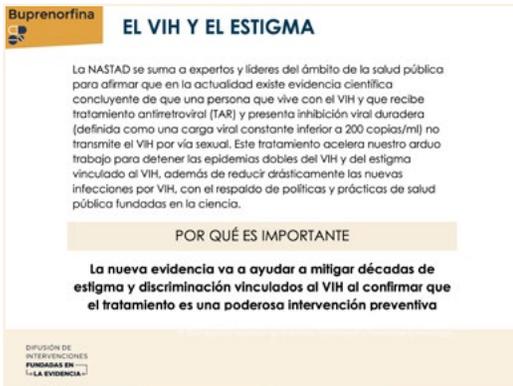
DIAPPOSITIVA 2:

La cascada de atención del VIH ha servido como un marco organizativo al codificar las mediciones de los resultados de calidad en cada etapa de la cascada. La idea de una cascada terapéutica también se aplica al tratamiento del trastorno por consumo de opioides.



DIAPPOSITIVA 3:

El tratamiento para el VIH da resultado cuando se abordan todas las etapas de la continuidad asistencial. Hay que dedicar esfuerzos similares a la población del TCO. Los profesionales dedicados al VIH están preparados para replicar sus logros.



DIAPPOSITIVA 4:

La NASTAD (Alianza Nacional de Directores Nacionales y Territoriales para el Sida) emitió este comunicado en febrero de 2017: Ahora existen pruebas científicas contundentes de que una persona que vive con el VIH y que recibe tratamiento antirretroviral (TAR) y que presenta inhibición duradera del virus (que se define como una carga viral constante inferior a 200 copias / ml), no transmite el VIH por vía sexual.

Esta evidencia ayuda a reducir el estigma y la discriminación al confirmar que el tratamiento es una poderosa intervención preventiva. ¿Por qué no pensamos en el tratamiento del trastorno por consumo de sustancias de la misma manera? Si lo tratamos, comenzamos a disminuir la prevalencia general de la enfermedad y cómo afecta a la salud.

Buprenorfina **EL ESTIGMA**

El estigma se define como un conjunto de creencias negativas que tiene un grupo o sociedad acerca de un tema o grupo de personas. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el estigma es una importante causa de discriminación y exclusión, y contribuye a la violación de los derechos humanos. Cuando una persona sufre un estigma, es considerada inferior a los demás por su estado de salud, ya sea real o percibido.



DIFFUSION DE INTERVENCIONES FUNDADAS EN LA EVIDENCIA

DIPOSITIVA 5:

Según la OMS, el estigma causa discriminación y exclusión, y tiene un gran impacto en los efectos del tratamiento.

Fuente: Salsitz EA. Stigma in Methadone and Buprenorphine Maintenance Treatment. PCSS-MAT Modules.

Buprenorfina **EL ESTIGMA**

En un estudio realizado en 14 países sobre 18 de las cuestiones más estigmatizadas (por ejemplo, ser un delincuente), la adicción a las drogas ilícitas quedó en primer lugar, y la adicción al alcohol en cuarto lugar.



DIFFUSION DE INTERVENCIONES FUNDADAS EN LA EVIDENCIA

DIPOSITIVA 6:

Esta diapositiva muestra de qué manera las creencias de algunos países acerca de la adicción suelen ser estigmatizadas como algo “malo” y, a veces, peor que un comportamiento criminal.

Fuente: JF Kelly, R Saitz, S Wakeman. Language, substance use disorders, and policy: the need to reach consensus on an “addiction-ary”. Alcoholism Treatment Quarterly. 2016.

Buprenorfina **PROPUESTAS PARA COMBATIR EL ESTIGMA VINCULADO AL TCS**

- El tratamiento del trastorno por consumo de sustancias (TCS) reduce la morbilidad y la mortalidad en esta población.
- El estigma vinculado a la adicción es una importante barrera para el acceso al financiamiento y aceptación del tratamiento.
- Combatir el estigma es esencial para brindar contención a los clientes en su recuperación y el acceso a la atención médica.
- El drástico aumento de sobredosis y la epidemia de TCS pone de manifiesto la necesidad de contar con iniciativas similares a las que se aplican para nuestros logros con el VIH. La combinación de terapias exitosas y la reducción del estigma han aumentado la aceptación de las pruebas de detección y la atención del VIH.
- Comprender y aceptar el valor de reducir el estigma vinculado a las terapias para la adicción es esencial tanto para los prestadores asistenciales como para los clientes.

-Michael MacVeigh y Kristen Meyers

DIFFUSION DE INTERVENCIONES FUNDADAS EN LA EVIDENCIA

DIPOSITIVA 7:

El estigma ha tenido un gran impacto en la manera de tratar a las personas que viven con el VIH. Los prestadores de atención para el VIH se esforzaron en desestigmatizar el VIH para ayudar a las personas que viven con el VIH a acceder al tratamiento. Esto es una llamada a los prestadores médicos para que se aborde el tratamiento del TCS con TAM de la misma manera.

Algunos de los términos estigmatizantes vinculados al VIH son: “Libre de virus”, “limpio”.

Buprenorfina

EL IMPACTO DEL ESTIGMA EN EL TRATAMIENTO



Usemos videos impactantes para terminar con el estigma

Según la Administración de Salud Mental y Abuso de Sustancias (SAMHSA), las adicciones afectan aproximadamente a 23.5 millones de estadounidenses cada año, y **apenas el 11 por ciento reciben tratamiento**. Si bien este vacío en el tratamiento de las adicciones obedece a muchos factores, **el estigma es uno de los principales**.

DIFFUSION DE INTERVENCIONES FUNDADAS EN LA EVIDENCIA

DIAPPOSITIVA 8:

Actividad:

Reproduzca el video “LIVES Challenge: Leveraging Impactful Videos to End Stigma” (3 MIN) <https://vimeo.com/153845422>

El video asociado a esta diapositiva forma parte de la campaña para combatir el estigma y las adicciones llamada LIVES (siglas en inglés de “Usemos videos impactantes para terminar con el estigma”). En el video se realizan entrevistas a personas al azar para preguntarles qué piensan de la adicción. Se muestran los conceptos de uso general que forman parte del diálogo estigmatizado que seguimos escuchado cuando se habla de las adicciones. Algunos de estos conceptos tienen que ver con que la adicción es una elección, que la persona es considerada inferior y que tiene la culpa de su adicción. En el video también se entrevistan a adictos en recuperación y familiares que relatan historias para ayudar a demostrar cómo la adicción puede afectar a cualquiera, y que la recuperación de esta enfermedad requiere un cambio cultural sobre la manera en que percibimos y tratamos a las personas que sufren una adicción.

Escuchar estas historias puede ayudarnos a empezar a entender el rol que juega el estigma en la falta de tratamiento para los trastornos por consumo de sustancias.

Buprenorfina

EL ESTIGMA Y EL TRATAMIENTO



Mitos comunes:

- ¿Por qué no puedes dejar de consumir?
- Es reemplazar una droga/adicción por otra.
- La metadona (y ahora la buprenorfina) hace mal.
- No estás en recuperación.
- No debes quedar embarazada.
- Estás tomando metadona, no necesitas medicamentos para el dolor posoperatorio.

DIFFUSION DE INTERVENCIONES FUNDADAS EN LA EVIDENCIA

DIAPPOSITIVA 9:

Actividad (debate):

Revise la diapositiva con los participantes. Pídales que piensen en otros mitos. Recuérdeles que la adicción sigue siendo considerada una “elección”, incluso cuando sabemos que la mitad del riesgo de padecer una adicción es de origen genético. En 1972, se implementó una legislación para el tratamiento con metadona, y después de eso nunca más se ha reglamentado ningún otro tratamiento. En 1997, el Dr. Salitz dijo: “un paciente que toma metadona es vigilado más de cerca que un asesino en libertad condicional”. Esta falta de legislación ha preparado el terreno para el estigma.

Fuente: Salsitz EA. Stigma in Methadone and Buprenorphine Maintenance Treatment. PCSS-MAT Modules.

Buprenorfina

LA VERGÜENZA

«Es una convicción poderosa pero indiscutible de que, de alguna manera importante, uno es defectuoso e incompetente como ser humano... La condena y el odio hacia uno mismo que provoca la vergüenza forman parte de un conjunto generalizado, persistente y destructivo de emociones que abruman a la persona que la sufre con una sensación paralizante de terror y pesimismo que le impide vivir con armonía y confianza». (Goldberg, 1991)

DIFFUSION DE INTERVENCIONES FUNDADAS EN LA EVIDENCIA

DIAPPOSITIVA 10:

El estigma genera una sensación de vergüenza internalizada. Los clientes a los que tratamos por TCS a menudo están lidiando con su propia vergüenza internalizada. Esta sensación de vergüenza se demuestra de maneras que los médicos suelen considerar como comportamiento de culpa (mentir, omitir información, no acudir a las citas, estar a la defensiva, etc.). Al brindar tratamiento para el TCS, los prestadores deben tener en cuenta la vergüenza que los clientes pueden sentir durante la visita, y pueden ayudar a construir y fomentar una relación con conocimiento de la situación traumática de una manera que ayude a reducir el estigma, que se puede manifestar como vergüenza internalizada.

Fuente: Braun-Gabelman A. “The Role of Shame in Opioid Use Disorders.” PCSS-O Modules.

Buprenorfina **LA VERGÜENZA**



- La vergüenza es habitual en las personas que sufren un TCO, ya que se relaciona con el consumo y las recaídas
- Entre las personas con TCO hay subgrupos particulares relacionados con la vergüenza, sobre todo los que usan heroína inyectable y las mujeres embarazadas y con hijos
- La vergüenza no debe ser el foco para el tratamiento del TCO.

DIFFUSIÓN DE INTERVENCIONES FUNDADAS EN LA EVIDENCIA

DIAPPOSITIVA 11:

Para que un cliente se haga resiliente a la vergüenza, los servicios de tratamiento para el consumo de opioides en consultorios particulares (OBOT) deben entablar una relación de empatía, fomentar la autocompasión y permitir la vulnerabilidad sin juzgar. Los servicios OBOT deben ser un espacio seguro donde al cliente lo reciban con aceptación y empatía. Después, el cliente puede empezar a internalizar nuevas experiencias y a replantearse sus creencias acerca de sí mismo.

Fuente: Braun-Gabelman A. "The Role of Shame in Opioid Use Disorders." PCSS-O Modules.

Buprenorfina **EL PODER DEL LENGUAJE**



"Las palabras son importantes. Si quieres amar algo, lo llamas «flor»; si quieres matar algo, lo llamas «maleza»".
Don Coyhis, fundador de White Bison

DIFFUSIÓN DE INTERVENCIONES FUNDADAS EN LA EVIDENCIA

DIAPPOSITIVA 12:

La cita y el video demuestran la importancia de saber cómo afectan el estigma y la vergüenza a quienes necesitan servicios de tratamiento para el TCS. También nos recuerda que las palabras que utilizamos para describir los servicios de tratamiento deben reflejar un lenguaje que no tienda a estigmatizar ni a avergonzar.

White Bison es un centro de tratamiento específico para nativos americanos

Actividad:

Reproduzca el video "LIVES Challenge: Judge's Choice Award" (1 min)

<https://vimeo.com/185592929>

Buprenorfina **BASTA DE HABLAR SUCIO**

En general, es preferible comenzar las frases con la palabra "persona" (con/que sufre...)

Prueba de drogas en orina sucia/limpia	vs	Prueba de drogas en orina positiva/falsa
Adicto a las sustancias	vs	Trastorno por consumo de sustancias
La persona es el problema	vs	La persona tiene un problema

DIFFUSIÓN DE INTERVENCIONES FUNDADAS EN LA EVIDENCIA

DIAPPOSITIVA 13:

Esta diapositiva representa la importancia de utilizar frases que empiecen con la palabra "persona" cuando hablamos de alguien que sufre un TCS y del tratamiento para ese trastorno.

A 500 profesionales con doctorados en salud mental y alcoholismo y drogadicción les dieron 2 viñetas. En la primera viñeta se describía a un drogadicto y en la segunda a alguien con TCS. Por lo demás, los escenarios eran idénticos. Los doctores expuestos al azar al término de drogadicto fueron mucho más propensos a juzgar que la persona merecía la vergüenza o el castigo.

Actividad:

Consulte el apunte "El lenguaje de la recuperación" como una buena referencia o recurso.

CIERRE

Ahora pasaremos a una breve exposición que servirá como una capacitación general para el «abc» de las adicciones.



MÓDULO 13:

Enfoques clave: los entornos sensibles a las recaídas, las estrategias para facilitar la retención en la atención, los métodos para reducir el desvío y la supervisión del cumplimiento.

Temas abordados: Entornos sensibles a las recaídas, estrategias para facilitar la retención en el tratamiento, métodos para reducir el desvío y supervisión del cumplimiento

OBJETIVOS

Al finalizar este módulo, los participantes habrán logrado lo siguiente:

- Definir los entornos sensibles a las recaídas y las mejores prácticas para apoyar a las personas a atravesar el proceso del tratamiento.
- Evaluar su propio programa de OBOT para garantizar que los servicios provistos sean sensibles a las recaídas
- Comparar el TAM estándar con los métodos de OBOT.
- Evaluar si para los clientes es más conveniente un entorno de tratamiento estándar (más estructurado) o un entorno OBOT (menos estructurado).
- Utilizar los programas de vigilancia de medicamentos recetados como un instrumento útil para que los prestadores de atención de la salud determinen si a un cliente le están recetando medicamentos contraindicados.
- Utilizar pruebas de drogas en orina y otros análisis (niveles de creatinina, por ejemplo) como herramientas para ayudar a guiar la planificación del tratamiento para los clientes y el equipo del OBOT.

MATERIALES NECESARIOS



POWERPOINT

- **Nota:** la computadora para reproducir el PowerPoint debe poder conectarse a Internet y proyectar la presentación para la clase.



HOJAS DE ROTAFOLIOS



MATERIALES DE REFERENCIA

- Manual de implementación para la intervención *Integración del tratamiento con buprenorfina para el trastorno por consumo de opioides en la atención primaria del VIH*: <https://nextlevel.targethiv.org/deii/buprenorphine>

DESARROLLO

DEBATE GUIADO

Los facilitadores comienzan definiendo qué es un entorno sensible a las recaídas, por qué puede afectar un tratamiento OBOT y los principios fundamentales. Los participantes podrán opinar acerca de los principios fundamentales y cómo deberían implementarse en la práctica.

Los facilitadores luego hablarán de la retención en la atención médica y los enfoques terapéuticos individualizados que ayudan a la retención.

Luego describirán los métodos que un prestador de servicios de salud puede utilizar para prevenir el desvío de buprenorfina.

También explicarán los enfoques que se pueden utilizar para guiar los planes terapéuticos, incluidas las pruebas de drogas en orina y los programas de vigilancia de medicamentos recetados. Se invitará a los participantes a compartir sus experiencias con estas herramientas y estrategias hasta la actualidad.

Palabras y frases claves

- *Recaída*
- *Entorno sensible a las recaídas*
- *Retención en la atención médica*
- *Etapas del cambio*
- *Desvío*
- *Pruebas de drogas en orina*
- *Programas de vigilancia de medicamentos recetados (PDMP)*



Modalidad de instrucción

- Exposición
- Debate guiado



Duración aproximada de la sesión.

Total: 30 minutos

ENTORNOS SENSIBLES A LAS RECAÍDAS Y ESTRATEGIAS PARA FACILITAR LA RETENCIÓN EN EL TRATAMIENTO

DIFUSIÓN DE INTERVENCIONES FUNDADAS EN LA EVIDENCIA

DIAPPOSITIVA 1:

En este módulo hablaremos de los entornos sensibles a las recaídas y de las estrategias para lograr la retención de los clientes en la atención médica.

Buprenorfina ENTORNO SENSIBLE A LAS RECAÍDAS

1891-1892 - Keeley League
"Las leyes deben contemplar un hecho indiscutible: al alcohólico se lo reforma con tratamiento médico, no penal".

DIFUSIÓN DE INTERVENCIONES FUNDADAS EN LA EVIDENCIA

DIAPPOSITIVA 2:

Esta cita sirve para presentar el concepto de crear un entorno sensible a las recaídas en el OBOT. Los entornos sensibles a las recaídas son conscientes de que la recaída es parte del proceso y utilizan prácticas de empatía y libres de prejuicios en lugar de prácticas punitivas cuando ocurre una recaída.

Fuente: White, W. Slaying the Dragon: The History of Addiction Treatment and Recovery in America. 2998. Bloomington IL: Chestnut Health Systems.

Buprenorfina ENTORNO SENSIBLE A LAS RECAÍDAS (Cont.)

¿Qué es?
Una filosofía sistémica de la atención médica que apunta a mantener a un individuo en el tratamiento de su adicción para aumentar el potencial de una recuperación sostenida.
Esto se puede ampliar para incluir la definición de recuperación de un individuo cuyos resultados se basan en la calidad de vida y no únicamente en la abstinencia.

DIFUSIÓN DE INTERVENCIONES FUNDADAS EN LA EVIDENCIA

DIAPPOSITIVA 3:

Para definir un entorno sensible a las recaídas hay que enfocarse en la manera en que el equipo del OBOT reacciona antes las recaídas de un paciente y cómo las maneja. Utilizar un marco preparado para esos casos es esencial para lograr resultados óptimos en los tratamientos a los clientes.

La meta a largo plazo es mantener a las personas dentro del tratamiento para aumentar el potencial de lograr una recuperación sostenida en el tiempo.

Fuente: Conroy SC. Relapse Sensitive Care: Changing Systems of Addiction Treatment. PCSS-MAT Online Modules. Disponible en: <http://pcssnow.org/wp-content/uploads/2016/03/Conroy.-PCSSMAT-AMERSA-Conroy-Relapse-Sensitive-Care-Module-II.pdf>

Buprenorfina CONCEPTOS CLAVE PARA CREAR ENTORNOS SENSIBLES A LAS RECAÍDAS

- Respaldados por el modelo de enfermedad
- Respaldados por la neurociencia, que brinda evidencia sobre las razones biológicas de las recaídas
 - Compromiso con el tratamiento, sin medidas punitivas, para reconocer las bases biológicas de los síntomas
- Se basa en la definición de recuperación según la Administración de Salud Mental y Abuso de Sustancias (SAMHSA), que incluye: salud, bienestar y autodeterminación.
- Considera que el resultado es la calidad de vida, no solo las pruebas de drogas en orina negativas

DIFUSIÓN DE INTERVENCIONES FUNDADAS EN LA EVIDENCIA

DIAPPOSITIVA 4:

Los sistemas de tratamiento de gran alcance, como SAMHSA, respaldan un enfoque sensible a las recaídas. Investigaciones fundadas en la evidencia (modelos de neurociencias) han demostrado la eficacia de construir un programa de OBOT sensible a las recaídas.

Fuente: Conroy SC. Relapse Sensitive Care: Changing Systems of Addiction Treatment. PCSS-MAT Online Modules. Disponible en: <http://pcssnow.org/wp-content/uploads/2016/03/Conroy.-PCSSMAT-AMERSA-Conroy-Relapse-Sensitive-Care-Module-II.pdf>

Buprenorfina

CONCEPTOS CLAVE PARA CREAR ENTORNOS SENSIBLES A LAS RECAÍDAS (Cont.)

- El cliente no puede controlar su consumo de alcohol o drogas, o sus consecuencias.
- Aumentar el apoyo para la recuperación tras una recaída y no dar el alta.
- Explorar diferentes formas de medir el éxito del tratamiento (como la calidad de vida).
- Comprender que las recaídas tienen causas biológicas.
- La mejor manera de facilitar una recuperación a largo plazo es con paciencia y apoyo, en lugar de castigo y abandono.
- El tratamiento para los trastornos de adicciones no se logra en el primer intento.

DIVUSIÓN DE INTERVENCIÓNES FUNDADAS EN LA EVIDENCIA

DIAPPOSITIVA 5:

Estos son ejemplos de respuestas sensibles a las recaídas que se centran en la acción y consideran que el consumo de sustancias es un comportamiento aprendido que el individuo utiliza para muchas funciones de su vida (como afrontar los problemas y socializar).

Fuentes: Conroy SC. Relapse Sensitive Care: Changing Systems of Addiction Treatment. PCSS-MAT Online Modules. Disponible en: <http://pcssnow.org/wp-content/uploads/2016/03/Conroy.-PCSSMAT-AMERSA-Conroy-Relapse-Sensitive-Care-Module-II.pdf>

Buprenorfina

RETENCIÓN EN LA ATENCIÓN MÉDICA



“Algunos tratamientos sirven para algunas personas/pacientes”.

“No hay un único tratamiento que sirva para todas las personas/pacientes”.

-Alan I. Leshner, Ph.D, exdirector del Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas de NIH (NIDA)

DIVUSIÓN DE INTERVENCIÓNES FUNDADAS EN LA EVIDENCIA

DIAPPOSITIVA 6:

Para retener a un cliente en la atención del OBOT, el tratamiento debe ser individualizado y el equipo terapéutico debe tener en cuenta que un solo tipo de abordaje terapéutico quizás no funcione para cada individuo.

Buprenorfina

FACTORES QUE AFECTAN LA RETENCIÓN EN EL TRATAMIENTO

- Se ha observado que las características y el comportamiento del cliente, así como otros factores no vinculados al tratamiento, no contribuyen demasiado en la retención en el TAM.
- Un estudio integral reveló que la retención estaba determinada casi por completo por lo que sucedía durante el tratamiento, y no antes.
- Otro factor que se descubrió que afecta la retención fue que el paciente esté motivado y preparado para el tratamiento.

DIVUSIÓN DE INTERVENCIÓNES FUNDADAS EN LA EVIDENCIA

DIAPPOSITIVA 7:

Los estudios citados han demostrado que los principales componentes de la retención en el tratamiento tenían que ver con lo que ocurría durante el desarrollo del tratamiento, además de la propia motivación del cliente y su grado de preparación para el tratamiento.

Fuente: SAMHSA. Serie “Treatment Improvement Protocol (TIP)”, N.º 43, Capítulo 8. “Approaches to Providing Comprehensive Care and Maximizing Patient Retention.”

Buprenorfina

PROMOVER EL CAMBIO: Estar preparados, estar motivados

En cualquier entorno, las investigaciones muestran que para lograr un cambio hacen falta cuatro factores:

1. Empatía
2. Actitud positiva
3. Autenticidad
4. Devolución

El cambio es un proceso...



Estado actual → Transición → Estado futuro

... y no un evento puntual

DIVUSIÓN DE INTERVENCIÓNES FUNDADAS EN LA EVIDENCIA

DIAPPOSITIVA 8:

Para aumentar la motivación de un cliente y que esté mejor preparado para el tratamiento, el equipo terapéutico puede utilizar entrevistas motivacionales para ayudarlo a atravesar las etapas del cambio.

Los siguientes son ejemplos de los cuatro factores que se indican en la diapositiva y que se pueden utilizar al trabajar con un cliente:

- Enfatizar una fortaleza (para fomentar la propia eficacia)
- Prestar atención y reconocer una acción positiva
- Ser auténticos
- Expresar una actitud positiva y atenta
- Reforzar el vínculo basado en la colaboración

Buprenorfina

MEDIDAS RECOMENDADAS PARA MEJORAR LA RETENCIÓN DE LOS PACIENTES

Individualizar las dosificaciones de los medicamentos. Las dosis adecuadas e individualizadas de los medicamentos probablemente sean el factor más importante en la retención del cliente. (Joseph et al. 2000)

Fixar metas claras y planes terapéuticos del programa. Los prestadores a cargo del tratamiento deben explicar las metas del programa y los planes terapéuticos a cada cliente. Los mensajes contradictorios afectan negativamente la retención del cliente, en especial cuando esos mensajes tienen que ver con la conveniencia o no de seguir con el TAM.

Simplificar todo el proceso. Acelerar el ingreso en el tratamiento se traduce en una mejor retención en el programa [ver capítulo 4 de TIP 43, SAMHSA].

Ocuparse de las necesidades económicas de los clientes. Si los clientes no pueden pagar, se limita tanto el ingreso al tratamiento como la retención, especialmente en los estados de EE. UU. donde el TAM no está cubierto por Medicaid, por planes federales ni por seguros privados.

DISPUSION DE INTERVENCIONES FUNDADAS EN LA EVIDENCIA

DIAPPOSITIVA 9:

Esta diapositiva muestra acciones concretas que puede utilizar un equipo terapéutico para promover la retención del cliente en el OBOT.

Fuente: SAMHSA. Serie "Treatment Improvement Protocol (TIP)", N.º 43, Capítulo 8. "Approaches to Providing Comprehensive Care and Maximizing Patient Retention."

Buprenorfina

MEDIDAS RECOMENDADAS PARA MEJORAR LA RETENCIÓN DE LOS PACIENTES (Cont.)

Reducir el esfuerzo de asistir a las visitas. Los requisitos para concurrir a las visitas pueden tener efectos negativos para la retención. Rhoades y colegas (1998) revelaron que los clientes que acudían al OTP con menos frecuencia eran menos propensos a abandonar el tratamiento, y no por eso más propensos a consumir otras drogas que los clientes con un cronograma diario de visitas.

Brindar servicios de tratamiento útiles lo antes posible. Era más probable que los clientes mantuvieran el tratamiento cuando estaban motivados y participaban desde el principio en actividades útiles. (Simson, D.D., et al. 1997b)

Mejorar las interacciones entre el cliente y el personal. Las actitudes e interacciones positivas del personal hacia los clientes se han asociado a mayores tasas de retención. En un estudio se comprobó que el contacto frecuente de los clientes con los miembros del personal y el compromiso y la visibilidad de los administradores del OTP aumentan la retención de los clientes. (Magura et al. 1999)

Mejorar los conocimientos del personal y las actitudes acerca del TAM. Los miembros del personal de OTP deberán comprender el TAM y valorar las sólidas bases científicas del tratamiento, además de estar al tanto de las prácticas terapéuticas recomendadas para poder tener una interacción eficaz y constructiva con los clientes. (Bell 2000)

DISPUSION DE INTERVENCIONES FUNDADAS EN LA EVIDENCIA

DIAPPOSITIVA 10:

Recordemos que el proceso global de la adicción y la recuperación debe tener en cuenta lo siguiente:

- La ambivalencia es habitual en el trastorno por consumo de sustancias.
- A una persona promedio le lleva 30 días pasar de una etapa del cambio a la siguiente.
- El trastorno por consumo de sustancias tiene que ver con la memoria, la motivación y la gratificación.
- Evite el reflejo de "enderezar" al cliente (no se trata de "corregir" el problema del cliente), evalúe la calidad de vida en lugar de imponer sus propias ideas sobre lo que necesita una persona.

Fuente: SAMHSA. Serie "Treatment Improvement Protocol (TIP)", N.º 43, Capítulo 8. "Approaches to Providing Comprehensive Care and Maximizing Patient Retention."

Buprenorfina

EJEMPLO LOCAL DE TRATAMIENTO CON BUPRENORFINA EN UN CENTRO ESPECIALIZADO EN METADONA



- Acuden a diario durante 90 días
- Reciben una, dos y luego cuatro dosis "para llevar" por semana
- Luego reciben dosis "para llevar" semanales
- Luego, dosis "para llevar" mensuales
- Las dosis "para llevar" se cancelan si la prueba de orina da positiva
- Todas las dosis "para llevar" requieren un entorno familiar estable.

DISPUSION DE INTERVENCIONES FUNDADAS EN LA EVIDENCIA

DIAPPOSITIVA 11:

Esta diapositiva muestra cómo es el tratamiento con buprenorfina en un centro de tratamiento con metadona en Portland, Oregon. El propósito es mostrar el tratamiento basado en una terapia escalonada más rígida que se brinda en un centro de tratamiento con metadona a diferencia de un programa de OBOT, que tiene la flexibilidad de incorporar factores vinculados al cliente para desarrollar el plan terapéutico correcto para cada individuo.

Algunos individuos pueden tener mejores resultados si reciben su tratamiento con buprenorfina dentro del entorno estructurado de un centro de metadona.

Buprenorfina

MÉTODOS ÚTILES PARA REDUCIR EL DESVÍO

- **Conocer a su cliente**
 - Evaluación exhaustiva y antecedentes
 - Riesgo de tener otros TCS
- **Uso de acuerdos para sustancias controladas**
 - Específico para la buprenorfina
- **Manejo prudente de la dosificación**
- **Control del cumplimiento**
 - Recuento de comprimidos y pruebas de orina
 - Medidas legales y normativas

DIFFUSION DE INTERVENCIÓN FUNDADA EN LA EVIDENCIA

DIAPPOSITIVA 12:

Para ayudar a reducir los desvíos, los profesionales deben manejarse con cautela a la hora de recetar.

Los siguientes puntos pueden ayudar a guiar a los profesionales con o sin experiencia en prescribir buprenorfina:

- Utilice la dosis más baja que haga efecto: no una prueba específica, sino con una dosis promedio de 12-16 mg, cualquier dosis superior a 24 mg por día despertaría sospechas.
- Consulte el Programa de vigilancia de medicamentos recetados (PDMP) para asegurarse de conocer el programa de su estado o territorio.
- Con las preparaciones de acción prolongada, se pueden espaciar las visitas para los clientes estables.
 - Implantes de buprenorfina (Probuphine)
 - Buprenorfina de acción prolongada (Sublocade)
 - Naltrexona de acción prolongada (sin bup) (Vivitrol)

Fuente: Argoff CE. Managing Aberrant Drug-Related Behavior in Primary Care: A Systematic Review.

Buprenorfina

Pruebas de drogas en orina



- Las pruebas de orina se hacen para la atención del cliente, y no para el cliente
- Los resultados de la prueba deberían servir para mejorar la comunicación con el cliente, y no para empeorarla
- Las pruebas de drogas en orina no sirven para diagnosticar
 - TCS
 - Dependencia física
 - Deterioro o desvío

DIFFUSION DE INTERVENCIÓN FUNDADA EN LA EVIDENCIA

DIAPPOSITIVA 13:

Las pruebas de drogas en orina sirven para tener más conocimientos y fundamentos en las charlas con sus clientes, pero no para castigarlos. Los prestadores deben hablar con el cliente sobre el uso de pruebas de drogas en orina con anticipación, y los clientes deben saber que se realizan por su seguridad y también por las responsabilidades legales del prestador.

Fuente: Heit HA. Patient-Centered Urine Drug Testing: Facts You Should Know! PCSS-MAT Módulo 4.

Buprenorfina

Pruebas de drogas en orina

- **Recolección de la muestra**
- **Características de la orina**
 - Apariencia: el color de una muestra de orina tiene que ver con la concentración de sus componentes
 - Temperatura: si la prueba se realiza en un lapso de 4 minutos después de la micción, debería estar en el intervalo de 90 °F (32 °C) a 100 °F (37 °C) con un volumen igual o superior a 30 ml
 - pH: de 4.5 a 8.0
 - La concentración de creatinina: en orina humana normal es superior a los 20 mg/dl

DIFFUSION DE INTERVENCIÓN FUNDADA EN LA EVIDENCIA

DIAPPOSITIVA 14:

La mayoría de las instituciones de atención primaria no cuentan con las aptitudes o el personal idóneo para realizar una recolección supervisada, pero en casos de muestras adulteradas se debería hablar con el paciente para saber por qué lo hizo. Los instructores deben observar las señales de alerta de que la muestra pudo haber sido adulterada. (Nota: en la siguiente diapositiva encontrará más información).

Fuente: Heit HA. Patient-Centered Urine Drug Testing: Facts You Should Know! PCSS-MAT Módulo 4.

Buprenorfina

Prueba de drogas en orina: INDICIOS: "CONFÍE, PERO VERIFIQUE"



- Verifique los niveles de creatinina.
- Los niveles de naloxona deberían ser bajos, pero no existe una correlación específica entre la concentración y la dosis de la droga.
- Los niveles de metabolitos deberían ser positivos, lo que significa que el cliente está tomando el medicamento que se está metabolizando (norbuprenorfina presente).
- Gravedad específica: indicio de agua/muestra diluida.
- Puntos de temperatura: sirven para muestras recientes.

DIFUSIÓN DE INTERVENCIÓNES FUNDADAS EN LA EVIDENCIA

DIAPPOSITIVA 15:
Actividad (debate):

Los facilitadores deben utilizar los consejos útiles de la diapositiva para guiar un debate con los participantes acerca del significado de los hallazgos específicos de la prueba de orina.

Buprenorfina

Programas de vigilancia de medicamentos recetados (PDMP)

Los 50 estados, D. C., Guam y Puerto Rico tienen PDMP operativos

- Cada programa se implementa de manera local con normas específicas.
- En la actualidad, 22 de los 50 estados que tienen PDMP exigen legalmente a los profesionales que prescriben que consulten el sistema antes de recetar sustancias controladas con el potencial de abuso o dependencia.
- Oregon acaba de agregar un requisito de que todos los médicos matriculados y los auxiliares médicos que tengan un número de autorización de la DEA se registren para el PDMP antes del 1 de julio de 2018.

DIFUSIÓN DE INTERVENCIÓNES FUNDADAS EN LA EVIDENCIA

DIAPPOSITIVA 16:

Los PDMP ahora existen en los 50 estados (Misuri comenzó su programa en enero de 2018) así como en los territorios en y D. C. (como se indica en la diapositiva). Estos programas permiten que los profesionales que prescriben verifiquen qué sustancias controladas han comprado los clientes en una farmacia en la jurisdicción correspondiente. Sin embargo, en general los profesionales tienen que registrarse para realizar consultas en línea. Cada programa tiene sus normas específicas. Por ejemplo, en Oregon, una vez registrado el prestador sanitario puede asignar delegados (enfermeros certificados encargados de la medicación, enfermeros matriculados, etc.) para realizar consultas a su nombre (del prestador), lo que facilita el uso cuando se evalúa y se prepara a los clientes para el tratamiento del TCS. Otros estados (como los que se mencionan en la siguiente diapositiva) exigen consultar el PDMP antes de prescribir cualquier sustancia controlada en cualquier entorno.

Fuente: Haffajee RL, Jena AB, Weiner SG. Mandatory Use of Prescription Drug Monitoring Programs. JAMA. 2015. 313(9): 891-2. Disponible en: www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4465450/

Buprenorfina

CONSULTA OBLIGATORIA EN EL PDMP PARA QUIENES PRESCRIBEN Y DISPENSAN FÁRMACOS



DIFUSIÓN DE INTERVENCIÓNES FUNDADAS EN LA EVIDENCIA

DIAPPOSITIVA 17:

Muchos estados ahora exigen el uso del PDMP cuando se recetan opioides.

Actividad (debate):

Pida la opinión de los participantes provenientes de los estados en que el uso del PDMP es obligatorio para prescribir opioides, y describa su propia experiencia: ¿Cómo funciona el PDMP en su estado? ¿Ha podido integrar la verificación en el PDMP en su centro de salud? ¿La información obtenida del PDMP ha modificado su forma de prescribir?

CIERRE

Ahora nos dedicaremos a los niveles más altos de atención que se pueden utilizar cuando se nota que el tratamiento OBOT ya no es la mejor opción para obtener resultados sostenibles en el tiempo.



↑ EMERGENCY

↑ Main Entrance

↑ Entrance A | B

MÓDULO 14:

Derivaciones a niveles superiores de atención, otras opciones terapéuticas y la suspensión gradual de la buprenorfina

Temas abordados: Derivaciones a niveles superiores de atención, otras opciones terapéuticas y la suspensión gradual de la buprenorfina

OBJETIVOS

Al finalizar este módulo, los participantes habrán logrado lo siguiente:

- Derivar a los clientes a niveles superiores de atención para el trastorno por consumo de opioides (TCO) y ayudarlos con las derivaciones a estos programas, incluido el apoyo para continuar con el TAM mientras se encuentran dentro del programa.
- Describir otras opciones de TAM que se utilizan para tratar el TCO.
- Examinar ejemplos de casos y relatos de clientes sobre la transición de buprenorfina a naltrexona o metadona.
- Implementar un proceso para reincorporar a un cliente en un entorno de OBOT con buprenorfina después de una discontinuidad del tratamiento.
- Aplicar protocolos y pautas comunes para la supresión de la buprenorfina.

MATERIALES NECESARIOS



POWERPOINT

- **Nota:** la computadora para reproducir el PowerPoint debe poder conectarse a Internet y proyectar la presentación para la clase.



APUNTES

- Casos de ejemplo (en las diapositivas)



HOJAS DE ROTAFOLIOS



MATERIALES DE REFERENCIA

- Manual de implementación para la intervención *Integración del tratamiento con buprenorfina para el trastorno por consumo de opioides en la atención primaria del VIH*: <https://nextlevel.targethiv.org/deii/buprenorphine>

DESARROLLO

Primero, los facilitadores explicarán cómo es el proceso de derivar a los clientes a un nivel superior de atención (por ejemplo, centros de rehabilitación, metadona, etc.) cuando se observa que el OBOT ya no es la mejor opción para obtener resultados sostenibles. Se utilizarán dos casos de estudio para examinar las recomendaciones, los desafíos y los planes terapéuticos en situaciones reales donde el cliente:

1. Actualmente sigue un tratamiento OBOT y es derivado a un programa de tratamiento ambulatorio (OTP, por sus siglas en inglés).
2. Es derivado a un tratamiento de internación para lograr una mejor estabilización y el equipo terapéutico de OBOT facilita la continuidad del tratamiento con buprenorfina en el centro de rehabilitación.

Luego los facilitadores analizarán datos sobre alternativas de tratamientos asistidos por medicamentos (TAM) si la buprenorfina ya no es la mejor opción para seguir logrando los mismos resultados terapéuticos.

Por último, se analizarán pautas terapéuticas, calendarios y los síntomas de abstinencia que se pueden presentar después de implementar una suspensión de buprenorfina, ya sea planificada o improvisada.

DEBATE GUIADO

Los facilitadores deben estar preparados para explicar los pasos a seguir para los casos que se describen, y guiar un debate sobre esos casos. Los instructores también pueden incorporar sus propios casos que tocan temas similares.

En el debate se incluirán datos acerca de la retención en la atención médica y los patrones de uso indebido para algunas modalidades terapéuticas, así como pautas para los prestadores sanitarios y perspectivas de los clientes vinculadas a la transición de buprenorfina a naltrexona, o viceversa.

Palabras y frases claves

- Programa terapéutico para pacientes ambulatorios
- Programa terapéutico para pacientes internados
- Metadona
- Naltrexona
- Suspensión
- Abstinencia



Modalidad de instrucción

- Exposición
- Debate guiado
- Debate del caso



Duración aproximada de la sesión.

Total: 30 minutos



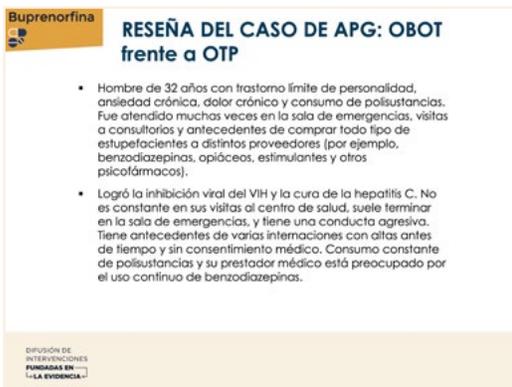
DIAPPOSITIVA 1:

En este módulo estudiaremos las derivaciones, otras opciones terapéuticas y la discontinuación.



DIAPPOSITIVA 2:

Esta diapositiva presenta el tema de cómo derivar a los clientes a un nivel superior de atención (por ejemplo, centros de rehabilitación, centros de tratamiento con metadona, etc.) cuando se determina que el OBOT ya no es la mejor opción para obtener resultados sostenibles. Se utilizarán dos casos específicos. El primer caso es un cliente (que llamaremos APG), que se encuentra en OBOT y será derivado a un programa de tratamiento ambulatorio (OTP) para manejar su caso. El segundo caso es un cliente (que llamaremos KK) que es derivado a un tratamiento de internación para una mejor estabilización. El equipo de tratamiento OBOT facilita la continuidad de la terapia con buprenorfina en centros de rehabilitación.



DIAPPOSITIVA 3:

Examine la información clave sobre los antecedentes de tratamiento vinculados a este cliente (APG) en el entorno de OBOT usando la diapositiva como guía. Este caso representa un cliente complejo de OBOT, donde el equipo ha decidido que existe preocupación por la continuidad de su tratamiento con buprenorfina en el entorno de OBOT.

Con esta información, ¿cuál es el mejor abordaje terapéutico para este cliente?

Buprenorfina

RESEÑA DEL CASO DE APG: OBOT frente a OTP

Recomendaciones basadas en las consultas externas:

Opción preferida:

- Internación para la reducción de buprenorfina por no poder controlar al paciente de manera ambulatoria.
 - Potencialmente suspender la buprenorfina e iniciar naltrexona.
 - La naltrexona de depósito puede ser una mejor opción para su TAM.

Segunda opción:

- Desintoxicación local seguida por un programa de tratamiento ambulatorio con naltrexona de depósito.

Tercera opción:

- OTP para que el TAM incluya disminución progresiva de buprenorfina, y naltrexona de depósito.

La opción menos deseable:

- Continuar con las recetas del OBOT: limitar la duración de las recetas a 3-5 días para ayudar a reducir el riesgo de desvío y abuso. Se debe discontinuar la pregabalina ya que hay probabilidad de abuso o desvío.
- Seguir la supervisión bajo estricto control.

DIFFUSION DE INTERVENCIONES FUNDADAS EN LA EVIDENCIA

DIAPPOSITIVA 4:

En esta diapositiva se muestra cómo un equipo del OBOT utilizó asesores del Proyecto ECHO (Extensión de resultados de cuidados de salud en las comunidades) para planificar el tratamiento en el caso de un cliente complejo.

El asesoramiento estuvo a cargo de prestadores de servicios de salud que participaron en calidad de expertos del Proyecto ECHO.

Como se muestra en la diapositiva, el asesor ofreció distintas opciones para el plan terapéutico. Antes de que los facilitadores muestren el plan a seguir para APG, pregunte a los participantes: ¿Qué harían, basándose en estas recomendaciones? Según los recursos disponibles en su comunidad, ¿qué recomendaciones serían viables para ustedes?

Por último, el equipo del OBOT decidió derivar a este cliente a un programa terapéutico en centros de rehabilitación de seis meses y se suspendió el tratamiento con buprenorfina. El cliente abandonó el centro de rehabilitación en contra de la recomendación médica, y se perdió para el seguimiento durante más de un año.

Buprenorfina

RESEÑA DEL CASO DE KK: INTERNACIÓN CON BUPRENORFINA

- Hombre de 43 años con antecedentes de larga data de abuso de polistancias con heroína y metanfetaminas (ambas inyectables), así como marihuana y consumo intermitente de alcohol. Ingresó en la atención médica después de una internación prolongada en cuidados intensivos por una neumonía neumocócica grave con VIH no tratado.
- La terapia para el VIH fue exitosa después de comenzar tratamiento para el VIH y buprenorfina. Sin embargo, le costaba mucho dejar la metanfetamina. Dejó Suboxone por preferencia personal, pero tuvo una recaída en medio de una crisis al perder su vivienda, lo que aceleró el consumo de metanfetaminas. Se lo pudo volver a inducir a Suboxone, pero su consumo descontrolado de metanfetaminas continuó.

DIFFUSION DE INTERVENCIONES FUNDADAS EN LA EVIDENCIA

DIAPPOSITIVA 5:

Examinaremos la información clave con respecto a este cliente (a quien llamaremos KK) y sus antecedentes terapéuticos en el entorno del OBOT. Este caso representa otro cliente complejo del OBOT donde el equipo tuvo que luchar (al igual que el cliente) con su consumo continuo de metanfetaminas durante el tratamiento con buprenorfina. Si bien se sentía estable con respecto a su recuperación de los opiáceos, su vida caótica asociada con sus consumos compulsivos de metanfetaminas lo llevaron a perder su vivienda y a tener problemas de salud mental.

Con esta información, ¿cuál es el mejor abordaje terapéutico para este cliente?

Buprenorfina

RESEÑA DEL CASO DE KK: INTERNACIÓN CON BUPRENORFINA (Cont.)

Utilizando visitas semanales e incluso dos veces por semana con el coordinador asistencial y el orientador del paciente, además de una motivación constante, el cliente decidió seguir el tratamiento con internación para su consumo de metanfetaminas

Inconvenientes:

- Encontrar un programa que aceptara su prescripción de buprenorfina y su seguro de salud
- Logística para el ingreso, suministros de medicamentos, falta de confianza entre el personal del centro de salud y el cliente, el enfoque general del centro de salud basado en el control total, y la incomodidad con su atención médica (no estaba tomando sus medicamentos para el VIH en ese momento: "¿Qué pasa si se enferma?")

DIFFUSION DE INTERVENCIONES FUNDADAS EN LA EVIDENCIA

DIAPPOSITIVA 6:

Algunos puntos importantes a tener en cuenta:

- La frecuencia de las visitas para mantener su OBOT: un esfuerzo combinado de su equipo médico, su coordinador asistencial y su orientador (un servicio relativamente nuevo en el centro de salud que se dedica a pacientes con problemas graves de vivienda, de consumo de sustancias o de salud mental).
- El equipo del centro de salud tuvo muchos inconvenientes para coordinar con el sistema de atención. El equipo del programa de internación tenía inquietud por su estado médico con respecto a su VIH avanzado.

¿Alguna vez tuvo algunos de estos inconvenientes en su entorno? ¿Cómo abordaría este problema?

Buprenorfina

ALTERNATIVAS A LA BUPRENORFINA



- **Metadona (RP)**
- **Naltrexona (datos y recomendaciones)**

DIFFUSION DE INTERVENCIONES FUNDADAS EN LA EVIDENCIA

DIAPPOSITIVA 7:

Es importante tener en cuenta que la buprenorfina quizás no sea la mejor modalidad terapéutica para todos los clientes. Las dos alternativas principales son la metadona y la naltrexona.

Buprenorfina

EFICACIA DE LA MEDICACIÓN PARA EL TCO

	Retención en el programa terapéutico	Uso indebido de opioides	Actividad criminal
Metadona	↑ (n=3) ^a	↓ (n=6) ^a	Sin efecto (n=3) ^a
Buprenorfina	↑ (n=4) ^b	↓ (n=2) ^b	Sin datos
NTX PO	Sin efecto (n=2) ^c	↓ (n=4) ^c	↓ (n=2) ^c
NTX XR	↑ (n=2) ^d	↓ (n= 3) ^d	Sin datos

↑ Mayor % de retención en el programa terapéutico. ↓ Menor % de uso indebido de opioides. ↓ Menor % de actividad criminal.

^Hosacki MP, et al. JAMA. 2010;303:1001-1007. ^Mannelli P, et al. JAMA. 2012;307:1001-1007. ^Mannelli P, et al. JAMA. 2012;307:1001-1007. ^Mannelli P, et al. JAMA. 2012;307:1001-1007.

DIFFUSION DE INTERVENCIONES FUNDADAS EN LA EVIDENCIA

DIAPPOSITIVA 8:

Estos datos (aunque las cifras sean bajas) sugieren que las tres modalidades reducen el consumo de opioides, pero la naltrexona oral, a diferencia de las demás opciones (como naltrexona de acción prolongada, programa de metadona y buprenorfina) tuvieron bajas tasas de retención.

Buprenorfina

CÓMO PASAR DE BUPRENORFINA A NALTREXONA



Si se administran juntas, las publicaciones de práctica clínica recomiendan la inducción con dosis completa de naltrexona de cinco a siete días después de suspender la buprenorfina.

DIFFUSION DE INTERVENCIONES FUNDADAS EN LA EVIDENCIA

DIAPPOSITIVA 9:

Como algunos clientes pueden preferir un tratamiento a otro, o tienen que cambiar de fármaco por muchos motivos específicos (cobertura, encarcelamiento, tolerancia, preferencia, etc.), existen pautas generales para definir el momento justo para cada cambio. Aquí se describen las pautas para cambiar de buprenorfina a naltrexona.

Fuente: Mannelli P, Peindl KS, Lee T, et ál. Buprenorphine-Medicated Transition from Opioid Agonist to Antagonist Treatment: State of the Mind and New Perspectives. Curr Drug Abuse Rev. 2012 Mar; 5(1): 52-63.

Buprenorfina

CÓMO PASAR DE NALTREXONA DE LIBERACIÓN PROLONGADA A BUPRENORFINA

Recomendación:

- Se podría anticipar que la naltrexona bloqueará el Suboxone y sería mejor esperar hasta un mes después de la inyección de naltrexona para ver una respuesta.
- Recién después de ese plazo (si no hay consumo de opiáceos) se podría comenzar la buprenorfina.
- Si un cliente tiene una recaída, volver al protocolo de observar síntomas de abstinencia antes de inducir a buprenorfina.
- **Importante:** no olvidar obtener una prueba de drogas en orina en el lugar de la atención antes de iniciar buprenorfina.

Las pautas asistenciales de la ASAM recomiendan:

- A los clientes no se les debería cambiar el fármaco hasta que en su organismo ya no quede una cantidad significativa de naltrexona: alrededor de un día para la naltrexona oral o 30 días para naltrexona inyectable de liberación prolongada. (Pautas asistenciales de la ASAM)

DIFFUSION DE INTERVENCIONES FUNDADAS EN LA EVIDENCIA

DIAPPOSITIVA 10:

El equipo terapéutico tendrá que tomar medidas adicionales para planificar y supervisar a un cliente que esté pasando de naltrexona a buprenorfina. Pasar de un antagonista como la naltrexona a un agonista parcial (buprenorfina) en general es menos complicado que pasar de un agonista completo o parcial a un antagonista, porque no hay dependencia física asociada con el tratamiento con antagonistas y, por eso, no hay posibilidad de abstinencia precipitada. Los clientes que están pasando de naltrexona a buprenorfina no tendrán dependencia física de los opioides, por lo cual la dosis inicial de la inducción debería ser baja.

Buprenorfina

MIENTRAS TANTO... QUÉ ESTARÁN HACIENDO NUESTROS CLIENTES

“Acabo de recibir mi inyección de Vivitrol por mi hábito de heroína. Obviamente caí en una abstinencia precipitada, igual no es la primera vez que me pasa... Generalmente me lleva cinco días hasta que puedo volver a mi trabajo en la construcción. Duermo unos días más. Bueno, esta vez probé Suboxone inyectable porque tenía que estar mejor para ir a trabajar. Hice un día entero de abstinencia precipitada, luego me inyecté 8 mg de Suboxone, ¿y qué pasó? No sentí el colicón... y después de 30 minutos empecé a sentir náuseas. Así que la naltrexona queda fuera de competencia, y ahí entra la buprenorfina...”

—LA EVIDENCIA—

DIPOSITIVA 11:

Esta diapositiva muestra una publicación en un foro sobre drogas.

En el ejemplo, esta persona publica su experiencia con el uso de TAM para su consumo diario de heroína. Se le dio naltrexona de liberación prolongada y le provocó una abstinencia precipitada. Luego describe que tomó buprenorfina un día después de la naltrexona para detener su abstinencia precipitada.

Nota: El facilitador debe aclarar que este lapso para la sustitución de fármacos no es un protocolo terapéutico recomendado (pasar de naltrexona XR a buprenorfina). La publicación de esta persona destaca el bajo riesgo que conlleva reemplazar un antagonista por un agonista parcial.

Fuente: Drugs Forum. Disponible en: <https://drugs-forum.com/forum/showthread.php?t=255209>

Buprenorfina

MIENTRAS TANTO... LA PERSPECTIVA DE OTRO CLIENTE

«Tomé 10 mg de naltrexona hace 25 horas. Me causó una abstinencia precipitada terrible, así que tomé 8 mg de Suboxone dos horas después pensando que iba a ser más potente que la naltrexona. El Suboxone no me hizo nada, quizás porque su afinidad de unión es más débil que la naltrexona, y por eso no pudo entrar.

Adelanto la película y ahora ya tengo algo de droga. Ayer el Suboxone no hizo efecto por la naltrexona que había tomado algunas horas antes. ¿Esto significa que puedo olvidarme del tiempo de bloqueo de la bup, porque nunca llegó a unirse a mis receptores (a causa de la naltrexona)? ¿O la bup se desilzó dentro de mis receptores después de que la naltrexona salió, aunque al principio estaba inactiva?

Lo que estoy tratando de entender es si debo respetar el plazo de bloqueo de los 8 mg de bup, o de 10 mg de naltrexona para saber cuándo la droga me va a colocar. ¡Chau!

Corrijo: Guuuu, ahora estoy cabeceando. Tomé un paquete hoy más temprano. Después otro hace como una hora. Creo que atravesé el bloqueo”.

—LA EVIDENCIA—

DIPOSITIVA 12:

Esta es otra publicación en un foro online sobre drogas. Destaca el alto nivel de conocimiento que tienen la mayoría de los clientes con respecto a manejar su propia abstinencia (o intentos de sentirse drogados). También destaca los esfuerzos singulares que hace el cliente para determinar la afinidad de unión de un antagonista (naltrexona oral) en comparación con un agonista parcial (buprenorfina) y con un agonista completo (heroína).

Buprenorfina

REDUCCIÓN PROGRESIVA DE LA BUPRENORFINA



- La puede iniciar el cliente o el profesional de la salud
- Puede ser rápida o lenta (se recomienda lenta)
- Los clientes suelen preocuparse cuando están con las dosis más bajas
- Si la suspensión es parte del alta del cliente, siga los principios generales, con argumentos claros, ofrezca ayuda para encontrar tratamiento en otro lado, y tenga en cuenta la necesidad del cliente.

—LA EVIDENCIA—

DIPOSITIVA 13:

Las suspensiones en general deben ser graduales e individualizadas. Cuando la suspensión la pide el cliente, los prestadores de servicios de salud deben explicarles cuál es la relación riesgo-beneficio.

Buprenorfina

SUSPENSIÓN PLANIFICADA

Introduzca su dosis estable* de buprenorfina actual: 16.00 mg/día

Introduzca una fecha de inicio diferente: 20/04/2017

Enviar

Imprima esta tabla

Fecha	Día	Dosis
Jueves 20 de abril de 2017	1	16.00 mg
Viernes 21 de abril de 2017	2	12.00 mg
Sábado 22 de abril de 2017	3	12.00 mg
Domingo 23 de abril de 2017	4	12.00 mg
Lunes 24 de abril de 2017	5	12.00 mg
Martes 25 de abril de 2017	6	8.00 mg
Miércoles 26 de abril de 2017	7	8.00 mg
Jueves 27 de abril de 2017	8	8.00 mg
Viernes 28 de abril de 2017	9	8.00 mg
Sábado 29 de abril de 2017	10	8.00 mg
Domingo 30 de abril de 2017	11	4.00 mg
Lunes 1 de mayo de 2017	12	4.00 mg
Martes 2 de mayo de 2017	13	4.00 mg
Miércoles 3 de mayo de 2017	14	4.00 mg

—LA EVIDENCIA—

DIPOSITIVA 14:

Los prestadores pueden usar un calendario cuando los clientes planifican la suspensión gradual de buprenorfina. Este sitio puede resultar útil para desarrollar un plan de deshabitación:

www.helpmegetoffdrugs.com/taper

Buprenorfina

SUSPENSIÓN PLANIFICADA

			
8 mg	4 mg	2 mg	
			
1 mg	0.5 mg	0.25 mg	0.13 mg

DIFFUSIÓN DE INTERVENCIÓNES FUNDADAS EN LA EVIDENCIA

DIAPPOSITIVA 15:

Un cliente (que toma la película sublingual) puede cortar la tira en tamaños cada vez más pequeños como parte de su plan de deshabituación.

Buprenorfina

CRONOGRAMA DE ABSTINENCIA

Los clientes describieron las siguientes etapas generales para los síntomas de abstinencia de Suboxone:

- **72 horas:** Síntomas físicos en su peor expresión
 - Náuseas y vómitos
 - Dolor muscular/corporal
 - Insomnio o somnolencia
 - Indigestión
 - Ansiedad, depresión e irritabilidad
 - Deseo compulsivo de consumir
 - Fiebre o escalofríos
 - Sudoración
 - Cefalea
 - Dificultad para concentrarse
- **1 semana:** Dolores y molestias corporales, insomnio y cambios de humor
- **2 semanas:** Depresión
- **1 mes:** Compulsiones y depresión

DIFFUSIÓN DE INTERVENCIÓNES FUNDADAS EN LA EVIDENCIA

DIAPPOSITIVA 16:

Los clientes describieron los siguientes síntomas de abstinencia en un período de 72 horas a un mes después de suspender la buprenorfina. Sin embargo, los síntomas psicológicos y las compulsiones pueden durar años después de la fase aguda de abstinencia.

Fuente: Recovery.org. Suboxone Withdrawal. 17 de agosto de 2018. Disponible en: <https://www.recovery.org/topics/suboxone/>

Buprenorfina

GRAVEDAD DEL OPIOIDE:

Síntomas de abstinencia después de una suspensión abrupta de dosis equivalentes de heroína, buprenorfina y metadona



DIFFUSIÓN DE INTERVENCIÓNES FUNDADAS EN LA EVIDENCIA

DIAPPOSITIVA 17:

Si bien la buprenorfina no tiene un patrón de abstinencia, es menos intensa que la de heroína o la metadona.

Fuente: Kosten TR, O'Connor PG. Management of Drug and Alcohol Withdrawal. New Engl J Med. 2003; 348(18): 1786-95.

CIERRE

El último punto de nuestra capacitación es abordar el tema del dolor y los trastornos mentales.



MÓDULO 15:

Los trastornos mentales y por consumo de sustancias

Temas abordados: Los trastornos mentales y los trastornos por consumo de sustancias

OBJETIVOS

Al finalizar este módulo, los participantes habrán logrado lo siguiente:

- Identificar datos existentes, incluida la falta de evidencia, para el tratamiento de trastornos mentales en presencia de trastornos por consumo de opioides.
- Analizar las opiniones existentes de expertos para crear planes terapéuticos para clientes con trastornos concomitantes de salud mental y por consumo de sustancias.



Modalidad de instrucción

- Exposición

MATERIALES NECESARIOS



POWERPOINT

- **Nota:** la computadora para reproducir el PowerPoint debe poder conectarse a Internet y proyectar la presentación para la clase.



HOJAS DE ROTAFOLIOS



MATERIALES DE REFERENCIA

- Manual de implementación para la intervención *Integración del tratamiento con buprenorfina para el trastorno por consumo de opioides en la atención primaria del VIH*: <https://nextlevel.targethiv.org/deii/buprenorphine>

DESARROLLO

Los facilitadores explicarán que no hay evidencia suficiente para orientar el tratamiento de los clientes con trastornos concomitantes de salud mental y abuso de sustancias. Ofrecerán algunos principios esenciales para guiar la práctica.

Luego analizarán la evidencia basada en farmacoterapia y en psicoterapia disponible para el tratamiento de la depresión, el trastorno de estrés postraumático (TEPT), el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) y los trastornos de ansiedad concomitantes con trastornos por abuso de sustancias. Los facilitadores indicarán en qué casos hay datos específicos disponibles en torno al tratamiento de esas enfermedades mentales en presencia del trastorno por consumo de opioides.

Palabras y frases claves

- Farmacoterapia
- Psicoterapia
- Depresión
- Trastorno de estrés postraumático (TEPT)
- Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH)
- Ansiedad



**Duración
aproximada de la
sesión.**

Total: 15 minutos



DIAPPOSITIVA 1:

En este módulo estudiaremos la intersección y el tratamiento para los clientes con diagnóstico dual de trastornos de salud mental y por consumo de sustancias

Buprenorfina

TRATAMIENTOS DE SALUD MENTAL:
¿Hay recetas mágicas?

- No hemos encontrado datos que avalen que determinados diagnósticos se tratan mejor con fármacos para el TCO o especialmente en clientes que toman buprenorfina.
- Sin embargo, existen muchos estudios que documentan tasas más altas de diagnósticos de salud mental en esta población.
- La esencia de la bibliografía es que el tratamiento de la enfermedad psiquiátrica se debe realizar como si no hubiera TCO, y adaptarlo al cliente específico en cuanto a la tolerancia, la eficacia y las preferencias con respecto a los fármacos.
- Es evidente que el uso de sedantes sería el más preocupante, especialmente las benzodiazepinas.

NO. NO HAY RECETAS MÁGICAS.

DIFUSIÓN DE INTERVENCIÓNES FUNDADAS EN LA EVIDENCIA

DIAPPOSITIVA 2:

No se conocen muy bien las mejores opciones terapéuticas para diagnósticos específicos de salud mental en el ámbito del TCS y, en especial, para clientes que toman buprenorfina. Un aspecto importante a tener en cuenta es la necesidad de ser cautos con cualquier medicamento que tenga propiedades sedantes a causa de las interacciones farmacológicas. Lo más preocupante serían las benzodiazepinas, pero habría que verificar las interacciones de otros medicamentos en forma individual, y supervisarlos adecuadamente.

Buprenorfina

FARMACOTERAPIA PARA LA DEPRESIÓN

Farmacoterapia:

- Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS):** (Fluoxetina, sertralina, etc.)
 - De "primera línea" gracias a su perfil de seguridad, y generalmente bien toleradas
 - Afectan el sistema citocromo P450, por lo cual hay que prestar atención a las interacciones farmacológicas
- Inhibidores de la recaptación de serotonina y norepinefrina (IRSN)** (venlafaxina, duloxetina):
 - Controlar presión arterial, en especial con venlafaxina
- Antidepresivos tricíclicos (ATC):**
 - Contraindicados para pacientes con conducción cardíaca lenta, fatales en sobredosis
 - Existe cierta evidencia positiva para tratar la depresión en pacientes en mantenimiento con metadona (Nunes et al. 1998; Woody et al. 1975; Titlevsky 1982)
- Inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO)**
 - Se requieren restricciones alimentarias
 - Se necesita un período de lavado al pasar de un IMAO irreversible a otro antidepresivo
- Otros:**
 - Bupropión (inhibidor de la recaptación de la norepinefrina y dopamina), mirtazapina (bloqueante alfa-2 adrenérgico), trazodona/nefazodona (antagonistas de los receptores 5-HT2)

DIFUSIÓN DE INTERVENCIÓNES FUNDADAS EN LA EVIDENCIA

DIAPPOSITIVA 3:

No existen pautas bien establecidas para el tratamiento de la depresión en la circunstancia específica de comorbilidad con un diagnóstico de TCO (o TCS). Las pautas generales y la experiencia del profesional que prescribe debería enfocarse en el valor de la terapia, la necesidad de verificar las interacciones farmacológicas de cualquier fármaco elegido, y la experiencia previa del cliente y su respuesta a los medicamentos.

Buprenorfina

PSICOTERAPIA PARA LA DEPRESIÓN (Cont.)



Psicoterapia:
Algunas de las psicoterapias fundadas en la evidencia incluyen las siguientes:

- Terapia cognitiva conductual (TCC)
- Terapia interpersonal (TIP) [Butler AC 2006; Van Hees ML 2013]

DIFUSIÓN DE INTERVENCIÓNES FUNDADAS EN LA EVIDENCIA

DIAPPOSITIVA 4:

Además de la farmacoterapia para la depresión, los enfoques terapéuticos como la terapia cognitiva conductual (TCC) y la terapia interpersonal (TIP) también pueden ser tratamientos eficaces.

Buprenorfina

PSICOTERAPIA PARA EL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO (TEPT)

- Estudios clínicos aleatorizados no controlados arrojaron resultados desiguales para distintas intervenciones integradas de terapia cognitiva conductual (TCC) en TEPT y TCS concomitantes, incluida TCC con y sin terapia de exposición prolongada para el TEPT.
- En un metanálisis realizado en 2015 se examinaron intervenciones para TEPT y TCS concomitantes en 14 estudios con 1506 participantes.
 - Los hallazgos indicaron que las intervenciones individuales (no grupales) de TCC enfocadas en la experiencia traumática en general incluyeron exposición, y si se realizaban junto con la intervención para el TCS eran más eficaces que el tratamiento habitual u otras afecciones comparables.
 - Se observó poca evidencia para las intervenciones no enfocadas en la experiencia traumática en formatos individuales o grupales. Los tratamientos integrados para TEPT y TCS se asociaron con una reducción, y no un aumento, del consumo de sustancias, y resultó que esta evidencia era de baja calidad. (Resumen de UpToDate, mayo de 2017, actualización).
- Las psicoterapias basadas en la evidencia para el TEPT incluyen terapia cognitiva conductual (TCC), incluida TCC basado en la exposición.
 - La TCC para tratar el TEPT consiste en una combinación de técnicas de psicoeducación, relajación y manejo de la ansiedad, técnicas cognitivas, exposición imaginaria e in vivo a estímulos relacionados con el trauma, y prevención de recaídas. (Gabbard et al. 2007)

DIFUSIÓN DE INTERVENCIONES FUNDADAS EN LA EVIDENCIA

DIAPPOSITIVA 5:

Con respecto al TEPT y la psicoterapia, una variedad de estudios de distinta magnitud indican beneficios potenciales de la TCC individual focalizada en el trauma en combinación con terapia para el TCS. La mayoría de los estudios no indicaban el problema específico del consumo de sustancias.

Buprenorfina

FARMACOTERAPIA PARA EL TEPT (Cont.)

Se han probado muchos fármacos en pacientes con TEPT y TCS concomitantes en ensayos clínicos aleatorizados que no han arrojado evidencia clara y concluyente de su eficacia.

- En la mayoría de los ensayos participaron personas con trastorno por consumo de alcohol, IRS, naltrexona, prazosina (si no hay comorbilidad, para los pesadillas y el sueño) y N-acetilcisteína. (UpToDate, mayo de 2017, actualización).

Información adicional de Gabbard et al. 2007; Brady et al. y Nues et al. 2010:

- Algunos metanálisis y ensayos controlados aleatorizados publicados en general respaldan la superioridad de los IRS y los inhibidores de recaptación de serotonina y norepinefrina (IRSN) frente a placebo para el TEPT no relacionado con combates.
- Los datos para IRS y TEPT relacionado con combates son más débiles. La miltazapina y la nefazodona también han mostrado ser superiores frente a placebo para el tratamiento del TEPT.
- Otros fármacos con cierta indicación, a menudo en reportes no controlados, incluyen: carbamazepina, betabloqueantes, lítio, clonidina y benzodiazepinas.
- El tratamiento complementario con antipsicóticos de segunda generación en pacientes que tuvieron una respuesta parcial a un IRS o un IRSN también ha demostrado ser eficaz.

DIFUSIÓN DE INTERVENCIONES FUNDADAS EN LA EVIDENCIA

DIAPPOSITIVA 6:

Lo que cuenta aquí es la dificultad de tratar el TEPT en entornos sin TCS y que el tratamiento de TCS tiene menos datos y ninguno de ellos específico del TCO. Sin embargo, las pautas farmacológicas, como las que se indican en esta diapositiva y la anterior, pueden ayudar a evitar el tratamiento altamente sedante en clientes que toman buprenorfina.

Buprenorfina

LA COMORBILIDAD DEL TDAH Y EL TCS EN ADULTOS: Datos epidemiológicos

Replicación de la encuesta nacional de comorbilidad (N = 3199)

Encuestados	ADHD (%)	SUD (%)
Encuestados con TCS	10.8	3.8
Encuestados sin TCS	15.2	5.6

DIFUSIÓN DE INTERVENCIONES FUNDADAS EN LA EVIDENCIA

DIAPPOSITIVA 7:

Los datos a nivel nacional demuestran la significativa superposición entre el TCS y el TDAH.

Buprenorfina

TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD (TDAH)

Las intervenciones no farmacológicas que abarcan un amplio espectro de disciplinas, entre ellas, terapia conductual, intervenciones académicas, terapia familiar y coordinación de la atención han sido objeto de estudio en niños, pero no en adultos. (Murphy 2005)

Las intervenciones farmacológicas se dividen en estimulantes y no estimulantes:

- Los estimulantes han demostrado eficacia en numerosos ensayos doble ciego controlados con placebo.
 - Se consideran tratamientos de primera línea. Algunos ejemplos: metilfenidato y compuestos relacionados: dexmetilfenidato, y agéntes metilfenidato de acción más prolongada (por ejemplo, Concerta, Metadate CD, Ritalin LA), dextroamfetamina y mezcla de sales de anfetamina, y compuestos relacionados de acción más prolongada (Vyvanse, Adderall XR).
- No estimulantes:
 - La atomoxetina (Strattera) es el primer y único fármaco no estimulante aprobado por la FDA para el tratamiento del TDAH en adultos.
 - Otros fármacos que demuestran cierta eficacia incluyen: bupropión, agonistas alfa (guanfacina, clonidina; ambos aprobados por la FDA para el tratamiento del TDAH en niños y adolescentes), modafinilo, antidepresivos tricíclicos e IMAO.

DIFUSIÓN DE INTERVENCIONES FUNDADAS EN LA EVIDENCIA

DIAPPOSITIVA 8:

La diapositiva muestra las opciones convencionales para tratar el TDAH. Sin embargo, en presencia de TCS concomitante, entran en juego otros factores que abordaremos en las siguientes diapositivas.

Fuente: Psychiatric Comorbidities Diagnosis and Treatment of Comorbid Psychiatric Disorders and Opioid Use Disorders Frances R. Levin, MD Kennedy-Leavy Professor of Psychiatry Columbia University Medical Center/ New York State Psychiatric Institute Elizabeth A. Evans, MD Fellow, Division on Substance Abuse Department of Psychiatry New York State Psychiatric Institute/Columbia University Medical Center.

Buprenorfina

TDAH (Cont.)

No existen datos sobre TDAH-TCO que sirvan para guiar el tratamiento.

Sin embargo, los estudios con TDAH-TCS revelan lo siguiente:

- Atomoxetina: tratamiento de primera línea, particularmente demostró ser de ayuda para personas alcohólicas en abstinencia, y los que padecen trastornos de fics. Altas tasas de abandono al administrarla a cocainómanos con TDAH. (Levin et al. 2009)
- Bupropión (uso "extraoficial": no aprobado por la FDA para el TDAH):
 - Eficaz para dejar de fumar.
 - Útil en trastornos del estado de ánimo concomitantes.
 - Estudios abiertos muestran mejores resultados para TDAH/TCS/estados de ánimo
- Guanfacina, modafinilo, antidepresivos tricíclicos ("extraoficiales"): Wiers 2004; Riggs 1998; Schubiner 2005; Wilson and Levin 2005; Mariani and Levin 2007

DIFUSIÓN DE INTERVENCIÓNES FUNDADAS EN LA EVIDENCIA

DIAPPOSITIVA 9:

El diagnóstico del TDAH requiere suma precaución. Como suele suceder, las directrices recomiendan primero el tratamiento del TCS, luego la estabilización, realizar un diagnóstico y comenzar el tratamiento para el TDAH. En la vida real estas situaciones quizás no estén tan definidas. Sin embargo, evitar la farmacoterapia con estimulantes se considera la primera línea del tratamiento en general para personas con TCS.

Buprenorfina

TDAH: OTRAS INQUIETUDES

- El uso de estimulantes en clientes con problemas de abuso de sustancias es un tema complejo y controvertido.
- Utilice estimulantes con fórmulas de liberación prolongada (metilfenidato OROS, d-metilfenidato, sales mixtas de anfetamina o metilfenidato).
- Controle estrictamente tanto los síntomas del TDAH como el patrón de consumo de alcohol/drogas.
- Si el TCS es severo, se puede derivar a intervención intensiva antes de comenzar con la medicación.
 - Quizás deba evitar los estimulantes si el cliente presenta abuso/dependencia actual a estimulantes recetados o si existe el riesgo de que desvíe los fármacos (si en el pasado vendía medicamentos, por ej.).
- Enfoques no farmacológicos
 - Para el TCS: psicoterapia grupal e individual (terapia cognitiva conductual), terapia de autoayuda para adolescentes y adultos jóvenes.
 - Para el TDAH: terapia cognitiva conductual y asesores institucionales.

DIFUSIÓN DE INTERVENCIÓNES FUNDADAS EN LA EVIDENCIA

DIAPPOSITIVA 10:

En clientes que no tienen antecedentes de abuso de estimulantes, cocaína o drogas de síntesis, se puede usar un estimulante de acción prolongada con supervisión constante para detectar signos de abuso, adicción o desvío.

Buprenorfina

TRASTORNOS DE ANSIEDAD

- Tratamiento de primera línea con terapia cognitiva conductual (TCC) que aborde ambos trastornos por sobre otros tratamientos.
- Para los clientes que prefieren tratamiento farmacológico en lugar de TCC, o si no hay TCC, sugerimos tratamiento de primera línea para los trastornos vinculados a la ansiedad con un inhibidor selectivo de recaptación de serotonina (ISRS) o un inhibidor de la recaptación serotonina-norpinefrina (IRSN).
- Preferimos el politerapia con TCC integrada y un ISRS o IRSN en lugar de TCC o un antidepresivo serotoninérgico solo en clientes con un trastorno vinculado a la ansiedad y TCS, en los siguientes casos:
 - Si el trastorno de la ansiedad anteriormente respondió al tratamiento con un antidepresivo serotoninérgico.
 - Si el trastorno de ansiedad es severo o incapacitante. Los trastornos están acompañados por otras comorbilidades (como depresión).
 - Si el trastorno de ansiedad no logra responder adecuadamente al tratamiento con cualquiera de las dos modalidades como monoterapia.

DIFUSIÓN DE INTERVENCIÓNES FUNDADAS EN LA EVIDENCIA

De la Licéate: Revisión bibliográfica vigente hasta: Julio de 2018. | Última actualización de este tema: 26 de mayo de 2017.

DIAPPOSITIVA 11:

El tratamiento de la ansiedad presenta una preocupación particular debido a los patrones de la práctica en la comunidad que suelen centrarse en las benzodiazepinas, que serían inapropiadas en el entorno del tratamiento con buprenorfina. (Nota: los facilitadores deberán enfatizar las directrices que se especifican en esta diapositiva, ya que representan la poca evidencia disponible, y ayudan a mantener la seguridad en la práctica).

CIERRE

El último módulo aborda mejores prácticas para el tratamiento del dolor crónico y agudo en el entorno del tratamiento con buprenorfina.



MÓDULO 16:

El dolor y los trastornos por consumo de sustancias

Temas abordados: El dolor y los trastornos por consumo de sustancias

OBJETIVOS

Al finalizar este módulo, los participantes habrán logrado lo siguiente:

- Analizar enfoques diferentes vinculados al dolor crónico frente al dolor agudo en el entorno del tratamiento con buprenorfina.
- Indicar prácticas actuales y futuras para el manejo del dolor agudo.
- Evaluar opciones terapéuticas para el dolor crónico y agudo.

MATERIALES NECESARIOS



POWERPOINT

- **Nota:** la computadora para reproducir el PowerPoint debe poder conectarse a Internet y proyectar la presentación para la clase.



HOJAS DE ROTAFOLIOS



MATERIALES DE REFERENCIA

- Manual de implementación para la intervención *Integración del tratamiento con buprenorfina para el trastorno por consumo de opioides en la atención primaria del VIH*: <https://nextlevel.targethiv.org/deii/buprenorphine>



Modalidad de instrucción

- Exposición
- Preguntas y respuestas

Palabras y frases claves

- *Dolor crónico*
- *Dolor agudo*
- *Analgesia*

DESARROLLO

Los facilitadores comienzan explicando los distintos abordajes para tratar el dolor crónico y agudo (como traumatismo o cirugía mayor) en clientes que toman buprenorfina para el trastorno por consumo de opioides.

Luego analizan las inquietudes teóricas y la evidencia que existe en torno a la buprenorfina en el ámbito del manejo del dolor crónico y agudo.

Los facilitadores explican cuáles son las pautas actuales para el manejo del dolor agudo leve, moderado y severo en los clientes que reciben tratamiento con buprenorfina. También describen cómo están evolucionando las pautas terapéuticas y aconsejan a los prestadores de servicios de salud que se pongan en contacto con sus sistemas hospitalarios locales para familiarizarse con las políticas y los procedimientos vinculados al manejo peri-quirúrgico.



**Duración
aproximada de la
sesión.**

Total: 15 minutos

**DIPOSITIVA 1:**

En este módulo nos dedicaremos a la relación entre el dolor y el trastorno por consumo de sustancias.

Buprenorfina

EL DOLOR Y LA BUPRENORFINA



Dos casos bastante diferentes:

1. Clientes con problemas de dolor crónico y que están en tratamiento con buprenorfina para el TCO.
2. Clientes que toman buprenorfina para el TCO y necesitan tratamiento para el dolor agudo (posquirúrgico, trauma)

DIFUSIÓN DE INTERVENCIONES FUNDADAS EN LA EVIDENCIA

DIPOSITIVA 2:

El dolor crónico y el dolor agudo son abordados desde ángulos muy diferentes en el ámbito de la prescripción de buprenorfina. Es necesario tener en cuenta los problemas de dolor crónico antes de recetar buprenorfina para el TCO.

Buprenorfina

LA BUPRENORFINA COMO ANALGÉSICO

Algunos estudios pequeños en Europa y Asia demuestran la eficacia analgésica de la fórmula sublingual (0.2 a 0.8 mg c/6-8 h) para el dolor posoperatorio sin tratamiento previo con opioides.

Efecto techo en el sistema nervioso central y depresión respiratoria.

El efecto techo analgésico es INCIERTO:

- Los datos sobre el efecto techo analgésico en modelos animales son disímiles.
- **NO** hay datos publicados que indiquen un efecto techo analgésico en humanos.

DIFUSIÓN DE INTERVENCIONES FUNDADAS EN LA EVIDENCIA

DIPOSITIVA 3:

Para los clientes con dolor crónico de leve a moderado, se pueden observar beneficios notables con el tratamiento con buprenorfina, y se debe prestar especial atención al recomendar cómo dividir la dosis (cada 8 o 12 horas).

Fuentes: WG Edge, GM Cooper, M Morgan. Analgesic effects of sublingual buprenorphine. *Anaesthesia*. Mayo de 1979. Vol. 34, 463-467.

G. Moa, H. Zetterström. Sublingual buprenorphine as postoperative analgesic: a double-blind comparison with pethidine. *Acta Anaesthesiol Scand*. Enero de 1990.

Buprenorfina

LA BUPRENORFINA SUBLINGUAL Y EL DOLOR CRÓNICO

Reseña sistemática:

- 10 ensayos clínicos con 1190 clientes
- Dada la heterogeneidad de los estudios, no es posible tener resultados agrupados ni metanálisis.
- Todos los estudios demostraron eficacia para tratar el dolor crónico.
- La mayoría de los estudios eran observacionales y de baja calidad.
- La evidencia actual no es suficiente para determinar la eficacia de la buprenorfina sublingual en el tratamiento del dolor crónico.

Recuerde:
La buprenorfina está disponible en una fórmula transdérmica específicamente para el tratamiento del dolor crónico, y esa fórmula **NO** requiere una autorización de la DEA para su prescripción. **SIN EMBARGO**, esta fórmula **NO** se puede usar para tratar el trastorno por consumo de opioides (por licencia).

DIFUSIÓN DE INTERVENCIONES FUNDADAS EN LA EVIDENCIA

DIPOSITIVA 4:

Existen motivos (estudios fisiológicos y clínicos) para prever una respuesta del dolor a la buprenorfina.

Fuente: J Cote, L Montgomery. Sublingual Buprenorphine as an Analgesic in Chronic Pain: A Systematic Review. *Pain Medicine*. Julio de 2014. Vol. 15, Núm. 7, 1171-1178.

Buprenorfina

INQUIETUDES TEÓRICAS DEL MANTENIMIENTO CON BUPRENORFINA PARA EL DOLOR AGUDO

La buprenorfina (agonista parcial de los receptores μ) puede:

- Antagonizar los efectos de opioides administrados con anterioridad o bloquear los efectos de opioides administrados con posterioridad.

Sin embargo, en modelos experimentales en ratones y ratas:

- La combinación de buprenorfina y agonistas opioides completos (morfina, oxycodona, hidromorfona, fentanilo, etc.) causó efectos aditivos o sinérgicos.
- La ocupación de los receptores por parte de la buprenorfina no parece perjudicar la accesibilidad al receptor opioide μ .

DIFUSIÓN DE INTERVENCIÓN FUNDADA EN LA EVIDENCIA

DIAPPOSITIVA 5:

Existen motivos teóricos por los cuales los opioides no serían eficaces en presencia de buprenorfina, pero los modelos en animales no son concluyentes.

Fuentes: T Christoph, B Kögel, K Schiene, et ál. Broad analgesic profile of buprenorphine in rodent models of acute and chronic pain. *European Journal of Pharmacology*. Enero de 2005. Vol. 507, Núm. 1-3, 87-98. W Englberger, B Kögel, E Friderichs, et ál. Reversibility of opioid receptor occupancy of buprenorphine in vivo. *European Journal of Pharmacology*. Marzo de 2006. 534 (1-3): 95-102.

Buprenorfina

MANEJO DEL DOLOR EN UN CLIENTE TRATADO CON SUBOXONE

Dolor leve (procedimientos odontológicos):

- Seguir con Suboxone
- Agregar fármacos no opioides (como paracetamol)

Dolor moderado (cirugías programadas):

- Suprimir Suboxone el día del procedimiento
- Manejar el dolor con opioides de acción corta
- Reanudar Suboxone al día siguiente

Dolor agudo intenso (cirugía mayor/traumatismo):

- A) Suprimir Suboxone o, B) Continuar Suboxone
- Usar analgésicos opioides
- Se puede cambiar a metadona



DIFUSIÓN DE INTERVENCIÓN FUNDADA EN LA EVIDENCIA

DIAPPOSITIVA 6:

El manejo del dolor agudo en clientes que toman buprenorfina es un campo en evolución. Se han utilizado las opciones descritas en la diapositiva, aunque las directrices actuales para la práctica están en constante cambio e incluyen mantener la buprenorfina en pacientes internados por consumo de opiáceos y una supervisión estricta en casos de cirugía mayor. Grandes sistemas hospitalarios han elaborado directrices para el manejo periquirúrgico de clientes que toman buprenorfina. Contactar a sus hospitales locales para comprender sus políticas sería de mucha utilidad.

Buprenorfina

PERSPECTIVAS FUTURAS

- Los enfermeros y auxiliares médicos pueden prescribir: Ley CARA (Ley Integral sobre recuperaciones y adicción)
- La medicina de la adicción está reconocida oficialmente como una subespecialidad médica
- Probuphine: buprenorfina inyectable de acción prolongada, una vez por mes, estudio clínico en progreso
- Proyecto ECHO (Extensión de resultados asistenciales en la comunidad)
- Terapeutas de salud conductual del TAM
- Pares que ayudan en la recuperación
- Consultas de medicina de la adicción en hospitales
- Otros grupos basados en centros de salud (grupos de arteterapia, reducción de daños, etc.)
- Coordinación con instituciones externas (programas de 12 pasos, vivienda, programas de tratamiento pro buprenorfina).
- ¿Otras ideas?

DIFUSIÓN DE INTERVENCIÓN FUNDADA EN LA EVIDENCIA

DIAPPOSITIVA 7:

Así termina nuestra capacitación. Para concluir, tenga en cuenta las tendencias que se explican en la diapositiva. Son algunos temas que se están desarrollando en el ámbito del TAM y OBOT:

(Nota: Los facilitadores deberían pensar en actualizar estas tendencias con información adicional para futuras capacitaciones).

Buprenorfina

RECURSOS



DIFUSIÓN DE INTERVENCIÓN FUNDADA EN LA EVIDENCIA

DIAPPOSITIVA 8:

Si se necesita apoyo adicional, esta diapositiva contiene una lista de instituciones que se suelen utilizar como referencia, y recursos vinculados al TAM/OBOT.

CIERRE

Así concluye nuestra capacitación. Ahora responderemos las preguntas de los participantes.

ANEXOS

Anexo 1:

Planilla para la preparación del lugar

Ítem	Sí / No	Si la respuesta es «no», cómo seguir	Comentarios
Directores administrativos			
Actitud positiva hacia el tratamiento con buprenorfina y las metas a alcanzar	Al nivel del centro de salud Al nivel del sistema		Se tiene en cuenta la política de la organización
Médicos autorizados para recetar			Se incluyen profesionales que recetan y que no pertenecen al equipo de la intervención
Espacio			
Espacio físico para visitas, inducción (<i>puede ser en consultorio si la visita dura más de lo previsto</i>)			Cronogramas de inducción y espacio disponible
Consultorios para el personal del equipo			
Capacitación para el personal del equipo			
Consejero clínico identificado https://pcssnow.org/mentoring			Importante mientras se gana experiencia
Los miembros del equipo actúan como responsables del programa			Para el personal del centro de salud del VIH este equipo es un recurso
Consejero disponible para abuso de sustancias			Es mejor si tiene experiencia específica con la buprenorfina

Anexo

Planilla para la preparación del lugar (Cont.)

Ítem	Sí / No	Si la respuesta es «no», cómo seguir	Comentarios
Miembro del equipo designado para abordar cuestiones vinculadas al seguro de salud específicas para la buprenorfina.			Podría ser otro miembro del personal clínico (farmacéutico)
Garantizar acceso para el paciente (vacaciones del equipo, etc.)			Médicos autorizados a recetar
Capacitación para todo el personal			
Capacitaciones previas o planificadas sobre la reducción de daños, las adicciones y la atención para el manejo de la situación traumática			Conocimiento por parte de todo el personal
Todo el personal está orientado al nuevo programa de buprenorfina			Tiempo asignado/planificado para actualizaciones periódicas para todo el personal La función de todo el personal en el grado de compromiso del paciente
Capacitaciones relacionadas con el programa disponibles para el personal que no pertenece al equipo de la intervención			Materiales para la capacitación Visitas en la institución: ofrecer estas visitas en la medida de lo posible
Asesoramiento al personal de la mesa de entradas con respecto a la abstinencia de los opioides			Se presentan y se explican situaciones por medio de escenarios

Anexo

Planilla para la preparación del lugar (Cont.)

Ítem	Sí / No	Si la respuesta es «no», cómo seguir	Comentarios
Auxiliares y personal de enfermería preparados para trabajar con los pacientes en abstinencia			Ofrecer capacitación y apoyo adicional para el personal
Tecnología			
Tecnología (computadora, Internet, etc.) para la introducción de datos (a los efectos de subsidios)			
Sistemas internos			
Proceso de derivaciones internas para buprenorfina Proceso de ingresos/derivaciones externas para buprenorfina		 ¿Su institución aceptará derivaciones externas?
¿Derivación interna disponible? Salud mental Alcohol y drogas			

Anexo

Planilla para la preparación del lugar (Cont.)

Ítem	Sí / No	Si la respuesta es «no», cómo seguir	Comentarios
Está definida la cobertura médica/pago para la buprenorfina			Se conocen las políticas comerciales, de Medicaid y ADAP Se identifica el proceso de los programas de asistencia al paciente
Planes farmacéuticos			Abastecimiento de buprenorfina en una farmacia externa o dentro de la institución
Sistemas externos			
Están definidas las redes de derivación			
Apoyo psicológico		
Asesoramiento y tratamiento para el TCS		
Desintoxicación			
Metadona			
Se completan memorandos de entendimiento de ser necesario			
Ítem	Sí / No	Si la respuesta es «no», cómo seguir	Comentarios
<u>Expectativas para el futuro</u>			
Plan de comunicación interna para su personal y su institución			
Plan de comunicación externa para la comunidad (socios, centros de derivación, etc.)			
Elaboración de protocolos y procedimientos			

Anexo 2:

Planilla de evaluación para el manejo de la situación traumática

Nombre de la institución: _____

Revisores: _____

Fecha de la evaluación: _____

Evaluación de la organización

Entorno favorable para el manejo de la situación traumática

	SI	NO	NO SE OBSERVÓ
Letrero de bienvenida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
El recibimiento en la institución fue cordial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
El personal es amable/respetuoso/afectuoso/cordial/ tranquilo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Los consultorios del personal son agradables/ motivadores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Salas de relajación/sanación/meditación o áreas de confort, privacidad, tranquilidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Espacio para hacer llamadas telefónicas privadas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Objetos didácticos o kits (masa para modelar, crayones, toallitas, mantas, etc.) disponibles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hay juguetes y materiales adecuados para la edad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Peceras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Opción de zooterapia/oportunidad de interactuar con una mascota	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fuentes y cascadas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Plantas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Música relajante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aromas tranquilizantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Colores relajantes y tranquilizantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pisos/alfombras seguros y no institucionales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	SI	NO	NO SE OBSERVÓ
La iluminación es suave y relajante (sin marcas institucionales ni lámparas fluorescentes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Luz natural	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Los horarios de atención son adecuados para los consumidores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Las ilustraciones:			
Destacan el empoderamiento, la esperanza y la recuperación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muestran diversidad cultural	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Están realizadas por consumidores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Son tranquilizantes y relajantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se muestran y se celebran los logros de los consumidores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Letreros claros, concisos y positivos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Letreros en español	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se examina/evalúa a los consumidores para saber si se encuentran en una situación traumática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
El consumidor es derivado a servicios/derivación especializados en situaciones traumáticas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hay afiches sobre los «Derechos del consumidor» (se incluyen los derechos vinculados a las experiencias traumáticas) en varios lugares, claramente visibles y con información sobre los derechos del consumidor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se enseña a los consumidores y sus familiares acerca de diagnósticos y tratamientos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se les informa a los consumidores cualquier modificación en el cronograma del día	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hay materiales disponibles acerca de situaciones traumáticas/reducción del estrés/bienestar/recuperación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hay material de lectura en inglés y en español en el área de recepción	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hay materiales de programas de veteranos en el área de recepción	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hay material de lectura específico para cada género	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Las salas de conferencias y los consultorios son insonorizados para garantizar la confidencialidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	SI	NO	NO SE OBSERVÓ
Se ofrece ayuda para completar documentos o encuestas si es necesario (nivel de lectura, cintas de audio)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se invita a los consumidores a dar su opinión (encuestas) acerca de los servicios/experiencias. Se explica la política de reclamos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se alienta a los consumidores a dar una devolución <u>inmediata</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Los asientos respetan el espacio personal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Los consumidores tienen la oportunidad de completar formularios por Internet antes de la cita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si hay un área para fumadores, es segura y está de 15 a 20 pies (4 a 6 metros) del edificio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se ofrece agua o bebidas descafeinadas a los consumidores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
El ambiente muestra que se presta atención constante a las prácticas de seguridad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estacionamiento designado y adecuado para los consumidores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La playa de estacionamiento está iluminada y es segura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hay lugar para guardar bicicletas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La ubicación del consultorio es segura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Contención por medio de pares y especialistas en bienestar contratados por la institución	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hay juegos recreativos apropiados para la edad, manualidades, equipos deportivos, actividades de esparcimiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se ofrece capacitación continua para el personal sobre la atención para el manejo de la situación traumática (incluso en caso de nueva experiencia traumática)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Entorno que NO es favorable para el manejo de la situación traumática (Los "No" son observaciones positivas)

	SI	NO	NO SE OBSERVÓ
El personal identifica a los consumidores por su nombre y apellido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ropa del personal (uniformes, identificación)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
El personal no es amable/cordial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hay guardias y procedimientos de seguridad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estacionamiento especial para el personal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
El personal habla con los consumidores detrás de un escritorio o sin mirarlos mientras completa formularios en una computadora	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Los consumidores deben esperar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Letreros (listas de «qué hacer» y «qué no hacer», reglas, lenguaje de opresión, distinción «nosotros/ellos»)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mampara, muro o vidrio que separa a los consumidores del área de inscripción/admisión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muebles incómodos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sillas o sofás que no respetan el espacio personal (las salas grupales están llenas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sillas sin respaldo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Revestimientos de madera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Baños separados para el personal y los consumidores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
El área para fumadores se encuentra al lado de la puerta de entrada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ambiente ruidoso y caótico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Paredes descascaradas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Instalaciones sucias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Puertas que se cierran bruscamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sistemas de intercomunicación ruidosos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Las oficinas no son acogedoras, las puertas están cerradas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cubículos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	SI	NO	NO SE OBSERVÓ
Materiales religiosos disponibles en la recepción	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Temáticas religiosas en los consultorios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros: _____			

Observaciones generales:

¿Qué cosas le gustaron del entorno?

¿Qué cosas no le gustaron del entorno?

Fecha: _____ Entrevista de salida completada con _____
(Personal de la institución)

Deje al personal de la institución una copia de la evaluación del entorno para el manejo de la situación traumática.

Centros de rehabilitación (Complete esta parte si el edificio también funciona como centro de rehabilitación)

	SI	NO	NO SE OBSERVÓ
Hay interacción entre el personal y los consumidores (no están separados)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Espacio disponible para que el personal y los consumidores hablen en privado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Las etiquetas con el nombre son iguales para el personal y los consumidores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Los consumidores son amables y cordiales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Las reglas son estrictas y no apropiadas para la edad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Acceso a la privacidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prácticas de aislamiento y reclusión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Límites definidos entre hombres y mujeres (si el programa es para ambos géneros)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Capacidad de mover la cama adonde uno se sienta seguro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Los consumidores pueden personalizar sus habitaciones (poner fotos de sus seres queridos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Los consumidores pueden traer cosas que los hagan sentir seguros (reproductor de música para relajarse, luz para leer después de que se apaguen las luces, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si está prohibido fumar en el campus (se ofrecen parches para dejar de fumar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hay asientos disponibles en el exterior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fácil acceso a la naturaleza (espacios verdes, huerta y jardín con flores, árboles, bebederos y comederos para pájaros, estanque con peces)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Los medicamentos se administran en privado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Los comedores son cómodos (no del estilo de cafeterías)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Los consumidores participan activamente en la planificación del menú	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hay opciones de comidas y refrigerios saludables	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hay refrigerios, café y bebidas accesibles para consumidores y visitantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Actividades recreativas, artísticas y entretenimiento adecuados para la edad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	SI	NO	NO SE OBSERVÓ
Gimnasio equipado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Laberinto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Espacios para visitas de familiares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Otros: _____

Ítems para el seguimiento necesarios a partir de la evaluación del entorno:

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

Anexo 3:

Instrucciones para la inducción domiciliaria: Cómo iniciar el tratamiento con buprenorfina

¡Felicitaciones por empezar el tratamiento!

¿QUÉ TRAE EL PAQUETE?

- ✓ 4 comprimidos o películas de 8 mg de buprenorfina (Bup)
(*Hay muchas marcas diferentes y formas genéricas de buprenorfina. Estas son solo algunas).



- ✓ 6 comprimidos de ibuprofeno (200 mg): para el dolor, tome 1-2 comprimidos cada 8 horas según lo necesite
- ✓ 6 comprimidos de clonidina (0.1 mg): para la ansiedad, tome 1 comprimido cada 8 horas según lo necesite
- ✓ 6 comprimidos de imodium (2.0 mg): si tiene diarrea, tome 1 comp. después de cada deposición. Máximo: 6 comprimidos por día

¿CUÁNDO ESTOY LISTO/A PARA EMPEZAR CON LA BUP?

- ✓ Use la siguiente lista de síntomas para saber cuándo está preparado/a para empezar el tratamiento con buprenorfina.
- ✓ Tiene que esperar a tener **al menos 5 síntomas** para comenzar con la Bup. Si no tiene 5 síntomas, espere un poco más y vuelva a observar los síntomas. Es muy importante que espere hasta que sienta al menos 5 síntomas antes de empezar con la Bup.

Síntomas	¿Siento esto?
Tengo ganas de bostezar	<input type="checkbox"/> Sí
Estoy transpirando	<input type="checkbox"/> Sí
Me gotea la nariz	<input type="checkbox"/> Sí
Tengo piel de gallina	<input type="checkbox"/> Sí
Estoy temblando	<input type="checkbox"/> Sí
Tengo sofocones	<input type="checkbox"/> Sí
Me duelen los huesos y músculos	<input type="checkbox"/> Sí
No puedo quedarme sentado/a	<input type="checkbox"/> Sí
Tengo náuseas	<input type="checkbox"/> Sí
Tengo ganas de vomitar	<input type="checkbox"/> Sí
Tengo espasmos musculares	<input type="checkbox"/> Sí
Tengo cólicos estomacales	<input type="checkbox"/> Sí
Tengo ganas de consumir	<input type="checkbox"/> Sí

Reproducido de: Iniciativa Difusión de intervenciones fundadas en la evidencia. Manual de implementación para la intervención *Integración del tratamiento con buprenorfina para el trastorno por consumo de opioides en la atención primaria del VIH*. BORRADOR. <https://nextlevel.targethiv.org/sites/default/files/file-upload/interventions/Integrating-Buprenorphine-Manual.pdf>

Anexo

Instrucciones para la inducción domiciliaria: Cómo iniciar el tratamiento con buprenorfina (Cont.)

QUÉ COSAS **NO HAY QUE HACER** CON LA BUP

- ✗ NO tome la Bup cuando esté en pleno colicón. Se va a descomponer.
- ✗ NO tome la Bup con alcohol: esta combinación **no es segura**.
- ✗ NO tome la Bup con benzos (Xanax, Klonopin, Valium, Ativan) a menos que se las recete un médico que sepa que está tomando Bup.
- ✗ NO tome la Bup si está tomando analgésicos hasta que lo consulte con su médico.
- ✗ NO tome la Bup si está tomando más de 60 mg de metadona.
- ✗ NO trague la Bup: tiene que entrar en su cuerpo disolviéndose debajo de la lengua.
- ✗ NO pierda su Bup: no puede reponerla antes de la fecha de la receta.

CÓMO TOMAR LA BUP



- ✓ **Antes** de tomar la Bup, beba un poco de agua.
- ✓ Coloque la Bup debajo de la lengua.
- ✓ No coma ni beba nada hasta que la Bup se haya disuelto **por completo**.

PLAN

- Tome su última pastilla de heroína / metadona/ analgésico: _____
- Cuando tenga al menos 5 síntomas de esta lista, estará listo/a para empezar.
- Empiece con _____ comprimido o película sublingual.
- Espere _____ minutos.
- Si se siente igual o apenas un poco mejor, tome otro comprimido o película _____
- Espere 2 horas. Si aún se siente descompuesto/a o molesto/a, tome otro comprimido o película _____

¿PROBLEMAS? ¿PREGUNTAS?

- Llame a _____ al _____.
- Llame a _____ si se sigue sintiendo mal después de tomar un total de _____ comprimidos o películas (___ mg).

PRÓXIMOS PASOS

- Cita con _____ en _____
- Cita con el Dr. _____ en _____

Reproducido de: Iniciativa *Difusión de intervenciones fundadas en la evidencia*. Manual de implementación para la intervención *Integración del tratamiento con buprenorfina para el trastorno por consumo de opioides en la atención primaria del VIH*. BORRADOR. <https://nextlevel.targethiv.org/sites/default/files/file-upload/interventions/Integrating-Buprenorphine-Manual.pdf>

Anexo

Instrucciones para la inducción domiciliaria: Cómo iniciar el tratamiento con buprenorfina (Cont.)

QUÉ TOMÉ

	Hora	Cantidad de comprimidos o películas
Día 1	_____ a.m / p.m	_____
	_____ a.m / p.m	_____
	_____ a.m / p.m	_____
	_____ a.m / p.m	_____
Día 2.	_____ a.m / p.m	_____
	_____ a.m / p.m	_____
	_____ a.m / p.m	_____
	_____ a.m / p.m	_____
Día 3	_____ a.m / p.m	_____
	_____ a.m / p.m	_____
	_____ a.m / p.m	_____
	_____ a.m / p.m	_____

Anexo 4:

Texto preformateado para la Evaluación de buprenorfina

Evaluación de BUP = MSMBUPASSESS

SUBJETIVA

@NOMBRE@ es una persona de @EDAD@ @SEXO@ que tiene problemas de consumo de opioides. @ÉL@ viene peleando contra el consumo de ***. @ÉL@ nos cuenta algunas conductas vinculadas con @SU@ consumo de opioides, entre ellas:

Comprar o vender opiáceos	{SÍ/NO:63::"Sí"}
No puede controlar el consumo	{SÍ/NO:63::"Sí"}
Demasiado tiempo comprando, consumiendo o recuperándose	{SÍ/NO:63::"Sí"}
El consumo afecta negativamente el trabajo, el estudio o la vida familiar	{SÍ/NO:63::"Sí"}
Se pone en peligro a sí mismo/a o a los demás durante o después del consumo	{SÍ/NO:63::"Sí"}
¿@ÉL@ intentó dejar de consumir?	{SÍ/NO:63::"Sí"}

@ÉL@ {TIENE/NO TIENE:10028} antecedentes de intentos de deshabituación de opiáceos @ÉL@ {TIENE/NO TIENE:10028} un período de abstinencia del consumo de opiáceos en el pasado. *** Además del uso de opiáceos que describió, @ÉL@ informa sobre el consumo de otras sustancias:

Alcohol	{SÍ/NO:63::"Sí"}
Benzodiazepinas	{SÍ/NO:63::"Sí"}
Barbitúricos	{SÍ/NO:63::"Sí"}
Estimulantes	{SÍ/NO:63::"Sí"}
(anfetaminas, cocaína, crack, metanfetamina, etc.)	
Alucinógenos	{SÍ/NO:63::"Sí"}
Disolventes inhalados	{SÍ/NO:63::"Sí"}

Si la respuesta es «sí» a cualquiera de estas sustancias: detalles ***
(último consumo y frecuencia, vía de consumo, cantidades relativas)

Aunque @ÉL@ describe el patrón de consumo de sustancias anterior, @ÉL@ indica que @ÉL@ {TIENE/NO TIENE:10028} grandes problemas con el dolor crónico. ***

Además de estas preocupaciones acerca del consumo de sustancias, @ÉL@ {TOMA/NO TOMA:9024} medicamentos para el VIH y dice que @ÉL@ se saltó *** dosis en los últimos *** días, y que tuvo los siguientes efectos colaterales: {EFECTOS COLATERALES:10359}.

@ÉL@ ya fue evaluado para saber si padece enfermedades crónicas que requieren supervisión médica, tratamiento o prevención (como hepatitis, enfermedades de transmisión sexual, tuberculosis y tabaquismo). Estas afecciones están estables o en tratamiento.

Anexo

Texto preformateado para la Evaluación de buprenorfina (Cont.)

OBJETIVO:

@VS@

General: {GEN APP:50::"alerta, sin ansiedad aparente"}

15 minutos de 25 minutos en una conversación frente a frente analizando problemas y opciones de tratamiento para @SU@ consumo de opioides, revisando @SUS@ análisis de laboratorio y lo que significan, y elaborando un plan para @SU@ atención.

EVALUACIÓN / PLAN:

Diagnóstico preliminar según el DSM-5 de trastorno por consumo de opioides

En función de los antecedentes mencionados, así como del análisis de la historia clínica del cliente, @EL@ parece cumplir con los criterios de trastorno por consumo de opioides. Como {PRESENTA/NO PRESENTA :9024} indicios de consumo significativo de sedantes o alcohol, @ÉL@ {SÍ/NO:10028} requiere derivación a un programa terapéutico.

Le informé al cliente que @EL@ es un posible candidato para el tratamiento con buprenorfina, y que @EL@ deberá ir a ver al terapeuta de alcoholismo/drogadicción del centro de salud para realizar una evaluación formal, confirmación del diagnóstico y planificar la inducción.

Tras examinar los medicamentos, {EXISTEN/NO EXISTEN:9024} inquietudes por interacciones farmacológicas. Analizado por PDMP, se estableció que {EXISTEN/ NO EXISTEN:9024} inquietudes.

- Se pide una prueba de drogas en orina
- Se comenzó la educación sobre buprenorfina, y se recetarán «kits de rescate» una vez programada la inducción (clonidina y loperamida con analgésicos de venta libre)
- Se habló sobre la prevención de sobredosis y se recetó naltrexona.

@DIAG@

Anexo 5:

Cuadro de metabolización de los opioides

PRUEBAS DE DROGAS EN ORINA

Una guía de referencia para médicos



En esta guía:

Cuándo solicitar una prueba de drogas en orina

Dos tipos de pruebas

Cómo interpretar los resultados de la prueba

Como explicar la prueba a los pacientes



Pruebas de drogas en orina

¿Cuándo debo pedir una prueba de drogas en orina?

1. Antes de recetar sustancias controladas
2. Regularmente durante el tratamiento
 - Para todos los pacientes, cada 6 meses como mínimo
 - Con más frecuencia para los pacientes con mayor riesgo

Algunos factores de riesgo: antecedentes personales o familiares de consumo de sustancias, tabaquismo, trastornos mentales, tener menos de 45 años, raza caucásica y señales de alerta previas con ciertos comportamientos, por ejemplo, solicitar reposiciones de medicamentos antes de tiempo, perder recetas, obtener opioides por otras vías o resultados imprevistos en pruebas de drogas en orina.

¿Qué tipos de prueba debo ordenar?

-O-	
PRUEBA DE DETECCIÓN	PRUEBA CONFIRMATORIA
<u>Método:</u> Enzimoimmunoanálisis (EIA)	<u>Método:</u> Cromatografía de gases / espectrometría de masas (GC/MS) o Cromatografía de líquidos y espectrometría de masas en tándem
<u>Logística:</u> Económica Rápida Amplia disponibilidad	<u>Logística:</u> Más costosa Tarda más Suele ser tercerizada
<u>Resultados:</u> Susceptible a resultados positivos falsos o negativos falsos (ver tabla) La detección de opiáceos no es sensible para opioides semisintéticos (oxicodona) o sintéticos (fentanilo)	<u>Resultados:</u> Muy sensibles Muy específicos Especifica fármacos dentro de una clase Indica la concentración incluso si es baja (sin valor de corte)

Anexo

Cuadro de metabolización de los opioides (Cont.)

Tabla: Guía rápida para realizar pruebas de drogas en orina

RESULTADOS

FÁRMACOS CONSUMIDOS	Resultados de pruebas de detección (EIA)											Resultados de pruebas de confirmación (GC/MS)											Tiempo de detección
	Anfetaminas	Barbitúricos	Benzodiazepinas	Buprenorfina	Cocaína	Metadona	Opiáceos	Oxicodona	PCP	Cannabis	Buprenorfina, norbuprenorfina	Codeína, norcodeína	Fentanilo	Hidrocodona	Hidromorfona	Meperidina, normeperidina	Metadona	Morfina	Oxicodona	Oximorfona	Heroína (6-MAM)		
Opioides recetados	Buprenorfina			⊕							⊕											1-6 días	
	Codeína						⊕				⊕		+					+				1-3 días	
	Fentanilo											⊕										24 horas	
	Hidrocodona												⊕									1-3 días	
	Hidromorfona							+						⊕								1-3 días	
	Meperidina															⊕						2-3 días	
	Metadona						⊕										⊕					1-3 días ²	
	Morfina							⊕							+			⊕				1-3 días ²	
	Oxicodona							+											⊕		+	24 horas	
	Oximorfona																			⊕		24 horas ²	
Drogas ilícitas	Anfetaminas	⊕																				1-3 días	
	Barbitúricos		⊕																			24 horas ²	
	Benzodiazepinas			+																		3 días ²	
	Cocaína					⊕																1-4 días ²	
	Heroína						⊕					+						⊕			+	1-3 días ²	
	PCP																					1-3 días ²	
	Cannabis																					1-3 días ²	
Otras	Semillas de amapola ⁴						F	F	F	F	F	F						F					
	Otros medicamentos ⁵	F	F	F	F	F	F	F	F	F													

- La sensibilidad de detección para los opioides semisintéticos varía según el laboratorio. En general, hidrocodona > hidromorfona > oxicodona. Cuanto más alta es la dosis, más probabilidad de obtener un resultado positivo. Se aconseja realizar una prueba confirmatoria, en especial para confirmar que dé negativo para un medicamento recetado.
- Si el consumo es crónico, se pueden necesitar tiempos de detección más prolongados. El 6-MAM es patognomónico para el consumo de heroína, y el tiempo de detección es de 12 a 24 horas.
- La prueba para benzodiazepinas probablemente dé positiva si se consume alprazolam o diazepam, y probablemente negativa si se consume clonazepam o lorazepam. Varía según el laboratorio.
- Comer muchas semillas de amapola (más de 3 rosquillas) puede arrojar un resultado positivo para opiáceos. Hay que repetir la prueba.
- A continuación se enumeran algunos medicamentos de uso común que pueden dar un resultado positivo falso en el análisis de detección. En ese caso, pedir una prueba confirmatoria.

Anfetaminas: bupropión, antidepresivos ISRS, clorpromazina, mexiliteno, pseudoefedrina, descongestivos, ranitidina, trazodona, labetalol.
Barbitúricos: ibuprofeno, naproxeno, fenitoína.
Benzodiazepinas: sertralina, oxaprozina.
Buprenorfina: tramadol, otros opioides.
Cocaína: no confirmado. Las hojas de coca o el uso dental raramente arrojan resultados positivos reales.
Metadona: difenhidramina, doxilamina, clomipramina, clorpromazina, quetiapina, tioridazina, tramadol, verapamilo.
Opiáceo: dextrometorfano, difenhidramina, fluoroquinolonas, quinina, rifampina.
Oxicodona: naloxona, consultar lista de «opiáceos».
PCP: dextrometorfano, difenhidramina, ibuprofeno, tramadol, venlafaxina.
Cannabis: dronabinol, IBP.

Cabe aclarar que el ibuprofeno NO causa falsos positivos en las pruebas modernas (antes sí sucedía).

Anexo

Cuadro de la metabolización de los opioides (Cont.)

Cómo interpretar los resultados de la prueba

¿Qué pasa si el resultado es **positivo para un fármaco no recetado**?

Puede deberse a lo siguiente:

1. Positivo falso (en la prueba de detección): pedir análisis confirmatorio
2. La sustancia detectada es un metabolito de un medicamento recetado (consultar vías metabólicas)
3. El paciente consumió el fármaco, o el fármaco con el cual se metaboliza (consultar las vías metabólicas de los opioides)
4. Error del laboratorio o contaminación de la muestra

**Tenga en cuenta todas las posibilidades antes de tomar decisiones sobre los resultados de la prueba en orina*

¿Qué pasa si el resultado es **negativo para un fármaco recetado**?

Puede deberse a lo siguiente:

1. El análisis para detectar drogas en orina no es confiable para detectar el fármaco recetado (ver Tabla): pedir análisis confirmatorio
2. El fármaco está presente pero la concentración es inferior al nivel de corte para un resultado positivo (en la prueba de detección): pedir análisis confirmatorio
3. La orina está diluida (causa psicológica o manipulación)
4. El paciente tiene un metabolismo rápido
5. El paciente no ha tomado el fármaco recientemente
6. El paciente está desviando el medicamento
7. La orina está adulterada o fue sustituida

**Tenga en cuenta todas las posibilidades antes de tomar decisiones sobre los resultados de la prueba en orina*

¿La muestra es válida?

Para ser válida, una muestra de orina tiene que cumplir con los siguientes requisitos:

- Temperatura de 90-100 °F (32-38 °C) (hasta 4 minutos después de la micción)
- PH 4.5 a 8.5
- Creatinina >20mg/dl
 - <20mg/dl está diluida
 - <5 no es compatible con orina humana

Explicación de la prueba de drogas en orina

Antes de pedir la muestra de orina, pregunte:

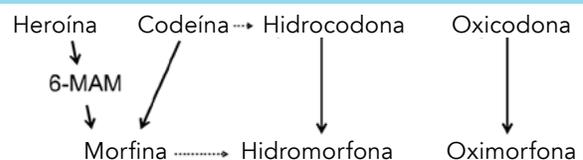
- ¿Cuándo tomó su última dosis? ¿Qué cantidad?
- ¿Tomó algún otro analgésico en la última semana?
- ¿Consumió alguna droga en la última semana?

**Documentar estos datos es fundamental para interpretar los resultados de una prueba*

Lenguaje para presentar las pruebas de drogas

- «Como parte del tratamiento [para el dolor] con medicamentos como [X], pido pruebas de orina para saber mejor si esos medicamentos son seguros para los pacientes».
- «La prueba mide una cantidad de medicamentos y drogas que podrían interferir con su tratamiento».
- «Esto lo hago con TODOS los pacientes que toman estos medicamentos».
- «Si encuentro algo fuera de lo normal, se lo comentaré y trabajaremos juntos para resolverlo».

Vías metabólicas de los opioides



Creado por Joanna L. Starrels, MD, MS y Bryan Wu, MS. Albert Einstein College of Medicine & Montefiore Medical Center. Bronx, NY. Respaldo por el Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas (5K23DA027719). Actualización: mayo de 2013.

Correo electrónico: jostarre@montefiore.org

Anexo 6:

Preparación para la presentación: Actualizaciones de la intervención de buprenorfina

ACTUALIZACIONES PARA LA INTERVENCIÓN DE BUPRENORFINA

Complete este formulario y tráigalo a la capacitación. El formulario le servirá como guía de la presentación que impartirá.

1. Cantidad total de clientes inscritos en la intervención: _____
2. Cantidad de clientes activos de los que están inscritos en la intervención: _____
3. Cantidad de clientes que ya no reciben atención: _____
Para los que no reciben atención, enumere los motivos (por ejemplo, se perdió durante el seguimiento, transición a un nivel de atención más alto)
4. **Inducciones:** Resuma brevemente su experiencia en inducciones hasta la fecha.
5. **Derivaciones:** Enumere las derivaciones que suele brindar a los clientes para otros servicios dentro de la comunidad.
6. **Naloxona:** ¿Cuál es la disponibilidad de kits de naloxona en su comunidad?
7. **Seguro médico:** ¿Alguna vez tuvo inconvenientes vinculados al seguro médico, como problemas con autorizaciones previas, cantidad de dosis o marcas?
8. **Personal:** ¿Alguna vez tuvo cambios de personal? ¿Qué consecuencias le ocasionaron esos cambios?
9. **Observaciones:** ¿Alguna vez tuvo algún inconveniente con la elaboración de gráficos? ¿Ha implementado alguna herramienta como las frases preformateadas con sistemas basados en Epic?
10. ¿Hay alguna otra actualización que desee compartir?

