

Tratamiento con buprenorfina para el trastorno por consumo de opioides en el cuidado primario del VIH

Guía de implementación de E2i

Una intervención basada en evidencia, adaptada para el Programa Ryan White de VIH/sida de la Administración de Recursos y Servicios de Salud, para reducir de manera segura el trastorno por uso de opioides y mejorar los resultados de salud del VIH entre las personas con VIH.

OTOÑO 2021



A SPECIAL PROJECT OF
NATIONAL SIGNIFICANCE

Autores

Expertos en intervención (Boston Health Care for the Homeless Program y Multnomah County Health Department)

Jessie Gaeta, MD

Michael MacVeigh, MD

Kristen Meyers

Centro de coordinación de asistencia técnica de E2i (The Fenway Institute y AIDS United)

Hilary Goldhammer, SM

Sean Cahill, PhD

Richard Cancio, MPH

Linda Marc, ScD, MPH

Mabel Sheau Fong Low, MPH

Massah Massaquoi, MPH

Alicia Downes, LMSW

Reagin Wiklund

Neeki Parsa

Hannah Bryant, MPH

Joseph D. Stango

Bryan Thompson

Tess McKenney

Alex Keuroghlian, MD, MPH

Centro de evaluación de E2i (Center for AIDS Prevention Studies, University of California San Francisco)

Beth Bourdeau, PhD

Starley Shade, PhD

Mary Guzé, MPH

Kimberly Koester, PhD

Andrés Maiorana, MA, MPH

Greg Rebchook, PhD

Carol Dawson-Rose, RN, PhD, FAAN

Janet Myers, PhD, MPH

Administración de Recursos y Servicios de Salud, Oficina de VIH/sida

Nicole Chavis, MPH

Demetrios Psihopaidas, PhD, MA

Stacy Cohen, MPH

Antigone Dempsey, MEd



Reconocimientos

Nos gustaría agradecer a las siguientes organizaciones por poner a prueba la implementación de la intervención en su organización. Estamos especialmente agradecidos con las siguientes personas que lideraron la implementación en su organización y compartieron sus historias, experiencias y comentarios para esta Guía de implementación:

Med Centro, Inc. (antes Consejo de Salud de Puerto Rico)

Beverly Silva, Raquel Colón, José Irizarry, Marisol Martínez, Sheila Martínez, Ricardo Cedeño, Mariangely Núñez, Mónica Cruz, Francheska Irizarry, Emybell Cuevas, Paola Rosado

Gracias también a Rachel Kohn y Anna Laurence, de John Snow, Incorporated; y Érica Sawyer, Jordan Hutensky y Katie Burkhart de Fenway Health por diseñar la Guía de implementación.

Greater Lawrence Family Health Center

Ryan Dono, Chris Bositis, Joyce Landers, Iliá Castellanos, Lissette Torres, Melvin Caban, Amy Bositis, Jeanette Rivera, Jasmine Allende, Laurel Ruzicka, Lucía Rondon, Arnaldo David

Esta Guía de implementación fue adaptada de las siguientes publicaciones:

- » ***Training manual: Integration of buprenorphine into HIV primary care settings. (Manual de capacitación: Integración de la buprenorfina en los entornos de cuidado primario del VIH).*** Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Health Resources and Services Administration, HIV/AIDS Bureau; 2012.

Disponible en: targethiv.org/ihip/buprenorphine

- » ***Dissemination of Evidence-Informed Interventions: Integrating Buprenorphine Treatment for Opioid Use Disorder in HIV Primary Care. (Difusión de intervenciones basadas en evidencia: Integración del tratamiento con buprenorfina para el trastorno por consumo de opiáceos en el cuidado primario del VIH).*** Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Health Resources and Services Administration, HIV/AIDS Bureau; 2020.

Disponible en: targethiv.org/deii-buprenorphine

Cita sugerida: *Buprenorphine Treatment for Opioid Use Disorder in HIV Primary Care: E2i Implementation Guide*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Health Resources and Services Administration, HIV/AIDS Bureau; 2021.

Nota: *Tratamiento con buprenorfina para el trastorno por consumo de opioides en el cuidado primario del VIH: Guía de implementación de E2i* no tiene derechos de autor y se puede usar y copiar sin permiso. Se agradece citar la fuente.

Declaración de financiación: Este producto fue respaldado por las adjudicaciones de la Administración de Recursos y Servicios de Salud (Health Resources and Services Administration, HRSA) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. (U.S. Department of Health and Human Services, HHS) como parte del Programa Ryan White de VIH/sida (Ryan White HIV/AIDS Program, RWHAP) Parte F - Programa de Proyectos Especiales de Importancia Nacional (Special Projects of National Significance, SPNS) por un total de \$20,307,770 con 0% financiado con fuentes no gubernamentales, y \$2,200,000 con 0% financiado con fuentes no gubernamentales. Los contenidos pertenecen a los autores y no representan necesariamente los puntos de vista oficiales ni el respaldo de HRSA, HHS, RWHAP SPNS o el gobierno de los EE. UU. Para obtener más información, visite [HRSA.gov](https://www.hrsa.gov).

Índice

	Resumen ejecutivo	1
	Introducción a la Guía de implementación	2
	Descripción general de la intervención	7
	Evaluación de E2i: Resultados continuos del cuidado del VIH del tratamiento integrado con buprenorfina.....	10
	Elementos principales	14
	Evaluación de E2i: Resultados integrados de la participación en el tratamiento con buprenorfina.....	16
	Actividades de planificación	17
	Evaluación de E2i: Resultados de la implementación del tratamiento integrado con buprenorfina.....	26
	Actividades de implementación	27
	Evaluación de E2i: Retos, éxitos, adaptaciones y aprendizajes	42
	Programas destacados de E2i	44
	Med Centro, Inc.....	45
	Greater Lawrence Family Health Center	48
	Apéndices	51
	Apéndice A. Evaluación y ciencia de la implementación: Marco y métodos.....	52
	Apéndice B. Mejores prácticas generales para planificar para implementar una estrategia de intervención	55
	Apéndice C. Hoja de trabajo “Go Live” del tratamiento con buprenorfina	58
	Apéndice D. Lista de verificación de evaluación, elegibilidad y preparación para el tratamiento	65
	Apéndice E. Criterios del DSM-5 para el trastorno por consumo de opioides	67
	Apéndice F. Ejemplo de lista de verificación de criterios de elegibilidad para el tratamiento con buprenorfina	68
	Apéndice G. Ejemplo de acuerdo de tratamiento con buprenorfina.....	69
	Apéndice H. Ejemplo de protocolo de inducción en casa	74
	Apéndice I. Recursos adicionales	76



RESUMEN EJECUTIVO

El tratamiento con buprenorfina para el trastorno por consumo de opioides en el cuidado primario del VIH (tratamiento integrado con buprenorfina) es una intervención basada en evidencia desarrollada por expertos en VIH en colaboración con miembros de la comunidad para mejorar los resultados de salud entre las personas con VIH. En esta intervención, los clientes reciben tratamiento para el trastorno por consumo de opioides y el VIH en un solo entorno, con el objetivo de reducir el consumo de opioides y las sobredosis y, al mismo tiempo, mejorar el compromiso del cliente con el cuidado del VIH.

Esta Guía de implementación fue desarrollada para el *Uso de intervenciones basadas en evidencia para mejorar los resultados de salud de las personas que tienen VIH (E2i)*, que evaluó el programa de tratamiento integrado con buprenorfina dentro del entorno del Programa Ryan White de VIH/sida (RWHAP) de la Administración de Recursos y Servicios de Salud (HRSA) y valoró su impacto. Puede encontrar herramientas de implementación, consejos y recursos adicionales fáciles de usar para apoyar la replicación del tratamiento integrado con buprenorfina en el RWHAP y otras organizaciones de servicios contra el VIH en la [*Caja de herramientas de E2i para el tratamiento con buprenorfina para el trastorno por consumo de opioides en el cuidado primario del VIH.*](#)



i INTRODUCCIÓN A LA GUÍA DE IMPLEMENTACIÓN



INTRODUCCIÓN A LA GUÍA DE IMPLEMENTACIÓN

¿Qué es el tratamiento integrado con buprenorfina?

La buprenorfina/haloxona (en adelante abreviada como buprenorfina) es una forma segura y eficaz de ayudar a las personas a reducir el uso indebido de opioides y recuperarse del trastorno por consumo de opioides (opioid use disorder, OUD). Ofreciendo un programa de tratamiento integrado con buprenorfina dentro de una organización de servicios contra el VIH, los clientes con VIH pueden recibir tratamiento para el VIH y el OUD en un solo entorno. Los clientes que reciben tratamiento con buprenorfina también pueden recibir consejería para cualquier problema de salud mental o consumo de sustancias comórbido, y servicios de administración de casos para tratar necesidades básicas, como vivienda y asistencia con los servicios públicos.

Propósito de la Guía de implementación

El propósito de esta Guía de implementación es dar información esencial y las herramientas necesarias para comprender, planificar e implementar un tratamiento integrado con buprenorfina dentro del Programa Ryan White de VIH/sida (RWHAP) y otras organizaciones de servicios contra el VIH. Esta Guía es parte de la [*Caja de herramientas de E2i para el tratamiento con buprenorfina para el trastorno por consumo de opioides en el cuidado primario del VIH*](#), una colección completa de recursos útiles para implementar un programa de tratamiento integrado con buprenorfina. La Guía no está diseñada para una práctica pequeña o un solo proveedor interesado en tratar a un pequeño número de clientes.

Otros recursos clave para implementar y administrar la buprenorfina en entornos de cuidado del VIH son:

- » [*Sitio web de tratamiento asistido por medicamentos*](#) y [*Directrices de práctica para la administración de buprenorfina para el tratamiento del trastorno por consumo de opioides*](#) (Administración de Servicios de Salud Mental y Abuso de Sustancias/SAMHSA)
- » [*Protocolo de mejora del tratamiento \(Treatment Improvement Protocol, TIP 63\): Medicamentos para el trastorno por uso de opioides*](#) (SAMHSA)
- » [*Difusión de intervenciones basadas en evidencia: Integración del tratamiento con buprenorfina para el trastorno por consumo de opioides en el cuidado primario del VIH*](#) (Oficina de VIH/sida de la HRSA, Programa de Proyectos Especiales de Importancia Nacional)
- » [*Manual de capacitación: Integración de la buprenorfina en los entornos de cuidado primario del VIH*](#) (Oficina de VIH/sida de la HRSA, Integración de prácticas innovadoras de VIH)

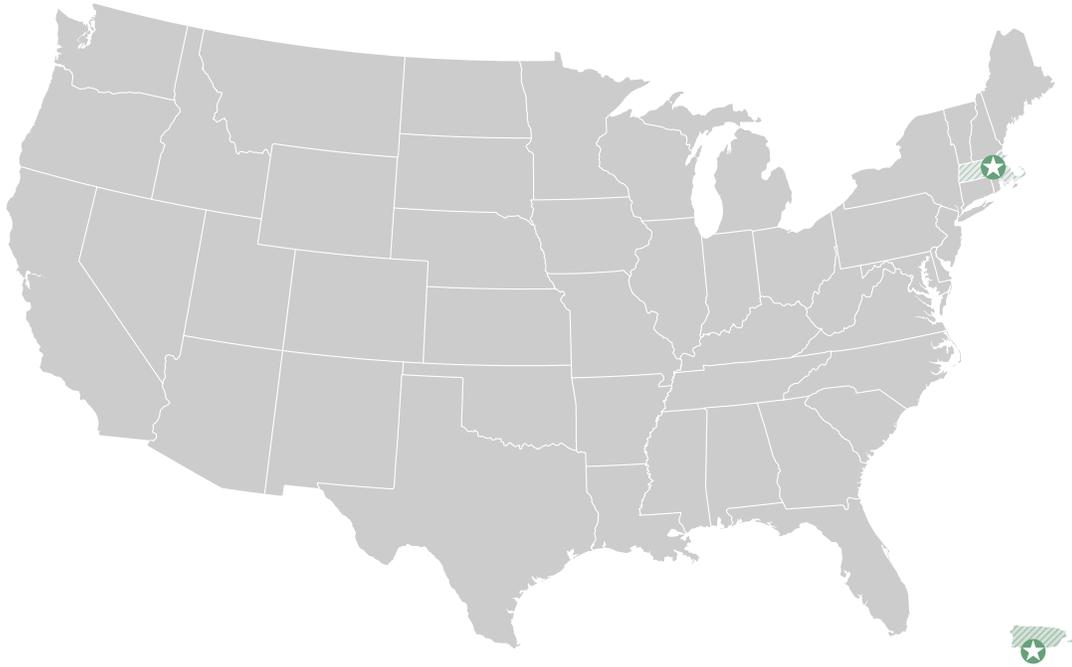
Historial de la Guía de implementación

Esta Guía fue desarrollada bajo el Programa de Proyectos Especiales de Importancia Nacional (SPNS) de la Parte F del RWHAP, que se conoce como *Uso de intervenciones basadas en evidencia para mejorar los resultados de salud de las personas que tienen VIH (E2i)*, una iniciativa de cuatro años (2017-2021) financiada por la Oficina de VIH/sida de la Administración de Recursos y Servicios de Salud (HRSA HAB) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. Se diseñó E2i para mejorar los resultados de salud de las personas con VIH que tienen brechas persistentes en los cuidados continuos del VIH, como el compromiso con el cuidado, la retención en el cuidado, el cumplimiento de la terapia antirretroviral (TAR) y la supresión viral. Debido a que el OUD está asociado a efectos adversos en los resultados de salud del VIH, las personas con VIH que tienen OUD están entre las que más necesitan intervenciones que integren el cuidado de la salud mental dentro de los entornos de cuidado del VIH.

E2i eligió poner a prueba la implementación de un programa de tratamiento integrado con buprenorfina dentro de las organizaciones de servicios contra el VIH debido a su eficacia demostrada para mejorar los resultados de salud de las personas con VIH. Mediante una solicitud competitiva de propuestas, se seleccionaron dos organizaciones de servicios contra el VIH en el RWHAP de la HRSA HAB para implementar el tratamiento integrado con buprenorfina entre 2018 y 2020. Estos centros informaron de la implementación y los datos de los resultados de los clientes a un equipo de evaluadores que después analizó estos datos. Las historias, experiencias y resultados de la evaluación de los centros se integran y destacan en esta Guía.

Los centros de implementación de E2i

FIGURA 1. Lugares de los dos centros que implementaron el tratamiento integrado con buprenorfina mediante la iniciativa E2i.



Med Centro, Inc., (Ponce, Puerto Rico)

- Centro médico calificado a nivel federal
- Beneficiario de la Parte C del RWHAP
- 40,000 clientes totales al año; <1% de clientes con VIH
- 32 empleados prestan servicios contra el VIH
- Servicios no médicos más comunes a los que acceden los clientes con VIH: remisión para cuidados médicos (97%), otros servicios profesionales (89%), educación para la salud (81%)

Greater Lawrence Family Health Center (Lawrence, Massachusetts)

- Centro médico calificado a nivel federal con una unidad médica móvil
- Beneficiario de la Parte C del RWHAP; subbeneficiario de la Parte A
- 58,000 clientes totales al año; <1% de clientes con VIH
- 26 empleados prestan servicios contra el VIH
- Servicios no médicos más comunes a los que acceden los clientes con VIH: educación para la salud (100%), seguro médico (77%), remisión para cuidados médicos (75%)
- Da cuidado y servicios médicos móviles a personas sin casa.

Evaluación de la ciencia de implementación

E2i usó un enfoque científico de implementación para evaluar la intervención. El objetivo de la evaluación fue responder las siguientes preguntas:

- » “¿Qué se necesita para implementar esta intervención en una organización de servicios contra el VIH?”
- » “¿Cómo se relaciona una implementación exitosa con los mejores resultados contra el VIH para los clientes?”

Los evaluadores de E2i recopilaron datos de clientes de buprenorfina de los centros de implementación de E2i a lo largo de la iniciativa para medir el compromiso con el cuidado, las recetas de medicamentos de TAR, la retención en el cuidado y la supresión viral. También recopilaron y revisaron encuestas del personal del centro, formularios de encuentro con clientes, informes de visitas al centro, notas de reuniones y otros documentos para aprender más sobre: los factores clave para una implementación exitosa, los retos de los implementadores y las adaptaciones para lograr una implementación más exitosa. Los principales descubrimientos de la evaluación se informan en esta Guía. Para obtener información adicional sobre el enfoque teórico y los métodos de evaluación de E2i, consulte el [Apéndice A](#). Consulte también la [Caja de herramientas de E2i para el tratamiento con buprenorfina para el trastorno por consumo de opioides en el cuidado primario del VIH](#) para los hallazgos de evaluación adicionales informados en los manuscritos.



DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA INTERVENCIÓN



DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA INTERVENCIÓN

Objetivos

Los objetivos principales del tratamiento con buprenorfina para el trastorno por consumo de opioides en el cuidado primario del VIH son:

- » Reducir el uso indebido y la sobredosis de opioides entre las personas con VIH y, al mismo tiempo, mejorar el compromiso de los clientes con el cuidado del VIH y la salud mental.
- » Dar acceso de baja barrera a los medicamentos que tratan el OUD

Descripción de la intervención

Esta intervención tiene como objetivo integrar sistemáticamente un programa de tratamiento con buprenorfina dentro de una organización de servicios contra el VIH para tratar las epidemias superpuestas de VIH y OUD. Como tal, un programa de tratamiento con buprenorfina exige que las organizaciones hagan cambios en su personal, equipo y procedimientos, y que sigan las normas federales para el tratamiento con buprenorfina. Las organizaciones también deberán establecer y fortalecer asociaciones con agencias de la comunidad locales que respalden las necesidades básicas y psicosociales de los clientes con VIH y OUD.

Usando un enfoque centrado en el cliente, los equipos de tratamiento de buprenorfina ayudan a los clientes con VIH a progresar a lo largo del inicio, la estabilización y el mantenimiento de la buprenorfina. Los clientes también pueden recibir consejería adjunta para problemas comórbidos de salud mental o consumo de sustancias, y servicios de administración de casos para tratar necesidades básicas, como vivienda y asistencia con los servicios públicos.

Población de prioridad

- » Personas con VIH y OUD



Inscripción en el tratamiento con buprenorfina en los centros de E2i

20 clientes

33-42 años

70% hombres

70% hispanos/latinos

Fundamento

- » Hay una alta comorbilidad de OUD entre las personas con VIH.
- » El OUD puede interferir con la adherencia a la TAR, el compromiso con el cuidado del VIH y la supresión viral.¹
- » La buprenorfina tiene varias ventajas sobre la metadona, que incluyen:
 - Interacciones farmacológicas más predecibles con la TAR
 - Menos efectos secundarios
 - Menor riesgo de dependencia y mal uso
 - Posibilidad de tomarla en casa, lo que la hace más conveniente, menos estigmatizante y menos costosa¹

Historial de la intervención

Las evaluaciones anteriores del tratamiento con buprenorfina administradas en organizaciones de servicios contra el VIH han arrojado resultados positivos. Las organizaciones han integrado con éxito los programas en sus sistemas generales. Los clientes con VIH participaron más en el tratamiento de OUD y en el cuidado primario del VIH, redujeron su uso de opioides y experimentaron mejoras en la vinculación con el cuidado, el uso de TAR, la retención en el cuidado y la supresión viral.²⁻⁸

¹ Cunningham CO. Opioids and HIV infection: From pain management to addiction treatment. *Top Antivir Med.* 2018;25(4):143-146.

² HIV/AIDS Bureau, Special Projects of National Significance Program. Integrating buprenorphine therapy into HIV primary care settings. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Health Resources and Services Administration; 2011. Disponible en: https://hab.hrsa.gov/sites/default/files/hab/About/RyanWhite/hab_spns_buprenorphine_monograph.pdf

³ Lucas GM, Chaudhry A, Hsu J, et al. Clinic-based treatment of opioid-dependent HIV-infected patients versus referral to an opioid treatment program: A randomized trial. *Ann Intern Med.* 2010;152(11):704-711.

⁴ Altice FL, Bruce RD, Lucas GM, et al. 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.* 2011;56 Suppl 1:S22-32.

⁵ Fiellin DA, Weiss L, Botsko M, et al. Drug treatment outcomes among HIV-infected opioid-dependent patients receiving buprenorphine/naloxone. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2011;56 Suppl 1:S33-38.

⁶ Korthuis PT, Tozzi MJ, Nandi V, et al. Improved quality of life for opioid-dependent patients receiving buprenorphine treatment in HIV clinics. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2011;56 Suppl 1:S39-45.

⁷ Walley AY, Palmisano J, Sorensen-Alawad A, et al. Engagement and substance dependence in a primary care-based addiction treatment program for people infected with HIV and people at high-risk for HIV Infection. *J Subst Abuse Treat.* 2015;59:59-66.

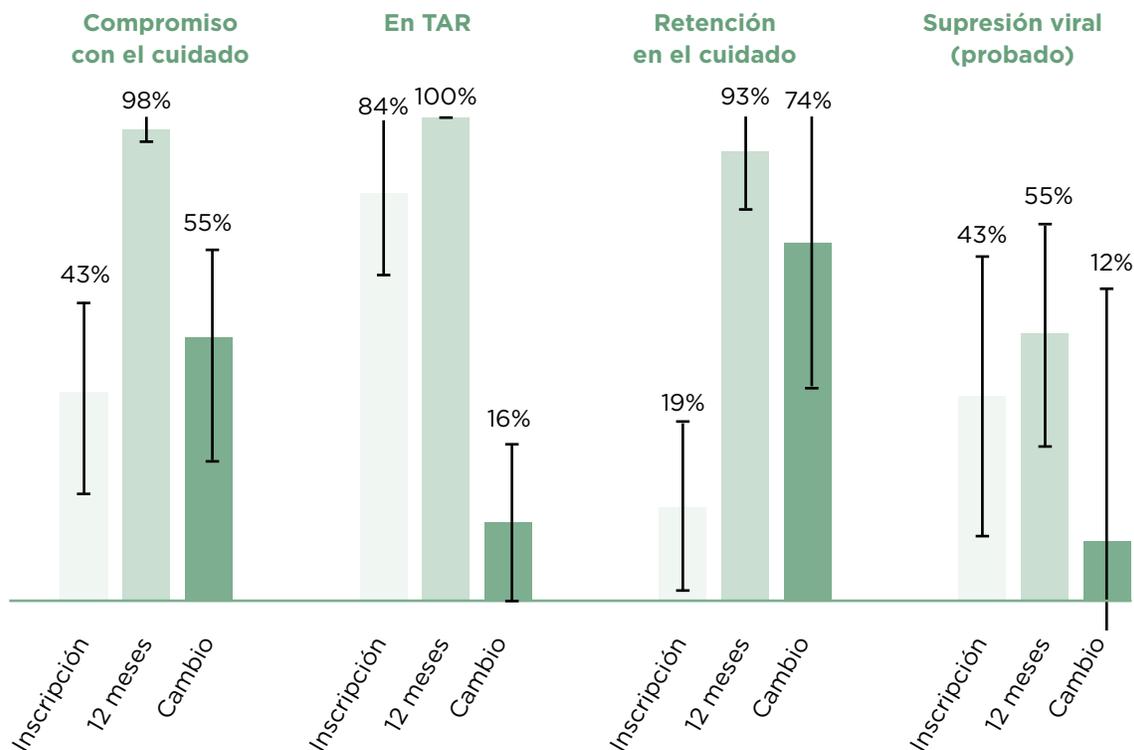
⁸ Tetrault JM, Moore BA, Barry DT, et al. Brief versus extended counseling along with buprenorphine/naloxone for HIV-infected opioid dependent patients. *J Subst Abuse Treat.* 2012;43(4):433-439.



EVALUACIÓN de E2i: RESULTADOS CONTINUOS DEL CUIDADO DEL VIH DEL TRATAMIENTO INTEGRADO CON BUPRENORFINA

- ◆ **Inscripción:** Durante un período de 9 a 12 meses, los centros de E2i inscribieron a un total de 20 clientes (9 en un centro y 11 en el otro centro) en el tratamiento integrado con buprenorfina. Los clientes tenían entre 33 y 42 años de edad. La mayoría eran hombres (70%) e hispanos/latinos (70%).
- ◆ **Resultados:** La iniciativa E2i midió los resultados continuos del cuidado del VIH en el momento de la inscripción y 12 meses después. Entre los clientes inscritos en el tratamiento integrado con buprenorfina, el porcentaje que estuvo comprometido y retuvo el cuidado del VIH aumentó significativamente (en más del 50%). No hubo cambios estadísticamente significativos en los otros resultados; sin embargo, al 100% de los clientes se les recetó TAR dentro de los 12 meses después de la inscripción. Los cambios estadísticamente significativos pueden haber sido difíciles de detectar en estos resultados debido al bajo número de inscripciones.

FIGURA 2. Resultados continuos del cuidado del VIH entre los 20 clientes inscritos en el tratamiento integrado con buprenorfina como parte de la iniciativa E2i



Nota: E2i usó las siguientes definiciones de HRSA para los resultados continuos del cuidado del VIH:

- **Compromiso con el cuidado** = al menos una visita de cuidado primario para el VIH en los 12 meses anteriores
- **En TAR (cumplimiento)** = haber recibido TAR en los últimos 12 meses
- **Retención en el cuidado** = al menos dos visitas de cuidado del VIH en los últimos 12 meses
- **Supresión viral** = tener una prueba de carga viral del VIH de los últimos 12 meses Y tener un resultado de menos de 200 copias/mL en la última prueba de carga viral

Duración

- » El tratamiento con buprenorfina en el cuidado primario del VIH es una intervención a nivel de sistemas que puede continuar indefinidamente.
- » Los clientes permanecen en tratamiento con buprenorfina durante varios períodos de tiempo, según sus necesidades individualizadas.
- » Algunos clientes pueden permanecer en tratamiento con buprenorfina indefinidamente.

Entorno

- » Clínicas de cuidado primario o de enfermedades infecciosas que dan cuidado contra el VIH
- » Los entornos pueden ser:
 - Basados en el consultorio
 - Unidades médicas móviles (recomendado solo para organizaciones que ya tienen un programa establecido de buprenorfina en el consultorio)

Las unidades médicas móviles ofrecen entornos de barrera baja para el tratamiento con buprenorfina. Las ventajas incluyen:

- **Accesibilidad:** *Las unidades móviles pueden viajar a áreas donde la gente vive y se congrega.*
 - **Servicio sin cita:** *Los clientes pueden entrar para obtener tratamiento “a pedido.”*
-

Personal

Equipo de tratamiento

Los programas de tratamiento integrado con buprenorfina necesitan un equipo multidisciplinario compuesto por:

- » **Coordinador clínico** (p. ej., enfermero, enfermero de práctica avanzada, asistente médico, administrador de casos médicos, trabajador social o consejero certificado en alcohol y drogas):
 - Actúa como experto del programa, administrador y principal punto de contacto
 - Organiza reuniones de equipo para planificar y compartir información
 - Supervisa el reclutamiento, la inscripción, el consentimiento informado y la retención
 - Apoya al cliente y a los recetadores en la inducción, estabilización y procedimientos de tratamiento de mantenimiento
 - Da educación al cliente, evaluaciones de detección y consejería



- Ayuda a hacer remisiones a proveedores de la comunidad para consejería o niveles más altos de cuidado cuando sea necesario
 - Hace un seguimiento de los resultados clínicos mediante la documentación de gráficos
 - Mantiene registros a los que se puede hacer referencia para la inspección de la Agencia de Control de Drogas (Drug Enforcement Agency)
 - Pone en práctica principios de reducción de daños
 - Mantiene relaciones terapéuticas con el cliente
 - Necesita al menos 60% del tiempo
- » **Proveedores de recetas** (p. ej., médico, enfermero de práctica avanzada o asistente médico con la licencia requerida para recetar buprenorfina; tenga en cuenta que los equipos necesitan un recetador principal y un recetador de respaldo para cuando el principal no esté disponible):
- Diagnostica el OUD y otras condiciones psiquiátricas y médicas
 - Ordena pruebas de laboratorio
 - Receta y aumenta la dosis de buprenorfina
 - Gestiona la inducción, estabilización y mantenimiento del tratamiento con buprenorfina
 - Garantiza la documentación adecuada en el expediente
 - Da orientación clínica al coordinador clínico
- » **Proveedores de salud mental** (p. ej., trabajador social con licencia o psicólogo clínico):
- Da terapia conductual cognitiva o terapia grupal a clientes que reciben tratamiento con buprenorfina
 - Puede estar completamente integrado, en el mismo lugar o dado por una organización asociada
 - La terapia de consejería es muy recomendable para los clientes, pero no es obligatoria
 - Los grupos de apoyo facilitados por proveedores de salud mental también son muy recomendables

Los dos centros de E2i eran clínicas de cuidado del VIH relativamente pequeñas dentro de grandes centros médicos. Un centro dio buprenorfina en el consultorio. El otro centro daba servicios de buprenorfina mediante su unidad médica móvil, que era una ampliación de su programa de buprenorfina en el consultorio. La unidad móvil atendió principalmente a personas que experimentaban vivienda inestable y personas sin casa.

Personal adicional recomendado

El apoyo adicional del personal existente depende del contexto y las necesidades locales de cada clínica. Muchos programas necesitarán ayuda de:

- » **Proveedores de cuidado primario y enfermeros:** para manejar otras necesidades médicas de los clientes y el cuidado del VIH, si no lo dan los recetadores de buprenorfina
- » **Trabajadores de salud comunitarios/especialistas en extensión:** para hacer actividades de extensión, reclutamiento, educación comunitaria sobre el programa, apoyo para la reducción de daños, etc.
- » **Consejeros de trastorno por consumo de sustancias:** para dar consejería individual o grupal para clientes que usan buprenorfina (podría ser ofrecido por una agencia asociada)
- » **Coordinador de datos:** para organizar y almacenar la evaluación de los clientes y todos los resultados de laboratorio y diagnósticos en archivos o en el expediente médico electrónico; para rastrear visitas, retención, cumplimiento y sobredosis; y para supervisar la recopilación de datos de evaluación, si corresponde
- » **Personal de facturación/consejero de beneficios:** para solicitar autorizaciones previas para el reembolso de seguros y para ayudar con los códigos de reembolso

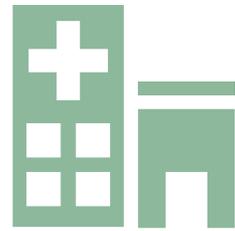
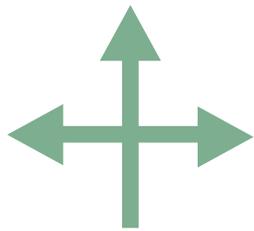
Los programas basados en el consultorio también suelen recibir apoyo de:

- » **Administrador del consultorio/programa:** para contratar personal, hacer acuerdos con socios de la comunidad y supervisar el presupuesto
- » **Personal de recepción y triaje telefónico:** para hablar con los clientes sobre el programa de tratamiento con buprenorfina (se exige capacitación sobre cómo hacerlo)
- » **Auxiliares médicos y personal de enfermería:** para apoyar a los clientes en abstinencia

Los programas de unidades móviles también suelen tener:

- » **Conductores de camioneta móvil**
- » **Personal del programa de servicio de jeringas:** para remitir a los clientes a la unidad para su tratamiento

En E2i, el personal del centro en el consultorio consistía en un administrador de casos, un administrador de proyectos, un psicólogo y un médico. El centro de la unidad móvil contó con trabajadores de salud comunitarios, enfermeros, administradores de casos y médicos.



ELEMENTOS PRINCIPALES



ELEMENTOS PRINCIPALES

Los elementos principales son los “ingredientes activos” esenciales para alcanzar los resultados esperados de una estrategia de intervención. Es fundamental monitorear los elementos principales al implementar una intervención en una organización de servicios contra el VIH; de lo contrario, es posible que la intervención no funcione como se esperaba.⁹ Todas las demás actividades, como los acuerdos con el personal y los flujos de trabajo clínico, pueden adaptarse a las circunstancias únicas de una organización y las poblaciones de prioridad. Sin embargo, las adaptaciones no deben competir ni contradecir los elementos principales. **El tratamiento integrado con buprenorfina tiene tres elementos principales:**



1. Tratar la intersección de las epidemias de VIH y opioides

- Muchas personas con VIH usan opioides para controlar el dolor.
- Las personas con dolor crónico persistente pueden experimentar OUD.
- El consumo de drogas inyectables es una vía común de transmisión del VIH.
- Los programas de tratamiento con buprenorfina tratan la intersección del VIH y los opioides integrando el tratamiento con buprenorfina en el cuidado primario del VIH.



2. Dar tratamiento con buprenorfina

- El objetivo es reducir el daño del uso indebido de opioides y minimizar la experiencia de la abstinencia o los antojos.
- Las tres etapas principales del tratamiento son:
 - **Inducción:** inicio del tratamiento con buprenorfina supervisado médicamente
 - **Estabilización:** aumentar la dosis del medicamento hasta que el cliente ya no tenga abstinencia ni antojos y no haya desarrollado síntomas de exceso de opioides
 - **Mantenimiento:** visitas regulares a la clínica para ayudar a los clientes a mantener la estabilidad
- Los clientes con frecuencia no progresan a lo largo de las etapas en un orden lineal.
- Se recomienda, pero no es obligatorio, la terapia complementaria de salud mental.



3. Ajustar los sistemas de la organización

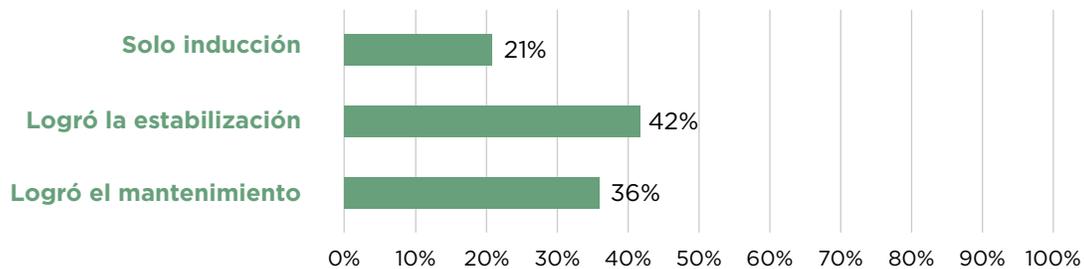
- El tratamiento integrado con buprenorfina ofrece más que medicamentos. La intervención necesita que las organizaciones evalúen y adapten su personal, equipo y procedimientos.
- Las organizaciones deben identificar las necesidades de la comunidad, establecer o fortalecer asociaciones con otras organizaciones y seguir las políticas federales y estatales sobre la buprenorfina.

⁹Psihopaidas D, Cohen SM, West T, et al. Implementation science and the Health Resources and Services Administration's Ryan White HIV/AIDS Program's work towards ending the HIV epidemic in the United States. PLoS Med. 2020;17(11):e1003128.



EVALUACIÓN de E2i: RESULTADOS DE LA PARTICIPACIÓN EN EL PROGRAMA DE TRATAMIENTO INTEGRADO CON BUPRENORFINA

FIGURA 3. Resultados de la participación entre los 20 clientes inscritos en el tratamiento integrado con buprenorfina como parte de la iniciativa E2i.



◆ **Encuentros clínicos:** Los clientes tuvieron una media de 13 encuentros de tratamiento con buprenorfina (IQR = 6-29)¹⁰ a lo largo de 12 meses. Los encuentros ocurrieron durante una media de 147 días (IQR = 90-237).

◆ **Intervenciones breves y remisiones:** Entre los 20 clientes inscritos en el tratamiento integrado de buprenorfina:

- 20% no pasó de la fase de inducción inicial
- 42% logró la estabilización
- 36% logró el mantenimiento

Los clientes pasaron la mayor parte de su tiempo (media de 88 días; IQR = 60-140) en la fase de estabilización y menos tiempo en la fase de inducción (media de 15 días; IQR = 6-91) y en las fases de mantenimiento (media de 28 días; IQR = 7-197).

Entre los que lograron el mantenimiento, los clientes tenían una media de 6 (IQR = 5-9) transiciones entre fases. Esto significa que avanzaron y retrocedieron entre las fases, según fuera necesario, para restablecer la estabilidad.

¹⁰ El IQR, o rango intercuartílico, describe el percentil 25 y el percentil 75 de los datos.



ACTIVIDADES DE PLANIFICACIÓN



ACTIVIDADES DE PLANIFICACIÓN

Esta sección da actividades recomendadas para planificar la implementación del tratamiento integrado con buprenorfina. Para obtener herramientas útiles, consulte:

[Apéndice B](#): Mejores prácticas generales para planificar la implementación de una estrategia de intervención

[Apéndice C](#): Hoja de trabajo “Go Live” del tratamiento integrado con buprenorfina

Roles del personal y necesidades de capacitación

Garantizar un flujo de trabajo fluido, delinear claramente las funciones y responsabilidades del personal desde el principio y ajustar esas funciones a medida que evoluciona el programa. El rol más importante a definir es el de coordinador clínico, ya que este rol puede variar dependiendo de los antecedentes de la persona contratada.

- » Los proveedores de recetas deben tener una exención de receta de buprenorfina. Las reglas asociadas a la capacitación, las certificaciones y las exenciones están sujetas a cambios. Para obtener información actualizada, consulte el [sitio web del tratamiento asistido por medicamentos de SAMHSA](#).
- » Todos los miembros del equipo de tratamiento deben tener experiencia o capacitación en la evaluación y la administración de los trastornos por consumo de sustancias (substance use disorders, SUD). Para conocer las oportunidades de capacitación nacional, consulte el [Center of Excellence for Integrated Health Solutions](#) y la American Society for Addiction Medicine (ASAM).

Capacitación recomendada

- » Identifique un mentor clínico con conocimiento experto y experiencia práctica en el tratamiento con buprenorfina para dar apoyo y estrategias adicionales, y para ayudar con los casos difíciles. El mentor puede hacer conferencias de casos mensuales con el equipo en persona o de forma remota. Para encontrar un mentor, acceda al [programa de tutoría del Sistema de apoyo clínico médico](#).
- » Todo el personal clínico puede beneficiarse de la capacitación sobre las características básicas de los SUD, la recuperación asistida por medicamentos, las pruebas de toxicología en orina, la confidencialidad, las entrevistas motivacionales, los trastornos por consumo de múltiples sustancias y los temas específicos de la

Los centros de E2i han inspirado a otras organizaciones a iniciar sus propios programas de buprenorfina de barrera baja y el personal ha crecido profesionalmente y ha evolucionado en sus actitudes hacia las adicciones.

buprenorfina (p. ej., selección de clientes, inducción, estabilización, documentación, formularios, normas y estudios de casos).

- » Además, todo el personal de la organización puede beneficiarse de la capacitación en sensibilidad cultural para reducir el estigma y construir relaciones de confianza con los clientes. Esta capacitación puede centrarse en:
 - Practicar la empatía (p. ej., no juzgar, comprender los sentimientos y las perspectivas de los demás)
 - Usar un lenguaje de cambio y recuperación (p. ej., usar técnicas de entrevistas motivacionales)
 - Usar un lenguaje no estigmatizante y centrado en la persona (p. ej., persona con VIH frente a víctima de SIDA; persona con trastorno por consumo de sustancias frente a adicto a las sustancias)
 - Usar enfoques de reducción de daños (ofrecer opciones más seguras frente a la abstinencia)
 - Reconocer los síntomas y efectos del trauma y los beneficios de crear un entorno de cuidado informado por el trauma
- » Con el tiempo, el equipo de tratamiento debe continuar desarrollando sus competencias para dar los estándares de cuidado más actualizados.
- » Para obtener más recursos sobre estos temas, consulte la [*Addiction Technology Transfer Network*](#), [*TargetHIV*](#), el [*Programa del AIDS Education and Training Center*](#) y el [*National LGBTQIA+ Health Education Center*](#).

Espacio y equipo de la clínica

Si es en el consultorio:

- » Identifique una sala para que el coordinador clínico se reúna con los clientes; también se puede necesitar una sala separada para las inducciones.
- » Equipe el consultorio con kits de detección de drogas y computadoras con software para proteger los registros y los expedientes de los clientes.

Si es móvil:

- » Compre o modernice una unidad médica móvil; los fondos pueden estar disponibles mediante subvenciones privadas, estatales o federales. La unidad necesita una sala de examen, una sala de tratamiento, una estación de laboratorio y un baño.
- » Equipe la unidad con muebles y suministros, como análisis de drogas en orina en el punto de cuidado, kits de medicamentos de emergencia, Wi-Fi y computadoras portátiles con software para proteger los registros de los clientes.

Estrategias de extensión y reclutamiento de clientes

- » Revise los expedientes médicos para identificar **clientes existentes con VIH** que cumplen los criterios de elegibilidad del OUD. Algunos de estos clientes pueden incluir personas que toman opioides para el dolor crónico.
- » Configure un **sistema de remisión interno en toda la clínica** con un protocolo para hablar sobre el programa con estos clientes (quién/qué/cuándo).
- » Universalmente **filtre todos los nuevos clientes** con VIH para la elegibilidad con los criterios de diagnóstico para el OUD del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-5).¹¹
- » Desarrolle **materiales de reclutamiento** (folletos, volantes, etc.) para dar a conocer el programa a las poblaciones de prioridad y cómo comunicarse.
- » Haga una **extensión en la comunidad** (p. ej., refugios, programas de jeringas, boca a boca, bancos de comida, otras agencias de la comunidad).
- » Establezca **relaciones de remisión bidireccionales** con agencias asociadas.

Asociaciones y redes de remisión

- » Establezca relaciones formales y protocolos de remisión con farmacias, laboratorios y proveedores de tratamiento de salud mental y por SUD; considere redactar un Memorando de entendimiento con el proceso acordado para garantizar remisiones bidireccionales fluidas para los clientes.
- » En la medida de lo posible, integre los servicios psiquiátricos y de consejería dentro del programa. Los servicios pueden incluir terapia individual, terapia grupal, administración de medicamentos psiquiátricos, apoyo de pares, etc.
- » Si no es posible la integración total de los servicios de salud mental, cree una red de servicios de apoyo para la recuperación con agencias asociadas.

Para identificar clientes para el tratamiento con buprenorfina, el centro de E2i en el consultorio recibió remisiones de administradores de casos y otros proveedores clínicos. Además, desarrollaron sistemas de remisión bidireccionales con agencias locales, promovieron el programa en las redes sociales e hicieron actividades de extensión mediante su programa de pruebas rápidas del VIH. El centro de la unidad móvil identificó a los clientes mediante refugios para personas sin casa, el programa de servicio de jeringas y remisiones de administradores de casos y departamentos de emergencia de hospitales. También trabajaron con el equipo médico para revisar las historias clínicas de los clientes elegibles.

¹¹ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5. 5th ed., American Psychiatric Association, 2013

Facturación

- » Determine y documente las tarifas, los planes de pago y las políticas, incluyendo los tipos de seguro que se aceptarán y si se debe solicitar los programas de asistencia al cliente (la cobertura de los pagadores públicos y privados para medicamentos y visitas en el consultorio varía).
- » Identifique al miembro del personal de la clínica que será la persona de contacto para tratar los problemas de la autorización del seguro.

Políticas y procedimientos

Flujo de trabajo y programación

- » Determine un proceso para inscribir a los clientes.
- » Determine el tiempo que se necesita para cada tipo de cita (p. ej., evaluación, inducción).
- » Desarrolle un plan de contingencia para apoyar a los clientes fuera del horario habitual (p. ej., número de guardia, proveedor de respaldo).
- » Cree un plan para el registro y la programación de clientes (solo en el consultorio).
- » Desarrolle un plan para cuándo los clientes vean a qué personal (p. ej., visitas alternas entre el proveedor de recetas y el coordinador clínico).
- » Desarrolle un plan para administrar una lista de espera y minimizar el tiempo de espera para el inicio del tratamiento (un período de tiempo que puede estar asociado a un mayor riesgo de sobredosis; solo en el consultorio).
- » Desarrolle un plan para administrar a los clientes en transición de la desintoxicación, los entornos de tratamiento residencial o el encarcelamiento.

Evaluación

- » Determine qué kits de detección de drogas se usarán y con qué frecuencia se harán, según las normas estatales, jurisdiccionales y nacionales.
- » Determine qué herramientas de detección se usarán para evaluar la salud mental y los SUD concurrentes. Ejemplos incluyen:
 - **Cuestionario de Salud del Paciente (Patient Health Questionnaire, PHQ-9)** para la evaluación de la salud mental¹²
 - **ASSIST** (Alcohol, Smoking, and Substance Involvement Screening Test (Prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias))¹³
 - **TAPS** (Tobacco, Alcohol, Prescription Medication, and other Substance Use tool (Herramienta de consumo de tabaco, alcohol, medicamentos con receta y otras sustancias))^{14,15}
 - **DAST-10/20** (Drug Abuse Screening Test (Prueba de detección de abuso de drogas))¹⁶

Tratamiento, receta y educación

- » Desarrolle protocolos específicos de la clínica para el tratamiento con buprenorfina basados en directrices clínicas actualizadas, y en las normas estatales y federales.
- » Determine cómo los recetadores obtendrán buprenorfina para las inducciones. El proceso puede diferir según el entorno y los recursos disponibles dentro de su organización. Por ejemplo:
 - Si hay una farmacia en el lugar, los proveedores pueden enviar al cliente o a un miembro del personal a la farmacia antes o durante la visita de inducción para recoger el medicamento.
 - Si no hay una farmacia en el lugar, los proveedores pueden escribir recetas para recogerlas en una farmacia local antes de la cita de inducción.
 - Debido a que los clientes pueden estar en las primeras etapas de abstinencia cuando recogen su receta de inducción, algunos recetadores pueden enviar a los familiares o amigos cercanos del cliente a recoger las dosis de inducción.

¹² Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med.* 2001;16(9):606-613.

¹³ Humeniuk R, Ali R, Babor TF, Farrell M, et al. Validation of the Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST). *Addiction.* 2008;103(6):1039-1047.

¹⁴ Gryczynski J, McNeely J, Wu LT, et al. Validation of the TAPS-1: A four-item screening tool to identify unhealthy substance use in primary care. *J Gen Intern Med.* 2017;32(9):990-996.

¹⁵ McNeely J, Wu LT, Subramaniam G, et al. Performance of the Tobacco, Alcohol, Prescription Medication, and Other Substance Use (TAPS) tool for substance use screening in primary care patients. *Ann Intern Med.* 2016;165(10):690-699.

¹⁶ Skinner H. The Drug Abuse Screening Test. *Addict Behav.* 1982;7(4):363-371.

- Algunos proveedores pueden obtener suministros limitados mediante su distribuidor y almacenarlos en sus consultorios; sin embargo, hay normas estrictas de la Agencia de Control de Drogas que rigen esta práctica.
 - Las clínicas o unidades móviles pueden usar un servicio de mensajería para entregar el medicamento desde una farmacia.
- » Solicite materiales educativos sobre la buprenorfina para distribuirlos a los clientes, como los disponibles en la [*National Alliance of Advocates for Buprenorphine Treatment*](#).

Mantenimiento de expedientes

- » Siga los mandatos federales y estatales para las prácticas de mantenimiento de expedientes, incluyendo mantener un expediente de clientes para cada recetador, garantizar el almacenamiento seguro de expedientes médicos y mantener expedientes para posibles visitas de la DEA. Para obtener más información, consulte: [*Requisitos de mantenimiento de expedientes de SAMHSA*](#).
- » Cree directrices que sigan los mandatos federales y estatales sobre la confidencialidad de los expedientes médicos electrónicos de los clientes; coordine con el departamento de tecnología de la informática (TI) para respaldar mejor la documentación de los datos a nivel del cliente.
- » Revise las directrices de 42CFR para determinar cómo su práctica se adherirá a estas directrices. Consulte las [*Normas de confidencialidad de SAMHSA*](#).

Remisiones

- » Desarrolle un protocolo para aceptar remisiones (p. ej., autorreferencia, remisión solo desde dentro de la clínica o remisión de otros proveedores en la comunidad).
- » Desarrolle un protocolo para remitir clientes a otros proveedores y agencias de servicios sociales y tratamiento por SUD u otros trastornos psiquiátricos concurrentes.

Seguridad

- » Desarrolle políticas que traten la seguridad y los límites con los clientes, incluyendo las mejores prácticas para hacer de manera segura visitas a domicilio y de extensión, según corresponda. Estas políticas son similares a las políticas sobre seguridad y límites correspondientes a cualquier otro tipo de cuidado clínico.

Desastres naturales y emergencias

- » Desarrolle protocolos alternativos para modificar los procedimientos después de la interrupción por un desastre natural o una pandemia. Por ejemplo, haga copias de seguridad de los datos con frecuencia, configure protocolos a domicilio y de telesalud, etc.

Comunicación eficaz del equipo

- » Establezca una comunicación y supervisión eficaces entre los miembros del equipo de tratamiento mediante reuniones periódicas, por ejemplo:
 - Reuniones de conferencias de casos (semanales)
 - Reunión de supervisión entre el coordinador clínico y el proveedor de recetas (semanal)
 - Reunión de mentores clínicos (mensual o con menor frecuencia)

Sostenibilidad y reembolso

La sostenibilidad es la capacidad de mantener la programación y sus beneficios a lo largo del tiempo. Lograr la sostenibilidad generalmente implica solicitar subvenciones y acceder a las opciones de reembolso disponibles.

Planificación

Un recurso útil para desarrollar la capacidad para la sostenibilidad es la [*Herramienta de evaluación de la sostenibilidad del programa*](#) desarrollada por el Center for Public Health Systems Science en Brown School, Washington University en St. Louis. Su Marco de sostenibilidad del programa identifica factores que pueden ayudar a fortalecer la capacidad de una organización para mantener su programa.

La planificación de la sostenibilidad implica los siguientes pasos:

1. Entender los factores que influyen en la capacidad de sostenibilidad de un programa
2. Evaluar la capacidad de su programa para la sostenibilidad usando la [*Herramienta de evaluación de la sostenibilidad del programa*](#)
3. Revisar los resultados de la evaluación
4. Planificar para aumentar la probabilidad de sostenibilidad mediante el desarrollo de un plan de acción

Para obtener más información y herramientas descargables, consulte [*www.sustaintool.org*](http://www.sustaintool.org).

Reembolso

El tratamiento por consumo de sustancias para pacientes ambulatorios, incluyendo el tratamiento asistido por medicamentos, es un servicio médico central permitido bajo los fondos del RWHAP. Las organizaciones financiadas por el RWHAP pueden recibir asistencia técnica sobre opciones de cobertura médica del [*Access, Care, and Engagement Technical Assistance, \(ACE TA\) Center*](#).

El tratamiento con buprenorfina para el OUD está cubierto por Medicare y todos los programas estatales de Medicaid. Además, SAMHSA ofrece subvenciones e incentivos mediante los programas estatales de Medicaid para ayudar a los proveedores a desarrollar programas integrales que ofrezcan recuperación asistida por medicamentos, incluyendo la buprenorfina.

Integración del programa

La integración del tratamiento con buprenorfina en todo el entorno clínico ayudará a crear una sostenibilidad a largo plazo. Las estrategias para la integración incluyen:

- » Desarrollar un plan de comunicación que describa cómo se difunde la información sobre la intervención de buprenorfina en toda la clínica, por ejemplo:
 - Dar presentaciones en reuniones de todo el personal y departamentos para revisar el estado de la intervención, hablar sobre el proceso de tratamiento, hablar sobre los resultados y casos de los clientes, etc.
 - Escribir un artículo sobre la intervención para el boletín o blog de la clínica
- » Reunirse con los líderes administrativos al menos dos veces al año para hablar sobre la inscripción, los resultados, los hallazgos de la evaluación (si corresponde), el presupuesto, las necesidades de programas, etc.
- » Seguir haciendo remisiones internas. Verifique con los proveedores para asegurarse de que estén evaluando y remitiendo a los clientes elegibles para recibir tratamiento.
- » Identificar un experto de intervención para apoyar al equipo de intervención en la obtención de los apoyos internos y externos necesarios.
- » Reclutar y capacitar a proveedores de recetas adicionales en el centro de la clínica a medida que crece. El equipo también puede considerar organizar o apoyar una capacitación sobre exención de recetas de buprenorfina para hacer crecer una red de proveedores de recetas en el área local.



EVALUACIÓN de E2i: RESULTADOS DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL TRATAMIENTO INTEGRADO CON BUPRENORFINA

Para obtener más información sobre cómo la gerencia y el personal de los centros de E2i veían a la intervención, E2i recopiló datos de las personas que implementaron la intervención. Los datos incluyeron: (1) una encuesta de la organización completada por la gerencia del centro una vez durante el período de planificación y cada seis meses durante la implementación y (2) revisión de los documentos del centro creados durante la implementación, incluyendo los informes de visitas al centro, notas de reuniones y libros de trabajo de costos (ver [Apéndice A](#)).

Medida (definición)	Resultados en los centros de E2i
Aceptabilidad: cómo el personal y la gerencia consideran la intervención	Ambos centros de E2i encontraron que la intervención era muy aceptable durante la duración de la iniciativa. Cada centro creía que la intervención se ajustaba a la misión y los objetivos de su organización.
Adopción: la intención, decisión inicial o acción para implementar la intervención	Un centro informó de una adopción más baja durante el período de planificación y, luego, una adopción consistentemente alta después de comenzar la prestación del servicio. El otro centro informó de una alta adopción de toda la iniciativa.
Idoneidad: la compatibilidad de la intervención para tratar un tema o problema en particular	Ambos centros informaron de que la buprenorfina era muy apropiada y cubría una necesidad de servicio. Sin embargo, la baja inscripción en las intervenciones plantea dudas sobre si la intervención era apropiada para la población a la que esperaban servir.
Viabilidad: la medida en que la intervención puede implementarse con éxito	Ambos centros consideraron que la buprenorfina era altamente viable durante la duración de la iniciativa.
Fidelidad: el grado en que un centro se sintió capaz de (a) implementar la intervención según la intención de los desarrolladores del programa y (b) hacer un seguimiento del progreso	Ambos centros informaron de que pudieron mantener un equipo de implementación completo y evaluar la fidelidad a lo largo de la iniciativa.
Participación: la integración de la intervención dentro de la organización	Ambos centros informaron de que las actividades de buprenorfina se integraron en sus operaciones de la organización dentro de un año de comenzar la prestación de servicios.
Costo: los costos asociados a la planificación y la implementación, como: personal, capacitación, suministros, incentivos y actividades de extensión	Los costos incluyen los gastos directos y en especie. Los gastos promedio para cada centro fueron: <ul style="list-style-type: none">• <i>Período de planificación:</i> \$23,814• <i>Reclutamiento:</i> \$798 por cliente inscrito• <i>Actividades de implementación:</i> \$14,604 por cliente inscrito• <i>Supervisión y gestión de la intervención:</i> \$8,632 por cliente inscrito Estos números no reflejan necesariamente lo que costaría implementar el tratamiento con buprenorfina en otras organizaciones de servicios contra el VIH. Los costos por cliente serían más bajos en entornos donde un mayor número de clientes se inscriben en el tratamiento con buprenorfina.



ACTIVIDADES DE IMPLEMENTACIÓN



ACTIVIDADES DE IMPLEMENTACIÓN

Las siguientes actividades describen las etapas del tratamiento con buprenorfina. **Es importante reconocer que los clientes con frecuencia no progresan a lo largo de estas etapas en un orden lineal.** *Apéndice D: Lista de verificación de evaluación, elegibilidad y preparación para el tratamiento* se puede usar para guiar al personal a lo largo de cada fase del tratamiento.

Actividad 1: Evaluación inicial del cliente

Objetivos de la evaluación

El proveedor de recetas y el coordinador clínico hacen una evaluación inicial en el primer encuentro clínico del cliente. Los objetivos de la evaluación inicial son:

- » Determinar la elegibilidad del cliente para el tratamiento con buprenorfina.
- » Desarrollar objetivos de tratamiento.
- » Evaluar las posibles barreras y facilitadores del tratamiento.
- » Hacer planes para tratar esas barreras.

Determinar la elegibilidad para el tratamiento

- » Hable sobre el uso actual de opioides y los patrones, incluyendo el tipo de opioide, el método de administración, la frecuencia de uso y el último uso.
- » Establezca el diagnóstico y la gravedad del OUD usando el *Apéndice E*.
- » Haga una prueba inicial de detección de drogas en la orina, con la expectativa de una prueba positiva para opioides (considere agregar la prueba de detección de fentanilo a su panel de detección) y potencialmente otras sustancias (p. ej., metanfetaminas, benzodiazepinas, cocaína).
- » Documente daños o complicaciones por el uso de drogas o agujas.
- » Observe una posible intoxicación.
- » Pregunte sobre el consumo anterior y actual de otras sustancias, incluyendo el tabaco, el alcohol y las benzodiazepinas, y las experiencias previas de tratamiento y la respuesta al tratamiento (efectos secundarios y eficacia percibida).

- » Haga una prueba de detección del SUD usando los criterios del DSM-5 o una herramienta de detección validada como:
 - ***ASSIST*** (Prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias)¹³
 - ***TAPS*** (Herramienta de consumo de tabaco, alcohol, medicamentos con receta y otras sustancias)^{14,15}
 - ***DAST-10/20*** (Prueba de detección de abuso de drogas)¹⁶
- » Revise el trabajo de laboratorio asociado al VIH.
- » Controle las enzimas hepáticas y considere ordenar exámenes de hepatitis, sífilis, perfil lipídico, electrolitos séricos, nitrógeno ureico y creatinina en sangre, hemograma completo con diferencial y recuento de plaquetas y tuberculosis.
- » Tome suero de embarazo o HCG en orina y evalúe los métodos anticonceptivos (si corresponde).
- » Complete la lista de verificación de elegibilidad para el tratamiento. Para ver un ejemplo, consulte el ***Apéndice F***.
- » Si el cliente actualmente no es elegible para el tratamiento, hable sobre las razones y re programe para otro momento.
- » Considere un tratamiento alternativo, como naltrexona o metadona.

Desarrollar objetivos de tratamiento

- » Hable sobre la preparación del cliente para participar en el tratamiento.
- » Hable sobre los objetivos del cliente para participar en el tratamiento.
- » Eduque sobre la prevención y respuesta a la sobredosis.

Evaluar y tratar las barreras socioeconómicas para el tratamiento

- » Identifique cómo se pagará el tratamiento con buprenorfina y coordine las autorizaciones previas.
- » Evalúe el entorno de vida y recuperación del cliente (p. ej., vivienda, empleo, apoyo social).
- » Apoye al cliente para obtener remisiones y crear un plan para acceder a asistencia de vivienda, legal, financiera o laboral, según sea necesario.

Evaluar y tratar condiciones médicas concurrentes y trastornos psiquiátricos

- » *Enfermedad del hígado:* Los clientes con cirrosis descompensada pueden necesitar un control más estricto.
- » *Aspartato aminotransferasa (AST), alanina aminotransferasa (ALT):* Si AST o ALT son más de cinco veces el límite superior normal, los clientes pueden tener un mayor riesgo de hepatitis inducida por buprenorfina; los equipos de cuidado deben sopesar los riesgos y beneficios de comenzar el tratamiento con buprenorfina caso por caso.
- » *Síndromes de dolor:* Los clientes que necesitan dosis altas de terapia con agonistas opioides completos (p. ej., morfina, oxicodona, fentanilo) pueden necesitar dosis más altas que las que normalmente se usan para tratar el OUD.
- » *Trastorno psiquiátrico:* Obtenga una evaluación de salud mental y siga las recomendaciones para promover la estabilidad de la salud mental; esto incluye evaluaciones de trastornos del estado de ánimo concurrentes, trastornos de ansiedad, trastornos alimentarios, trastornos relacionados con traumas y estrés y trastornos psicóticos.
- » *Abstinencia de sustancias:* Considere identificar y remitir a los clientes que necesitan un control de abstinencia supervisado médicamente de alcohol, benzodiazepinas u otros sedantes antes de iniciar la buprenorfina.
- » *Medicamentos metabolizados por el sistema citocromo P450 3A4 (varios medicamentos antirretrovirales y psiquiátricos contra el VIH):* Los inhibidores de 3A4 pueden aumentar los niveles del medicamento de buprenorfina y causar síntomas de exceso de opioides (p. ej., los pacientes que reciben regímenes reforzados con ritonavir pueden necesitar un ajuste para reducir la dosis de buprenorfina, aunque esto no es común).

Actividad 2: Preparación para el tratamiento

Los clientes elegibles pueden iniciar el tratamiento en la misma visita que la evaluación, o pueden regresar para una segunda visita, siempre que se minimice el tiempo de espera para comenzar el tratamiento.

Educación al cliente sobre qué esperar

- » Eduque al cliente sobre qué esperar en cada etapa del tratamiento y cómo administrar, proteger y desechar correctamente los medicamentos.
- » Explique que los clientes deben estar en las primeras etapas de abstinencia de los opioides antes de la inducción; de lo contrario, experimentarán abstinencia precipitada (lo que provoca síntomas intensos y agudos). La vida media de un opioide influye en el tiempo de abstinencia, como se indica en los ejemplos abajo:
 - La heroína/fentanilo debe suspenderse al menos 12 horas antes de la inducción
 - La metadona debe reducirse gradualmente a 30 mg/día antes de la inducción y debe suspenderse por completo 24 a 48 horas antes de la inducción.
- » Eduque a los clientes sobre los síntomas que acompañan a la abstinencia. Asegúreles a los clientes que la buprenorfina está diseñada para ayudarlos a sentirse mejor durante la abstinencia. Puede encontrar folletos útiles en la [*National Alliance of Advocates for Buprenorphine Treatment*](#).
- » Maneje las expectativas del cliente sobre la buprenorfina, explicando que es solo un aspecto de la recuperación, que es un proceso de por vida.
- » Eduque al cliente sobre la prevención y respuesta a la sobredosis.

Hablar sobre el acuerdo de tratamiento

- » Analice cada componente de un acuerdo de tratamiento, incluyendo los objetivos, los riesgos y los beneficios, y la relación entre el cliente y el equipo de tratamiento. Consulte el [*Apéndice G: Ejemplo de acuerdo de tratamiento con buprenorfina*](#).
- » Comuníquese con otros proveedores en el círculo de cuidado del cliente sobre el plan de tratamiento. Esto puede necesitar autorizaciones firmadas de información para intercambiar información médica protegida.

Preparar a los clientes para la inducción

- » Determine si es mejor para el cliente hacer la inducción en la clínica (p. ej., en el consultorio o en la unidad móvil) o en casa, incluyendo la microdosificación.
 - *La inducción en la clínica* se recomienda para clientes que: no han tomado buprenorfina antes; están cambiando de metadona a buprenorfina (los síntomas de abstinencia son más probables en estos clientes); tienen preocupaciones sobre experimentar abstinencia; o tienen ansiedad o dificultad para seguir instrucciones complejas.
 - *La inducción en casa* tiene menos barreras porque no necesita que los clientes vengan a la clínica todos los días de inducción.
 - *La inducción de microdosis* es un proceso domiciliario de varios días que implica recetar buprenorfina en dosis gradualmente crecientes mientras el cliente continúa con su uso de opioides. Una vez que se alcanza una dosis de bloqueo de buprenorfina, se suspende el uso simultáneo de opioides. Posibles situaciones a considerar para la inducción de microdosificación:
 - Intento fallido de inducción en el consultorio o en casa
 - Transición de los clientes para dejar los opioides recetados
 - Transición de los clientes para dejar el fentanilo, que es más probable que provoque una abstinencia precipitada
- » Haga una evaluación inicial de los síntomas de abstinencia de opioides, usando el cuestionario de 11 elementos *Escala clínica de abstinencia de opioides (Clinical Opiate Withdrawal Scale, COWS)*.¹⁷
- » Haga una receta conjunta de kits de rescate de naloxona, según esté disponible o lo permita la ley.

¹⁷ Wesson DR, Ling W. The Clinical Opiate Withdrawal Scale (COWS). *J Psychoactive Drugs*. 2003;35(2):253-259.

Considerar dispensar “paquetes de ayuda” (opcional)

Los paquetes de ayuda contienen pequeñas cantidades de medicamentos para aliviar los posibles síntomas de abstinencia de opioides, como náuseas, diarrea, ansiedad, mialgia y rinorrea. Muchos clientes no necesitarán estos medicamentos. Un paquete de ayuda puede incluir:

- » Clonidina 0.1 mg a 0.3 mg por vía oral cada 4 a 6 horas cuando sea necesario en caso de lagrimeo, diaforesis, rinorrea, piloerección
- » Loperamida (Imodium) 4 mg por vía oral x 1 cuando sea necesario en caso de diarrea, luego 2 mg por vía oral cuando sea necesario en caso de heces sueltas o diarrea a partir de entonces, sin exceder 16 mg/24 h
- » Acetaminofén de venta libre 500 a 1000 mg cada 4 a 6 horas, ibuprofeno 600 mg cada 8 horas o naproxeno 500 mg cada 12 horas cuando sea necesario en caso de mialgias o artralgias

Actividad 3: Inducción

La inducción es el inicio supervisado médicamente del tratamiento con buprenorfina. El proceso de inducción suele durar tres días, aunque puede tardar hasta siete días. El objetivo de la inducción es identificar la dosis de buprenorfina más baja posible que permitirá a los clientes reducir o suspender el uso de opioides sin experimentar síntomas de abstinencia o antojos incontrolables de drogas. Actualmente, la buprenorfina sublingual está disponible en dos formulaciones:

- » Clorhidrato de buprenorfina (monoterapia)
- » Clorhidrato de buprenorfina y clorhidrato de naloxona en una proporción de 4:1 (buprenorfina-naloxona; nombre comercial ‘Suboxone’) en un comprimido o película combinada. La buprenorfina-naloxona suele ser el método de tratamiento preferido porque reduce la probabilidad de que el medicamento se inyecte en lugar de tomarlo por vía sublingual.

Los efectos secundarios más comunes de la buprenorfina incluyen sudoración, dolores de cabeza, náuseas, estreñimiento, deseo sexual reducido, somnolencia y sueño interrumpido. Los clientes con hepatitis viral también pueden experimentar aumentos leves en las enzimas hepáticas, particularmente en los niveles de ALT.

Protocolo de inducción en la clínica (consultorio o unidad móvil)

Día 1: El proveedor de recetas hace la visita de inducción inicial, aunque también es útil tener presente al coordinador clínico.

- » Evalúe los síntomas iniciales de abstinencia de opioides, usando la COWS.
- » Medir los síntomas de abstinencia: Como se señaló antes, el cliente debe estar en las primeras etapas de abstinencia. La COWS (junto con medidas subjetivas) pueden identificar si los clientes están experimentando una abstinencia adecuada para comenzar la inducción y evitar una abstinencia precipitada. Un puntaje en la COWS de > 5 , pero preferiblemente > 12 , debería evitar suficientemente la abstinencia precipitada.
- » Busque signos de intoxicación por otras sustancias (p. ej., olor a alcohol, nistagmo, prueba de Romberg positiva, desinhibición del cliente u otro estado mental alterado).
- » Si los clientes no cumplen los criterios de inducción, explique los motivos y re programe la cita.
- » Para los clientes que cumplen los criterios de inducción, el proveedor de recetas o el coordinador clínico hace lo siguiente:
 - **Iniciar al cliente con una dosis de prueba de 2 a 4 mg** (use 4 mg para clientes con síntomas de abstinencia más fuertes). El comprimido o película debe disolverse completamente debajo de la lengua húmeda, lo que demora entre 5 y 10 minutos y, en ocasiones, hasta 15 minutos. Quédese con el cliente para asegurarse de que el medicamento se tome correctamente y para que se sienta cómodo.
 - **Evaluar las reacciones del cliente cada 10 a 15 minutos**, hasta por 3 horas. La mayoría de los clientes experimentan una reducción en los síntomas de abstinencia y los antojos dentro de los primeros 10 a 20 minutos.
 - **Administrar una dosis adicional de 2 a 4 mg (hasta 16 mg en total)** hasta que los síntomas de abstinencia se reduzcan significativamente.
 - **Enviar el cliente a casa** con dosis para llevar a casa e instrucciones para los próximos 1 a 2 días.

Día 2: Se hace en la clínica o desde casa por teléfono. El proveedor o coordinador clínico:

- » Comprueba los síntomas de abstinencia (COWS) y los antojos.
- » Aumenta la dosis, sin exceder los 16 mg/día.

Día 3: Se hace en la clínica o desde casa por teléfono. El proveedor o coordinador clínico:

- » Comprueba los síntomas de abstinencia (COWS) y los antojos.
- » Aumenta la dosis, sin exceder los 16 mg/día.
- » Receta el suministro de una semana de buprenorfina

Protocolo de inducción en casa (consultorio o unidad móvil)

La inducción en casa ocurre bajo la supervisión de proveedores con experiencia en inducciones; no se recomienda para proveedores recién exentos y centros recién establecidos. La inducción en casa es más adecuada para clientes que tienen experiencia previa con buprenorfina, tienen acceso telefónico confiable y han demostrado comodidad y competencia para comenzar a tomar el medicamento sin observación clínica. La inducción en casa puede reducir las barreras para los clientes, como el estigma y la incomodidad de viajar y asistir a una cita médica durante la abstinencia. La inducción en casa también reduce las complicaciones de obtener una dosis de inducción de buprenorfina en una camioneta móvil o en una clínica remota.

La inducción en casa implica los siguientes pasos:

- » Revisar el folleto del protocolo de inducción en casa con el cliente (*[Apéndice H: Folleto del protocolo de inducción en casa](#)*). El protocolo incluye información sobre cómo tomar medicamentos por vía sublingual, cómo hacer un seguimiento de las dosis y registrarlas y qué no deben hacer los clientes con la buprenorfina.
- » Crear un plan de inducción claro con el cliente que:
 - Explica cuándo suspender los opioides y comenzar la inducción.
 - Describe cómo evaluar los síntomas de abstinencia.
 - Indica cuándo tomar el medicamento cada día.
- » Dar suficiente medicamento para lograr una dosis de 16 mg por día hasta la primera visita de estabilización (en aproximadamente una semana).
- » Considerar la posibilidad de recetar un “paquete de ayuda” para tratar los síntomas de abstinencia.
- » Dar información de contacto para los clientes si tienen preguntas o problemas.
- » Comunicarse con el cliente por teléfono para evaluar cómo le está yendo.
- » Programar la próxima cita del cliente.

Notas sobre la inducción: El momento y la cantidad de dosificación son muy importantes. Las dosis que son demasiado altas pueden exacerbar de forma aguda los síntomas de abstinencia, mientras que un aumento demasiado lento puede prolongar innecesariamente la abstinencia. Cualquiera de estas situaciones puede resultar en la falta de adherencia del cliente. Una exacerbación repentina de los síntomas de abstinencia de opioides después de administrar buprenorfina generalmente indica una abstinencia precipitada. Hable sobre los síntomas con el cliente y revise la hora del último uso de opioides. Dé a los clientes un paquete de medicamentos de ayuda en la clínica para el control de los síntomas e indíqueles que regresen al día siguiente para una reevaluación.

Actividad 4: Estabilización

La estabilización implica aumentar la dosis del medicamento hasta que el cliente ya no tenga signos de abstinencia o antojos y no haya desarrollado señales o síntomas de exceso de opioides. Las visitas de estabilización ocurren semanalmente durante dos a cuatro semanas.

La estabilización implica los siguientes pasos:

- » **Evaluar los síntomas de abstinencia** usando la COWS. Revise el uso de cualquier medicamento complementario para el control de los síntomas. La mayoría de los clientes ya no experimentarán abstinencia, pero pueden continuar experimentando antojos.
- » **Aumentar la dosis diaria** en 2 a 4 mg hasta que el cliente logre un alivio óptimo de los síntomas de abstinencia y los antojos objetivos y subjetivos. La dosis media es de 16 mg al día, aunque el rango puede ser de 8 mg a 24 mg. La mayoría de los clientes alcanzan su dosis objetivo dentro de las dos primeras semanas de tratamiento.
 - Para los clientes con VIH que reciben atazanavir potenciado y otros antirretrovirales que contienen ritonavir, las dosis más bajas de buprenorfina pueden ser suficientes.
 - Para los clientes en regímenes que contienen efavirenz, con frecuencia se necesitan dosis más altas.
- » **Revisar el acuerdo de tratamiento** con el cliente. Recuérdeles que la desviación o el mal uso de la buprenorfina puede dar lugar a la interrupción del tratamiento.
- » **Recetar suficiente buprenorfina** para la próxima semana (antes de la próxima visita).

A lo largo de la estabilización, los clientes necesitan apoyo, defensa y remisiones. El coordinador clínico puede hacer lo siguiente:

- » Fomentar la adherencia a los medicamentos.
- » Ayudar a los clientes con el uso de apoyos basados en la recuperación (mentores de pares, grupos, amigos, eventos sociales, etc.).
- » Hablar sobre los antojos y otros desafíos.
- » Hablar sobre la prevención de sobredosis.
- » Recordar a los clientes que se comuniquen con su equipo médico de inmediato si se produce una recaída.

Notas sobre la estabilización: Para muchos clientes, el camino hacia la estabilización no es lineal. No es raro que un cliente recaiga durante el primer o segundo mes. Los clientes pueden suspender abruptamente sus medicamentos con buprenorfina, por lo que necesitan otra inducción. Algunos pueden estabilizarse durante algunas semanas y luego dejar de recibir cuidado. Por lo tanto, es importante desarrollar un plan para que los clientes “fuera de cuidado” vuelvan a participar rápidamente en el tratamiento con buprenorfina.

Actividad 5: Mantenimiento

La fase final del tratamiento es el mantenimiento. Por lo general, las visitas de mantenimiento se hacen una vez al mes. Sin embargo, los clientes con condiciones comórbidas y otras necesidades importantes pueden necesitar visitas más frecuentes para mantener la estabilidad. Por ejemplo, los clientes que experimentan una vivienda inestable o trastornos de salud mental no tratados pueden beneficiarse de venir cada dos semanas durante varios meses. Los equipos de tratamiento pueden usar su discreción para determinar la frecuencia de visitas de un cliente. Después de seis meses de mantenimiento, los clientes que se mantienen muy estables pueden venir cada dos o tres meses.

Durante una visita de mantenimiento, el proveedor de recetas o el coordinador clínico:

- » Evalúan el funcionamiento y la estabilidad del cliente.
- » Hacen pruebas de toxicología.
- » Dan un refuerzo positivo para la toxicología negativa de opioides y consejería, intervención o remisión no punitivos para exámenes de detección positivos.
- » Dan apoyo continuo para la adherencia al tratamiento.
- » Ayudan a los clientes a acceder a los servicios que necesitan para apoyar su sobriedad y su salud y bienestar general (consejería, vivienda, empleo, etc.).

Tratar la desestabilización y la recaída

Cuando los clientes recaen o se desestabilizan, el equipo de tratamiento:

- » Ayuda a los clientes a identificar los factores que contribuyen a la recaída.
- » Da seguimiento y apoyo adicionales.
- » Remite a los clientes a un nivel superior de cuidado, si es necesario.

Programa de inducción, estabilización y mantenimiento

Inducción	Semana 1
	Visitas a la clínica los días 1, 2 y 3 (o llamadas telefónicas los días 2 y 3) O en casa (con visita inicial para recibir medicamentos e instrucciones)
	Dosis diaria: comenzar con 2 a 4 mg; aumentar hasta 8 a 12 mg (no > 16 mg)
Estabilización	Semanas 2 a 4
	Visitas semanales a la clínica Comprobar abstinencia y antojos Pruebas de toxicología
	Dosis objetivo: 12 a 16 mg diarios (hasta 24 mg)
Mantenimiento	Meses 2 a 12
	Visitas mensuales a la clínica o dos veces al mes (meses 2 a 6); si le va muy bien, cada 2 a 3 meses hasta el mes 12 Comprobar la estabilidad continua Pruebas de toxicología Consejería una o dos veces al mes
	Ajustar la dosis según sea necesario

Actividad 6: Transición al cuidado primario

Los clientes pueden permanecer en el tratamiento con buprenorfina indefinidamente, pero muchos pueden hacer la transición y trabajar solo con su proveedor de cuidado primario en lugar de con todo el equipo de tratamiento con buprenorfina. La decisión de hacer la transición de los clientes se puede tomar caso por caso. En las unidades móviles, el personal puede tratar de animar a los clientes a hacer la transición al cuidado en el consultorio, pero también puede permitir que los clientes permanezcan en la unidad si lo desean.

Actividad 7: Terminación del tratamiento

Las tres razones principales por las que un cliente puede necesitar terminar el tratamiento incluyen: elección del cliente (voluntaria); falta de mejoría clínica o empeoramiento del curso clínico; y comportamiento violento o ilegal.

Terminación voluntaria

- » Algunos clientes desearán interrumpir el tratamiento. El candidato ideal para disminuir la buprenorfina es social y clínicamente estable, ha desarrollado relaciones de apoyo con personas que no consumen drogas, ha descubierto formas alternativas de lidiar con los desencadenantes del consumo de drogas y tiene confianza y motivación para interrumpir el tratamiento.
- » Los clientes deben disminuir lentamente (p. ej., disminuir la dosis en un 10 a un 25% cada mes), ya que se ha demostrado que las disminuciones lentas tienen más éxito que las disminuciones rápidas. El cliente y el proveedor deben decidir juntos el ritmo exacto de la reducción y hacer un seguimiento de la reducción y ajustarla como un equipo.

Sin mejoría significativa o empeoramiento del curso clínico

- » Cuando un cliente no muestra una mejoría significativa o empeora el curso clínico, puede deberse a factores estresantes físicos o psicológicos, tratamiento inadecuado o inapropiado, o falta de adherencia al tratamiento.
- » El equipo de tratamiento debe trabajar en estrecha colaboración con los clientes durante estos momentos para ayudar a identificar los factores contribuyentes y las estrategias para superarlos. Aumente la frecuencia de seguimiento y consejería con estos clientes.
- » Si el nivel de cuidado actual no puede satisfacer las necesidades del cliente, se deben considerar y ofrecer proveedores o programas externos, como el mantenimiento con metadona, la administración intensiva de casos, la terapia cognitiva conductual, la vivienda de apoyo o el tratamiento residencial.

- » Si un cliente se transferirá a un nivel superior de cuidado, el equipo de tratamiento debe desarrollar un Memorando de entendimiento con los socios y protocolos de tratamiento para obtener el consentimiento para compartir la información del cliente. La transferencia de buprenorfina en el consultorio a un tratamiento más estructurado con metadona puede ser una opción. Si los clientes entran a un entorno de tratamiento residencial, se puede (y con frecuencia se debe) continuar con la buprenorfina.

Comportamiento ilegal o violento

- » El equipo debe desarrollar procedimientos para manejar incidentes ilegales o violentos y determinar qué comportamientos resultarán en una desintoxicación y alta involuntaria.
- » Los posibles motivos para la terminación incluyen: desvío de buprenorfina (venta de medicamentos con receta); una indicación de desviación puede ser la falta de buprenorfina o norbuprenorfina (un metabolito de la buprenorfina) en las pruebas de toxicología; un acto o amenaza de violencia contra un cliente o personal de la clínica; tenencia de armas; violación de las reglas y normas del programa; acoso de otros clientes o personal por motivos de género, origen étnico, orientación sexual o identidad de género; robo u otros actos ilegales en los terrenos de la clínica; registros duplicados en programas de tratamiento con agonistas opioides (metadona o buprenorfina); y la manipulación de muestras de toxicología.

Actividad 8: Alternativas a la buprenorfina sublingual

Es importante que los programas de tratamiento con buprenorfina conozcan las opciones de tratamiento alternativas y sepan dónde remitir a los clientes si no se dan alternativas en el lugar.

Otras formas de buprenorfina

- » Probuphine (implantes de buprenorfina) dura aproximadamente 6 meses y es para clientes que están estabilizados con formulaciones sublinguales o bucales. Para dar implantes, los proveedores deben recibir capacitación específica del fabricante sobre la inserción y extracción según las [*Estrategias de evaluación y mitigación de riesgos \(Risk Evaluation and Mitigation Strategies, REMS\) aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos \(FDA\)*](#).
- » Sublocade es una formulación inyectable subcutánea de buprenorfina de liberación prolongada mensual para clientes con trastorno por consumo de opioides de moderado a grave que han sido iniciados y tratados con buprenorfina transmucosa durante al menos 7 días. Solo los establecimientos de cuidado médico con certificación especial según las [*REMS aprobadas por la FDA*](#) pueden ordenar y dispensar Sublocade.

Naltrexona de liberación prolongada (Extended-release naltrexone, XR-NTX)

- » Este es un antagonista opioide administrado como una inyección intramuscular de 30 días. Funciona mejor para los clientes que se han abstenido de los opioides de acción corta durante al menos 7 a 10 días y los opioides de acción prolongada durante al menos 10 a 14 días. No se exige exención para recetar.

Metadona

- » Solo los programas de tratamiento de opioides acreditados y certificados por el gobierno federal pueden dispensar metadona para tratar los trastornos por uso de opioides; algunos clientes reciben un mejor servicio con este mayor nivel de cuidado y una supervisión más estrecha.



EVALUACIÓN de E2i: RETOS, ÉXITOS, ADAPTACIONES Y APRENDIZAJES

Los centros de E2i que implementaron el tratamiento con buprenorfina encontraron barreras y facilitadores para lograr sus objetivos de implementación integrados. También hicieron cambios a la intervención original para cubrir las necesidades específicas de sus clientes y miembros del personal. Aquí encontrará un resumen de las adaptaciones y aprendizajes. Puede encontrar información adicional sobre las experiencias de los centros en la sección Programas destacados abajo.

- ◆ **Tratar los desafíos de reclutamiento.** Los programas de unidades móviles y los de consultorio tuvieron un número de clientes inscritos en el tratamiento con buprenorfina inferior al esperado. Las razones de la baja inscripción no están del todo claras. Es posible que los clientes prefirieran recibir tratamiento con metadona, que estaba ampliamente disponible en las mismas áreas que el tratamiento con buprenorfina. El personal del centro también notó que la inscripción puede haber sido afectada negativamente por los clientes con VIH que se mudaron fuera de sus áreas. Además, el estigma asociado con el OUD puede haber impedido que las personas accedan al tratamiento. Para tratar los desafíos de reclutamiento, los centros de E2i sugieren que los clientes reciban consejería sobre los pros y los contras de la metadona frente a la buprenorfina. Las organizaciones también pueden considerar vincular el reclutamiento para la buprenorfina con otros programas de extensión, como los programas de pruebas rápidas del VIH basados en la comunidad. Los trabajadores de extensión de estos programas pueden remitir a los clientes a la clínica para recibir profilaxis previa a la exposición (pre-exposure prophylaxis, PrEP) para prevenir el VIH o la TAR para el VIH, según los resultados de las pruebas. Una vez en la clínica, los clientes pueden ser evaluados para OUD y remitidos a tratamiento con buprenorfina según corresponda.
- ◆ **Necesidades de apoyo a la adherencia.** Para mejorar la adherencia al tratamiento con buprenorfina, el centro de E2i en el consultorio recomienda programar citas semanales para que los clientes se reúnan con los administradores de casos y psicólogos que ayudan a hacer un seguimiento de los comportamientos de salud positivos y reforzarlos.
- ◆ **Integración del cuidado de la salud mental.** Un gran porcentaje de clientes con VIH y OUD en los centros de E2i presentaron un trastorno psiquiátrico que podría haber impedido el compromiso con el tratamiento con buprenorfina. Para tratar este problema generalizado, los centros de E2i integraron la consejería psicológica individual en sus programas de buprenorfina y dieron remisiones para tratamiento psiquiátrico según fuera necesario.



EVALUACIÓN de E2i: RETOS, ÉXITOS, ADAPTACIONES Y APRENDIZAJES

- ◆ **Cobertura de seguro para medicamentos.** Los centros de E2i advierten que los clientes que reciben Medicaid deben prestar mucha atención a las fechas de vencimiento de la cobertura de medicamentos. Para evitar brechas en la cobertura, un centro de E2i creó un registro de fechas de vencimiento para poder alertar a los clientes un mes antes del vencimiento y ayudarlos a renovar su cobertura. El centro también descubrió que necesitaban abogar por la cobertura con algunas aseguradoras y ofrecer una tarifa variable para aquellos que no tenían cobertura. Recomiendan buscar fondos alternativos para cubrir el pago del medicamento en caso de que no lo cubra el seguro.
- ◆ **Reducir las barreras de transporte y programación.** Los clientes con horarios inflexibles, falta de transporte o que viven a grandes distancias de la clínica, con frecuencia tienen dificultades para asistir a las citas. Para resolver este problema, los centros de E2i usaron fondos de la Parte C de Ryan White para dar a los clientes transporte para las citas, ofrecer horarios de clínica temprano y tarde, y ofrecer inducciones en casa, orientaciones en casa, servicios de seguimiento en casa y entrega de medicamentos en casa.
- ◆ **Acceso a medicamentos de inducción.** Hacer llegar los medicamentos de inducción de manera oportuna a los clientes puede ser complicado (la buprenorfina no se puede almacenar en la clínica). Los centros de E2i redujeron las barreras teniendo un técnico de farmacia en el lugar y usando un servicio de mensajería para traer la buprenorfina de la farmacia. La inducción en casa también supera este problema.
- ◆ **Mantenerse al día con los números de teléfono cambiantes de los clientes.** Debido a que los clientes con frecuencia cambian sus números de teléfono, un centro de E2i implementó un protocolo para pedir a los clientes sus números de teléfono en cada visita y actualizar la base de datos de clientes en consecuencia.



PROGRAMAS DESTACADOS

PROGRAMA DESTACADO

Med Centro, Inc.



Historial de la organización

Med Centro, Inc. (antes Consejo de Salud de Puerto Rico) es un centro médico calificado a nivel federal en Ponce, Puerto Rico, que atiende a más de 57,000 clientes. Durante más de 47 años, Med Centro ha dado cuidado médico primario integral y servicios de apoyo a clientes que residen en la región sur de Puerto Rico. Como beneficiario de fondos de la Parte C del RWHAP, Med Centro usa un enfoque multidisciplinario basado en equipos para dar cuidado primario, administración de casos, nutrición, cuidado de la salud mental, cuidado de enfermedades infecciosas, servicios dentales y servicios de extensión para clientes con VIH.

Objetivos de implementación y contexto

Med Centro integró el tratamiento con buprenorfina en el consultorio en sus servicios de VIH existentes con el doble objetivo de tratar el OUD y ayudar a los clientes a comprometerse con el cuidado y el tratamiento del VIH. El personal principal del programa de tratamiento con buprenorfina consiste en un administrador de casos a cargo de la extensión, inscripción y retención de clientes; un director de proyecto que supervisa las tareas administrativas y la contratación; un psicólogo que evalúa el OUD y otros problemas de salud mental; y un médico responsable de recetar buprenorfina, administrar la inducción y el tratamiento, y llevar registros. El equipo de buprenorfina coordina el cuidado con el proveedor de cuidado primario de cada cliente.

“Como profesional, estoy agradecido de ver la evolución y el progreso de nuestros clientes a medida que se estabilizan de la adicción a los opioides y aumentan la adherencia a su tratamiento contra el VIH.” —Proveedor de buprenorfina de Med Centro

Reclutamiento e implementación

Para identificar a los clientes existentes de Med Centro elegibles para el tratamiento con buprenorfina, el equipo recibe remisiones de administradores de casos y otros proveedores clínicos. Todos los miembros del equipo de cuidado del VIH están en el mismo lugar físico que el programa de buprenorfina, por lo que las remisiones se hacen sin problemas. Además, Med Centro desarrolló acuerdos con agencias locales que dan servicios de apoyo (p. ej., vivienda) para remisiones bidireccionales, promueve el programa en las redes sociales y hace actividades de extensión mediante el programa comunitario de pruebas rápidas de VIH de Med Centro.

La inducción con buprenorfina se hace en la clínica durante un período de tres días (las inducciones en casa no están permitidas según las normas puertorriqueñas). Para facilitar el proceso de prescripción, Med Centro colabora con su farmacia en el lugar para surtir las recetas de buprenorfina durante la cita de inducción de un cliente. Inicialmente, los clientes tenían que esperar de 24 a 48 horas antes de comenzar la inducción debido a los requisitos de autorización previa de los planes de seguro médico. Sin embargo, durante la pandemia del COVID-19 en 2020, los requisitos de autorización para recetar buprenorfina se volvieron más flexibles, lo que redujo los tiempos de espera y facilitó aun más las prácticas de recetado. Después de la inducción, los clientes vienen semanalmente para la estabilización y luego cada dos o cuatro semanas para el mantenimiento.

Integración del programa

Med Centro ha integrado de manera eficaz el programa de tratamiento con buprenorfina en sus departamentos de cuidado primario del VIH, salud mental y farmacia. En el transcurso del proceso de implementación, todo el personal de Med Centro acogió con entusiasmo el programa y colaboró activamente en la prestación de servicios integrales. Para la continuación del programa después de que finalice la financiación de E2i, Med Centro ha identificado recursos para cubrir los costos no reembolsables por Medicaid.

Innovaciones, adaptaciones y aprendizajes

- » **Asociación con el programa de desintoxicación:** El sur de Puerto Rico tiene escasez de programas de desintoxicación. Para apoyar a los clientes que necesitan ayuda con la desintoxicación, el equipo de Med Centro estableció Memorandos de entendimiento con los centros de tratamiento en el lado norte de Puerto Rico.
- » **Opciones de terapia:** A mitad de la implementación, Med Centro observó la necesidad de que los clientes de buprenorfina recibieran apoyo terapéutico y social adicional mediante terapia grupal o individual. El equipo se coordinó con el psiquiatra del centro para tratar de que estas opciones estuvieran disponibles para los clientes.



- » **Técnico de farmacia:** Tener un técnico de farmacia dentro de la clínica dio mayor agilidad en el procesamiento de recetas y redujo el tiempo de espera del cliente.
- » **Coadministración del tratamiento de los trastornos de salud mental:** Muchos clientes con dependencia de opioides también pueden usar benzodiazepinas para controlar la ansiedad. Cuando las benzodiazepinas se combinan con buprenorfina, pueden tener efectos secundarios graves si no se administran correctamente. Dado que Med Centro no tenía previamente protocolos para la receta conjunta de estos medicamentos, los recetadores trabajaron con el psiquiatra de la clínica para desarrollar un protocolo para guiar la administración de los clientes que usan buprenorfina que también toman benzodiazepinas.
- » **Desarrollo de la empatía:** El personal de Med Centro ha aprendido a desarrollar una mayor empatía hacia sus clientes y a aceptar, sin juzgar, que algunos clientes pueden no aceptar el tratamiento o pueden recaer durante el tratamiento. El personal ha cambiado sus actitudes sobre el OUD y ahora entiende el trastorno por consumo de sustancias como una enfermedad.
- » **Generar compromiso, confianza y seguridad:** El personal de Med Centro ha descubierto que el éxito del tratamiento depende de generar confianza y una buena relación con los clientes.
- » **Terremotos y COVID-19:** A principios de 2020, la costa sur de Puerto Rico fue azotada por varios terremotos que dañaron gravemente la infraestructura de la región. Dos meses después, la pandemia del COVID-19 creó barreras adicionales para el acceso al cuidado en persona. En respuesta a estos retos, el equipo de Med Centro demostró flexibilidad, resiliencia y compromiso con sus clientes al adaptarse al cuidado de telesalud, dar una mayor coordinación de servicios por teléfono y ofrecer visitas a domicilio y entrega de medicamentos. Además, Med Centro continuó abierto y con personal para visitas en persona durante estas crisis. Ante el COVID-19, Med Centro actualmente hace evaluaciones de clientes y seguimiento médico mediante una llamada telefónica. Además, el administrador de casos da seguimiento a los clientes por teléfono para respaldar la adherencia al tratamiento con buprenorfina y del VIH, identifica las necesidades de los pacientes y da apoyo.
- » **Transporte:** La falta de transporte para los clientes que viven en entornos rurales o que han sido afectados por los terremotos ha sido una barrera fundamental para el cuidado. Med Centro pudo aprovechar otras fuentes de financiación para dar a los clientes transporte a la clínica y la farmacia.

Información de contacto

Med Centro

1034 Hostos Avenue, Ponce, Puerto Rico 00716-1115
787.843.9393 Ext. 1056, 1058 • www.medcentro.org



PROGRAMA DESTACADO

Greater Lawrence Family Health Center



Historial de la organización

Greater Lawrence Family Health Center (GLFHC) presta servicios integrales de cuidado médico que responden a las necesidades de una población culturalmente diversa, incluyendo las personas con VIH, en Merrimack Valley en Massachusetts. GLFHC es un beneficiario de fondos de la Parte C del RWHAP y un subbeneficiario de fondos de la Parte A del RWHAP. Además de sus múltiples lugares, GLFHC tiene una unidad médica móvil (un remolque tirado por un camión) para dar cuidado clínico primario y servicios de apoyo a las poblaciones sin casa y otras personas que enfrentan barreras para acceder al cuidado médico en el consultorio. GLFHC ha ofrecido recuperación asistida por medicamentos para el OUD en un entorno de cuidado coordinado durante más de una década. En 2017, comenzó a ofrecer tratamiento con buprenorfina para el OUD como parte de los servicios de su unidad médica móvil.

Objetivos de implementación y contexto

Después de reconocer un aumento dramático en los nuevos diagnósticos de VIH entre las personas que se inyectan drogas y las personas sin casa, GLFHC solicitó fondos de E2i para ampliar el acceso al tratamiento para el OUD para personas con VIH mediante su unidad móvil. Sus objetivos para el programa de buprenorfina de la unidad móvil eran reducir las muertes y complicaciones asociadas a los opioides y mejorar la continuidad del cuidado del VIH para las personas con VIH y OUD.



Reclutamiento e implementación

GLFHC usa un enfoque de cuidado basado en un equipo multidisciplinario que incluye médicos, enfermeros, administradores de casos y trabajadores de salud comunitarios. Debido a su sólido programa existente de buprenorfina en el consultorio, GLFHC no necesitaba contratar personal nuevo para la unidad móvil.

El reclutamiento de clientes para el programa se hace en refugios para personas sin casa y mediante el boca a boca, el programa de servicio de jeringas y remisiones de administradores de casos y departamentos de emergencia de hospitales. GLFHC también implementó reuniones semanales con miembros del equipo multidisciplinario para revisar los gráficos de clientes potencialmente elegibles.

Como un modelo de entrada al cuidado de barrera baja, el programa de unidad móvil no exige que los clientes hagan citas. Cuando GLFHC comenzó el programa por primera vez, los clientes venían a la unidad para que un enfermero los observara mientras tomaban su dosis de inducción. El proveedor llamaría a la farmacia para entregar la dosis de inducción por mensajería, ya que la buprenorfina no se puede almacenar en la unidad médica móvil. Más adelante, GLFHC descubrió que la mayoría de los clientes podían tomar sus dosis de inducción de manera segura en su casa o lugar de residencia. Los clientes solo necesitan regresar a la unidad para visitas de estabilización y mantenimiento. El personal de la unidad móvil mantiene relaciones con las instalaciones locales de metadona y desintoxicación y remite a los clientes a estas organizaciones para satisfacer las necesidades individuales de los clientes.

Integración del programa

Debido a que GLFHC ya tenía un programa de buprenorfina en el consultorio y una unidad móvil para los servicios de cuidado primario, la integración del tratamiento con buprenorfina en la unidad móvil fue perfecta. Además, la gerencia y los miembros del equipo reconocieron los beneficios para los clientes de eliminar aun más las barreras al cuidado y reducir los daños.

Después de que finalice la financiación de E2i, el programa continuará con algunos cambios en el tiempo y el esfuerzo del personal. Afortunadamente, el tratamiento con buprenorfina es principalmente sostenible mediante la facturación de un seguro de terceros. El equipo también ha asegurado otras fuentes de financiación, incluyendo fondos privados, estatales y federales para apoyar las funciones fundamentales del personal.

“Este programa es un beneficio increíble para los clientes. Elimina la barrera de un centro físico, sin citas ni tiempos de espera, y nos permite dar un cuidado centrado en el cliente y de barrera baja.”
—Miembro del personal de la unidad móvil de GLFHC



Innovaciones, adaptaciones y aprendizajes

- » **Ampliación de servicios:** Con el tiempo, GLFHC amplió sus servicios aumentando la cantidad de días que da servicios móviles de buprenorfina, llevando la unidad móvil a una ciudad adicional en la región un día por semana e incorporando el tratamiento de la hepatitis C.
- » **Pandemia del COVID-19:** Durante la pandemia del COVID-19, la unidad móvil hizo la transición de la mayor parte de sus servicios a una plataforma de telesalud, pero ofreció acceso a la unidad cinco días a la semana para los clientes que no tenían teléfonos. El personal erigió tiendas de campaña fuera de la unidad móvil y usó equipo de protección y precauciones de seguridad para minimizar el riesgo de transmisión del coronavirus. A pesar de los muchos esfuerzos del personal, era muy difícil mantener el contacto con los clientes.
- » **Inducción en casa:** Según el personal de GLFHC, permitir que los clientes induzcan en casa incorpora un enfoque de reducción de daños y centrado en el cliente reconociendo que los clientes son los mejores jueces de sus limitaciones y experiencias personales. Los clientes también pueden evitar los retos asociados con entrar a la unidad durante la abstinencia para la inducción.
- » **Retos con la inscripción:** La inscripción en el programa se vio afectada negativamente por la mudanza de los clientes, por el estigma potencial asociado con el OUD y el VIH, y por un cambio en la cadena de suministro de drogas de la heroína al fentanilo. GLFHC descubrió que para muchos clientes que usaban fentanilo, en lugar de heroína, la metadona era una opción de tratamiento preferida.
- » **Retos con la retención:** Los clientes con VIH y OUD enfrentan barreras complejas para permanecer en el cuidado. El COVID-19 complicó aun más la retención en el cuidado. No obstante, GLFHC hace múltiples esfuerzos para comunicarse con los clientes y ha trabajado para crear un entorno centrado en el cliente donde los clientes pueden volver a acceder fácilmente a los servicios cuando estén listos.
- » **Impacto en la comunidad:** Creando un programa de buprenorfina visible, bajo demanda y de barrera baja, GLFHC pudo cambiar la perspectiva sobre el tratamiento de los trastornos por consumo de sustancias entre la comunidad clínica en general. Por ejemplo, los médicos de la sala de emergencias en el área están más dispuestos a dar buprenorfina a quienes la necesitan, y la clínica de metadona cercana ha comenzado a adoptar un enfoque de reducción de daños.
- » **Aumento de la continuidad del cuidado:** La unidad móvil pudo llevar el cuidado del VIH más directamente a la comunidad. Para algunos clientes, un centro clínico fijo podría no ser el “adecuado.” Debido a que GLFHC da cuidado primario del VIH mediante su unidad móvil, puede aumentar la continuidad del cuidado para estos clientes.

Información de contacto

Greater Lawrence Family Health Center (GLFHC)
100 Water St. Lawrence, MA
978.689.6664 • <https://glfhc.org/>



APÉNDICES

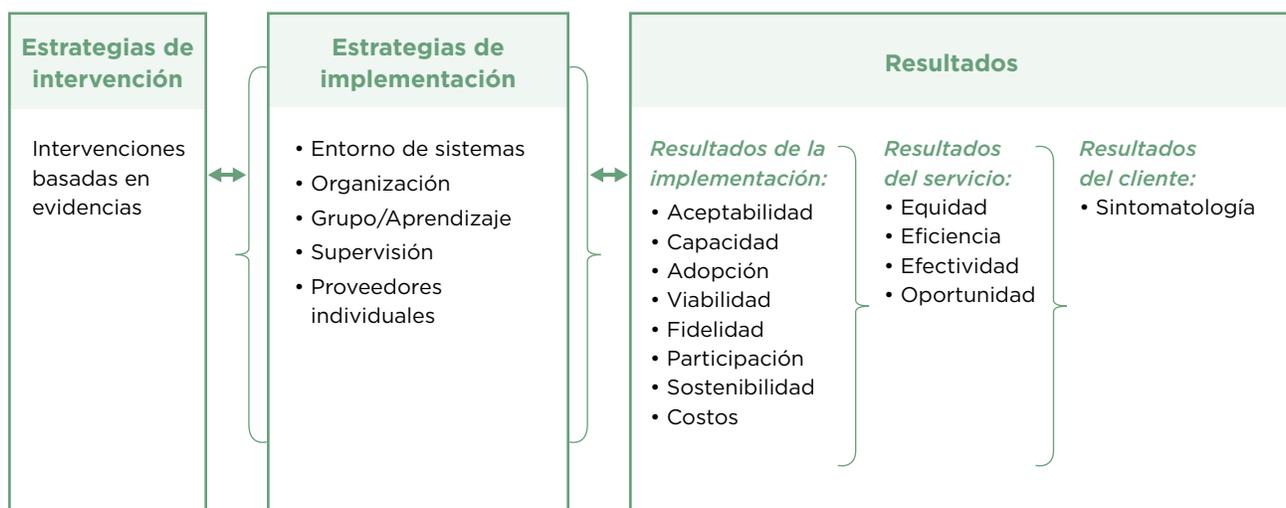


APÉNDICE A. EVALUACIÓN Y CIENCIA DE LA IMPLEMENTACIÓN: MARCO Y MÉTODOS

El Center for AIDS Prevention Studies (CAPS) de la University of California San Francisco hizo la evaluación de la implementación del programa E2i. La evaluación usó el modelo del marco Proctor para la investigación de la implementación.¹⁸ Este enfoque sugiere que la evaluación del programa debe incluir una comprensión del proceso de implementación y su impacto en todas las personas y sistemas que participan en la implementación:

1. Los elementos principales del programa (estrategias de intervención).
2. Los esfuerzos para implementar el programa (estrategias de implementación).
3. Cómo ven el programa los participantes (resultados de la implementación).
4. Cómo se implementa el programa (resultados del servicio).
5. El impacto en los participantes (resultados del cliente).

El modelo de Proctor de E2i



¹⁸ Proctor E, Silmere H, Raghavan R, et al. Outcomes for implementation research: Conceptual distinctions, measurement challenges, and research agenda. *Adm Policy Ment Health*. 2011;38(2):65-76.

Se recopilaron seis tipos de información durante los tres años de implementación del programa E2i. Éstos incluyen:

Evaluación de la organización: Cada seis meses, el director del programa completaba una encuesta. Esta encuesta tenía preguntas sobre la organización (p. ej., cantidad de pacientes, tipos de servicios prestados y personal). También incluyó preguntas sobre la ejecución del programa y cómo el personal ve el programa.

Conceptos de Proctor

- » Estrategias de implementación (entorno de sistemas, organización, grupo/aprendizaje, supervisión)
- » Resultados de la implementación (aceptabilidad, capacidad, adopción, viabilidad, fidelidad, participación, sostenibilidad, costos)

Revisión de documentos: Los evaluadores revisaron los documentos que se crearon durante la implementación y las actividades de asistencia técnica. Los documentos fueron creados por los propios centros o por The Fenway Institute/AIDS United e incluyeron: solicitudes de financiación de E2i, informes de visitas al centro, informes trimestrales, notas de llamadas de seguimiento, notas de llamadas de cohortes y presentaciones en reuniones.

Conceptos de Proctor

- » Estrategias de implementación (entorno de sistemas, organización, grupo/aprendizaje, supervisión, proveedores individuales, pacientes individuales)
- » Resultados de implementación (aceptabilidad, capacidad, adopción, viabilidad, fidelidad, participación, sostenibilidad)

Observaciones: Los centros participaron en dos reuniones de sesiones de aprendizaje cada año. Los evaluadores tomaron notas sobre las conversaciones y las presentaciones. Estas notas se centraron en las barreras y los facilitadores de la implementación.

Conceptos de Proctor

- » Estrategias de implementación (entorno de sistemas, organización, grupo/aprendizaje, supervisión, proveedores individuales, pacientes individuales)

Datos de costos: Los directores del programa y el personal de administración financiero completaron dos cuadernos de trabajo de costos. Uno fue para el período de preparación/ planificación de tres meses y el primer año de implementación del programa. El otro fue para el segundo año de ejecución del programa. Los costos incluyen personal y gastos pagados por E2i y donaciones en especie.

Conceptos de Proctor

- » Resultados de la implementación (costos)

Exposición a la intervención: Se recopiló información sobre los clientes que participaron en la intervención entre septiembre de 2018 y diciembre de 2020. La información demográfica se recopiló en los formularios de inscripción. Los formularios de exposición a la intervención se recopilaron siempre que el personal tuviera interacciones sobre el programa con los participantes. Estos formularios incluyeron información como: la fecha de la interacción, el miembro del personal con el que tuvo contacto, el tipo de interacción, las actividades completadas y los resultados de las actividades.

Conceptos de Proctor

- » Resultados del servicio (fidelidad, participación, equidad, eficiencia, eficacia, oportunidad)

Expedientes médicos: Se recopilaron expedientes médicos de los participantes durante los 12 meses antes de la inscripción en el programa y durante los 12 meses después de la inscripción en el programa. La información era específica para el cuidado médico del VIH, como las fechas de las citas, las recetas de medicamentos de TAR, las fechas de las pruebas de carga viral y los resultados.

Conceptos de Proctor

- » Resultados del cliente (síntomatología)

Análisis cuantitativo: Se usaron datos de evaluación para describir las características y la preparación de la organización sobre la implementación, según los conceptos de Proctor. Los datos de exposición a la intervención y la inscripción a nivel del cliente se analizaron usando estadísticas de descripción para comprender la demografía de los clientes, el porcentaje de clientes que recibe servicios de intervención y la frecuencia de las exposiciones. Si era necesario, se incluyó el porcentaje de clientes que completaron la intervención. Se usaron métodos de modelado de medidas repetidas para evaluar los cambios en los resultados de los cuidados continuos del VIH para los clientes inscritos en la intervención. Se compararon datos de 12 meses antes de la inscripción y 12 meses después de la inscripción. Se analizaron los datos de costos para dar información sobre el costo de implementación de la intervención por cliente inscrito.

Análisis cualitativo: Los documentos y las observaciones se analizaron temáticamente usando los conceptos de Proctor. La intervención fue la unidad principal de análisis.



APÉNDICE B. MEJORES PRÁCTICAS GENERALES PARA PLANIFICAR LA IMPLEMENTACIÓN DE UNA ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN

Las siguientes son recomendaciones generales para planificar la implementación de una estrategia de intervención en una organización que presta servicios de VIH.

Crear un equipo de planificación

- » Reúna un equipo de “impulsadores” que estén comprometidos con el éxito de la intervención; que se reúnan periódicamente para impulsar la planificación, la implementación y la sostenibilidad; y que se comprometan a superar los obstáculos y fomentar la implementación.
- » Considere cómo hacer que al menos un miembro de la comunidad (una persona con VIH que también representa la población de prioridad) participe de manera significativa en la planificación e implementación de la intervención (consulte los [recursos de AIDS United sobre la participación significativa de las personas con VIH](#)).
- » Haga reuniones de equipo semanales o “encuentros” diarios (p. ej., reuniones breves al comienzo del día para revisar el estado de los clientes, hablar sobre problemas de reclutamiento y retención, etc.).

Hacer que la gerencia y el personal se comprometan

La implementación de un nuevo servicio en un programa establecido puede exigir cambios en las rutinas, los deberes laborales y los procedimientos de administración. Es esencial tener la aceptación y el compromiso sólido de toda la organización lo antes posible en el proceso de planificación.

Reúnase con el equipo de liderazgo ejecutivo para hablar sobre:

- » Cómo la intervención apoyará la misión y los objetivos de la organización
- » Los beneficios de la intervención para los clientes y la organización en general
- » Los recursos necesarios para implementar la intervención
- » Los sistemas y procedimientos de la organización que se verán afectados por la implementación
- » La importancia de que la gerencia comunique su compromiso con la intervención a todo el personal
- » Cómo el equipo de intervención compartirá regularmente el estado de la intervención sobre la planificación, la implementación, la inscripción y los resultados del cliente.



Reúnase con los miembros del personal afectados directa e indirectamente por la intervención para hablar sobre:

- » Los beneficios de la intervención para los clientes y la organización en general
- » Cómo el personal puede ayudar con el reclutamiento y las remisiones
- » Sugerencias para los procesos de extensión e implementación
- » Cómo el equipo de intervención compartirá regularmente el estado de la intervención sobre la planificación, la implementación, la inscripción y los resultados del cliente

Evaluar las necesidades de la comunidad

Al principio del proceso de planificación, las organizaciones deben considerar una evaluación de necesidades formal o informal para comprender mejor las necesidades de las poblaciones de prioridad y cómo adaptar mejor la intervención a sus necesidades. Participar en la comunidad local también ayuda a establecer confianza y hacer crecer sus redes de remisión.

Las estrategias de evaluación de las necesidades de la comunidad incluyen:

- » Revisar los datos de clientes existentes sobre el OUD entre clientes con VIH.
 - ¿Qué le dicen los datos sobre las necesidades de sus clientes?
- » Hablar sobre la intervención con miembros de la comunidad, proveedores, clientes y agencias de servicios mediante entrevistas informales o formales o grupos de enfoque. Pídales su opinión sobre la intervención:
 - ¿Cuáles podrían ser las barreras para la implementación? ¿Qué se puede hacer para superar estas barreras?
 - ¿Qué puede hacer la organización para reducir el estigma asociado a los trastornos por consumo de sustancias y el VIH?
 - ¿Qué agencias de la comunidad serían adecuadas para las remisiones?

Capacitar a todo el personal

Al implementar una intervención para personas con VIH, es importante capacitar a todo el personal de la organización para reducir el estigma, mejorar la humildad cultural, usar un enfoque de cuidados informados por el trauma y dar cuidado que afirma y es culturalmente sensible a todas las personas con VIH, incluyendo las personas de color, los indígenas, las personas lesbianas, gays, bisexuales, queer, transgénero y de género diverso. La capacitación y los recursos están disponibles en [TargetHIV, AIDS Education and Training Center Program](#) y el [National LGBTQIA+ Health Education Center](#).

Hacer una prueba piloto

Antes de completar la implementación, puede ser útil hacer una prueba piloto en condiciones del “mundo real” para evaluar la viabilidad y aceptabilidad del flujo del proceso, los formularios y los procedimientos.

- » Considere la posibilidad de hacer pruebas piloto con el panel de clientes de un proveedor o solo con nuevos clientes.
- » Use un [método de mejora de la calidad validado](#) para guiar su prueba piloto.
- » Después de la prueba, comunique a todo el personal los resultados: qué es lo que funcionó, qué es lo que no funcionó y qué cambios se hicieron para mejorar las operaciones.



APÉNDICE C. HOJA DE TRABAJO “GO LIVE” DEL TRATAMIENTO INTEGRADO CON BUPRENORFINA

Objetivo

El propósito de la hoja de trabajo “Go Live” es:

1. Guiar a las organizaciones en la implementación de los pasos y actividades de planificación de la intervención.
2. Hacer un seguimiento del progreso en el cumplimiento de los objetivos de implementación
3. Servir como una herramienta para que los supervisores hagan comentarios sobre la implementación de la intervención

Instrucciones

El equipo que dirige la intervención debe identificar a un miembro del equipo para que complete esta hoja de trabajo a lo largo del tiempo. Use la hoja de trabajo para:

- » Desarrollar e impulsar las agendas de las reuniones del equipo
- » Documentar las decisiones tomadas por el equipo
- » Hacer un seguimiento del progreso hacia los objetivos

Nombre de la organización	
Nombre (¿Quién completa esta hoja de trabajo?)	
Objetivos de la intervención	<ul style="list-style-type: none"> • Reducir el uso de opioides y las sobredosis entre las personas con VIH y, al mismo tiempo, mejorar la participación de los clientes en el cuidado del VIH y la salud mental. • Dar acceso de barrera baja a los medicamentos que tratan el OUD
Elementos principales	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tratar la intersección de las epidemias de VIH y opioides 2. Dar tratamiento con buprenorfina 3. Ajustar los sistemas de la organización
Población elegible	Personas con VIH y trastorno por consumo de opioides
Actividades de planificación e implementación	
Equipo de planificación (¿Quién está en el equipo de planificación?)	1.
	2.
	3.
	4.
	5.
Poblaciones de prioridad para promover el acceso equitativo al tratamiento (¿Cómo identificará a las comunidades necesitadas? ¿A quién va a involucrar?)	1.
	2.
	3.
	4.
Áreas de captación geográfica (¿De qué comunidades reclutará clientes?)	1.
	2.
	3.



Idiomas (¿En qué idiomas implementará la intervención?)	1.
	2.
Compromiso del personal (¿Qué estrategias usará para obtener “aceptación” y comentarios?)	1. Gerencia de la organización
	2. Personal relevante
Compromiso de los miembros y socios de la comunidad (¿Qué estrategias usará para obtener “aceptación” y comentarios?)	3. Agencias de la comunidad
	4. Clientes
Reclutamiento, alcance y extensión (¿Cuáles serán sus estrategias de reclutamiento y remisión?)	1.
	2.
	3.
	4.
	5.
Incentivos (¿Qué incentivos y cupones no monetarios, si los hay, les dará a los clientes?)	



Personal de intervención (¿Quién hará qué?)	Rol/Tarea	Responsable del personal
	Coordinador clínico	
	Proveedores de recetas	
	Proveedores de salud mental	
	Extensión y reclutamiento	
	Inscripción	
	Coordinación de datos	
	Consejería de consumo de sustancias	
	Códigos de facturación/ ayuda de seguros	
	Conductores de camioneta móvil	
	Otros:	
Capacitación (marcar si/cuando se completó)	<input type="checkbox"/> Proveedores de recetas: capacitación sobre exención de recetas (obligatorio) <input type="checkbox"/> Proveedores de recetas: reuniones con mentor clínico <input type="checkbox"/> Coordinador clínico: detección y administración de trastornos por consumo de sustancias (SUD) <input type="checkbox"/> Todo el personal clínico: características básicas de los SUD, recuperación asistida por medicamentos y administración de la detección de toxicología en orina <input type="checkbox"/> Todo el personal: humildad cultural <input type="checkbox"/> Todo el personal: cuidado informado por el trauma	
Espacio y equipamiento para los consultorios	<input type="checkbox"/> ¿Dónde ocurrirán las inducciones? <input type="checkbox"/> Casas <input type="checkbox"/> Sala de examen (¿cuáles?) <input type="checkbox"/> Tiene: <input type="checkbox"/> Kits de detección de drogas <input type="checkbox"/> Software para proteger los registros de los clientes	



<p>Espacio y equipamiento para unidades móviles</p>	<p>Su unidad tiene:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Sala de examen <input type="checkbox"/> Sala de tratamiento <input type="checkbox"/> Estación de laboratorio <input type="checkbox"/> Baño <input type="checkbox"/> Muebles <input type="checkbox"/> Detección de drogas en orina en el punto de cuidado <input type="checkbox"/> Kits de medicamentos de emergencia <input type="checkbox"/> Wi-Fi <input type="checkbox"/> Computadoras portátiles <input type="checkbox"/> Software para proteger los registros de los clientes
<p>Asociaciones (¿Con quién establecerá relaciones y protocolos de remisión?)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Farmacia: <input type="checkbox"/> Laboratorio: <input type="checkbox"/> Salud mental: <input type="checkbox"/> Tratamiento por SUD: <input type="checkbox"/> Otro: <input type="checkbox"/> Otro:
<p>Facturación</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Persona de punto de facturación y codificación: <input type="checkbox"/> Programas de asistencia al cliente:
<p>Flujo de trabajo (Describa el proceso para que un cliente pase de reclutamiento, inducción, estabilización, a mantenimiento. Considere quién, qué, cuándo y dónde).</p>	
<p>Herramientas de evaluación (¿Qué herramientas de detección usará para el consumo de drogas, la salud mental y el consumo de sustancias?)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 2. 3. 4. 5.

<p>Herramientas de implementación (¿Qué herramientas desarrollará para la inscripción, remisión, seguimiento, comentarios de los clientes, etc.?)</p>	<p>1.</p> <hr/> <p>2.</p> <hr/> <p>3.</p> <hr/> <p>4.</p> <hr/> <p>5.</p>
<p>Protocolos y directrices</p>	<p>Su equipo tiene protocolos para:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Obtener recetas de la farmacia <input type="checkbox"/> Mantenimiento de expedientes <input type="checkbox"/> Remisiones a consejería, grupos de apoyo y tratamiento psiquiátrico <input type="checkbox"/> Seguridad y límites <input type="checkbox"/> Desastres naturales y emergencias <input type="checkbox"/> Comunicación del equipo <input type="checkbox"/> Tratar la desestabilización <input type="checkbox"/> Tratar el desvío <input type="checkbox"/> Transición al cuidado primario <input type="checkbox"/> Terminación del tratamiento <input type="checkbox"/> Remitir al tratamiento alternativo <input type="checkbox"/> Otro:
<p>Barreras anticipadas (¿Qué barreras podría encontrar para la contratación, el reclutamiento y el compromiso? ¿Cómo se pueden minimizar las barreras?)</p>	
<p>Sostenibilidad (¿Qué puede hacer para que su programa sea sostenible?)</p>	



Objetivos INTELIGENTES (¿Cuáles son sus objetivos Específicos, Fáciles, Alcanzables, Relevantes, Limitados en el tiempo?)	1.
	2.
	3.
	4.
	5.



APÉNDICE D. LISTA DE VERIFICACIÓN DE EVALUACIÓN, ELEGIBILIDAD Y PREPARACIÓN PARA EL TRATAMIENTO

Fechas: _____ Personal: _____ Identificación del cliente: _____

Instrucciones

- » Use esta lista de verificación para guiar la evaluación, inscripción e inducción de cada cliente.
- » Los supervisores también pueden usar la lista de verificación para hacer un seguimiento de la fidelidad a la intervención y hacer comentarios al personal sobre su desempeño.

Actividades

Marque la casilla (✓) al lado de las actividades que se completaron.

Evaluación

- Evaluar el trastorno por uso de opioides y la gravedad
- Detectar otros trastornos por consumo de sustancias; remitir a los servicios
- Evaluar las condiciones médicas y psiquiátricas concurrentes; remitir a los servicios
- Evaluar las necesidades sociales y básicas; remitir a los servicios
- Hacer o revisar pruebas de laboratorio de VIH
- Hacer o revisar pruebas de hepatitis, sífilis, perfil lipídico, electrolitos séricos, nitrógeno ureico en sangre y creatinina, hemograma completo con diferencial y recuento de plaquetas y tuberculosis
- Hacer o revisar la detección de drogas en la orina



Elegibilidad

- Determinar la elegibilidad para el tratamiento con buprenorfina
- Si no es elegible, remitir a un tratamiento alternativo (si corresponde)

Preparar para el tratamiento

- Hablar sobre los objetivos del tratamiento del cliente
- Educar sobre el tratamiento con buprenorfina y la prevención y respuesta a la sobredosis
- Hablar sobre la inducción en la clínica frente a la inducción en casa (si corresponde)
- Hacer o revisar la detección de drogas en la orina
- Revisar el acuerdo de tratamiento con buprenorfina
- Evaluar los síntomas iniciales de abstinencia y los antojos (usando la COWS)
- Dispensar un paquete de ayuda y recetar un kit de rescate de naloxona (opcional)
- Dar receta de buprenorfina

Apoyo al tratamiento

- Hablar sobre el entorno de recuperación
- Dar acceso a consejería de salud mental



APÉNDICE E. CRITERIOS DEL DSM-5 PARA EL TRASTORNO POR USO DE OPIOIDES: HOJA DE TRABAJO

Hoja de trabajo para los criterios del DSM-5 para el diagnóstico del trastorno por consumo de opioides

Criterios de diagnóstico	Cumple los criterios		Notas/Información de apoyo
	Sí	No	
<i>(El diagnóstico necesita al menos 2 criterios dentro de los 12 meses)</i>			
1. Los opioides con frecuencia se toman en cantidades mayores o durante un período de tiempo más largo de lo previsto.			
2. Hay un deseo persistente o esfuerzos infructuosos para reducir o controlar el uso de opioides.			
3. Se dedica una gran cantidad de tiempo a las actividades necesarias para obtener el opioide, usarlo o recuperarse de sus efectos.			
4. Antojo, o un fuerte deseo de usar opioides.			
5. Uso recurrente de opioides que resulta en el incumplimiento de las principales obligaciones del rol en el trabajo, en la escuela o en casa.			
6. Uso continuado de opioides a pesar de tener problemas sociales o interpersonales persistentes o recurrentes causados o exacerbados por los efectos de los opioides.			
7. Importantes actividades sociales, ocupacionales o recreativas se abandonan o se reducen debido al uso de opioides.			
8. Uso recurrente de opioides en situaciones en las que es físicamente peligroso.			
9. *Tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes: a. una necesidad de cantidades marcadamente mayores de opioides para lograr la intoxicación o el efecto deseado b. efecto marcadamente disminuido con el uso continuado de la misma cantidad de un opioide			
10. *Abstinencia, manifestada por cualquiera de los siguientes: a. el síndrome característico de abstinencia de opioides b. se toma la misma sustancia (o una muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia			

**No se considera que se cumple este criterio para aquellas personas que toman opioides únicamente bajo la supervisión médica adecuada.*

Gravedad: **Leve:** 2 a 3 síntomas **Moderada:** 4 a 5 síntomas **Grave:** 6 o más síntomas

Firmado _____ Fecha _____

Adaptado de: Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Medications for Opioid Use Disorder. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 63. Publication No. PEP20-02-01-006. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2020.

Contenido de: American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed., p. 541). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; 2013



APÉNDICE F. EJEMPLO DE LISTA DE VERIFICACIÓN DE CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD PARA EL TRATAMIENTO INTEGRADO CON BUPRENORFINA

Criterios de inclusión *(los clientes deben cumplir TODOS los requisitos para ser elegibles)*

- Diagnóstico confirmado de VIH
- Cumple los criterios del DSM-5 para el trastorno por uso de opioides
- Desea recibir tratamiento
- Actualmente recibe cuidado primario del VIH o está dispuesto a comenzar el cuidado primario
- Edad ≥ 18 años o menor emancipado capaz de dar su consentimiento para el tratamiento médico y de trastornos por consumo de sustancias
- Capaz de cumplir las políticas del programa de tratamiento con buprenorfina

Consideración para la exclusión

(los clientes que cumplan CUALQUIERA de estos criterios PUEDEN ser considerados no elegibles)

- Disfunción hepática grave, p. ej., AST o ALT ≥ 5 veces el límite superior de lo normal
- Ideación suicida activa
- Deterioro psiquiátrico que impide la capacidad de dar consentimiento informado para tomar decisiones sobre el cuidado propio (p. ej., demencia, delirios, psicosis activa)
- Dosis de metadona o de analgésicos opioides que excedan los niveles para una transición segura a buprenorfina (metadona $>30-60$ mg)
- Síndrome de dolor agudo o crónico que requiere el uso crónico de analgésicos opioides
- Problemas médicos graves/no controlados/no tratados (p. ej., hipertensión, insuficiencia hepática, asma, diabetes, etc.) o trastornos psiquiátricos
- Requerimiento de un nivel de cuidado superior al que se puede ofrecer en la clínica (p. ej., mantenimiento con metadona o programa de adicción a sustancias químicas para enfermedades mentales)
- Tiene una alergia/hipersensibilidad conocida a la buprenorfina o la naloxona

Con respecto a las clientes embarazadas: Las directrices clínicas para el uso de buprenorfina/naloxona durante el embarazo están evolucionando. Para mantenerse al día con las recomendaciones, visite el [sitio web de la Administración de Servicios de Salud Mental y Abuso de Sustancias \(SAMHSA\)](#).

A los clientes que no son elegibles para comenzar el tratamiento se les puede ofrecer o remitir a servicios para tratar ciertos problemas (p. ej., tratamiento de salud mental) y volver a evaluarlos en una fecha posterior.



APÉNDICE G. EJEMPLO DE ACUERDO DE TRATAMIENTO CON BUPRENORFINA

Parte 1: mi medicamento

Usted y su equipo de tratamiento han decidido que la buprenorfina puede ser un medicamento útil para usted. La mejor relación entre el proveedor y el cliente proviene de un lugar de respeto mutuo, honestidad y comunicación abierta.

¿Cuándo tomará su medicamento? Escriba el medicamento en la columna de la izquierda. Ponga una marca de verificación debajo de la comida o la hora del día en que tomará el medicamento.

Medicamento	Desayuno	Almuerzo	Cena	Hora de acostarse

Parte 2: objetivos del tratamiento

La buprenorfina es un medicamento que ha demostrado mejorar la vida de muchas personas. Tenga en cuenta que la experiencia de cada persona con la buprenorfina es diferente. Para algunos, es posible que sus antojos no desaparezcan por completo y para otros, es posible que la buprenorfina no funcione.

Los objetivos de mi experiencia de tratamiento incluyen:

1.
2.
3.
4.
5.



Parte 3: cosas que acepto hacer

Voy a:

- » Obtener buprenorfina solamente de mi proveedor
- » Para garantizar mi seguridad, informaré a mi equipo médico y a cualquier especialista externo sobre todos los medicamentos que estoy tomando, con receta y de venta libre
- » Informar a mi proveedor sobre todos mis problemas de salud
- » Resurtir solo durante mi cita con el proveedor (es posible que no se cumplan las solicitudes de resurtido)
- » Informar a mi proveedor si obtengo analgésicos de otro proveedor o de la sala de emergencias
- » Guardar mi buprenorfina en un lugar seguro Y fuera del alcance de los niños
- » Obtener mi medicamento para el dolor solamente de [escribir el nombre de la farmacia, la dirección, el número de teléfono]
- » Llevar todos mis analgésicos no usados en sus frascos originales de farmacia a mis visitas con el proveedor si mi proveedor me lo pide. Mi proveedor puede contar la cantidad de pastillas que quedan en mis frascos.
- » Para garantizar mi seguridad y que estoy tomando mi medicamento, entiendo que necesito una prueba de detección de drogas en la orina. El equipo médico usa análisis de drogas en la orina para apoyar una comunicación honesta. Si no puedo dar una muestra de orina, podría impedir que mi recetador me dé mi medicamento. Las pruebas de detección de drogas en orina son exigidas por el gobierno federal
- » Probar todos los tratamientos que sugiera mi proveedor, incluyendo las remisiones de trabajo social y salud mental si es necesario

NO voy a:

- » Usar el medicamento de otra persona o darle mi medicamento a otra persona
- » Cambiar la forma en que tomo mis medicamentos sin consultar a mi proveedor
- » Pedirle a mi proveedor resurtidos adicionales/tempranos si agoto mi suministro antes de mi próxima cita
- » Pedirle a mi proveedor resurtidos adicionales si pierdo o me roban mi medicamento o receta

Mi proveedor:

- » Trabajaré conmigo para apoyarme en mi proceso de recuperación
- » Me remitirá para obtener ayuda adicional cuando sea necesario

Parte 4: entiendo

Entiendo que:

- » La buprenorfina es un medicamento narcótico controlado que puede provocar síntomas de abstinencia cuando se suspende de inmediato.
 - » Si combino la buprenorfina con el consumo ilícito de drogas o alcohol mientras tomo mi medicamento:
 - Es posible que no pueda pensar con claridad
 - Podría tener sueño
 - Puedo lesionarme o sufrir una sobredosis
 - » Si alguna vez...
 - Robo
 - Falsifico recetas
 - Vendo mi medicamento
 - Le falto el respeto al personal de la clínica
- ...mi proveedor interrumpirá mi tratamiento con buprenorfina.**

- » Si no puedo cumplir este acuerdo, mi proveedor puede suspender estos medicamentos. En este caso, la dosis de buprenorfina puede reducirse gradualmente antes de suspenderse por completo.
- » Si no cumplo este acuerdo, o si mi proveedor piensa que mi medicamento me está perjudicando más de lo que me está ayudando, mi proveedor:
 - Seguirá siendo mi proveedor de cuidado primario, pero interrumpirá mi tratamiento con buprenorfina de inmediato
 - Me remitirá a un especialista para el tratamiento del dolor o problemas de drogas

Por la presente, autorizo y doy mi consentimiento al proveedor mencionado abajo o a cualquier asistente debidamente autorizado que pueda seleccionar, para administrar o recetar buprenorfina para el tratamiento del trastorno por uso de opioides.

Me han explicado los procedimientos para tratar mi condición. Entiendo que implicará que tome la buprenorfina recetada en el horario determinado por el equipo de tratamiento.

Me han explicado que la buprenorfina en sí misma es un opiode, pero para algunas personas puede no ser un opiode tan fuerte como la heroína o la morfina. El tratamiento con buprenorfina puede resultar en dependencia física. La abstinencia de buprenorfina generalmente es menos intensa que la de heroína o metadona. Si la buprenorfina se suspende repentinamente, algunas personas no tienen síntomas de abstinencia; otros tienen síntomas como dolores musculares, calambres estomacales o diarrea que dura varios días. Para minimizar la posibilidad de abstinencia de opioides, la buprenorfina debe suspenderse gradualmente, generalmente durante varias semanas o más.

Para mi primera dosis, debo estar en abstinencia tanto como sea posible. Si aún no tengo abstinencia, la buprenorfina puede provocar una abstinencia severa de opioides. Por ese motivo, durante los primeros días se me pedirá que permanezca en la clínica o farmacia durante un período de tiempo después de tomar la primera dosis. Después de eso, recibiré una receta y regresaré a la farmacia designada para recoger el medicamento. Cumpliré el método de dosificación correcto para la buprenorfina: sosteniéndola debajo de la lengua hasta que se disuelva por completo, sin tragarla. Tragar la buprenorfina disminuirá su eficacia.

Entiendo que puede llevar varios días acostumbrarme a la transición del opiode que estaba usando a la buprenorfina. Entiendo que el uso de cualquier otro opiode (como la heroína) complicará el proceso de estabilización con buprenorfina. También entiendo que otros opioides tendrán menos efecto una vez que me estabilice con buprenorfina. Tomar más opioides para tratar de anular el efecto de la buprenorfina puede provocar una sobredosis. Además, entiendo que el uso intravenoso de buprenorfina puede producir problemas graves que incluyen abstinencia grave, sobredosis e incluso la muerte.

Entiendo que no tomaré ningún otro medicamento sin consultarlo primero con mi médico de cuidado primario porque la combinación de buprenorfina con otros medicamentos o alcohol puede ser peligrosa. La combinación de buprenorfina con Valium, Librium o Ativan ha provocado la muerte.

Entiendo que durante el curso del tratamiento, ciertas condiciones pueden hacer necesario el uso de procedimientos adicionales o diferentes a los que me explicaron.

Me doy cuenta de que, para algunas personas, el tratamiento puede continuar durante períodos de tiempo relativamente largos. Entiendo que puedo retirarme del programa y suspender el uso de buprenorfina en cualquier momento. En este caso, seré transferido a un tratamiento de abstinencia supervisado médicamente o a un programa de tratamiento con metadona.

No permitiré que ninguna otra persona use mi buprenorfina. Es peligroso que una persona que no toma buprenorfina ingiera el medicamento. Si lo hace, puede provocar lesiones graves o incluso la muerte de esa persona.

Que yo sepa (seleccione una opción):

- Estoy embarazada en este momento.
- No estoy embarazada en este momento.

Si quedo embarazada, informaré de inmediato a mi proveedor médico o a uno de sus asistentes.

Me han explicado los métodos alternativos de tratamiento, los posibles beneficios del tratamiento, los posibles riesgos involucrados y la posibilidad de complicaciones. Certifico que no se ha hecho ninguna garantía o seguridad en cuanto a los resultados que se pueden obtener del tratamiento de la adicción.

Parte 5: firmar el formulario

Firme con su nombre y escriba la fecha.

Firme con su nombre: _____

Fecha: _____

Escriba su nombre (nombre y apellido): _____

Nombre del proveedor: _____

Firma del proveedor: _____

Fecha: _____

Adaptado de: HIV/AIDS Bureau, Special Projects of National Significance Program. Dissemination of Evidence-Informed Interventions: Integrating Buprenorphine Treatment for Opioid Use Disorder in HIV Primary Care. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Health Resources and Services Administration; 2020.



APÉNDICE H. EJEMPLO DE PROTOCOLO DE INDUCCIÓN EN CASA

¿Con qué empezar?

- » 4 pastillas o películas de buprenorfina (bupe) (8 mg)
(Hay muchas marcas diferentes y formas genéricas de bupe.)
- 6 pastillas de ibuprofeno (200 mg) - para el dolor corporal, tome 1 a 2 pastillas cada 8 horas según sea necesario
- 6 pastillas de clonidina (0.1 mg) - para la ansiedad, tome 1 pastilla cada 8 horas según sea necesario
- 6 pastillas de lmodium (2.0 mg): para la diarrea, tome 1 pastilla después de cada episodio de diarrea. Máximo 6 pastillas por día

¿Cuándo estoy listo para comenzar con la bupe?

- » Use la lista de síntomas a la derecha para ver cuándo está listo para comenzar con la bupe.
- » Espere hasta que tenga al menos 5 síntomas para comenzar con la bupe. Si no tiene 5 síntomas, espere un poco más y vuelva a revisar los síntomas. ¡Es muy importante que espere hasta sentir al menos 5 síntomas antes de comenzar a usar la bupe!

Síntomas	¿Tengo esto?
Tengo ganas de bostezar	Sí
Tengo goteo nasal	Sí
Tengo la piel de gallina	Sí
Mis músculos se contraen	Sí
Me duelen los huesos y los músculos	Sí
Tengo sofocos	Sí
Sudo	Sí
Me siento incapaz de quedarme quieto	Sí
Tiemblo	Sí
Siento náuseas	Sí
Tengo ganas de vomitar	Sí
Tengo calambres en el estómago	Sí
Tengo ganas de consumir	Sí

Cosas que *NO hay que hacer* con la bupe

- » NO use la bupe cuando esté drogado, ¡lo enfermará!
- » NO use la bupe con alcohol: esta combinación no es segura.
- » NO use la bupe con benzodiazepinas a menos que lo recete un médico que sepa que usted está tomando bupe.
- » NO use la bupe si está tomando analgésicos hasta que hable con su médico.
- » NO use la bupe si está tomando más de 60 mg de metadona.
- » NO se trague la bupe: entra en el cuerpo derritiéndose debajo de la lengua.
- » NO pierda su bupe, no se puede resurtir antes de tiempo.

¿Cómo tomar la bupe?

- » Antes de tomar la bupe, beba un poco de agua.
- » Ponga la bupe debajo de la lengua.
- » No coma ni beba nada hasta que la bupe se haya disuelto por completo.

Plan

- » Use su última heroína/metadona/pastilla para el dolor en la fecha: _____ hora: _____
- » Cuando tenga al menos 5 síntomas de la lista, estará listo para comenzar.
- » Comience con ____ pastilla o ____ película debajo de la lengua.
- » Espere _____ minutos.
- » Si se siente igual o solo un poco mejor, tome otra pastilla o película.
- » Espere 2 horas; si todavía se siente enfermo o incómodo, tome otra pastilla o película.

¿Tiene problemas? ¿Tiene alguna pregunta?

- » Llame a _____ al (____) _____.
- » Llame a _____ si todavía se siente mal después de tomar un total de ____ pastillas o películas (_____ mg).

Próximos pasos

- » Cita con _____ a las _____.
- » Cita con el Dr. _____ a las _____.

Lo que tomé

	HORA	Cantidad de pastillas 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.	



APÉNDICE I. RECURSOS ADICIONALES

American Society of Addiction Medicine

Recursos, capacitación y educación sobre la medicina de la adicción

www.asam.org

Harm Reduction Coalition

Capacitación y recursos enfocados en políticas y prácticas de reducción de daños

harmreduction.org

National Alliance of Advocates for Buprenorphine

Educa al público sobre la adicción a los opioides y las opciones de tratamiento con buprenorfina y conecta a los clientes que necesitan tratamiento con proveedores de tratamiento calificados

www.naabt.org

Sistema de apoyo clínico a proveedores (Providers Clinical Support System, PCSS)

Capacitación para proveedores de cuidado primario en la prevención y el tratamiento del trastorno por uso de opioides pcssnow.org

Guía de cuidado primario para personas con el virus de la inmunodeficiencia humana: actualización de 2020 de la HIV Medicine Association of the Infectious Diseases Society of America

Directrices prácticas para dar cuidado primario a las personas con VIH

www.idsociety.org/practice-guideline/primary-care-management-of-people-with-hiv