

TRATAMIENTO CON BUPRENORFINA: UN ADIESTRAMIENTO PARA PROFESIONALES MULTIDISCIPLINARIOS EN ADICCION

Módulo I - Introducción

Iniciativa Combinada de “NIDA-SAMHSA”:

Miembros del Equipo Combinado

- Leslie Amass, Ph.D. – “Friends Research Institute, Inc.”
- Greg Brigham, Ph.D. – CTN Ohio Valley Node
- Glenda Clare, M.A. – “ATTC”, Región Central Este
- Gail Dixon, M.A. – “ATTC”, Costa Sur
- Beth Finnerty, M.P.H. – “ATTC”, Pacífico Suroeste
- Thomas Freese, Ph.D. – “ATTC”, Pacífico Suroeste
- Eric Strain, M.D. – Universidad Johns Hopkins

Colaboradores Adicionales

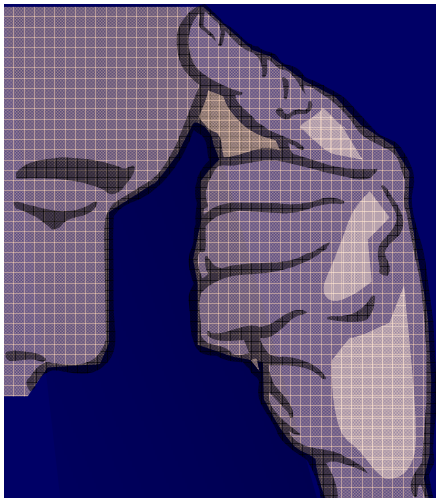
- Judith Martin, M.D. – “14th Street Clinic”, Oakland, CA
- Michael McCann, M.A. – “Matrix Institute on Addictions”
- Jeanne Obert, MFT, MSM – “Matrix Institute on Addictions”
- Donald Wesson, M.D. – Consultor Independiente

- La Oficina Nacional de “ATTC” desarrolló y contribuyó la Bibliografía de Buprenorfina.
- La Clínica “O.A.S.I.S.” desarrolló el video “¡Aléjate de la heroína! Un vídeo sobre Buprenorfina” y otorgó permiso para incluirlo.

Presentaciones

- Preséntese usted mismo al proporcionar brevemente la siguiente información:
 - Su nombre y la agencia para la que trabaja
 - Experiencia con el tratamiento por adicción a opiáceos
 - Qué espera de este adiestramiento





¿Qué sabemos?

- ¿Qué ideas tiene acerca de la buprenorfina?
- ¿Que esperanzas/preocupaciones tiene en cuanto a que la buprenorfina llegue a su comunidad?

Módulo I – Metas para el Módulo

Este módulo ayudará a los participantes a:

- Entender la historia del tratamiento por adicción a opiáceos en los EEUU.
- Entender los cambios en las leyes en lo que se refiere al tratamiento de la adicción a opiáceos y las implicaciones para el sistema de tratamiento.
- Identificar los grupos de personas que están usando opioides.
- Entender cómo beneficiará la buprenorfina al proveer tratamiento por adicción a opiáceos.

**Tratamiento con
Buprenorfina: Los Mitos y
los Hechos**



MITO Núm. 1: Los pacientes siguen siendo dependientes

HECHO: La adicción es el uso patológico de una sustancia y *podría incluir* o *no incluir* dependencia física.

- La dependencia física a la medicación para tratar un problema médico *no significa* que la persona esté involucrándose en un uso patológico u otros comportamientos similares.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Una Breve Historia del Tratamiento de Adicción a Opiáceos

Una Historia Breve del Tratamiento de Adicción a Opiáceos

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

Una Historia Breve del Tratamiento de Adicción a Opiáceos - Continuación

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

Entendiendo “DATA 2000”

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

- Aumenta las opciones de tratamiento para incluir tanto el sistema de cuidado de salud en general como los programas de tratamiento de adicción a opiáceos.
 - Aumenta la cantidad de espacios para tratamientos disponibles
 - Permite el tratamiento de adicción a opiáceos en oficinas
 - Define las cualificaciones médicas para recetar el medicamento

“DATA 2000”:

Cualificaciones Médicas

Los médicos tienen que:

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

“DATA 2000”:

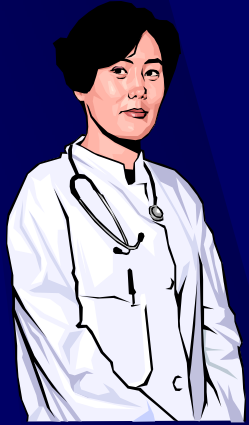
Cualificaciones Médicas

Un medico tiene que cumplir con una o más de las siguientes cualificaciones:

- Certificación en Psiquiatría en Adicción
- Certificación en Medicina de Adicción por “ASAM” o “AOA”
- Haber servido como investigador en las pruebas clínicas de buprenorfina
- Haber completado 8 horas de adiestramiento por “ASAM”, “AAAP”, “AMA”, “AOA”, “APA” (u otras organizaciones que puedan ser designadas por el Departamento de Salud y Servicios Humanos)
- Adiestramiento o experiencia según lo determine la junta examinadora médica del estado
- Otros criterios establecidos por reglamentación por el Departamento de Salud y Servicios Humanos

Desarrollo de Subutex®/Suboxone®

- La “FDA” de EEUU aprobó las *tabletas sublinguales* Subutex® y Suboxone® para tratamiento de la adicción a opiáceos el 8 de octubre, 2002.
- El producto se lanzó en EEUU en marzo de 2003
- La regla provisional se convierte en regulación federal (42 CFR Parte 8) el 22 de mayo, 2003 permitiendo a los Programas de Tratamiento de Adicción a Opiáceos (las clínicas especializadas) ofrecer buprenorfina.



**Sólo los médicos pueden
recetar el medicamento.**

**Sin embargo, todo el
sistema de tratamiento
debe ser partícipe**



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

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



Prevalencia del Uso y Abuso de Opioides en los Estados Unidos





¿Quién usa heroína?

Individuos de todas las edades usan heroína:

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

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

Uso de la Heroína en una Encuesta Demográfica a Domicilio

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

Comienzo del Uso de *Heroína*

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

Uso de *otros opioides* en una Encuesta Demográfica a Domicilio

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

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

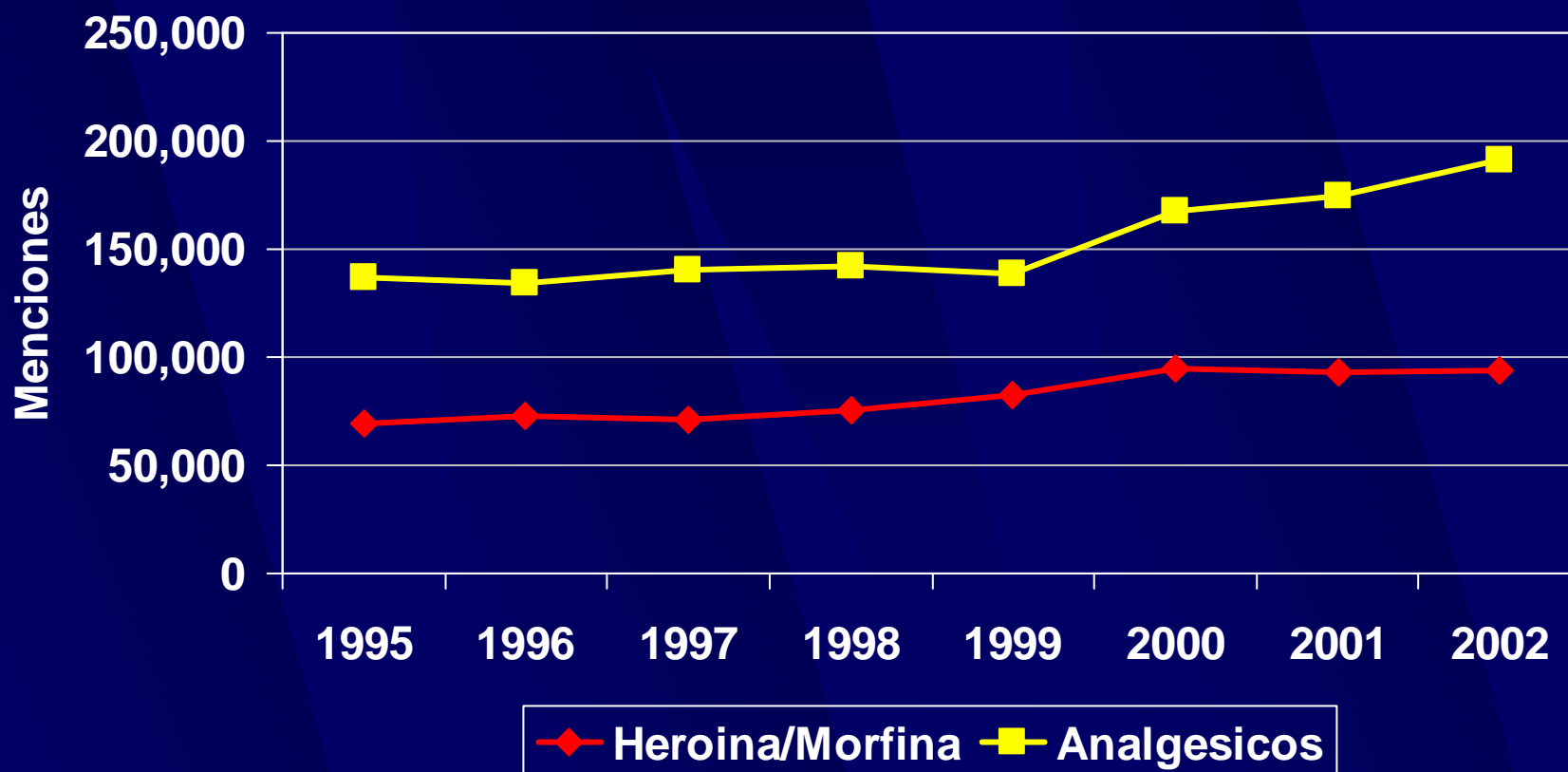
user1

Slide 26

user1

user, 3/15/2005

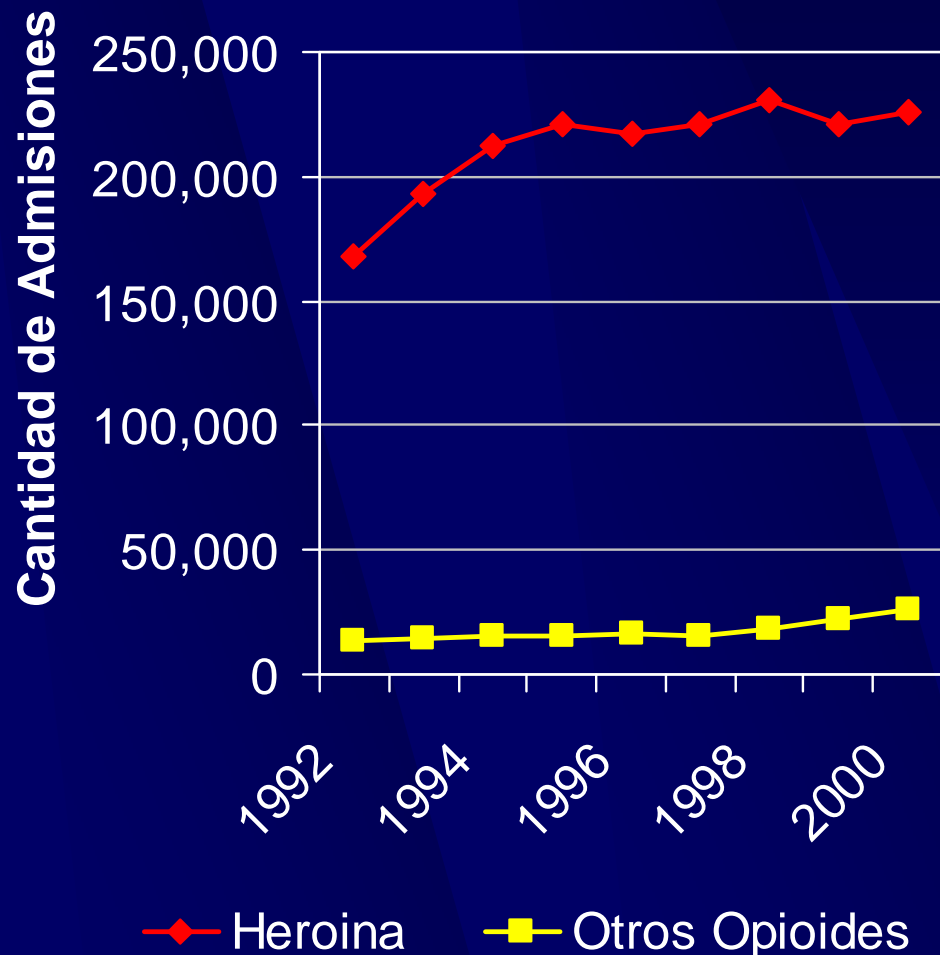
Cantidad total estimada de menciones relacionadas con *Heroína/Morfina* y Analgésicos en Departamentos de Emergencia en Hospitales



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

Admisiones a Tratamiento por Adicción a Opiáceos

Admisiones a Tratamiento por Heroína y Otros Opioides



- Las admisiones motivadas principalmente por abuso de opioides según “TEDS” aumentaron de 12% de todas las admisiones en 1992 a 17% en 2000, sobrepasando la proporción de admisiones principalmente por cocaína.
- Las admisiones por inhalar y fumar heroína aumentaron entre 1992 y 2000.

¿Quién entra a Tratamiento por Abuso de *Heroína*?

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

¿Quién entra a Tratamiento por Abuso de *Heroína*?

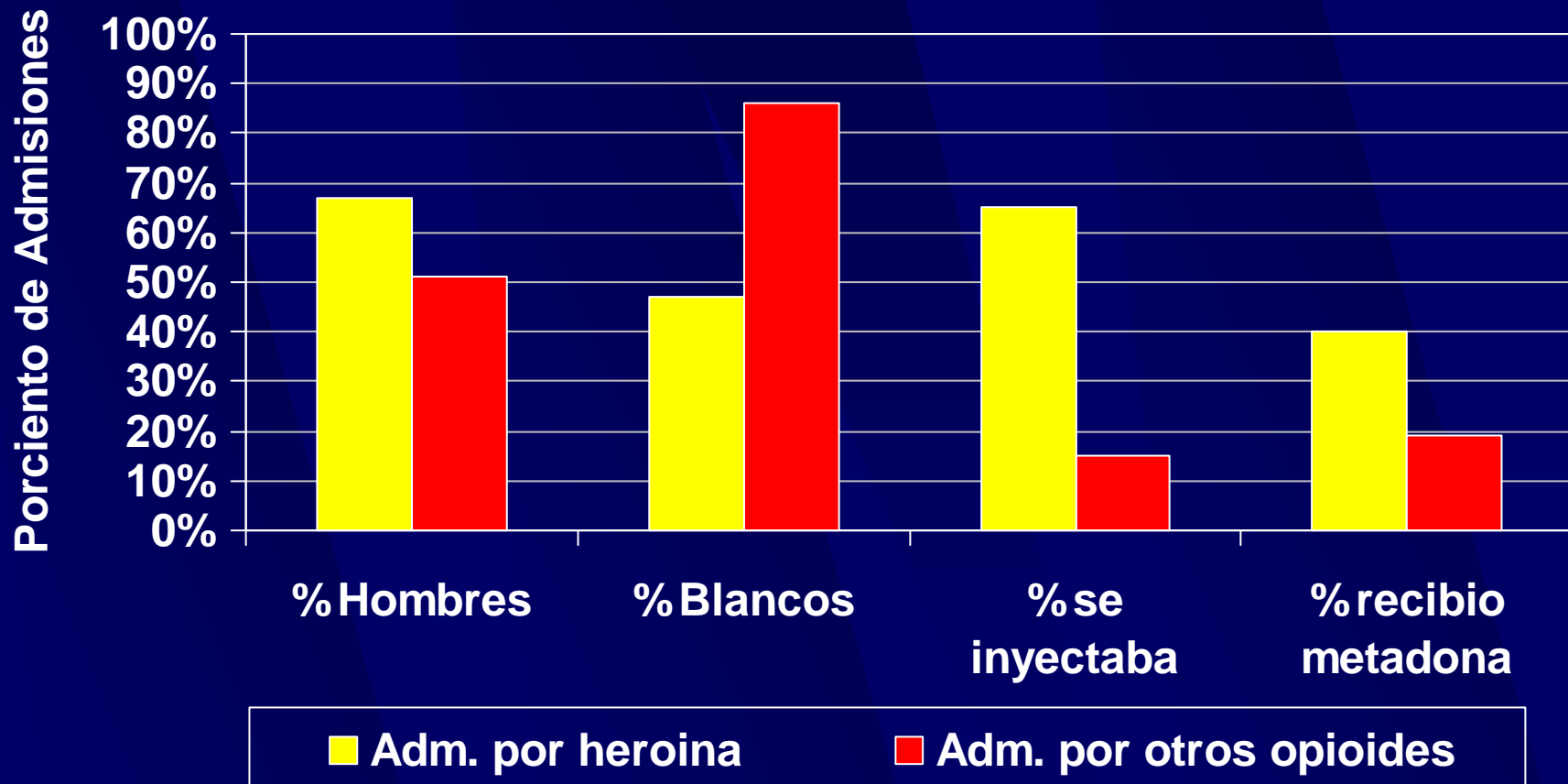
- 78% tuvo al menos un episodio de tratamiento anteriormente; 25% tuvo 5 ó + episodios anteriormente
- 40% tuvo un plan de tratamiento que incluía la metadona
- 23% informaron un uso secundario de alcohol; 22% reportó un uso secundario de cocaína en polvo

¿Quién entra a Tratamiento por Abuso de *Otros Opioides*?

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

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

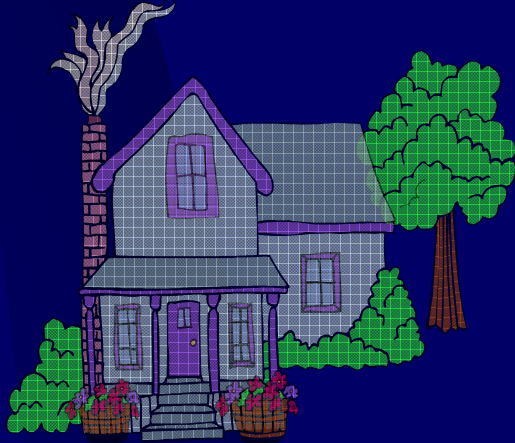
Admisiones a Tratamiento Principalmente por Heroína como Droga Primaria “vs” Admisiones a Tratamiento por Otros Opioides: Una comparación



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

Cuatro Razones para no Entrar a Tratamiento por Adicción a Opiáceos

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



Síndrome NEMV

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

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

Se Necesitan Alternativas

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

Resumen de Introducción

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



**Repaso de la
Farmacología Opiácea,
Tratamiento con
Buprenorfina y el Rol del
Equipo Multidisciplinario
de Tratamiento**

Adicción a Opiáceos y el Cerebro

- Los opioides se adhieren a los receptores específicos en el cerebro llamados receptores mu.
- La activación de estos receptores provoca una respuesta placentera.
- La estimulación repetida de estos receptores crea una tolerancia; la que exige más droga para el mismo efecto.

Buprenorfina: una opción nueva y emocionante

Estudios de Casos Clínicos con Buprenorfina

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

Estudios de Casos Clínicos con Buprenorfina

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

Selección del Paciente

- Los consejeros pueden cernir y recomendar pacientes para referirlos a médicos cualificados.
- Los médicos considerarán las siguientes preguntas:
 - ¿Es el paciente dependiente a los opioides en la actualidad?
 - ¿Es la buprenorfina el mejor medicamento?
 - ¿Es la oficina el mejor ambiente para tratar al paciente?

Factores a Considerar por los Profesionales en Adicción

1. ¿Es el paciente dependiente a los opioides?
2. ¿Está el paciente interesado en un tratamiento con buprenorfina en la oficina?
3. ¿Está el paciente consciente de otras opciones de tratamiento?
4. ¿Entiende el paciente los riesgos y los beneficios de esta alternativa de tratamiento?
5. ¿Se espera que el paciente sea razonablemente cumplidor?

Factores a Considerar por los Profesionales en Adicción

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

Aspectos que exigen una consulta con el médico

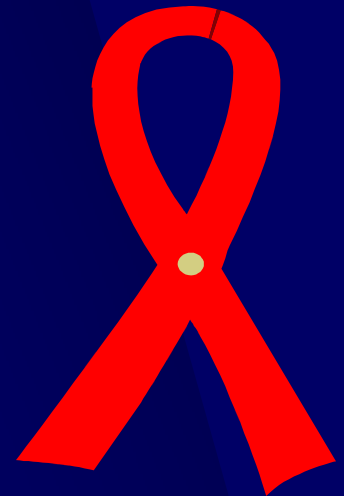
- La dependencia a grandes dosis de benzodiacepinas u otros depresivos SNC
- Comorbilidad psiquiátrica significativa
- Varios episodios anteriores de tratamiento por adicción a opiáceos con recaídas frecuentes

Aspectos que exigen una consulta con el médico

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

Aspectos que exigen una consulta con el médico

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



Aspectos que exigen una consulta con el médico

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

Aspectos Generales de Consejería

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