BUPRENORFINA

Dialogando Sobre Ciencia y Adicción

Centro de Transferencia de Tecnología en Adicción (CBHATTC)
Universidad Central del Caribe
P.O. Box 60-327
Bayamón, PR 00960-6032

Esta publicación se preparó bajo el acuerdo cooperativo de los Centros para Transferencia de Tecnología en Adicción del Centro para el Tratamiento del Abuso de Sustancias (CSAT, por sus siglas en inglés, Addiction Technology Transfer Centers) de la Administración para Servicios de Abuso de Sustancias y Salud Mental (SAMHSA, por sus siglas en inglés, Substance Abuse and Mental Health Services Administration). Todo el material que aparece en este volumen es propiedad de CBHATTC y no se puede reproducir o copiar sin el permiso de CSAT o de los autores. Para ordenar copias llamar al (787) 785-4211.

Las opiniones que se expresan en este documento son los puntos de vista de los autores y no reflejan necesariamente la posición oficial de CSAT o de cualquier otro renglón del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (DHHS, por sus siglas en inglés, Department of Health and Human Services).

RECONOCIMIENTOS

Caribbean Basin and Hispanic ATTC

Autores

Angel González, M.D.
Ibis S. Carrion-González, Psy.D

Colaboraciones Revision

Rafaela Robles, Ed.D
Directora

Wanda Rodríguez, JD, LLP
Asesora Legal

María del Mar García, MSW, MHS
Coordinadora de Educación Continua

Coordinación y Producción

Carmen Andújar, BA
Coordinadora de Recursos Educativos

INDICE

Introducción _____ 1

Buprenorfina _____ 3

Otras fuentes de información
para los proveedores de servicio _____ 16

Preguntas frecuentes relacionadas al
tratamiento con Buprenorfina para
la addicciónа opiáceos _____ 18

Referencias _____ 21

Apéndice I _____ 23

Apéndice II _____ 24

Apéndice III _____ 25

Apéndice IV _____ 27

INTRODUCCIÓN

Este panfleto trata sobre uno de los desarrollos más significativos que ha ocurrido en los últimos años para el tratamiento de adicción[1] a drogas en los Estados Unidos. En virtud de la Ley de Tratamiento de Adicción a Drogas del 2000 (Drug Addiction Treatment Act of 2000), también reconocida como DATA 2000 (ver Apéndice I), por primera vez en décadas los médicos primarios certificados (ver Apéndice II), pueden ofrecer tratamiento a pacientes con adicción a analgésicos narcóticos[2] y otros opiáceos, incluyendo Heroína, desde sus oficinas. El tratamiento de estas sustancias psicoactivas[3], estaba reservado a otro medicamento controlado hasta este momento, Metadona. Esta Ley da la oportunidad a los médicos de cabecera y de familia a proveer un tratamiento integral a sus pacientes con dependencia a opiáceos[4]. El panfleto informa sobre Buprenorfina, nueva medicina para el tratamiento de dependencia a opiáceos aprobado por la Administración de Drogas y Alimentos (Food and Drug Administration, FDA).

Este medicamento fue aprobado en octubre de 2002 para ser utilizado en el tratamiento de hombres y mujeres no embarazadas con este diagnóstico. El bajo potencial de abuso y sobredosis[5], así como su efectividad en controlar los síntomas de abstinencia[6] y la insidia[7] hacen a la Buprenorfina un medicamento idóneo para su uso en medicina primaria. A su vez, al ser un medicamento recetado para tratamiento a nivel ambulatorio y vendido en farmacias de la comunidad, puede incorporar al tratamiento de opiáceos a pacientes que no se han beneficiado de éste previamente.

---

[1] Síndrome caracterizado por el consumo compulsivo de una sustancia a pesar de las consecuencias adversas que causa en las áreas sociales, psicológica y/o física. Frecuentemente incluye dependencia fisiológica, tolerancia y abstinencia o retirada. La terminología del DSM-IV-TR es equivalente a Dependencia a Sustancias.

[2] Tipo de calmante de dolor, derivado de opiáceos naturales o sintéticos.

[3] Drogas. Sustancia química que actúa principalmente sobre el sistema nervioso central y altera la función cerebral. Esta puede provocar cambios temporeros en la percepción, estado de ánimo, conciencia y conducta.

[4] Sustancias naturales derivadas de la flor de opio o adormidera (Ejemplo: Morfina, Codeína) y sintéticas producidas en laboratorio (Ejemplo: Metadona, Oxicodona).

[5] Emergencia médica que requiere atención inmediata para prevenir la muerte. Ocurre cuando una sustancia se consume en cantidades mayores a las que el cuerpo puede metabolizar, provocando sedación y depresión respiratoria en el paciente.

[6] Presencia de un síndrome específico de una o algunas sustancias psicoactivas debido a la reducción o cese de su consumo prolongado y en grandes cantidades. Este causa un malestar clínicamente significativo o un deterioro de la actividad laboral y social o en otras áreas importantes de la actividad de la persona. Por ejemplo, el síndrome de retirada de alcohol puede manifestarse por desorientación, agitación psicomotora, alucinaciones, convulsiones y muerte. Estos síntomas pueden surgir cuando la persona deja de ingerir alcohol luego del uso crónico de éste.

[7] Deseos de consumir la sustancia, “líneas”, “craving” en inglés.

Los médicos emergenciólogos y de otras especialidades que interactúan frecuentemente con pacientes con adicción o sus complicaciones, como hepatólogos, gastroenterólogos e infectólogos y especialistas en VIH, entre otros, podrían estar interesados en esta nueva alternativa de tratamiento. El tratamiento con Buprenorfina debe combinar farmacoterapia con consejería u otros servicios psicosociales para incrementar su efectividad. El panfleto incluye información sobre la integración de las áreas del tratamiento. Así, la pertinencia del mismo se dirige a todos los profesionales de la salud que trabajan con personas con adicción a opiáceos; entre estos, consejeros en abuso de sustancias, trabajadores sociales, psicólogos, psiquiatras y manejadores de casos, entre otros.

BUPRENORFINA

¿Qué son los opiáceos?

La adicción a opiáceos es un problema de salud de alta prevalencia. Las muertes por sobredosis, la criminalidad asociada al consumo de drogas ilegales, el contagio con el Virus de Hepatitis C y el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), vía jeringuillas contaminadas, y los problemas psicosociales que complican esta enfermedad afectan los sistemas de servicios de salud, de justicia y de familia en nuestras comunidades. A pesar de esta situación, el acceso a tratamiento es muy limitado, no excediendo el 20% de las necesidades en la mayoría de las jurisdicciones de Estados Unidos. Una evaluación reciente de servicios para el abuso de sustancias en Puerto Rico muestra 178,000 individuos no institucionalizados de la Isla que necesitan servicios especializados para la dependencia de sustancias psicoactivas. Además, 186,000 personas necesitan ayuda con el abuso de estas sustancias, un 7.5% de la población (ASSMCA, 2002).

Los opiáceos son sustancias que se obtienen de la planta de la adormidera u opio, o que se sintetizan en el laboratorio y tienen efectos similares a los alcaloides[8] naturales del opio. Muchos opiáceos se utilizan medicamente para el tratamiento de dolor, cólicos intestinales y tos. Los opiáceos también actúan al activar los centros neurológicos conocidos como el Circuito del Placer o de Recompensa (ver Figura 1). En este circuito provocan una sensación de placer y de relajamiento difícilmente igualable a las actividades esenciales para la preservación de la especie, como saciar la sed, el hambre o el apetito sexual. Este efecto reforzante y placentero puede provocar que la persona continúe el consumo de la sustancia psicoactiva, aún ante consecuencias adversas.

La utilización de Buprenorfina en el tratamiento a opiáceos ofrece otra alternativa para las personas con trastornos adictivos. De igual manera, la población que ha recibido tratamiento para el dolor crónico con analgésicos narcóticos y opiáceos (Hidrocodona, Oxicodona, Fentanil y otros) puede presentar dependencia fisiológica[9] aunque no experimente trastornos adictivos propiamente. Esta población también puede beneficiarse del tratamiento con Buprenorfina.

---

[8] Compuestos químicos farmacológicamente activos que provienen de las plantas.

[9] Situación clínica caracterizada por el desarrollo de síntomas y signos particulares debido a la reducción o cese de la acción de (en este caso) agonistas opiáceos en los receptores del cerebro.

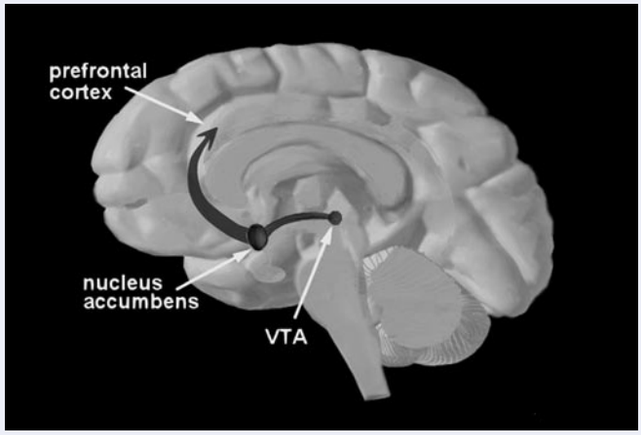


Figura 1: Circuito del Placer o Recompensa (vista lateral del cerebro)
El circuito se compone de tres estructuras: Corteza Prefrontal, Núcleo Accumbens y VTA= Área Ventral Tegmental

¿Cómo cambia el cerebro con los opiáceos?

Las estructuras del Circuito de Recompensa están mediadas por el neurotransmisor[10] Dopamina. La exposición repetida a los opiáceos provoca cambios en los receptores de las neuronas[11] de estas áreas del cerebro. Estos cambios incluyen el que estas neuronas no puedan funcionar sin la presencia de los opiáceos, lo cual produce un intenso malestar físico y deterioro en las actividades diarias de la persona, esto se conoce como síndrome de abstinencia o retirada. A su vez, estas neuronas desarrollan tolerancia[12], o sea que necesitan un incremento en las cantidades de opiáceos para producir el mismo efecto que producían antes. El síndrome de abstinencia o retirada resulta doloroso para la mayoría de los pacientes, los cuales recurren nuevamente al uso de opiáceos para aliviarse y poder funcionar. Los síntomas de retirada se presentan en el paciente como un Trastorno de Dependencia a la sustancia (Ver Tabla 2).

Dependencia fisiológica y adicción

La dependencia fisiológica es parte de la adicción a opiáceos. La dependencia física es un proceso que ocurre cuando se utilizan dosis de un químico en repetidas ocasiones y provocan que el cerebro se adapte o acostumbre a su presencia. Al dejar de utilizar el químico, especialmente si se deja de usar de pronto, el cuerpo reacciona a su ausencia por el proceso conocido como retirada. Puede haber dependencia fisiológica sin adicción, como por ejemplo, en el tratamiento de dolor crónico con opiáceos. Lo contrario también es posible, pues puede haber adicción sin dependencia fisiológica, como en la adicción a Cocaína.

---

[10] Molécula generalmente fabricada por las neuronas, se vierten hacia la brecha sináptica y activan los receptores post-sinápticos.
[11] Células del cerebro
[12] Estado de adaptación de la neurona en el cual la exposición a una sustancia induce cambios que con el paso del tiempo resultan en la disminución del efecto con las mismas cantidades de la sustancia, por lo que el paciente presenta una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir el efecto deseado.

La siguiente tabla resume las principales diferencias entre la dependencia fisiológica y la adicción:

Tabla 1: Dependencia Fisiológica versus Adicción a Opiáceos

Síntomas	Dependencia Fisiológica	Adicción
Tolerancia	sí	sí
Síndrome de Abstinencia	sí	sí
Uso Compulsivo de la Sustancia	no	sí
Consecuencias Legales, Psicológicas, Físicas y Sociales Adversas	no	sí

El diagnóstico de adicción a opiáceos se establece siguiendo los criterios del Manual Estadístico de Diagnóstico, 4ta Edición Revisada (2000) (DSM- IV-TR, por sus siglas en inglés), de la Asociación de Americana de Psiquiatría. Este manual utiliza la terminología Dependencia a Sustancias como equivalente a adicción. A su vez, establece que el paciente tiene un patrón maladaptativo de consumo de la sustancia que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativo, expresado por al menos tres o más criterios en algún momento de un periodo continuo de 12 meses (ver Tabla 2). El Apéndice III, incluye una lista de síntomas que pueden sugerir adicción o algunas de sus complicaciones.

Tabla 2: Criterios de Dependencia de Sustancias de acuerdo al Manual Estadístico de Diagnóstico de los Trastornos Mentales, 4ta Edición, Texto Revisado (DSM-IV-TR)

Criterios de Dependencia de Sustancias	
1. Tolerancia	2. Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia, en su consumo o en la recuperación de sus efectos
3. Abstinencia	4. Reducción de actividades sociales, laborales o recreativas importantes debido al consumo de la sustancia
5. La sustancia es tomada con frecuencia en cantidades mayores o durante un periodo más largo de lo que inicialmente se pretendía	6. Se continúa consumiendo la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos persistentes que parecen causados o exacerbados por el consumo de la sustancia
7. Existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia	

Según la Tabla 1, tanto el paciente con dependencia fisiológica como con adicción a opiáceos puede presentar el síndrome de abstinencia si descontinúa o reduce significativamente su consumo de la sustancia. Al producirse una disminución de la sustancia en el cerebro ocurren cambios en los receptores de las neuronas que integran el Circuito de Placer o Recompensa y es cuando el paciente puede experimentar el síndrome de abstinencia o retirada. Durante éste, el paciente desarrolla una marcada ansiedad, irritabilidad, lagrimeo, gotereo nasal, piloerección[13], dolores abdominales, náuseas, vómitos y dolores generalizados en el cuerpo, entre otros síntomas (ver Tabla 3).

[13]Vellos de la piel erectos, comúnmente llamado "piel de gallina"

Tabla 3: Síntomas de Abstinencia o Retirada

Disforia o sensación de malestar	Piloerección
Náuseas y/o vómitos	Diarreas
Dolores musculares/calambres	Bostezos
Lagrimeo	Fiebre leve
Rinorrea	Insomnio
Dilatación pupilar	Insidia
Sudoración	Irritabilidad

Estos inducen con mucha frecuencia a que el paciente regrese al uso de opiáceos para lograr alivio. El objetivo de la desintoxicación[14] es el atenuar este síndrome a través de la medicación.

La manifestación de este síndrome depende del tiempo que le toma al cuerpo eliminar el 50% del opiáceo que el paciente haya consumido. La Heroína, puede tardar de 3 a 6 horas desde la última dosis, la Metadona puede durar 24 horas ó más.

¿Qué hace efectivo el tratamiento con Buprenorfina?

El tratamiento con Buprenorfina es altamente efectivo para la adicción a opiáceos. Este medicamento compara en efectividad con dosis de 30mg a 60mg de Metadona. A su vez, suprime los síntomas de abstinencia o retirada, controla los deseos de consumo y bloquea el efecto de euforia de otros opiáceos. Además, crea las condiciones para que el paciente pueda atender otros problemas psicosociales frecuentemente asociados a su adicción, tales como ausencia al trabajo, pérdida de relaciones con familiares, etc... La limitada eficacia de la desintoxicación con medicamentos no opiáceos en aliviar los síntomas de abstinencia contribuye significativamente al retiro temprano de los pacientes en muchos programas de tratamiento. La utilización de Metadona, restringida a los Programas de Tratamiento con Opiáceos (PTO's) o programas de Metadona tiende a mejorar la retención, aunque los pacientes presentan más riesgo de recaída[15] luego de concluído el tratamiento.

El tratamiento con la pastilla sublingual Buprenorfina (ver Figura 2) es altamente eficaz en el alivio de los síntomas de abstinencia e insidia y puede mejorar la retención temprana de los pacientes en tratamiento. A diferencia del programa con Metadona, el paciente no tiene que asistir diariamente al centro de tratamiento para obtener la medicación. La dosis de Buprenorfina puede recibirla desde su casa. Además, logra resultados superiores a los medicamentos tradicionalmente utilizados en el tratamiento para opiáceos porque es una sustancia con capacidad de combinarse más efectivamente con sus receptores para iniciar efectos en la célula. Esta actividad alivia la abstinencia y la insidia de la dependencia a opiáceos.

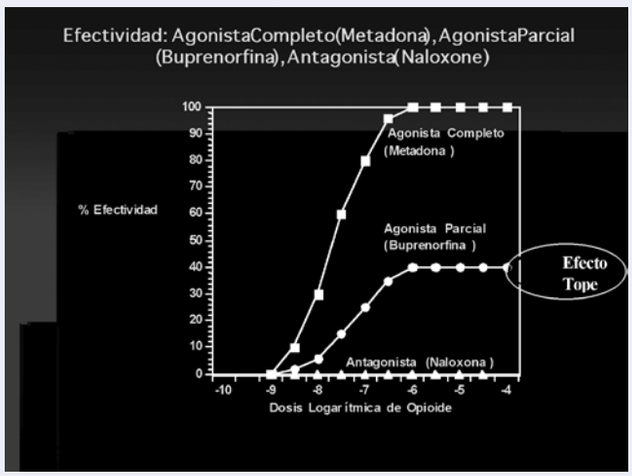
[14] Manejo médico de la retirada o abstinencia. Etapa inicial de tratamiento para la adicción, en este caso a opiáceos, que trata de minimizar los síntomas del síndrome de retirada de un paciente que tenga dependencia fisiológica a opiáceos. Si el paciente no presenta dependencia fisiológica no es necesaria. También se puede definir como retirada con supervisión médica.

[15] Regreso de los síntomas de una enfermedad después de un intervalo de mejoría o de no haber presencia de síntomas.

Figura 2: Nombres Comerciales de la Pastilla Sublingual (ver Apéndice IV)

La Buprenorfina está disponible para tratamiento en la oficina privada del médico primario (certificado[165-=][UCC13]) y en otros escenarios fuera de los programas de tratamiento de opiáceos. También se despacha por receta en farmacias de la comunidad para consumo en el hogar, como cualquier otro medicamento de uso crónico. Este medicamento activa los receptores opiáceos del cerebro parcialmente. Por esto tiene un efecto "tope" de acción, lo cual reduce significativamente la posibilidad de envenenamiento accidental o intencional. (ver Figura 3).

Figura 3: Gráfica de Dosis versus Efectividad (demuestra el efecto "tope" de la Buprenorfina)



Debido a su prolongada duración de acción (hasta 24 horas o más) la Buprenorfina se puede usar en muchos casos una sola vez al día y en algunas personas menos frecuente.

[16] Certificado por la Asociación de Sociedad Americana de Medicina en Adicción, por sus siglas en Inglés, ASAM, según lo establece la ley

Este medicamento causa un efecto subjetivo agradable, por lo que el paciente tiende a aceptar el tratamiento. Si éste lo descontinúa, su síndrome de abstinencia puede ser mucho más leve que el de la Metadona. A su vez, el tratamiento tiene escasos efectos adversos secundarios, como estreñimiento, náuseas y vómitos, los cuales son similares a los de otros agonistas opiáceos, aunque su intensidad puede ser más limitada y fácilmente manejables. Otros efectos adversos suelen ser infrecuentes.

La Buprenorfina puede ser utilizada para tratamiento de mantenimiento de larga duración o para el proceso de desintoxicación. Ésta última, se utiliza para aminorar los síntomas de retirada o abstinencia, la cual es provocada por la ausencia de Heroína u otros opiáceos en personas dependientes. Luego de suministrar la dosis adecuada del medicamento para que se supriman los síntomas, se va reduciendo progresivamente hasta llegar a cero. Usualmente las dosis de medicamento necesario para la inducción tienden a ser más bajas, al igual que la duración del período de inducción. Muchos proveedores actúan con extrema cautela al considerar re-inducción en un paciente con múltiples intentos fallidos de inducción con el medicamento.

Los hallazgos de ensayos clínicos han establecido la eficacia de la Buprenorfina para el tratamiento de mantenimiento de la adicción a opiáceos. Los resultados sugieren que la dosis sublingual de 8-16 mgs[17] por día es clínicamente tan efectiva como la dosis de 60 mgs por día de Metadona oral. Pacientes que necesitan altos niveles de actividad agonista para un tratamiento efectivo del orden de 120 mgs por día de Metadona, la Buprenorfina probablemente no sea tan efectiva.

La efectividad de la Buprenorfina permite que la retención en tratamiento sea marcadamente superior cuando se incorpora esta modalidad farmacológica, en especial cuando se combina con intervenciones psicosociales, según sea apropiado (ver Tabla 4). Expertos con extensa experiencia en tratamiento con agonistas opiáceos sugieren que la mayoría de los pacientes con adicción crónica a Heroína y probablemente se beneficien de un tratamiento de por lo menos un año de duración, necesitando muchos de ellos tratamiento más prolongado. La posibilidad de descontinuar el tratamiento farmacológico debe ser discutido entre el paciente y sus proveedores, tomando en consideración, entre otras cosas, el logro de los objetivos del plan de tratamiento y la estabilidad psicosocial de éste.

Tabla 4: Tratamiento Psicosocial y Servicios Complementarios Asociados a Farmacoterapia Efectiva

• Cuido de niños	Servicios Vocacionales
• Servicios de Salud Mental	Servicios Médicos
• Servicios Educativos	Servicios para VIH/SIDA
• Servicios Legales	Servicios Financieros
• Servicios de Vivienda y Transportación	Servicios de Familia
• Terapia Conductual	Consejería
• Manejo de Caso Clínico	Grupos de Auto-Ayuda

[17] milígramos

El tratamiento con el medicamento Buprenorfina no implica la sustitución de una droga por otra. Tal vez, se desconocen las características farmacológicas de éste, que lo hacen un medicamento efectivo para el tratamiento de dependencia a opiáceos y desmitifican la opinión de que se está sustituyendo una droga por otra. Al igual que la Metadona, el otro agonista opiáceo cuya efectividad está ampliamente documentada, la Buprenorfina ayuda a controlar la compulsión para el uso de sustancias opiáceas. Precisamente, es la compulsión lo que caracteriza el trastorno adictivo. La limitada acción opiácea y su administración en una tableta sublingual una vez al día, es muy conveniente para el tratamiento. Cuando el paciente se estabiliza, a través del tratamiento farmacológico, se pueden atender las dificultades psicosociales que se han generado o sido generadas por la adicción a los opiáceos.

El potencial de abuso de la Buprenorfina en menor que el de los agonistas completos (Metadona, Oxicodona) y la formulación que combina la Buprenorfina con Naloxona ha sido desarrollada para reducir el potencial de abuso por vía inyectable. Los médicos que prescriban o dispensan este medicamento deben considerar el posible desvío del mismo para uso inapropiado, el cual puede ocurrir en personas que no tengan dependencia a opiáceos. Por el potencial de interacción seria con otros medicamentos, la Buprenorfina debe ser prescrita con precaución en casos de abuso de alcohol y de uso de ciertos tipos de medicamentos, tales como benzodiazepinas y otros sedantes, agonistas opiáceos y antagonistas[18] opiáceos o medicamentos que se metabolizan por el sistema de citocromos[19] P450 3A4[20] del hígado.

Al combinar la Naloxona en la pastilla con Buprenorfina se reduce la posibilidad de que la pastilla sea usada inadecuadamente. La Naloxona es un agente antagonista de los receptores opiáceos en el cerebro. Esta se utiliza principalmente para tratar complicaciones por sobredosis de opiáceos en situaciones de emergencia, particularmente en pacientes que desarrollan dificultad o paro respiratorio. La Naloxona no se absorbe significativamente por vía sublingual, así que la persona no debe tener ningún efecto si la pastilla de Buprenorfina con Naloxona es usada como se indica. Los efectos de la Buprenorfina, que sí se absorbe sublingualmente, predominarían. Si la pastilla fuera pulverizada e inyectada por vía intravenosa, el efecto de la Naloxona predominaría y desencadenaría un síndrome de abstinencia o retirada, lo cual desincentiva un uso inapropiado de ésta.

Hay múltiples ventajas de este nuevo tratamiento farmacológico. La Buprenorfina suprime la necesidad del uso de opiáceos ilegales o de analgésicos utilizados inapropiadamente (Heroína, Hidrocodona, Oxicodona, Fentanyl, etc...). Además, incrementa la retención de los pacientes en los programas residenciales en comparación a otros tratamientos farmacológicos.

---

[18] En farmacología, sustancia que tiende a anular la acción de otra. Ejemplo: una sustancia que se une a un receptor sin producir un efecto y desplaza a un agonista.
[19] Son proteínas para metabolizar ciertos medicamentos, alimentos y otros químicos.
[20] P450 son los citocromos que utiliza el hígado, 3A4 son citocromos humanos

Este tratamiento es más aceptable para pacientes que rechazan los programas de tratamiento con Metadona, por estos ser altamente reglamentados y restrictivos para las actividades de la vida cotidiana. También, está disponible en áreas donde no está accesible el tratamiento con Metadona y en áreas rurales. Además, éste se lleva a cabo en la privacidad de la oficina médica y esto lo hace más confidencial. Finalmente, la receta que origina su médico primario puede ser obtenida en una farmacia de su comunidad.

El tratamiento puede estar disponible donde haya un médico certificado para prescribir Buprenorfina. Por ejemplo:

- Oficinas Privadas de Médicos
- Hospitales y Salas de Emergencia
- Comunidades Terapéuticas
- Programas Residenciales
- Centros de Salud Comunales
- Clínicas de Tratamiento para VIH/SIDA
- Instituciones Correccionales
- Otros Programas de Tratamiento Ambulatorios

Los programas de tratamiento con opiáceos o de Metadona también pueden dispensar pero no prescribir Buprenorfina, o sea que pueden optar por despachar Buprenorfina con la misma reglamentación que siguen para la Metadona.

Integración de los servicios psicosociales

Las regulaciones federales no requieren un componente psicosocial en el tratamiento con Buprenorfina. Sin embargo, la intervención médica en el tratamiento para abuso/dependencia de sustancias, combinada con servicios terapéuticos y psicosociales, provee avances significativos en el proceso de recuperación y prevención de recaídas (Gallon et.al. 2005). La coordinación de servicios complementarios es clave para la efectividad en el tratamiento con Buprenorfina.

El equipo multidisciplinario que trabaja en el tratamiento debe establecer una coordinación de cuidado que incluya comunicación efectiva entre sus miembros y entender claramente sus roles. El rol del médico, además de tratar la salud física del paciente, tiene que auscultar posibles factores psicosociales que pueden afectar el tratamiento y estar disponible a referir los mismos a los profesionales de este campo. El rol del consejero en adicción focaliza en la evaluación y desarrollo del plan de tratamiento psicosocial del paciente. A su vez, educa al paciente en cuanto a su enfermedad, le apoya en el proceso de recuperación y coordina y lleva a cabo el manejo del caso. Otros equipos multidisciplinarios pueden incluir trabajadores sociales, manejadores de casos, así como psicólogos y/o psiquiatras para tratar posibles condiciones de salud mental concurrentes.

Pacientes que cualifican para el tratamiento

Toda persona que tenga dependencia a opiáceos, bien con desórden adictivo o sin él, es candidata potencial para tratamiento con Buprenorfina y debe ser considerada siempre que esté interesada en tratamiento asistido por medicamentos. La selección para iniciar tratamiento debe ser individualizada, pero en general, los candidatos:

- No pueden tener contraindicaciones absolutas a ninguno de los componentes de la tableta (Buprenorfina o Naloxona)
- Deben estar dispuestos a mantener adherencia[21] al tratamiento
- Deben entender los riesgos y beneficios del tratamiento
- Deben estar dispuestos a tener precauciones de seguridad con la medicación, de acuerdo a la Tabla 5
- Deben escoger el tratamiento con Buprenorfina luego de haber evaluado todas las alternativas de tratamiento para dependencia a opiáceos disponibles, como el tratamiento con Metadona

Hay algunas circunstancias clínicas en que el tratamiento con Buprenorfina puede estar contraindicado o requiere tener precauciones especiales (ver Tabla 5).

Tabla 5: Precauciones y Contraindicaciones para el Tratamiento con Buprenorfina

Contraindicación	Precaución
pacientes con hipersensibilidad a Buprenorfina o a Naloxona	pacientes en tratamiento anti-epiléptico, con medicamentos antiretrovirales y en medicamentos depresores del sistema nervioso central, como sedantes y benzodiazepinas pacientes con enfermedad hepática, en muchas ocasiones por enfermedad viral o por otras substancias tóxicas al hígado pacientes con adicción a Heroína u otros opiáceos, que además abusan de otras sustancias

[21] Cumplimiento responsable y metódico de las indicaciones que el médico da al paciente para su tratamiento

En general, el manejo del tratamiento con Buprenorfina depende del nivel de especialización del médico que está evaluando al paciente. Sin embargo, se debe ser muy cuidadoso en casos de abuso o dependencia de alcohol, principalmente por ser el síndrome de retirada potencialmente mortal (delirium tremens[22]).

Casos clínicos

Consideremos los siguientes casos clínicos:

1. Juan tiene 27 años de edad y desde sus 16 ha intentado múltiples desintoxicaciones y varios programas de tratamiento para su adicción a Heroína inhalada. Ha logrado permanecer en abstinencia hasta por un año, pero eventualmente ha experimentado una recaída. Este nunca ha aceptado considerar el tratamiento con Metadona. Su esposa escuchó por radio sobre el tratamiento con Buprenorfina y lo acompañó a la consulta. Juan podría ser un candidato a tratamiento con Buprenorfina.

2. José lleva 3 años consumiendo Heroína, las venas de sus brazos están muy deterioradas para poder inyectarse. Éste utiliza las venas de las piernas, lo que le ha causado ulceraciones. A veces ha intentado inyectarse en el cuello. Ha ingresado varias veces a programas de tratamiento residencial pero los medicamentos que le suministran en el proceso de desintoxicación sólo le alivian parcialmente los síntomas y éste se marcha antes de que concluya el mismo. José verbaliza: “esas medicinas no me alivian”. Probablemente una desintoxicación con Buprenorfina podría lograr que permanezca en el programa de tratamiento.

3. Ana tiene 59 años de edad y viene a la consulta con historial de dolor crónico, moderado a severo difuso en el hemitórax derecho causado por daño a su sistema nervioso periférico[23] por radioterapia. Ella estuvo en tratamiento multimodal por carcinoma de mama y no ha tenido recurrencias clínicas luego de 10 años de diagnosticada. Ha requerido Hidrocodona y Metadona para su dolor y al terminar su tratamiento con Metadona ha desarrollado ansiedad extrema, dolor en el cuerpo y diarreas. Buprenorfina estaría indicado en su caso.

Poblaciones Especiales

Ciertas condiciones médicas o circunstancias psicosociales particulares podrían requerir destrezas especiales en el manejo de la enfermedad adictiva con Buprenorfina. Pacientes con enfermedades médicas comórbidas, mujeres embarazadas, adolescentes, pacientes con comorbidad psiquiátrica, pacientes con dolor y pacientes recientemente ex-carcelados, son todas circunstancias que pueden representar retos significativos en el uso del medicamento dentro del plan de tratamiento.

---

[22] Trastorno que involucra cambios mentales repentinos y severos (psicosis) o cambios neurológicos (incluyendo convulsiones), pulso acelerado, presión sanguínea y temperatura elevada al suspender abruptamente el consumo de alcohol.
[23] Sirve para transmitir impulsos nerviosos entre el Sistema Nervioso Central y otras áreas del cuerpo.

La frecuente vinculación de la adicción inyectable con las infecciones por patógenos sanguíneos, como el Virus de VIH y de Hepatitis C puede disminuirse en la medida que se reduce el riesgo de contagio a través del tratamiento con Buprenorfina. Éste puede reducir las conductas de riesgo, incluyendo la frecuencia del uso de jeringuillas y el comportamiento de compartirlas (Johnson, et al., 2003). La estabilización con Buprenorfina de los pacientes puede ayudar a aumentar la adherencia al tratamiento de estas condiciones. No hay ninguna contraindicación para tratar simultáneamente la adicción con Buprenorfina y el Virus de VIH o la Hepatitis. Sin embargo, debe establecerse buena comunicación entre los médicos que intervengan en el tratamiento para asegurarse de que se ajusten las dosis de los medicamentos con potencial de interacción.

Actualmente, se están llevando a cabo ensayos clínicos con Buprenorfina en mujeres embarazadas, con resultados preliminarmente exitosos. Sin embargo, hasta que se obtengan resultados consistentes de que el tratamiento con Buprenorfina es beneficioso en estas circunstancias clínicas, el mantenimiento con Metadona es el tratamiento estandarizado para embarazadas dependientes a opiáceos. Según Johnson et al. (2003), sólo se debe recomendar la utilización de Buprenorfina durante el embarazo cuando el beneficio potencial justifica el potencial de riesgos.

Adolescentes con historiales cortos de adicción a Heroína pueden beneficiarse de este tratamiento. Este grupo tiene un riesgo alto de complicaciones serias por su adicción, entre éstas, infección con el Virus de VIH y la Hepatitis C, muerte por sobredosis y suicidio. El tratamiento con menores de 18 años puede ser más sensible por sus factores psicosociales. Se recomienda incorporar a los familiares en el tratamiento y tomar en cuenta consideraciones legales relacionados a la situación de minoría de edad y capacidad legal de consentir antes de comenzar el tratamiento.
La alta prevalencia de enfermedad psiquiátrica comórbida y adicción a Heroína está ampliamente documentada. El tratamiento simultáneo de ambas condiciones, como en otras farmacoterapias, puede optimizar la efectividad del mismo. Siempre se debe considerar la posibilidad de referir a estos pacientes a un especialista en adicciones o enfermedades mentales, según sea el caso. Además, de estar alerta a posible ideación[24] suicida u homicida que requiera un manejo inmediato del paciente.

El paciente con dolor imprime características clínicas especiales al tratamiento. Cuando el paciente presenta dolor agudo debido al bloqueo de receptores opiáceos por la Buprenorfina, si el mismo no se pudo controlar con analgésicos no opiáceos, necesita dosis altas de opiáceos para obtener un alivio efectivo, simultáneo a descontinuar la Buprenorfina. A medida que va reduciéndose el efecto de la Buprenorfina, usualmente se puede ir reduciendo la dosis de analgésicos opiáceos para obtener el alivio adecuado del dolor. Luego se necesitará una re-inducción a la Buprenorfina, una vez haya pasado el síndrome agudo. Se recomienda que pacientes con dolor crónico y problemas de adicción reciban el tratamiento de médicos especialistas en manejo de dolor y expertos en adicción.

[24] Pensamiento que refleja una planificación estructurada o plan específico.

Pacientes recientemente ex-carcelados con alto potencial de recaída en la adicción a opiáceos constituirían una de las situaciones donde estando el paciente inactivo en el uso de Heroína, puede ser candidato a tratamiento con Buprenorfina.

Conclusión

En resumen, por primera vez en más de 80 años, el médico primario tiene la oportunidad de brindar tratamiento a sus pacientes con adicción o dependencia fisiológica a opiáceos en escenarios no tradicionales, como es su oficina privada. Este tratamiento es seguro, efectivo, de fácil acceso y confidencial. La ubicación del médico primario en la puerta de entrada del sistema de servicios de salud es ideal para expandir el tratamiento de las adicciones con Buprenorfina. La disponibilidad del medicamento Buprenorfina puede ayudar a reducir el déficit existente de tratamiento para adicción a opiáceos e incorporar al médico primario en el tratamiento de adicción de sus pacientes. Por su comprobada efectividad, particularmente en régimen de mantenimiento, este nuevo medicamento tiene el potencial de elevar la efectividad del tratamiento a un grado óptimo que ayude a nuestros pacientes a vivir con una mejor calidad de vida.

OTRAS FUENTES DE INFORMACIÓN PARA LOS PROVEEDORES DE SERVICIO

Guías Clínicas para el Uso de Buprenorfina en el Tratamiento de la Adicción a Opiáceos (Treatment Improvement Protocol #40)

Existe una publicación redactada por profesionales en el campo del tratamiento de la adicción a opiáceos que brinda en detalle recomendaciones sobre todos los asuntos clínicos del tratamiento con Buprenorfina. Se puede obtener accediendo al portal de Buprenorfina de SAMHSA, o a través del National Clearinghouse for Alcohol and Drug Information (NCADI) en el (800) 729-6686.

Apoyo Clínico para el Proveedor

La Página de Discusión Clínica (Clinical Discussion Web Board) en el Internet, patrocinada por SAMHSA, *http://bup-webboard.samhsa.gov/login.asp*, permite que los médicos certificados se puedan unir a sus colegas en la discusión de asuntos clínicos relacionados al tratamiento con Buprenorfina. Además, SAMHSA auspicia el Sistema de Apoyo Clínico a Médicos (PCSS, por sus siglas en inglés) en el que la Sociedad Americana de Medicina de Adicción (ASAM), en colaboración con varias otras organizaciones, establece una red de consultores a nivel local con gran experiencia en el tratamiento de adicción para brindar asesoramiento a los nuevos proveedores de tratamiento. Se puede contactar al teléfono (301) 656-3920, al facsímil (301) 656-3815 o por correo electrónico a *bup.conference@asam.org*.

Curso en vivo y en línea para Consejeros y otros Profesionales Multidisciplinarios en el área de Adicción

Los consejeros y otros profesionales multidisciplinarios en el campo de adicción a sustancias psicoactivas son uno de los pilares principales en los que descansa el sistema de tratamiento de las adicciones. Es esencial que conozcan e incorporen esta nueva opción de tratamiento a su portafolio. El Caribbean Basin and Hispanic Addiction Technology Transfer Center (CBHATTC) está auspiciando adiestramientos en vivo para estos profesionales. Además, está disponible un curso en internet, en *http://www.danyalearningcenter.org/courseprofile.asp?cid=7*, para familiarizar a estos profesionales con este tratamiento.

¿Dónde obtener más información?

La página de Buprenorfina de la Administración de Servicios de Salud Mental y Abuso de Substancias (SAMHSA) *http://buprenorphine.samhsa.gov/* contiene, entre otras cosas, información más detallada de la Ley DATA 2000, una lista de las preguntas más comunes sobre el tratamiento, el proceso y las regulaciones que aplican, información sobre los adiestramientos en vivo y en línea, una lista de médicos certificados para prescribir Buprenorfina en las diferentes jurisdicciones de EEUU y enlaces con publicaciones y otros recursos que pueden proveerle información

adicional. Esta página tiene alguna información en español. Los médicos certificados pueden solicitar ser incluidos en la lista.

También, puede comunicarse al Centro de Información sobre Buprenorfina del Centro para el Tratamiento de Abuso de Substancias (CSAT, por sus siglas en inglés) de SAMHSA, al número de teléfono 866-BUP-CSAT (866-287-2728) o por correo electrónico a *info@buprenorphine.samhsa.gov* . Hay personal de habla hispana que puede ayudarle.

PREGUNTAS FRECUENTES RELACIONADAS AL TRATAMIENTO CON BUPRENORFINA PARA LA ADDICCION A OPIACEOS

¿Qué es el tratamiento con Buprenofina y cómo funciona?

El tratamiento con Buprenorfina es un tratamiento farmacológico para adicción a Heroína, Hidrocodona, Oxicodona y otros opiáceos, que facilita el manejo de esta enfermedad adictiva en la oficina de los médicos primarios certificados. Este medicamento actúa bloqueando los receptores opiáceos del cerebro, evitando los síntomas de abstinencia o retirada, los deseos de uso (insidia o "líneas") y el efecto de euforia de los opiáceos.

¿Cuáles son las diferencias entre el tratamiento con Buprenorfina y el de Metadona?

Ambos medicamentos son seguros y efectivos en el tratamiento de la adicción a opiáceos si son utilizados apropiadamente, pero la Buprenorfina tiene un margen de seguridad adicional que disminuye significativamente la posibilidad de efectos adversos severos, incluyendo la sobredosis que causa depresión respiratoria. La Buprenorfina puede ser recetada en la privacidad de la oficina de su médico primario y despachada en una farmacia de la comunidad para ser utilizada en su hogar, como cualquier otro medicamento. No es necesario asistir a un programa diariamente a tomar una dosis de medicamento, como en el caso de la Metadona.

¿Puedo cambiar de Metadona a Buprenorfina?

Pacientes estables que están o pueden reducir su dosis de Metadona hasta 30 a 60 Mgs pueden cambiar su tratamiento a Buprenorfina luego de una adecuada coordinación de los proveedores respectivos. Pacientes que estén en dosis superiores a 60 mgs de Metadona probablemente necesiten una acción bloqueante que la Buprenorfina no puede proveer, aunque ha habido pacientes que han logrado transferirse a pesar de estar en dosis más altas de Metadona.

¿Cuán efectivo es el tratamiento con Buprenorfina?

En pacientes con adicción a opiáceos adecuadamente seleccionados[25] (según se establece en este panfleto en parte Pacientes que cualifican para el tratamiento), la Buprenorfina es altamente efectiva, comparando positivamente con dosis bajas de Metadona. Al utilizar la dosis apropiada de Buprenorfina, se previene el desarrollo del síndrome de abstinencia, se reducen los deseos de consumo (insidia) y se bloquean los efectos euforizantes de los opiáceos, en caso de que fueran utilizados. Cuando el paciente está estabilizado en el medicamento, puede atender otros problemas psicosociales y de salud, frecuentemente asociados con la adicción a opiáceos.

---

[25]Siguiendo los criterios de selección de pacientes recomendados por la Asociación Americana de Medicina de Adicción

La utilización de Buprenorfina en el manejo médico de retirada o desintoxicación alivia los síntomas de retirada de opiáceos muy efectivamente, a diferencia de los medicamentos tradicionalmente usados.

¿Quiénes son candidatos para el tratamiento con Buprenorfina?

Toda persona que tenga dependencia a opiáceos, con trastorno adictivo o sin él, es un candidato potencial para el tratamiento con Buprenorfina. Esta medicación debe ser considerada siempre que el paciente esté interesado en tratamiento asistido por medicamentos. Otros criterios a tomar en cuenta son:

- No pueden tener contraindicaciones absolutas a ninguno de los componentes de la tableta (Buprenorfina o Naloxona)
- Deben estar dispuestos a mantener adherencia al tratamiento
- Deben entender los riesgos y beneficios del tratamiento
- Deben estar dispuestos a tener precauciones de seguridad con la medicación (ver Tabla 5)
- Deben escoger el tratamiento con Buprenorfina luego de haber evaluado todas las alternativas de tratamiento disponibles

Los pacientes en mantenimiento con Metadona que quieren cambiar el ambiente restrictivo de los programas pueden ser buenos candidatos para el tratamiento con Buprenorfina. Otros candidatos para este tratamiento incluyen a los pacientes en etapas tempranas de su adicción, adolescentes mayores de 16 años (con autorización de sus padres o encargados), los cuales pueden considerarse candidatos a una retirada supervisada médica. También, se pueden considerar los pacientes VIH+ en medicamentos antiretrovirales[26].

¿Cómo consigo información sobre médicos que provean este tratamiento?

Puede llamar al Centro de Información sobre Buprenorfina del Centro para el Tratamiento de Abuso de Substancias (CSAT, siglas en inglés) de SAMHSA, al 866-BUP-CSAT (866-287-2728). La llamada es libre de costo.

Si tiene acceso a Internet, puede pedir información por correo electrónico a *info@buprenorphine.samhsa.gov* o visitar el portal de Buprenorfina de SAMHSA (*www.buprenorphine.samhsa.gov*) y buscar la lista de médicos certificados en su estado o jurisdicción. Hay personal de habla hispana que puede ayudarle.

¿Quién atiende los problemas familiares?

El tratamiento de enfermedad adictiva debe incluir todos los aspectos del funcionamiento social del individuo que hayan sido alterados por su enfermedad. El médico certificado para prescribir Buprenorfina deberá referirle a un proveedor de servicios psicosociales que pueda atender estas áreas, según sea necesario.

[26] Sustancias que se utilizan para matar o inhibir la multiplicación de los retrovirus, como el Virus de VIH.

¿Se puede recibir este tratamiento con un diagnóstico de Hepatitis C?

El uso de opiáceos inyectables con jeringuillas contaminadas es una de las conductas de riesgo para la infección con el virus de la Hepatitis C. No hay ninguna contraindicación absoluta[27] entre el tratamiento de la Hepatitis y el de Buprenorfina. Dependiendo del estatus clínico de la enfermedad hepática, se podrá comenzar el tratamiento con Buprenorfina y darle seguimiento periódico al padecimiento hepático.

¿Se puede utilizar Buprenorfina si se está en tratamiento para VIH+?

La Buprenorfina puede utilizarse en pacientes con condición de adicción a opiáceos que sean VIH+ y estén en tratamiento con antiretrovirales. Si ocurriera alguna interacción, se puede ajustar la dosis de la Buprenorfina. Al igual que con el tratamiento de Hepatitis C, la estabilización con Buprenorfina tiende a mejorar la adherencia al tratamiento con antiretrovirales, lo que tiene un efecto importante en prevenir el desarrollo de resistencia del virus a los medicamentos.

¿Cuánto cuesta este tratamiento?

El costo del tratamiento incluye la dosis diaria de Buprenorfina ($5 a $15 diarios aproximadamente), visitas médicas, pruebas de laboratorios y toxicología y visitas al proveedor de servicio psicosocial, si fuera necesario. El tratamiento con Buprenorfina puede prevenir, entre otras cosas, el contagio con patógenos sanguíneos, como el VIH y el virus de Hepatitis C. El manejo de estas dos condiciones tiene un costo muy alto. Por ejemplo, el costo de un trasplante de hígado, si fuera necesitado por un paciente con Hepatitis C, alcanza los cientos de miles de dólares, si estuviera disponible. Tomando en consideración los costos de sufrir las consecuencias de la adicción, los costos del tratamiento con Buprenorfina representan un ahorro significativo de recursos a la sociedad.

¿Dónde se puede encontrar más información sobre la Buprenorfina?

La página de Buprenorfina de la Administración de Servicios de Salud Mental y Abuso de Substancias (SAMHSA, por sus siglas en inglés) *http://buprenorphine.samhsa.gov/* contiene una lista de médicos certificados para prescribir la Buprenorfina y enlaces con publicaciones y otros recursos que pueden proveerle información adicional. Dicha página tiene alguna información en español.

También, pueden comunicarse al Centro de Información sobre Buprenorfina del Centro para el Tratamiento de Abuso de Substancias (CSAT) de SAMHSA, al 866-BUP-CSAT (866-287-2728) o por correo electrónico a *info@buprenorphine.samhsa.gov* . Hay personal de habla hispana que puede ayudarle.

La compañía farmacéutica que produce el medicamento tiene un número telefónico libre de cargos (877) SUBOXONE o (877) 782-6966), y un portal en el Internet que provee información *http://www.suboxone.com/Suboxone/home.htm.*

---

[27] Se refiere a que no existe una contraindicación específica entre ambos tratamientos.

REFERENCIAS

Center for Substance Abuse Treatment. (2004). Clinical Guidelines for the Use of Buprenorphine in the Treatment of Opioid Addiction. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 40. DHHS Publication (SMA) 04-3939. In (pp. 1-24). Rockville, MD: Substace Abuse and Mental Health Services Administration.

Center for Substance Abuse Treatment. (2005). Medication-Assiste Treatment: For Opioid Addiction in Opioid Treatment Programs. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 43. DHHS Publication (SMA) 05-4048. In (pp. 25-42). Rockville, MD: Substace Abuse and Mental Health Services Administration.

Clark, H. W. (2003). Office-based practice and opioid-use disorders. N Engl J Med, 349(10), 928-930.

Fiellin, D. A., & O'Connor, P. G. (2002). New federal initiatives to enhance the medical treatment of opioid dependence. Ann Intern Med, 137(8), 688-692.

Fiellin, D. A., & O'Connor, P. G. (2002). Office-based treatment of opioid-dependent patients. N Engl J Med, 347(11), 817-823.

Fiellin, D. A., Rosenheck, R. A., & Kosten, T. R. (2001). Office-based treatment for opioid dependence: reaching new patient populations. Am J Psychiatry, 158(8), 1200-1204.

Fudala, P. J., Bridge, P., & Herbert, S. (2003). Office-based treatment of opiate addiction with a sublingual-tablet formulation of buprenorphine and naloxone. N Engl J Med, 349(10), 949-958.

Graham, A. W., Schultz, T. K., Mayo-Smith, M. F., Ries, R. K., & Wilford, B. B. (2003). Principles of Addiction Medicine (3rd ed.). Chevy Chase, MD: American Society of Addiction Medicine, Inc.

Join Together: Advancing Effective Alcohol and Drug Policy, P., and Treatment,. (2006). Congress Raises Buprenorphine Treatment Cap to 100 [Electronic Version] from http://www.jointogether.org/news/headlines/inthenews/2006/congress-raises.html.

Jones, H. E. (2004). Practical Considerations for the Clinical Use of Buprenorphine. Science & Practice Perspectives 2(2), 4-20.

Mental Health and Anti-Addiction Services Administration. (2002). Estudio de Vivienda: Encuesta de necesidades para servicios de adicción (No. Executive Summary). San Juan, PR: MHAASA.

SAMHSA/Northwest Frontier Addiction Technology Transfer Center. (2005, Winter). Buprenorphine: New Options in Treating Opioid Dependency. Addiction Messenger.

U.S. Food and Drug Administration. (2002). Subutex and Suboxone approved to treat opiate dependence [Electronic Version]. FDA Talk Paper. Retrieved Feb 7, 2006 from www.fda.gov/bbs/topics/ANSWERS/2002/ANS01165.html.

APÉNDICE I

Ley DATA 2000

La Ley DATA 2000, por sus siglas en inglés (Drug Addiction Treatment Act of 2000), aumenta las opciones de tratamiento para incluir tanto al sistema de cuidado de salud general como a los programas de tratamiento de adicción a opiáceos. Esta ley permite que cada médico debidamente certificado pueda prescribir "narcóticos" de las listas III, IV y V (ver Tabla 6) a hasta 100* personas con adicción a opiáceos en tratamiento simultáneamente. Estos médicos deben estar debidamente licenciados en sus respectivos estados o territorios y poseer la licencia de prescripción de sustancias controladas del Drug Enforcement Agency (DEA).

Tabla 6: Narcóticos de acuerdo a la Lista de Clasificación

Lista	Descripción	Riesgo de abuso	Usos médicos
Lista I	puede llevar a la dependencia física o psicológica severa	potencial de abuso elevado	No se acepta para usos médicos ni la puede recetar un médico
Lista II	puede llevar a la dependencia física o psicológica severa	potencial de abuso elevado	Tiene ciertos usos médicos aceptados con restricciones severas y un médico la puede recetar
Lista III	puede llevar a la dependencia física baja o moderada o dependencia psicológica elevada	potencial de abuso moderado	Tiene usos médicos aceptados y un médico la puede recetar
Lista IV	puede llevar a la dependencia física o psicológica limitada	potencial de abuso bajo	Tiene usos médicos aceptados y un médico la puede recetar
Lista V	puede llevar a la dependencia física o psicológica limitada	potencial de abuso bajo	Tiene usos médicos aceptados y un médico la puede recetar

* El 11 de diciembre de 2006 el Congreso de Estados Unidos aprobó aumentar la cantidad de pacientes en tratamiento simultáneamente por cada médico certificado, de 30 a 100 pacientes.

APÉNDICE II

Requisitos de Certificación para los Médicos

El médico tiene que cumplir con uno o más de los siguientes requisitos:

- Certificación de Psiquiatría en Adicción
- Certificación de Medicina en Adicción (otorgada por la Sociedad Americana de Medicina en Adicción (ASAM) o la Asociación Americana de Osteopatía (AOA)
- Haber servido como investigador en las pruebas clínicas de Buprenorfina
- Haber completado 8 horas de adiestramiento ofrecido por la Sociedad Americana de Medicina en Adicción (ASAM), "AAAP", "AMA", Asociación Americana de Osteopatía (AOA), Asociación Americana de Psiquiatría (APA) u otras organizaciones designadas por el Departamento de Salud y Servicios Humanos (DHHS, por sus siglas en inglés)
- Adiestramiento o experiencia según lo determine la junta examinadora médica del estado o territorio de Estados Unidos.

El médico interesado que cumpla con los requisitos señalados debe someter una solicitud a la Administración de Servicios de Salud Mental y Abuso de Sustancias (SAMHSA, por sus siglas en inglés)[UCC26] para obtener la certificación para prescribir Buprenorfina. La solicitud se puede completar por vía electrónica, por facsímile o por correo regular.

APÉNDICE III

Signos y Síntomas que sugieren Adicción o sus Complicaciones

General:
- Olor o alcohol en aliento
- Olor a marihuana en ropa
- Olor a nicotina o humo de cigarrillo en aliento o ropa
- Estatus nutricional pobre
- Pobre higiene personal

Cabeza, Ojos, Oídos, Nariz, Garganta:
- Irritación o inyección conjuntival
- Mucosa nasal inflamada
- Septo nasal (interior de la nariz) perforado
- Septo nasal (interior de la nariz) blanquecino
- Senos nasales (cavidad hueca de la nariz) dolorosos a la palpación
- Enfermedad gingival y gingivitis (enfermedad de las encías)
- Ulceración gingival
- Rinitis
- Sinusitis
- Mucosa pálida
- Quemaduras en cavidad bucal

Gastrointestinal:
- Hepatomegalia (agrandamiento del hígado)
- Hígado doloroso a la palpación
- Sangre oculta positiva en excreta

Cardiovascular:
- Hipertensión
- Taquicardia (pulso rápido, mayor de 100 latidos por minuto)
- Arritmia cardiaca (pulso irregular)
- Soplos cardíacos (sonidos cardíacos anormales a la auscultación)
- Edema
- Hinchazón

Piel:
- Signos de lesión física
- Moretones
- Laceraciones
- Lesiones por rascado
- Quemaduras
- Marcas de acceso de jeringuillas
- Abscesos de piel
- Celulitis
- Ictericia (ojos y piel amarillos)
- Eritema palmar (alteración de la circulación superficial de la piel, síntoma de enrojecimiento en las palmas de las manos)
- Pérdida de pelo
- Sudoración
- Erupción
- Manos hinchadas

Sistema inmune:
- Linfadenopatías (anormalidad en el tamaño, consistencia o número de nódulos linfáticos, que son los órganos con más capacidad de reacción del sistema inmune)

Pulmonar:
- Sonidos anormales a la auscultación
- Tos
- Depresión respiratoria

Sistema reproductor femenino/ Sistema endocrino:
- Dolor a la palpación en pelvis
- Flujo vaginal

Neurológico:
- Anormalidades sensoriales
- Anormalidad de memoria
- Anormalidades motoras
- Oftalmoplegia (parálisis o movimientos anormales de ojos)
- Miopatía (anormalidades en los músculos)
- Neuropatía
- Temblores
- Deterioro cognoscitivo
- Ataxia (trastorno caracterizado por la disminución de la capacidad de coordinar los movimientos)
- Dilatación o constricción pupilar

Conducta:
- Conducta inapropiada durante el examen
- Hablar "arrastrado" (slurred speech)
- Andar vacilante
- Rascarse

Sistema reproductor masculino/Sistema endocrino:
- Atrofia testicular
- Descarga peneana (síntoma que involucra el sistema urinario)
- Ginecomastia (agrandamiento de glándulas mamarias en varones)

APÉNDICE IV

Formulaciones del Medicamento Buprenorfina

Suboxone(r) es una tableta para uso sublingual y viene en dos dosificaciones: 2 mg de Buprenorfina y 0.5 mg de Naloxona y 8 mg de Buprenorfina y 2 mg de Naloxona. El Subutex(r), también sublingual, está disponible en 2 y 8 mg. Se puede obtener información más específica en el portal de la Administración de Drogas y Alimentos (FDA) *http://www.fda.gov/cder/foi/label/2002/20732lbl.pdf*. Otras formulaciones de Buprenorfina, como el analgésico inyectable Buprenex(r), no están aprobadas para tratamiento de adicción a opiáceos.

NOTAS

Universidad Central del Caribe
CBHATTC
PO Box 60327 Bayamón, PR 00960-6032
e-mail: prattc@uccaribe.edu
http://cbattc.uccaribe.edu