

PUNTO DE ENCUENTRO

TRATAMIENTO DE LA DEPENDENCIA DE OPIÁCEOS CON BUPRENORFINA/NALOXONA

30 de Enero de 2014

San Fernando

Cádiz

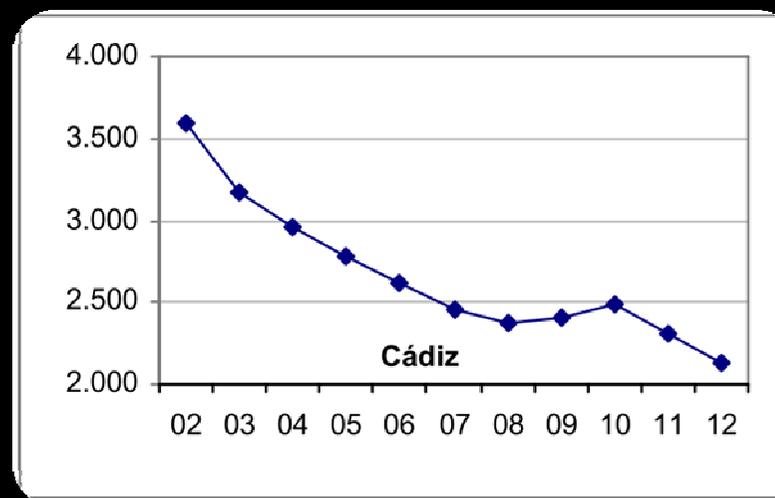
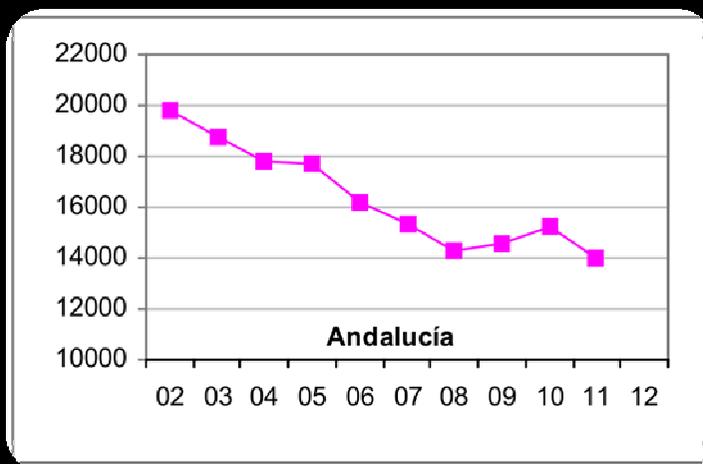
Dr. P. Seijo

Dr. M. Martínez

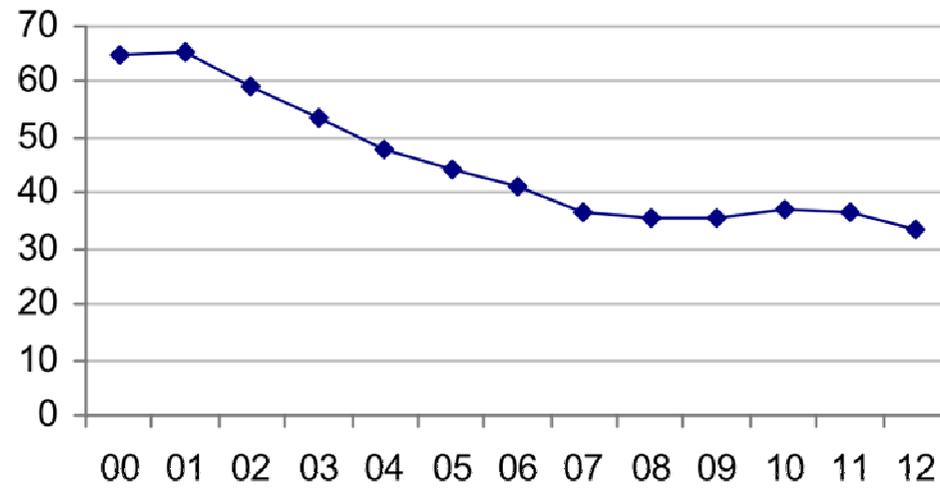
SPD Cádiz

Evolución anual del número de personas que ingresan en PTM. Comparación de datos entre la provincia de Cádiz y el total de Andalucía.

Memoria SPD Cádiz 2012



Relación entre pacientes en PTM y total activos



2012	Diaria	17,7
	2-3veces/semana	4,5
	Semanal o más	77,8

Memoria SPD Cádiz 2012

Distribución del total de pacientes que salen del PTM en el 2012, según tipo de salida y Distrito Sanitario

Tipo de Salida	Bahía de Cádiz-La Janda		Campo de Gibraltar		Jerez-Costa Noroeste		Sierra de Cádiz	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Alta por finalización de programa	83	29,43	81	27,27	28	24,56	16	53,33
Abandono	63	22,34	90	30,30	38	33,33	7	23,33
Alta voluntaria	30	10,64	37	12,46	35	30,70	0	0,00
Exitus	24	8,51	20	6,73	6	5,26	5	16,67
Alta derivada*	82	29,08	69	23,23	7	6,14	2	6,67
Total	282	100,00	297	100,00	114	100,00	30	100,00

* (fuera de Andalucía o recurso privado o IIPP sin seguimiento)



Pacini Editore & AU CNS

Regular article

Heroin Addict Relat Clin Probl 2011; 13(3): 5-16

**HEROIN ADDICTION &
RELATED CLINICAL
PROBLEMS**

www.europad.org

Therapeutic management and comorbidities in opiate-dependent patients undergoing a replacement therapy programme in Spain: the PROTEUS study

Carlos Roncero^{1,2}, Gideoni Fuste¹, Carmen Barral¹, Laia Rodríguez-Cintas¹, Nieves Martínez-Luna¹, Francisco José Eiroa-Orosa^{2,3}, Miguel Casas^{2,3} on behalf of the PROTEUS study investigators

¹ *Outpatient Drug Clinic, Department of Psychiatry, Vall d'Hebron University Hospital, Barcelona. Public Health Agency Barcelona (ASPB), Spain, EU*

² *Department of Psychiatry and Legal Medicine, Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona, Spain, EU*

³ *Department of Psychiatry, Vall d'Hebron University Hospital, Barcelona, Spain, EU*

- Características del paciente en tratamiento con agonistas opiáceos (TAO) en España¹:
 - El **84%** son **varones** (media edad = 39 años)
 - El **83%** recibe **soporte social**
 - El **25% trabaja** de forma remunerada (Activo Laboral)
 - El **62%** tienen **estudios primarios**
 - El **83%** presentan al menos una **comorbilidad clínica**
 - El 59% presenta alguna comorbilidad infecciosa (VIH / VHC)
 - El 67% presenta alguna comorbilidad psiquiátrica

- Características del paciente en tratamiento con agonistas opiáceos (TAO) en España¹:

- ✓ El **94%** está en tratamiento con **metadona**

- ✓ El **82% consume** otras drogas (32% opiáceos)

- ✓ El **73%** había estado **previamente en programa** de mantenimiento (tiempo medio de 12 años)

- El **76%** está en régimen de dosificación ambulatoria (**take-home**)

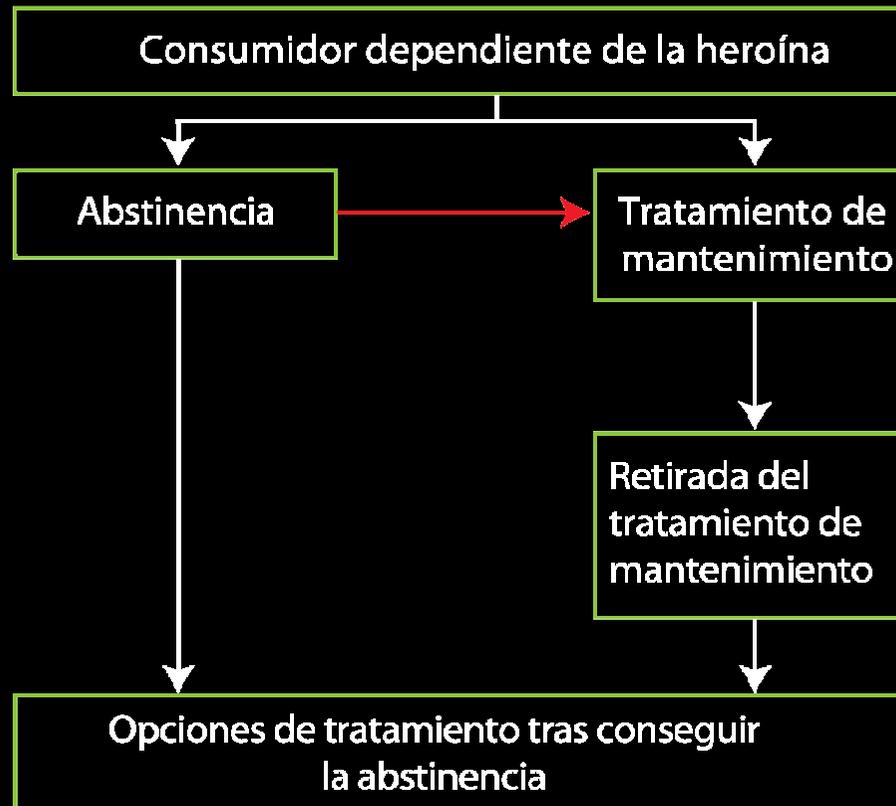
- El **8%** recoge la medicación en **farmacia**

- El **52% conduce** habitualmente

**“ No existen enfermedades
sino enfermos “**

- La dependencia de los opiáceos es un trastorno crónico recidivante que necesita un tratamiento adecuado
- Como sucede con muchas otras enfermedades crónicas, el modelo de tratamiento con más posibilidades de éxito debe combinar la intervención farmacológica con el consejo psicosocial orientado a la modificación de la conducta
- El tratamiento de mantenimiento consigue los mejores resultados en distintos ámbitos
- La permanencia de los pacientes en el tratamiento y la prevención de recaídas son factores fundamentales para el éxito del tratamiento de todas las enfermedades crónicas, incluida la dependencia de los opiáceos

Estrategias para el tratamiento de la dependencia de opiáceos



Lintzeris N, Clark N, Winstock A, Dunlop A, Muhleisen P, Gowing L, Ali R, Ritter A, Bell J, Quigley A, Mattick RP, Monheit B, White J. Australian National Clinical Guidelines and Procedures for the Use of Buprenorphine in the Treatment of Opioid Dependence. 2006.

Estrategias para el tratamiento de la dependencia de opiáceos

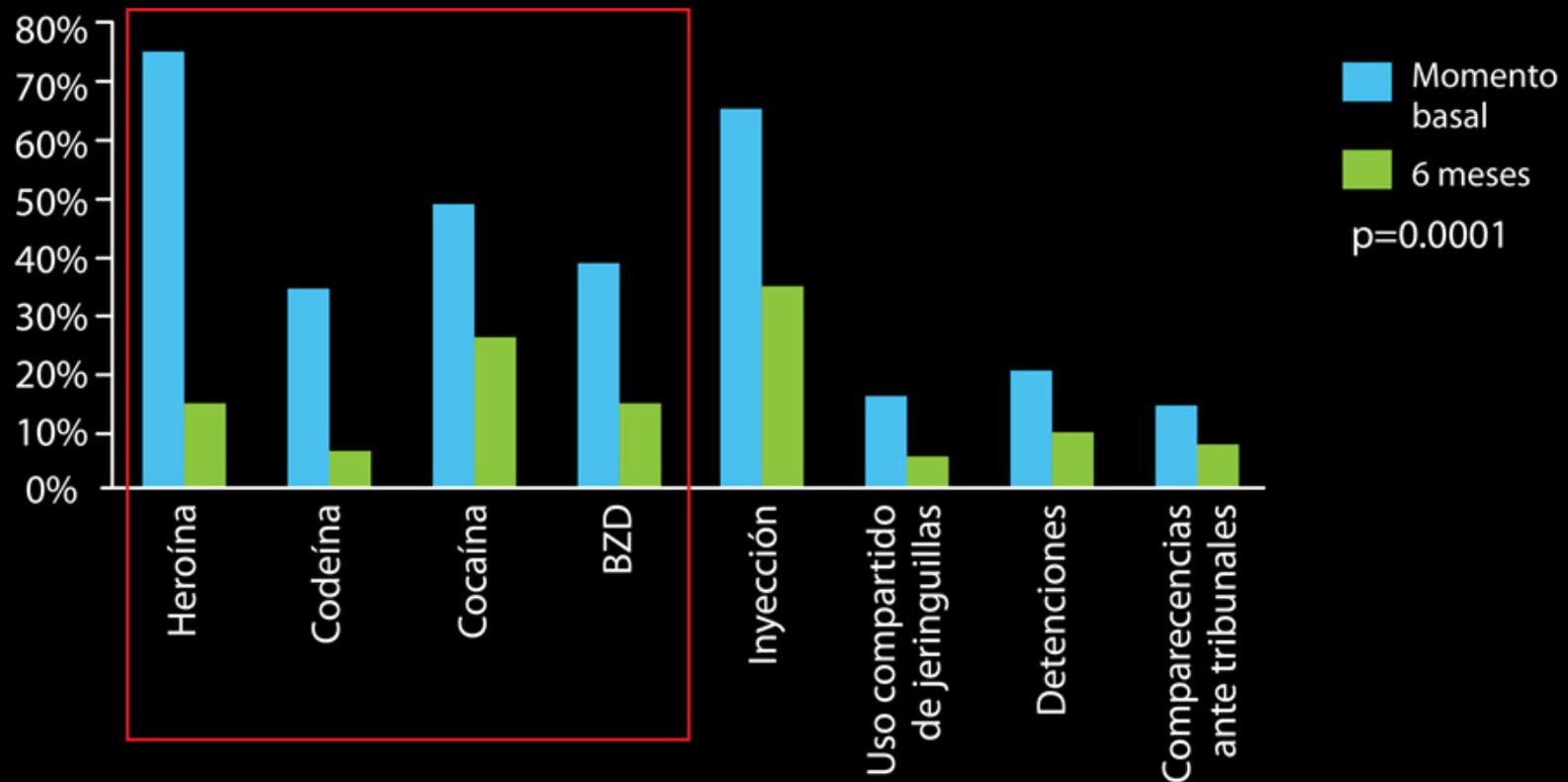
Lo mejor es un tratamiento integral

- El tratamiento farmacológico estabiliza la fisiología del paciente y reduce el tiempo malgastado en obtener y consumir drogas.
- El tratamiento farmacológico no es suficiente por sí solo y se asocia a un riesgo más alto de recaídas cuando no se acompaña de otras intervenciones.
- El apoyo psicosocial puede ayudar a modificar conductas y respuestas a estímulos ambientales y sociales que son importantes para evitar recaídas
- Se combinan intervenciones psicosociales y tratamientos farmacológicos por medio de un equipo multidisciplinar

Estrategias para el tratamiento de la dependencia de opiáceos

- Entrevista motivacional (EM)
- Tratamiento de contingencia
- Terapia cognitivo-conductual (TCC)
- Intervención breve
- Autoayuda/12 pasos

El tratamiento con opiáceos se asocia a reducciones significativas de...



Reproducido con autorización de Lavignasse P, et al. Ann Med Interne. 2002; 153(3 Suppl.):1S20-S26.

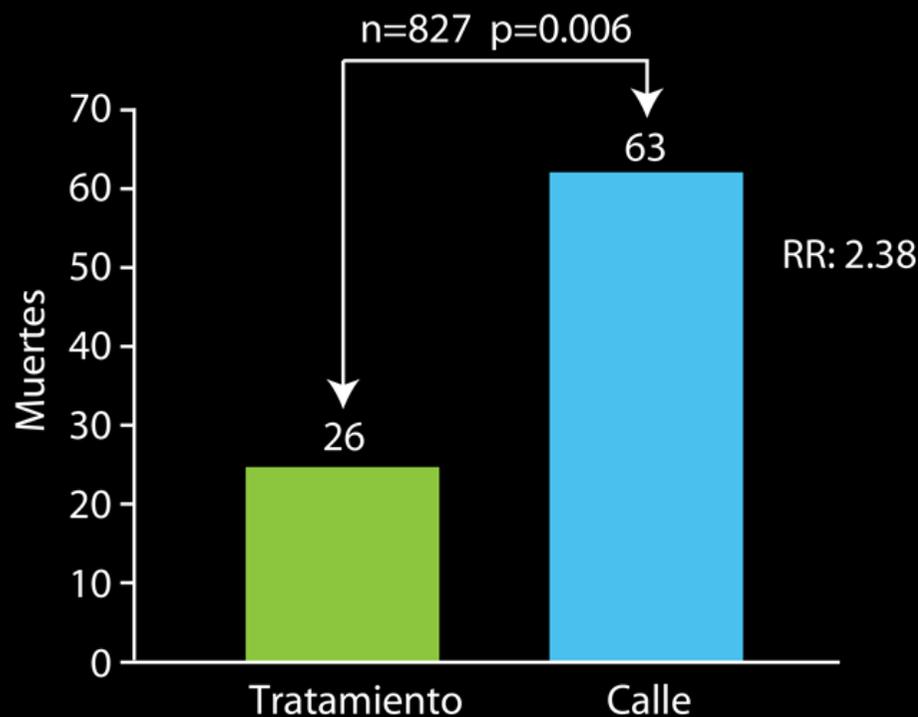
El tratamiento con opiáceos se asocia a reducciones significativas de...



El hecho de no recibir tratamiento de sustitución con opiáceos eleva más de 6 veces el riesgo de infección por el VIH ¹

1. Metzger DS, et al. J Acquir Immune Defic Syndr. 1993; 6(9):1049–1056.

El tratamiento con opiáceos se asocia a reducciones significativas de...



Mortalidad observada en relación con el TSO (tratamiento) frente al abuso de heroína (en la calle) sin tratamiento

!! Porque no existen tratamientos universales !!

Pacientes con bajo nivel de neuroadaptación

Pacientes con intolerancia a la metadona

Metabolizadores rápidos de metadona (dosis altas)

Pacientes polimedicados (pocas interacciones CYP 3A4)

Riesgos de sobredosis

Presencia de problemas cardíacos (QTc)

Riesgos por afectación cognitiva y psicomotora

Disfunción sexual

Pacientes que rechazan la metadona

FARMACOCINÉTICA

FARMACODINÁMICA



SUBOXONE (RB PHARMACEUTICALS LIMITED)

- **SUBOXONE Comp. 2 mg/0,5 mg**

Composición:

Por 1 comprimido: **Buprenorfina hidrocloreuro** , 2.0 mg ;
Naloxona hidrocloreuro , 0.5 mg

Envase:	PVL	PVP	PM
---------	-----	-----	----

env. con 7	4.48€	6.99€	
-------------------	-------	-------	--

Código Nacional: 658107

Conservar en frío: No

Comercializado: **Si**

Situación: **Alta**

[DH ] [F] Vi

- **SUBOXONE Comp. 8 mg/2 mg**

Composición:

Por 1 comprimido: **Buprenorfina hidrocloreuro** , 8.0 mg ;
Naloxona hidrocloreuro , 2.0 mg

Envase:	PVL	PVP	PM
---------	-----	-----	----

env. con 7	17.92€	27.97€	
-------------------	--------	--------	--

Código Nacional: 658108

Conservar en frío: No

Comercializado: **Si**

Situación: **Alta**

[DH ] [F] Vi

**INFORME PARA EL VISADO DE LAS RECETAS PRESCRITAS CON EL
MEDICAMENTO BUPRENORFINA-NALOXONA**

DATOS DEL USUARIO

Apellidos y Nombre	
Fecha de Nacimiento	Nº de historia
NUHSA	NUSS

DATOS DEL MÉDICO Y DEL CENTRO

Apellidos y Nombre	
CNP ó Nº de Colegiado	Especialidad
Nombre del Centro	Localidad

DATOS DEL MEDICAMENTO

Nombre del medicamento	
Número de unidades por toma	Horas entre tomas
Fecha de inicio del tratamiento	Duración del tratamiento en días

INDICACIÓN

Tratamiento de sustitución de la dependencia de opioides en adultos y adolescentes mayores de 15 años, que han dado su conformidad para recibir tratamiento por una adicción, en el marco de un tratamiento médico, social y psicológico.

Fecha	Firma y sello del médico
-------	--------------------------

Buprenorfina: Agonista parcial de los receptores opiáceos mu

Naloxona: antagonista opiáceo

FARMACOCINÉTICA

ABSORCIÓN

Vía sublingual

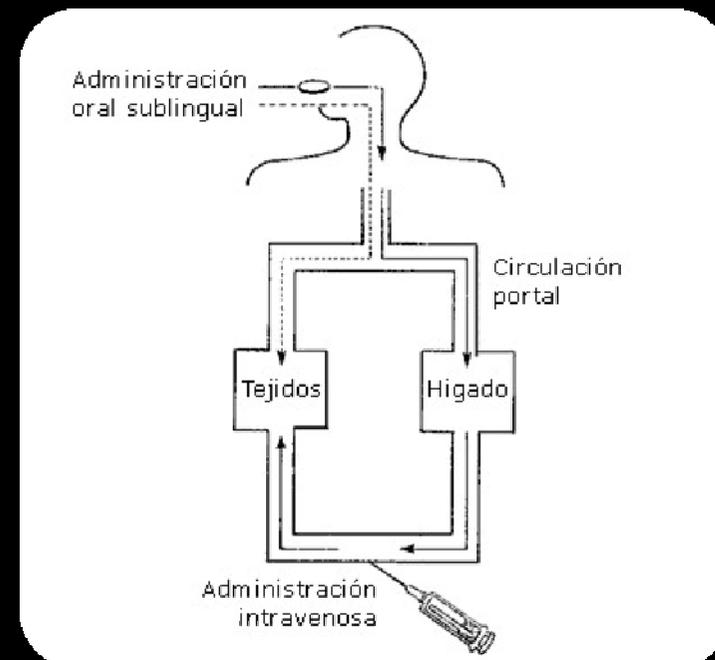
Biodisponibilidad: 30-50%

- Tiempo de contacto con mucosa
- Formulación galénica

Ventajas:

- Disminución del “efecto primer paso hepático”
- Rápida absorción (alta liposolubilidad)

Reservorio submucoso sublingual



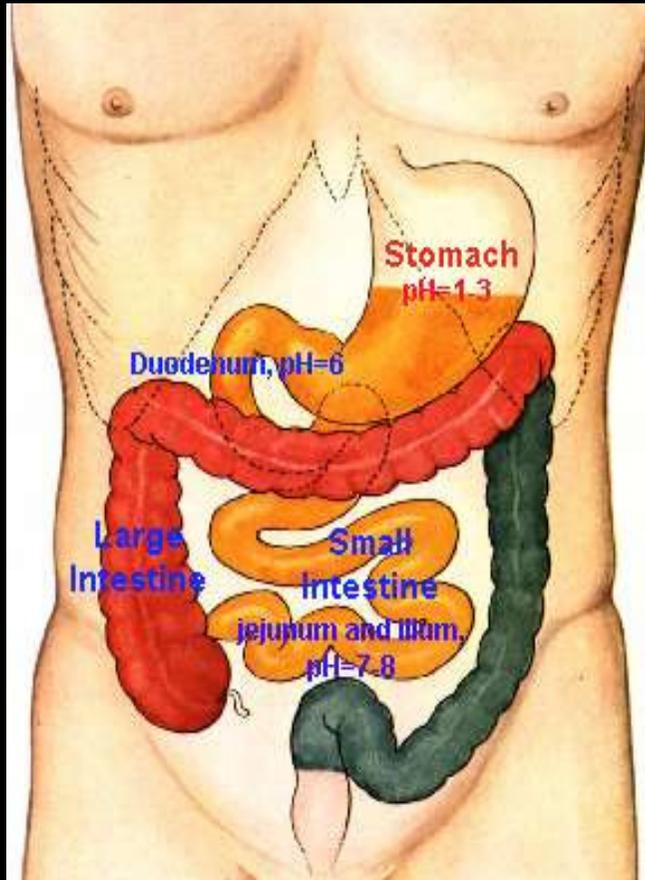
Naloxona:

Sublingual sin efectos

I.V. provoca SAO

FARMACOCINÉTICA

DISTRIBUCIÓN



Unión a proteínas del 96%

Distribución inicial a tejidos muy vascularizados (hígado y cerebro)

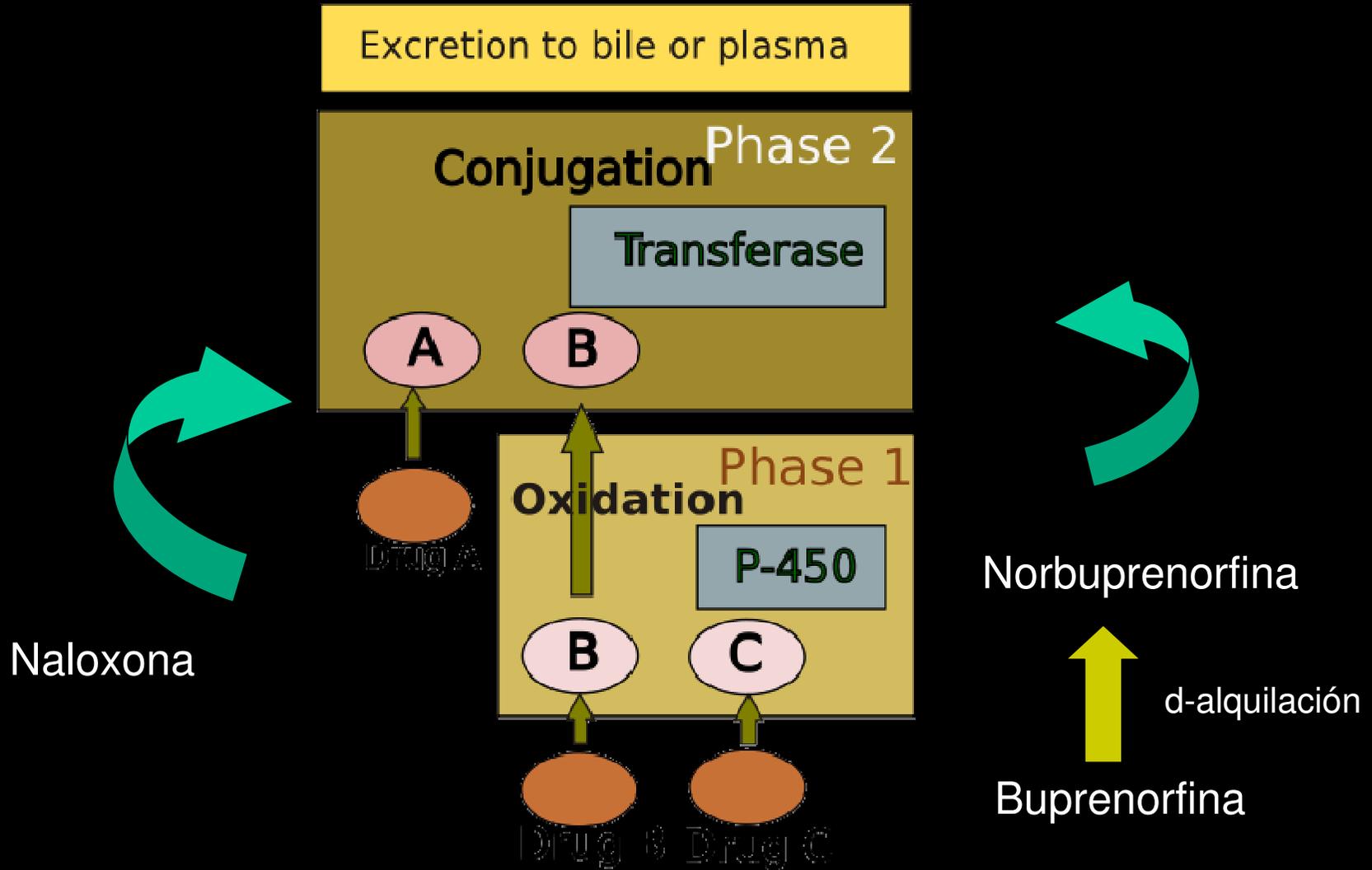
Distribución posterior a tejido graso

Alta liposolubilidad: atraviesa bien la BHE

Una dosis de 8 mg/día en *equilibrio estable* se corresponde con aprox 0,8 ng/ml (?)

FARMACOCINÉTICA

METABOLISMO



FARMACOCINÉTICA

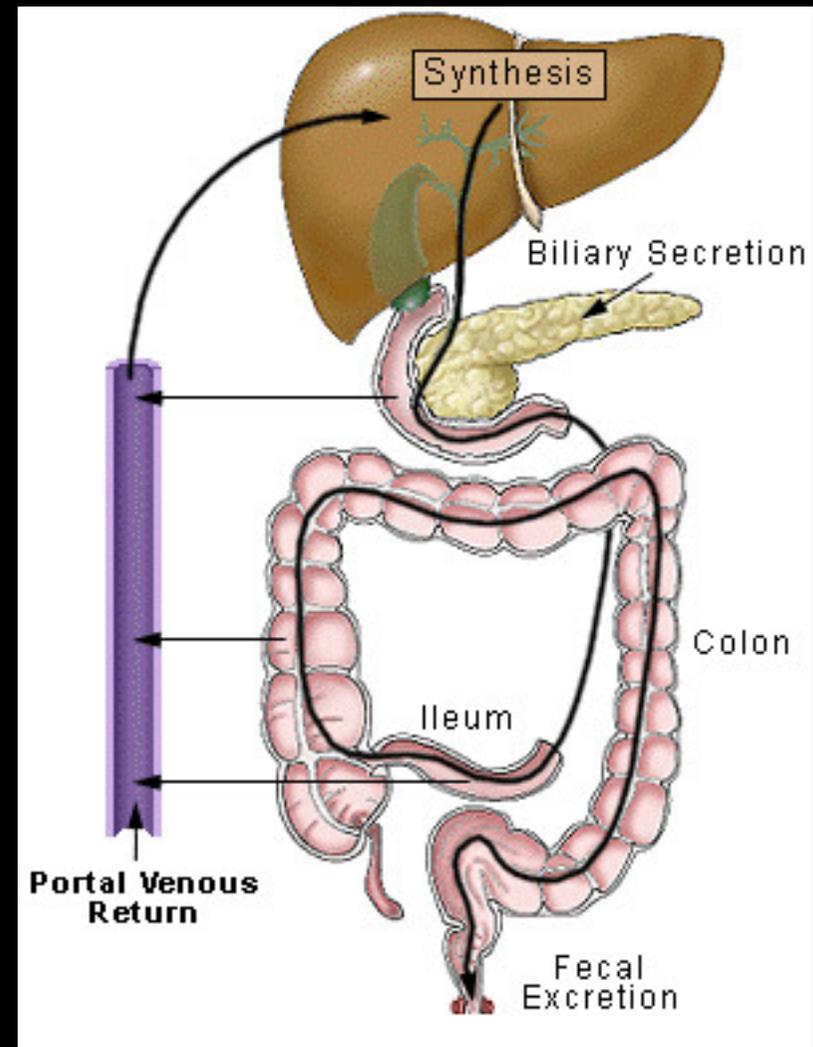
EXCRECIÓN

**70-90% eliminada por vía biliar
(glucurónidos)**

**En pared intestinal se hidrolizan y BUP
y NORBUP pasan a circulación
enterohepática**

**Una parte se elimina por orina
(test específico)**

Naloxona se elimina por vía urinaria





Bienvenido

SELF-DIAGNOSTICS.COM Mi cuenta Mi lista

[SOBRE NOSOTROS](#) [SITE MAP](#)

[TEST DE DROGAS](#) [TEST DE ALCOHOL](#) [ANÁLISIS CABELLO](#) [TEST DE EMBARAZO](#) [TE](#)

Inicio > [Test para la detección de drogas Buprenorfina - 10 test cassette](#)



Test para la detección de drogas Buprenorfina - 10 test cassette

[✉ Envíe un correo sobre el producto](#)

[Sea el primero en opinar sobre este producto](#)

Availability: En existencia

€ 29,90

Incl. 10% IVA, más [gastos de envío](#)

Cantidad: 0 [Agregar al carrito](#) 0

[Añadir a la lista de artículos favoritos](#)

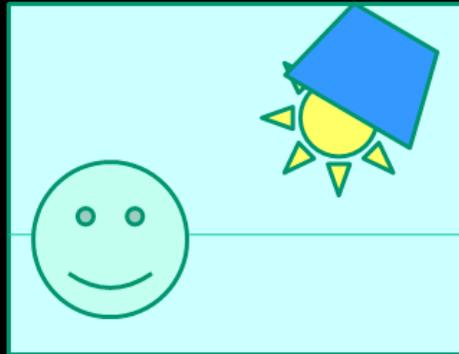
[Añadir a la lista de comparación](#)

[Facebook](#) [Twitter](#) [Pinterest](#) [Google+](#)

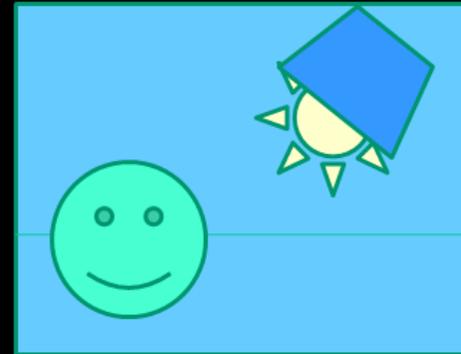
Descripción rápida



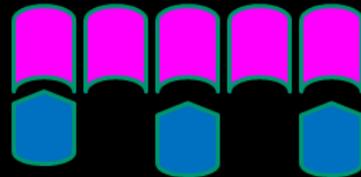
Agonista completo



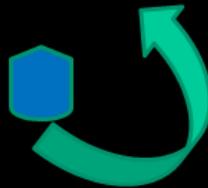
Agonista parcial



Receptor μ



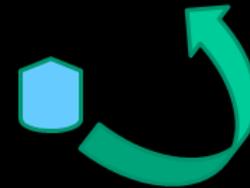
MET
DAM



Receptor μ



BUP/NLX



Modificado de Stahl, 2008

Tabla I. Efectos farmacológicos de los agonistas del receptor opioide mu

Sedación, estupor, sueño
Euforia, placer, sensación de bienestar
Analgesia
Depresión respiratoria central
Inhibición del reflejo tusígeno
Miosis
Tolerancia y dependencia
Náuseas y vómitos
Inhibición de la liberación de GnRH
Estimulación de la liberación de CRF, prolactina y hormona del crecimiento
Hipotermia de origen central
Incremento del ritmo lento en EEG
Hipertonía muscular y rigidez
Elevación de la presión en el esfínter de Oddi
Disminución de la motilidad gastrointestinal
Bradycardia sinusal
Hipotensión arterial
Vasodilatación cutánea
Incremento del tono del músculo detrusor vesical y del esfínter vesical
Incremento de la liberación de hormona antidiurética
Reducción del tono uterino
Inmunosupresión
Liberación de histamina (morfina)

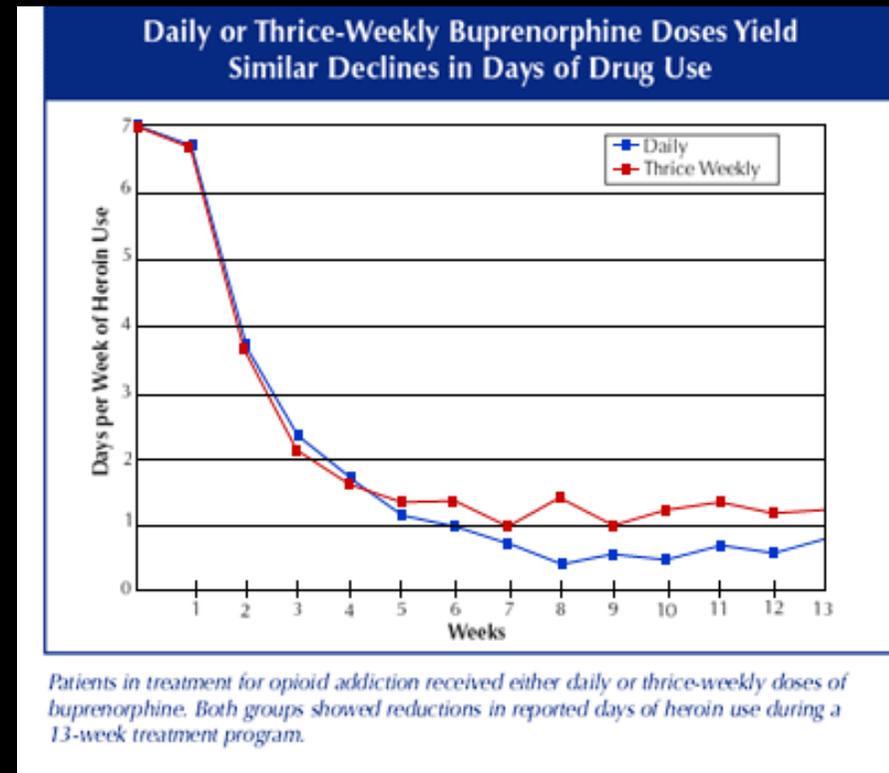
DURACIÓN DEL EFECTO

Debido a:

- Reservorio sublingual
- Reservorio tejidos
- Metabolitos (NORBUP)
- Circulación enterohepática
- >> Afinidad del R
(disociación lenta)

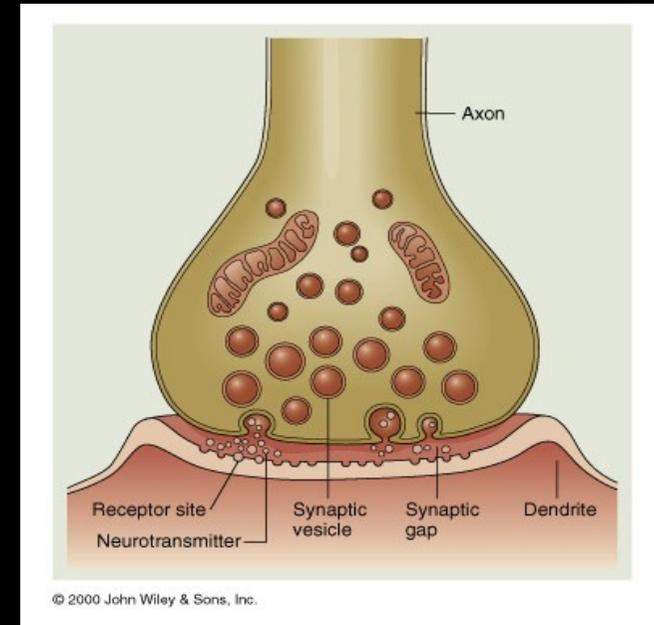
Esto permite:

- Dosificación días alternos
- SAO leve



EFFECTOS FARMACODINÁMICOS A LARGO PLAZO

NEUROADAPTACIÓN



1. Desensibilización de los R mu menor que MET
2. Antagoniza la fosforilización del R inducido por morfina
3. Disminuye la capacidad de los opiáceos de inhibir la adenilciclasa

En definitiva: disminución de la neuroadaptación

Bloqueo opioide y BUP/NLX

Dosis de B/N para alcanzar el BO:
8-16 mg/día

Duración del tratamiento con B/N para alcanzar el BO:
Desde 1^a dosis “adecuada”

Duración del BO producido por una determinada dosis de B/N:
Según dosis: entre 24h y 5 días tras última toma

Propiedades de la Buprenorfina

1. Gran Afinidad por el receptor mu:

- . Compite desplazando
- . Suprime efecto euforizante
- . Previene recaídas

Propiedades de la Buprenorfina

3. Lenta disociación del receptor mu:

- . Larga duración.
- . SAO de baja intensidad.
- . Mas fácil la DTX.

Propiedades de la Buprenorfina

4. Reducida afinidad por el CYP3A4

. Menos riesgos de interacciones



Propiedades de la Buprenorfina

5. Riesgo de prolongamiento del intervalo QT muy reducido:

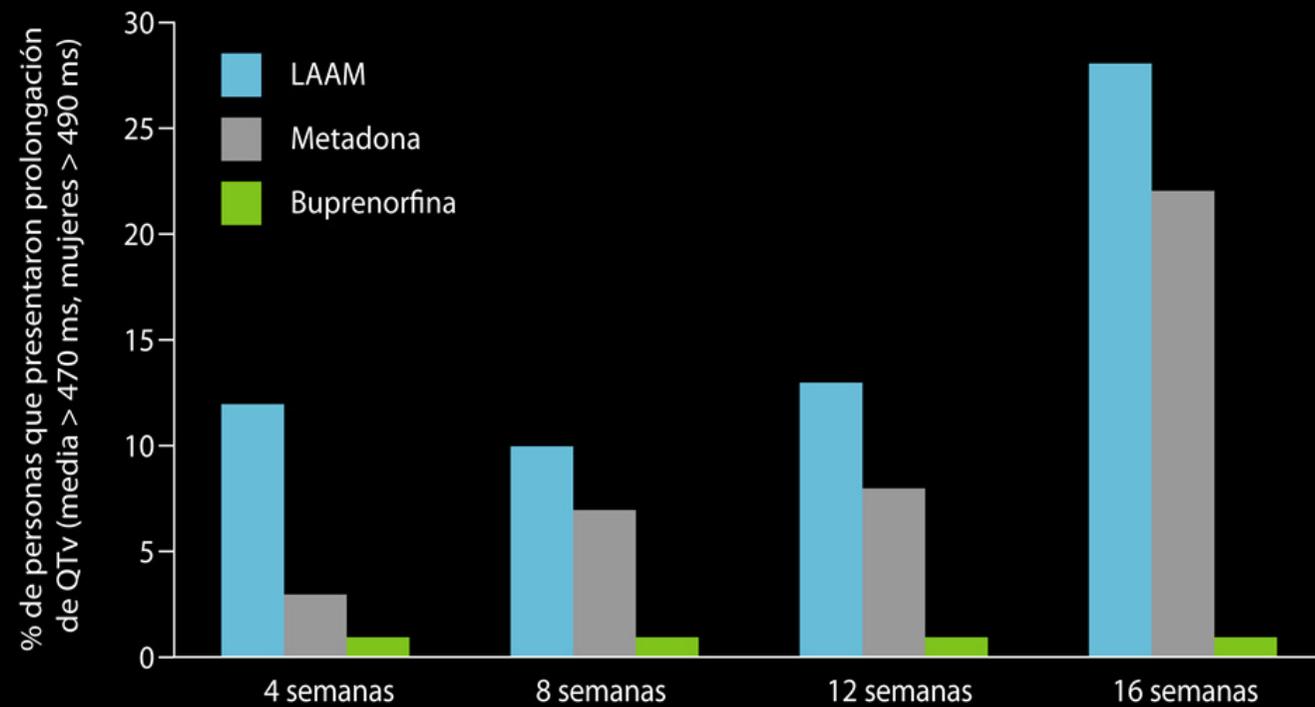
- . Menos riesgos cardiológicos.
- . Escasa monitorización.

Propiedades de la Buprenorfina

5. Riesgo de prolongamiento del intervalo QT muy reducido:

- . Menos riesgos cardiológicos.
- . Escasa monitorización.

Proporción con prolongación del QTc a lo largo del tiempo



Wedam EF, et al. Arch Intern Med. 2007; 167:2469–2475. Copyright © (2007) American Medical Association. Reservados todos los derechos.

Proporción con prolongación del QTc a lo largo del tiempo

Table 2 | Overall effect of dose of antidepressant or methadone on corrected QT (QTc) interval 14–90 days after drug prescription in cohort of 38 397 adult patients. Results are beta values (SE) from linear regression analysis

Drug	Unadjusted model	Adjusted model†
SSRIs:		
Citalopram	0.02 (0.04)	0.10 (0.04)**
Escitalopram	0.60 (0.15)***	0.58 (0.15)***
Fluoxetine	-0.01 (0.03)	0.07 (0.03)
Paroxetine	-0.07 (0.07)	0.03 (0.07)
Sertraline	-0.02 (0.01)	0.01 (0.01)
Other antidepressants:		
Amitriptyline	0.10 (0.03)***	0.11 (0.03)***
Bupropion	-0.03 (0.01)***	-0.02 (0.01)*
Duloxetine	-0.00 (0.05)	0.02 (0.05)
Mirtazapine	-0.22 (0.08)**	-0.13 (0.08)
Nortriptyline	-0.01 (0.04)	0.04 (0.04)
Venlafaxine	0.01 (0.01)	0.01 (0.01)
Positive control:		
Methadone	0.27 (0.06)***	0.30 (0.06)***

SSRI= selective serotonin reuptake inhibitor.

Statistical significance at * $\alpha < 0.05$, ** $\alpha < 0.01$, *** $\alpha < 0.001$.

†Model is adjusted for age; sex; race; type of health insurance; year of electrocardiogram (for QTc); history of major depression, myocardial infarction, arrhythmia, hypertension, or hyperlipidaemia; and log transformed, age adjusted Charlson comorbidity score.

BMJ

BMJ 2013;346:f288 doi: 10.1136/bmj.f288 (Published 29 January 2013)

Page 1 of 11

RESEARCH

QT interval and antidepressant use: a cross sectional study of electronic health records

OPEN ACCESS

Victor M Castro *team lead*¹, Caitlin C Clements *clinical research coordinator*^{2,3}, Shawn N Murphy *associate professor of neurology*⁴, Vivian S Gainer *team lead*¹, Maurizio Fava *Slater Family professor of psychiatry*⁵, Jeffrey B Weilburg *assistant professor of psychiatry*⁵, Jane L Erb *assistant professor of psychiatry*⁶, Susanne E Churchill *executive director, i2b2 National Center for Biomedical Computing*⁷, Isaac S Kohane *director, i2b2 National Center for Biomedical Computing*⁸, Dan V Iosifescu *associate professor of psychiatry*⁹, Jordan W Smoller *associate professor of psychiatry*², Roy H Perlis *associate professor of psychiatry*³

Propiedades de la Buprenorfina

6. Antagonista de los receptores Kappa:

Es un antagonista $k2$. Es agonista $k1$ y $k3$

El antagonismo $k2$ se asocia a:

Menor depresión respiratoria

Menor sintomatología sobre el SNA

Menor disforia, negativismo y ansiedad

Discreto efecto antidepresivo

Sobre el receptor delta

Asociado a menor sensación de *high*
(subidón) tras el consumo

Propiedades de la Buprenorfina

7. Calidad de vida:

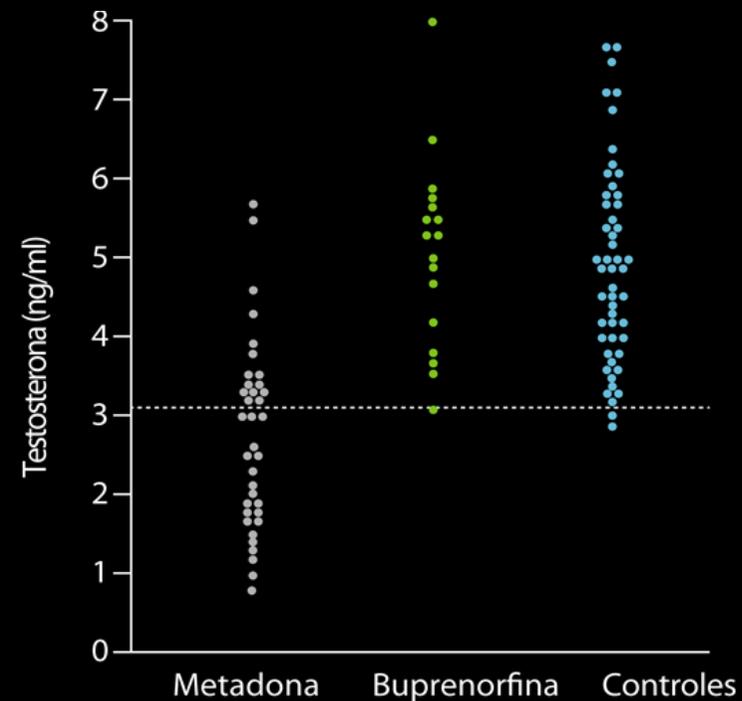
- . Función sexual
- . Deterioro Cognitivo
- . Conducción de vehículos

Propiedades de la Buprenorfina

Disfunción eréctil durante el tratamiento de mantenimiento

Pacientes con metadona o con buprenorfina o controles sanos:

- Reducción de la testosterona plasmática ($p < 0,00001$)
- Tasas mayores de disminución de la libido ($p < 0,0001$)
- Mayor frecuencia de disfunción sexual ($p < 0,0001$)



Investigación de la función cognitiva

- ¿Afectan los opiáceos al rendimiento cognitivo y psicomotor?
- ¿Existe alguna diferencia cuando se considera la duración del tratamiento?
- ¿Hay algún factor de confusión?
- ¿Trastornos asociados al alcohol y las benzodiazepinas?
- ¿Ha habido traumatismos craneales o sobredosis?

Metadona y rendimiento cognitivo / psicomotor

- Los estudios más recientes con controles han hallado alteración cognitiva con el TMM¹⁻⁶
 - Velocidad psicomotriz, memoria de trabajo, atención, percepción y capacidad de decisión
- La alteración en los adictos a los opiáceos en abstinencia es intermedia entre los pacientes en TMM y los controles⁵
 - El propio TMM induce el deterioro cognitivo

1. Speka et al. 2000. 2. Curran HV, et al. *Psychopharmacology (Berl)*. 2001; 154(2):153–60. 3. Verdejo A, et al. *Drug Alcohol Depend*. 2005; 78(3):283–288. 4. Mintzer MZ, et al. *Drug Alcohol Depend*. 2002; 67(1):41–51. 5. Mintzer MZ, et al. *Drug Alcohol Depend*. 2005; 78(2):225–230. 6. Darke S, et al. *Addiction*. 2000; 95(5):687–695.

Buprenorfina y el rendimiento cognitivo / psicomotor

- Los estudios de buprenorfina han hallado también deterioro frente a los pacientes que no consumen drogas ¹⁻⁵
 - Memoria de trabajo y episódica, CI, velocidad, flexibilidad cognitiva, fluidez verbal, aprendizaje verbal
- La buprenorfina también puede originar cierta mejoría cognitiva³
 - Atención, funciones ejecutivas
 - Soyka y cols. (2008): mejora de la atención, funciones ejecutivas (8–10 semanas frente a 2 semanas de tratamiento)

SUBOXONE Comp. 8 mg/2 mg

Datos
generales

Mostrar
interacciones

Equivalencias
internacionales

Dopaje/
deporte

Alertas por composición:



ATC: [Buprenorfinas](#)

PA: Buprenorfinas

EXC: Lactos

Conservar a

Envase:

Env. con 7

[DH] [6]

Conducción de vehículos/maquinaria

Buprenorfina hidrocloreto

En general, buprenorfina/naloxona tiene de poca a moderada influencia sobre la capacidad para conducir de forma segura, utilizar máquinas o realizar otras actividades peligrosas. Buprenorfina/naloxona puede causar somnolencia, mareo o alteración de la capacidad de concentración, especialmente cuando se toma con alcohol o depresores del sistema nervioso central. Por lo tanto se recomienda precaución cuando se realicen las actividades mencionadas anteriormente.

Naloxona hidrocloreto

En general, buprenorfina/naloxona tiene de poca a moderada influencia sobre la capacidad para conducir de forma segura, utilizar máquinas o realizar otras actividades peligrosas. Buprenorfina/naloxona puede causar somnolencia, mareo o alteración de la capacidad de concentración, especialmente cuando se toma

METASEDIN Comp. 40 mg

Datos
generales

Prospecto

Mostrar
interacciones

Equivalencias
internacionales

Dopaje/
deporte

Alertas por composición:



ATC: [Metadona](#)

PA: Metadona

EXC: Lactosa

Conservar en

Envase:

Env. con 8

[H ●] [F]

Conducción de vehículos/maquinaria

Metadona hidrocloruro

Metadona puede causar somnolencia, mareo u otros síntomas que pueden alterar la capacidad de conducción, especialmente cuando se toma con alcohol o depresores del sistema nervioso central. Por lo tanto se recomienda precaución cuando se realicen las actividades mencionadas anteriormente.

TABLA 2: Estudios que comparan la eficacia de buprenorfina con la metadona:

Autor/ año	n	Fármaco	dosis (mg)	retención (%)	uso de opiáceos (%)
Johnson et al. 1992	162	Metadona	20	20	71
		Metadona	60	32	56
		Buprenorfina	8	42	47
Kosten et al. 1993	140	Metadona	35	82	51
		Metadona	65	63	52
		Buprenorfina	2	54	27
		Buprenorfina	6	39	24
Strain et al. 1994	164	Metadona	50	56	48
		Buprenorfina	8	56	55
Ling et al. 1996	225	Metadona	30	45	32
		Metadona	80	68	21
		Buprenorfina	8	47	32
Schottenfeld et al. 1997	116	Metadona	20	47	72
		Metadona	65	64	45
		Buprenorfina	4	35	77
		Buprenorfina	12	55	58

Uehlinger et al.1998	58	Metadona Buprenorfina	60-120 8-16	90 56	59 62
Pani et al. 2000	72	Metadona Buprenorfina	60 8		35 40
Amass et al. 2000	162	Buprenorfina/naloxona Buprenorfina/naloxona Metadona Metadona	8:2 6:4 45 90	34 incluye los dos grupos	36 36 64 48
Johnson et al. 2000	220	Metadona Metadona Buprenorfina (3 veces semana) LAAM (3 veces semana)	20 60-100 16-32 75-115	20 73 58 53	92 70 74 64
Ahmadi et al.2003	164	Metadona Buprenorfina Buprenorfina Buprenorfina	30 1 3 8	61 29 46 68	
Mattick et al.2003	405	Metadona Buprenorfina	Máximo 150 Máximo 32	59 50	51 49
Kristensen et al. 2005	50	Metadona Buprenorfina	80-160 16	85 36	20 24
Schottenfeld et al, 2005	162	Metadona+contingen. Metadona Buprenorfina+contingen. Buorenorfina	65-85 12-16		51 67
Kakko et al, 2007	96	Metadona Buprenorfina/Naloxona	70-120 16-32	78	80 80

Basado en Roncero y cols (2008)

Terapia dividida en fases:



Las fases del tratamiento¹

Inducción

Transferencia del paciente de heroína u otros opiáceos a Suboxone®. En esta fase se busca conseguir la dosis mínima con la que el paciente se encuentra bien (con supervisión médica)

Estabilización

Determinar la dosis apropiada de agonista para el mantenimiento a largo plazo del paciente

Mantenimiento

Mantenimiento del pacientes en una dosis óptima para avanzar hacia la recuperación

Después de un tiempo satisfactorio, se puede disminuir gradualmente la dosis a una dosis más baja de mantenimiento²

Terapia dividida en cuatro fases:

1.Inducción:

**Educar al paciente en la toma
Evitar el SAO**

Esperar SAO leve:

Heroína esperar + 6h.

Metadona esperar + 24h.

(Reducir previa. A 30 mgr.)

Dosis inicial:

2-4 mgr. + dosis adiccio.

Máximo 1er día 8 mgr.

Inducción rápida

Para lograr una correcta inducción a buprenorfina, considerar:

- Organizar la inducción para un momento favorable del paciente y del equipo de tratamiento.
- Preparar adecuadamente al paciente: información, educación y consentimiento.
- Primeras dosis en el CTA, para garantizar una dispensación correcta.
- Utilizar medicaciones para posible SAO precipitado: Clonidina, diacepan, antieméticos y anti-diarreicos.
- Las dosis efectivas se logran con una media entre 8 a 16 mgr./día.
- La primera semana se recomiendan visitas diarias.

INDUCCIÓN

BUPRENORFINA/NALOXONA

Información y Preparación para el cambio

- Tiempo suficiente (no es lo mismo desde heroína que de metadona)
- Detallar las características del tratamiento
 - Explicar las características de BUP, NLX y de BUP/NLX
 - Familiarizar con los posibles efectos secundarios
 - Adiestrar en la toma correcta de la medicación
- Valorar beneficio/riesgo del cambio
- **Insistir en la necesidad de síntomas de "abstinencia" para la inducción**
- Interacciones con otros fármacos, drogas y alcohol
- Riesgos de compartir la BUP/NLX con otras personas
- Riesgos de la manipulación, uso indebido y desvío
- Identificar y resolver las dudas antes de la inducción
- Firma del CI si se estima conveniente
- Provisión de medicación complementaria en horas previas

Dosificación durante la inducción y ajuste de dosis

- **Día 1 dosis de buprenorfina: hasta 8 mg¹**
 - La dosis inicial recomendada es de 1-2 comprimidos (2 mg/0,5 mg). Pueden administrarse 1-2 comprimidos adicionales dependiendo de las necesidades del paciente¹
- **Día 2 dosis de buprenorfina: hasta un máximo de 24 mg¹**
 - La dosificación debe ajustarse progresivamente en incrementos de 2-8 mg¹
- **Día 3 dosis de buprenorfina : hasta un máximo de 24 mg¹**
 - La dosis debe incrementarse progresivamente de acuerdo con el efecto clínico individual del paciente ¹
 - El ajuste de la dosis está guiado por la reevaluación del estado clínico y psicológico del paciente, y debe hacerse en pasos de 2-8 mg¹

3.12. Escala breve de Abstinencia de Opiáceos (Short Opiate Withdrawal Scale, SOWS)

<i>Síntomas/signos</i>	<i>Ausente</i>	<i>Leve</i>	<i>Moderado</i>	<i>Severo</i>
Sentirse mal	0	1	2	3
Retortijones gástricos	0	1	2	3
Espasmos musculares o sacudidas	0	1	2	3
Sentir frialdad	0	1	2	3
Sentir el latido cardíaco	0	1	2	3
Tensión muscular	0	1	2	3
Dolores	0	1	2	3
Bostezos	0	1	2	3
Moqueo/lagrimeo	0	1	2	3
Insomnio/problemas para dormir	0	1	2	3

¡¡ Abstinencia precipitada !!

- Pensar que puede producirse y estar preparados
- Tranquilizar al paciente (fundamental información previa)
- Si la abstinencia empeora tras la primera dosis :
 - Administrar mas dosis de SUBOXONE (4 mg cada 2 horas hasta controlar la abstinencia)
 - Pautar medicación sintomática : Clonidina , antieméticos, antidiarreicos, benzodiacepinas (con precaución)
- Advertir que un nuevo consumo de heroína complicaría la inducción y puede producir recurrencia de la abstinencia precipitada con nuevas dosis de BUP/NLX

2. Estabilización:

Incrementos de 2-8 mgr. Según necesidades pacientes
Dosis max. 24 mgr/24h.

Alcanzar la **dosis óptima** de BUP/NLX (**8-24 mgr/día**) que :

- **Elimine los síntomas de abstinencia**
 - **Controle el deseo compulsivo, ansia o “craving”**
 - **Reduzca y/o elimine el consumo de heroína**
 - **Logre el bloqueo opiode**
 - **Evite efectos indeseables de la medicación por sobre o infra dosificación**
-
- **Evaluación regular en las primeras dos semanas tras el cambio**
 - **Inicio de las intervenciones psicosociales**
 - **Cambio a Metadona**

Cambio de BUP/NLX por Metadona

- Suspendir BUP/NLX (en cualquier dosis inferior a 16 mg)
(* No es necesario reducir progresivamente la dosis)
- Iniciar metadona el día después
- Inducción como la de un consumidor de heroína
 - 10–30 mg y aumentos lentos hasta 40 mg el primer día
Retrasar los aumentos pronunciados de la dosis si BUP/NLX se suspendió en dosis >16 mg por la posibilidad de efectos bloqueantes prolongados
- Evaluar a los pacientes regularmente en las primeras 1–2 semanas después del cambio
 - Valorar los efectos secundarios (p. ej., sedación)

3. Mantenimiento:

Dosis medias 8-16 mgr.

Pauta diaria

Pauta alterna

Pauta tres veces por semana.

- **Bienestar óptimo en ausencia de síntomas de abstinencia y ansia “craving”**
- **Desarrollo de objetivos de rehabilitación psicosocial**
- **Tiempo de tratamiento en función de la evolución de cada paciente**
- **Régimen de visitas y controles de orina variable**

Pautas para la retirada de la Buprenorfina

La mayoría de los pacientes no experimentan grandes dificultades ni malestares significativos. Se propone el siguiente protocolo de retirada:

- Pacientes en mantenimiento de más de 16 mgr./día: Reducir 4 mgr. cada una o dos semanas.
- Pacientes en mantenimiento con 8-16 mgr./día: reducir 2 a 4 mgr. cada una o dos semanas.
- Pacientes con menos de 8 mgr./día: reducir 2 mgr. cada semana o quincena.

Es posible que algunos pacientes necesiten reducciones de menos de 2 mgr. cada vez. Un reinicio en el consumo de heroína u otras drogas, o un empeoramiento del bienestar personal o socio-laboral, pueden recomendar una pauta de reducción más individualizada.

Pauta de desintoxicación con SUBOXONE

- Inducción y estabilización con buprenorfina
 - Día 1 = 4–8 mg,
 - Aumentar la dosis (2–4 mg al día) hasta que desaparezcan los síntomas de abstinencia y cese el consumo de heroína (p. ej., con 8–16 mg al día)
- Reducción gradual de la dosis según una pauta breve
 - Pauta Breve: reducir 2–4 mg al día durante 4–7 días
 - Pauta gradual (reducir 2–4 mg a la semana durante 2–12 semanas)
- Revisiones y seguimiento frecuentes Amplía la variedad de opciones posteriores a la retirada (NTX, etc)

El uso sistemático de otros medicamentos además de buprenorfina (p. ej., BZD) *es innecesario por lo general y debe evitarse*

Buprenorfina : comprimido sublingual 0,2 mg

DÍA	DOSIS PROPUESTA	LÍMITES PROPUESTOS
1	6 mgr.	4 - 8 mgr.
2	8 mgr.	4 - 12 mgr.
3	10 mgr.	4 - 16 mgr.
4	8 mgr.	2 - 12 mgr.
5	4 mgr.	0 - 8 mgr.
6		0 - 4 mgr.
7		0 - 2 mgr.
8		0 - 1 mgr.

REDUCCIÓN DE RIESGOS

**Desviación del uso
Consumo i.v.
Sobredosis
Con alcohol
Con benzodiazepinas
Citocromo P450
Con antiretrovirales
Problemas hepáticos
Embarazadas
Efectos secundarios.**

Efectos secundarios (ficha técnica)

Cefalea

Disminución de peso

Edema periférico

Insomnio

**Vasodilatación, hipertensión,
migraña**

Rinitis faringitis, tos

Estreñimiento, náuseas

Sudoración

Artralgias y mialgias

Contraindicaciones

**Hipersensibilidad a buprenorfina
o Naloxona**

Lactancia

Insuficiencia respiratoria grave

Insuficiencia hepática grave



home



recent
articles



author
list



publication
list



key
articles



search



help



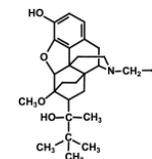
links



log
in

Bienvenido al Global Buprenorfina Bibliografía

Esta bibliografía fue actualizada el **20 de enero 2014** y contiene datos de **12.242** publicaciones, la mayoría con un resumen. Los temas cubren la seguridad y la eficacia preclínica, incluyendo el uso de buprenorfina en la analgesia, la dependencia de opiáceos y la medicina veterinaria.



**¡No hay
enfermedades
sino
enfermos!¹**

**Paciente
con patología
dual**

**Paciente con
bajo nivel de
neuroadaptación**

**Paciente
con riesgo de
sobredosis**

**Paciente
que requiere
estar alerta**

**Paciente
con disfunción
sexual**

**Paciente
polimedicado**

**Paciente
VIH**

**Paciente
estigmatizado**

El síndrome de abstinencia de opioides se caracteriza por:

- Dilatación de pupilas
- Náuseas y vómitos
- Estreñimiento
- Alucinaciones visuales y auditivas
- Molestias y dolores generalizados

(Puede elegir más de una respuesta)

El síndrome de abstinencia de opioides se caracteriza por:

- Dilatación de pupilas
- Náuseas y vómitos
- Estreñimiento
- Alucinaciones visuales y auditivas
- Molestias y dolores generalizados

(Puede elegir más de una respuesta)

¿Cuáles de las siguientes cuestiones no hace falta comentar con un paciente que ha empezado a tomar buprenorfina?

- Retraso de la primera dosis de buprenorfina hasta que el paciente deje de consumir otras drogas, para evitar una abstinencia precipitada
- Interacciones entre la buprenorfina y otras sustancias
- Efecto de la buprenorfina como depresor de la función inmunitaria
- Expectativas de conducta y obligaciones mutuas en el programa
- Técnica correcta de dosificación sublingüal para la buprenorfina

¿Cuáles de las siguientes cuestiones no hace falta comentar con un paciente que ha empezado a tomar buprenorfina?

- Retraso de la primera dosis de buprenorfina hasta que el paciente deje de consumir otras drogas, para evitar una abstinencia precipitada
- Interacciones entre la buprenorfina y otras sustancias
- Efecto de la buprenorfina como depresor de la función inmunitaria
- Expectativas de conducta y obligaciones mutuas en el programa
- Técnica correcta de dosificación sublingüal para la buprenorfina

Un consumidor de heroína de 19 años se presenta en la consulta acompañado de su madre. Solicita un tratamiento de desintoxicación con ayuda de buprenorfina y su madre desea una serie de aclaraciones sobre la buprenorfina. ¿Cuáles de las siguientes afirmaciones que ella ha escuchado sobre la buprenorfina podría confirmar usted como correctas?

¿Cuáles de las siguientes frases son correctas?

1. La buprenorfina no es adictiva.
2. La madre debe mantener a su hijo encerrado en casa durante el tratamiento de desintoxicación para que no se escape y consiga heroína.
3. Una vez pasados los 5 días de tratamiento con buprenorfina, el hijo se sentirá bien.
4. La buprenorfina consigue un mejor control de los síntomas durante la desintoxicación que otros fármacos como la clonidina y las benzodiazepinas.
5. Si consigue completar con éxito la desintoxicación, no necesitará seguir ningún otro tratamiento.

¿Cuáles de las siguientes frases son correctas?

1. La buprenorfina no es adictiva.
2. La madre debe mantener a su hijo encerrado en casa durante el tratamiento de desintoxicación para que no se escape y consiga heroína.
 - Una vez pasados los 5 días de tratamiento con buprenorfina, el hijo se sentirá bien.
 - **La buprenorfina consigue un mejor control de los síntomas durante la desintoxicación que otros fármacos como la clonidina y las benzodiazepinas.**
 - Si consigue completar con éxito la desintoxicación, no necesitará seguir ningún otro tratamiento.

¿Cuáles de las siguientes frases son falsas?

1. Los efectos de la buprenorfina en dosis altas pueden durar hasta 48 horas
2. La buprenorfina presenta una elevada biodisponibilidad oral
3. La buprenorfina es metabolizada principalmente por el sistema hepático de enzimas del citocromo P450
4. La farmacocinética de la buprenorfina varía mucho de una persona a otra
5. Los efectos de la buprenorfina se inician en el plazo de 1 hora y alcanzan su máximo en el plazo de 4 horas

¿Cuáles de las siguientes frases son falsas?

- Los efectos de la buprenorfina en dosis altas pueden durar hasta 48 horas
- La buprenorfina presenta una elevada biodisponibilidad oral
- La buprenorfina es metabolizada principalmente por el sistema hepático de enzimas del citocromo P450
- La farmacocinética de la buprenorfina varía mucho de una persona a otra
- Los efectos de la buprenorfina se inician en el plazo de 1 hora y alcanzan su máximo en el plazo de 4 horas

¿Cuáles de las siguientes frases son falsas?

1. Después de 12-18 meses, se debe recomendar a los pacientes estables que retiren el tratamiento de mantenimiento
2. El consumo de otras sustancias (p. ej., alcohol) y la salud mental son factores importantes que deben considerarse a la hora de considerar la retirada de metadona
3. A los pacientes que sigan consumiendo heroína durante el tratamiento se les debe insistir en que abandonen su consumo
4. Se debe comentar periódicamente con los pacientes aspectos relacionados con la duración del tratamiento
5. A los pacientes que recaigan después de la retirada del tratamiento de mantenimiento se les debe ofrecer rápidamente la posibilidad de reiniciar dicho tratamiento.

(Puede elegir más de una respuesta)

¿Cuáles de las siguientes frases son falsas?

- Después de 12-18 meses, se debe recomendar a los pacientes estables que retiren el tratamiento de mantenimiento
- El consumo de otras sustancias (p. ej., alcohol) y la salud mental son factores importantes que deben considerarse a la hora de considerar la retirada de metadona
- A los pacientes que sigan consumiendo heroína durante el tratamiento se les debe insistir en que abandonen su consumo
- Se debe comentar periódicamente con los pacientes aspectos relacionados con la duración del tratamiento
- A los pacientes que recaigan después de la retirada del tratamiento de mantenimiento se les debe ofrecer rápidamente la posibilidad de reiniciar dicho tratamiento.

(Puede elegir más de una respuesta)

¿Cuáles de las siguientes frases son verdaderas?

1. El objetivo principal de la desintoxicación es conseguir la abstinencia a largo plazo
2. Los objetivos básicos de la desintoxicación son el alivio del malestar causado por la abstinencia y la permanencia del paciente en un tratamiento continuado
3. Todos los síntomas de abstinencia de la heroína han remitido en 5-7 días
4. Se ha demostrado claramente que el tratamiento de mantenimiento a largo plazo reduce las tasas de mortalidad
5. Los pacientes deben iniciar el tratamiento de mantenimiento sólo después de haber fracasado varios intentos previos en comunidades de desintoxicación o terapéuticas

(Puede elegir más de una respuesta)

¿Cuáles de las siguientes frases son verdaderas?

- El objetivo principal de la desintoxicación es conseguir la abstinencia a largo plazo
- Los objetivos básicos de la desintoxicación son el alivio del malestar causado por la abstinencia y la permanencia del paciente en un tratamiento continuado
- Todos los síntomas de abstinencia de la heroína han remitido en 5-7 días
- Se ha demostrado claramente que el tratamiento de mantenimiento a largo plazo reduce las tasas de mortalidad
- Los pacientes deben iniciar el tratamiento de mantenimiento sólo después de haber fracasado varios intentos previos en comunidades de desintoxicación o terapéuticas

(Puede elegir más de una respuesta)

Un matrimonio se presenta en su consulta. El marido ha consumido heroína de forma intermitente desde que tenía 18 años de edad. La mujer nunca ha consumido drogas ilegales. Llevan casados 2 años y durante ese tiempo el marido ha aumentado su consumo de heroína; en los últimos 3 meses, el consumo ha sido diario. El marido solicita ahora tratamiento de mantenimiento. Su mujer quiere que se someta a un tratamiento de desintoxicación. Usted les explica algunos datos sobre la adicción a la heroína y el tratamiento de mantenimiento.

¿Cuáles de las siguientes frases son verdaderas?

1. Más del 90% de los pacientes que se desintoxican de la heroína vuelven a consumir opioides en un plazo de 12 meses
2. El mantenimiento aumentará la probabilidad de que el marido consiga abandonar el consumo de todo tipo de opioides
3. Si el marido consigue mantenerse con dosis bajas de metadona (inferiores a 40 mg), después le resultará más fácil retirar la metadona y no volver a consumir drogas
4. Después de 3 meses de tratamiento, el marido será probablemente capaz de retirar la medicación y no volver a consumir drogas
5. El paciente puede recibir mantenimiento y mantener su empleo como cocinero

(Puede elegir más de una respuesta)

¿Cuáles de las siguientes frases son verdaderas?

1. Más del 90% de los pacientes que se desintoxican de la heroína vuelven a consumir opioides en un plazo de 12 meses
 - El mantenimiento aumentará la probabilidad de que el marido consiga abandonar el consumo de todo tipo de opioides
 - Si el marido consigue mantenerse con dosis bajas de metadona (inferiores a 40 mg), después le resultará más fácil retirar la metadona y no volver a consumir drogas
 - Después de 3 meses de tratamiento, el marido será probablemente capaz de retirar la medicación y no volver a consumir drogas
 - El paciente puede recibir mantenimiento y mantener su empleo como cocinero

(Puede elegir más de una respuesta)

Una paciente mantenida con 8/2 mg de buprenorfina/naloxona en los últimos 6 meses dice que ha dejado de consumir heroína y que ahora sólo fuma cannabis. Los tres últimos análisis de orina mostraron oxazepam y cannabis y uno de ellos, cocaína. Cuando usted le enseña los resultados, admite que toma 1 ó 2 comprimidos de oxazepam cuando no puede dormir, lo que sucede a menudo, y le pide una receta.

¿Qué debe hacer usted?

1. Decirle que no receta benzodiazepinas a los pacientes que reciben tratamiento de mantenimiento
2. Volver a evaluar su patrón de sueño y su posible relación con el consumo de buprenorfina/naloxona, cocaína y otras drogas
3. Recetarle 10 comprimidos de oxazepam, pero sólo por esta vez
4. Recetarle un antidepresivo sedante (por ejemplo, mirtazepina)
5. Estabilizarla con 10 mg de diazepam y comienza una reducción gradual durante 6–8 semanas

¿Qué debe hacer usted?

- Decirle que no receta benzodiazepinas a los pacientes que reciben tratamiento de mantenimiento
- Volver a evaluar su patrón de sueño y su posible relación con el consumo de buprenorfina/naloxona, cocaína y otras drogas
- Recetarle 10 comprimidos de oxazepam, pero sólo por esta vez
- Recetarle un antidepresivo sedante (por ejemplo, mirtazepina)
- Estabilizarla con 10 mg de diazepam y comienza una reducción gradual durante 6–8 semanas

Muchas Gracias