

TRATAMIENTO ADICCIÓN A OPIÁCEOS

**Instituto de Adicciones (S.G de Adicciones). Madrid Salud.
O.A DEL ÁREA DE VICEALCALDÍA, PORTAVOZ, SEGURIDAD Y EMERGENCIAS DEL
AYUNTAMIENTO DE MADRID.**

Webinar

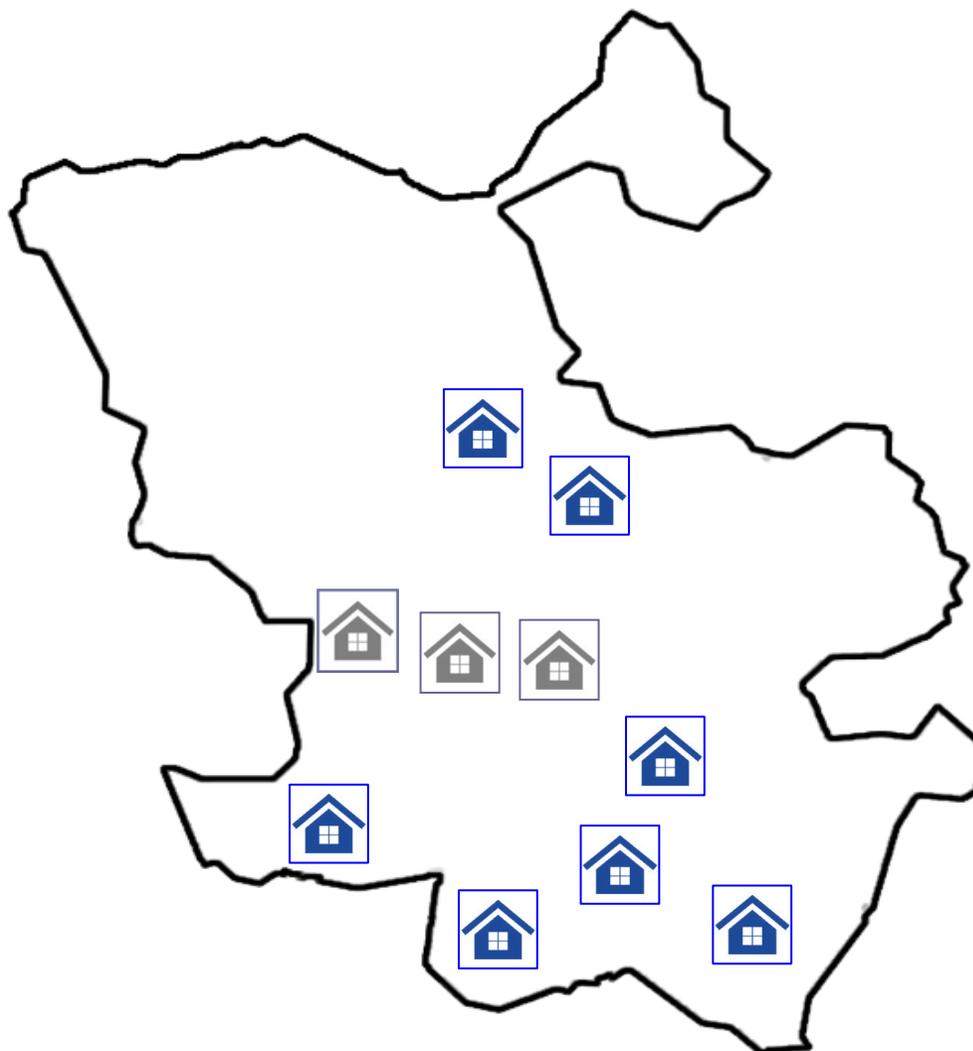
Nuevas pautas para el manejo sanitario de opiáceos



MISIÓN DEL INSTITUTO DE ADICCIONES DE LA CIUDAD DE MADRID

“Evitar o reducir los problemas de adicción de la población madrileña, así como los daños y consecuencias que pueden afectar a la persona adicta, a su entorno familiar y social próximo y a la comunidad en su conjunto”

ATENDIDOS ANUALMENTE
10.000 personas adultas
2000 jóvenes y adolescentes



7 (CAD) Centros propios de Atención a las Adicciones



3 (CCAD) Centros Concertados:
 2 Cruz Roja, 1 Cáritas



Más de 30 entidades sociales

PREVENCIÓN

SERVICIO DE ORIENTACIÓN FAMILIAR

PREVENCIÓN EN ENTORNOS DE OCIO

INFORMACION Y SENSIBILIZACION

CENTROS EDUCATIVOS

PREVENCIÓN COMUNITARIA

PREVENCIÓN DEL JUEGO: LA CONTRAPARTIDA

ATENCIÓN INTEGRAL A ADOLESCENTES Y JÓVENES

INDIVIDUAL GRUPAL FAMILIAR

CENTRO DE DÍA DE ADOLESCENTES Y JÓVENES

SOL JOVEN

TRATAMIENTO

INDIVIDUAL GRUPAL FAMILIAR

UNIDAD HOSPITALARIA DESINTOXICACIÓN DE ALCOHOL

CENTRO DE PATOLOGÍA DUAL

COMUNIDAD TERAPÉUTICA

PISOS DE APOYO AL TRATAMIENTO

PISOS DE APOYO A LA REINserCIÓN

REDUCCIÓN DEL DAÑO

UNIDAD MÓVIL MADROÑO

CENTRO NOCTURNO DE ATENCIÓN BÁSICA SOCIO SANITARIA

SERVICIO ISTMO

PROGRAMA DE MEDIACIÓN COMUNITARIA

ATENCIÓN EN PROXIMIDAD CALLE

CAD

REINserCIÓN

SERVICIO DE ORIENTACION LABORAL

TALLERES PRELABORALES

SAJIAD. JUZGADOS

CENTRO ATENCIÓN CAÑADA REAL

9.889 personas atendidas en la red de centros del Instituto de Adicciones

2.115 casos de adolescentes y jóvenes

1.791 personas en tratamiento farmacológico con agonistas opiáceos

ALCOHOL 36% **OPIÁCEOS** 22,46% **COCAÍNA** 19,77% **CÁNNABIS** 13,14%

733 personas sin hogar con adicciones atendidas

294 personas atendidas alojadas en centros de la red municipal de atención a personas sin hogar

512 usuarios atendidos con adicción que practican CHEMSEX

821 personas atendidas por adicciones comportamentales



ETAPAS MADRID ABORDAJE ADICCIÓN A OPIÁCEOS

- Adicción opiáceos 1987/1996.

PLD

- Adicción opiáceos 1997/2004.

Metadona

- Adicción opiáceos a partir de 2004

TAO

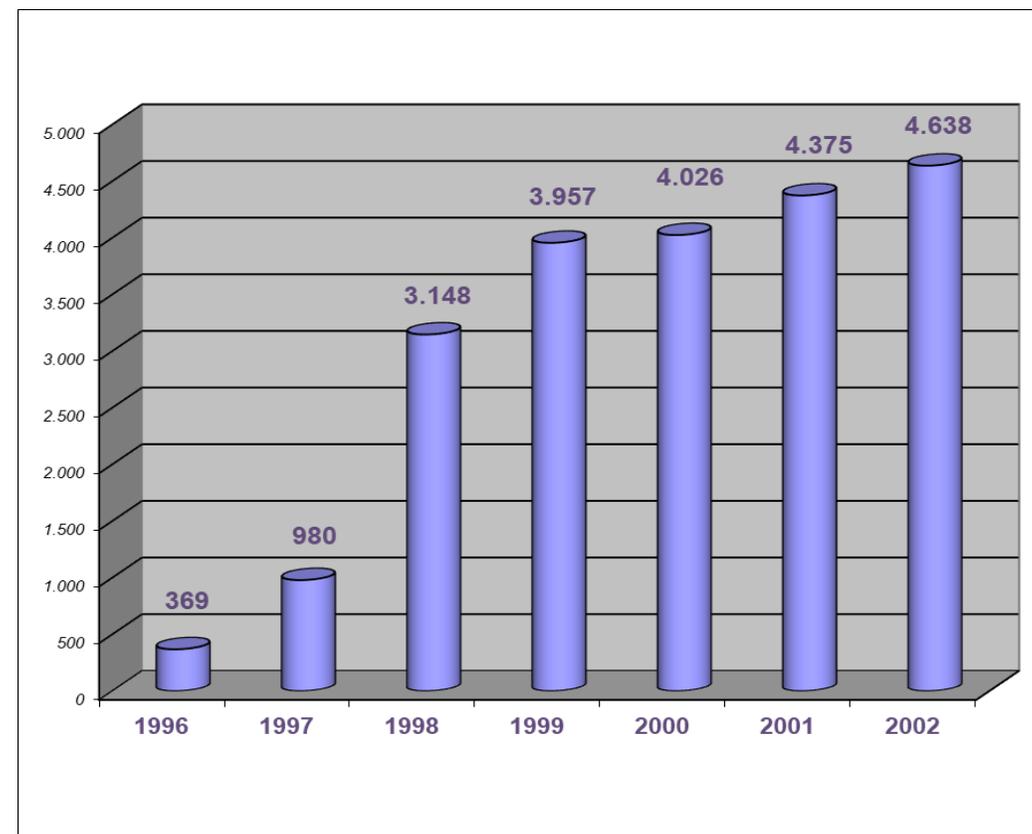
Adicción opiáceos 1987/1996

- Epidemia heroína. Problema de salud pública.
- Enero de 1987 primer Centro Municipal de Atención a las Drogodependencias (CAD): Vallecas.
- Plan Municipal contra las Drogas 1988.
- Atención predominio psicosocial.
- Programas libres de drogas. Tratamiento sintomático. Naltrexona.
- Mortalidad : SIDA. Sobredosis.
- Metadona plazas restrictivas para pacientes graves.



Adicción opiáceos 1997/2004

- Programas de mantenimiento con metadona.
- Restrictivos con normas, abstinencia y policonsumos.
- Dosis cuestionada.
- Prima la dispensación diaria: unidades móviles y centros exclusivos de metadona
- Limitación en entrada de recursos: hospitales y comunidades terapéuticas.
- Baja la mortalidad por sobredosis y SIDA.

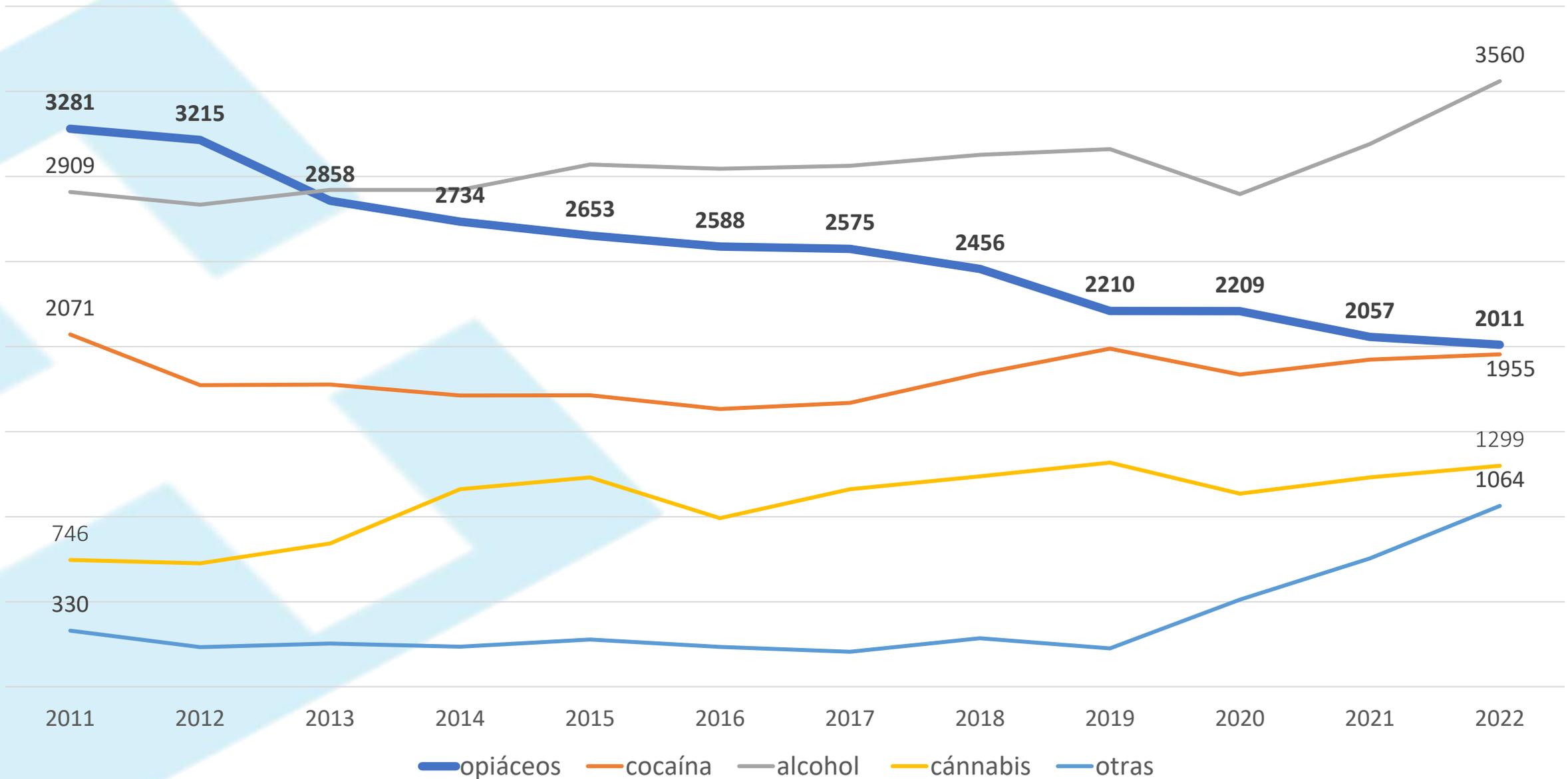


Adicción opiáceos a partir de 2004

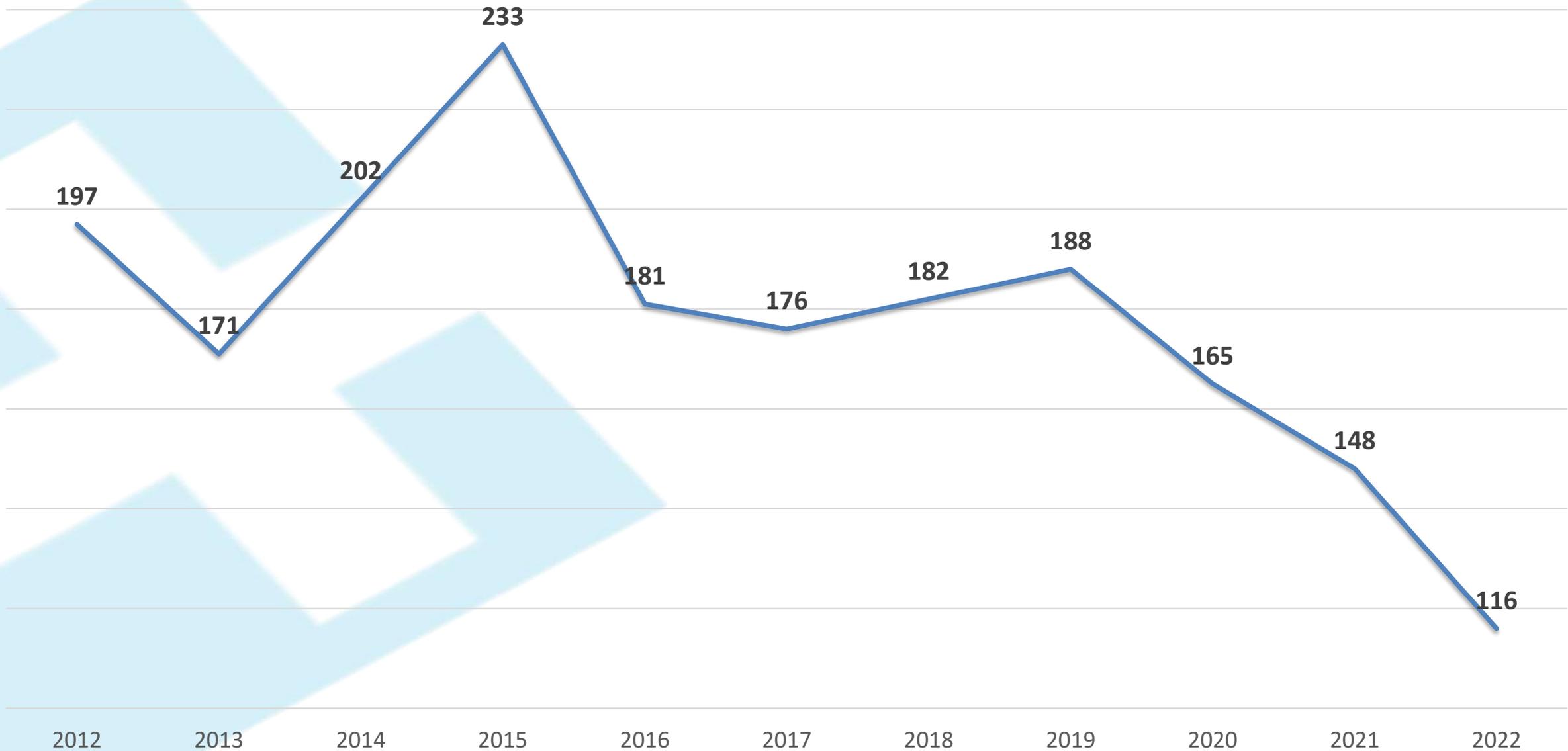
- Ley 5/2002, de 27 de Junio, Drogodependencias y otros trastornos adictivos de la Comunidad de Madrid.
- Instituto de adicciones 2004. Abordaje biopsicosocial.
- Metadona como fármaco. NO hay restricciones en recursos.
- Desaparecen centros exclusivos de metadona y unidades de dispensación en la calle. Decae el concepto de PLD.
- Descenso :2.744 pacientes metadona en 2012.En 2022 son 1.180 pacientes metadona.
- Cambio de paradigma en el concepto de adicción no centrado en la sustancia. Concepto de patología dual.



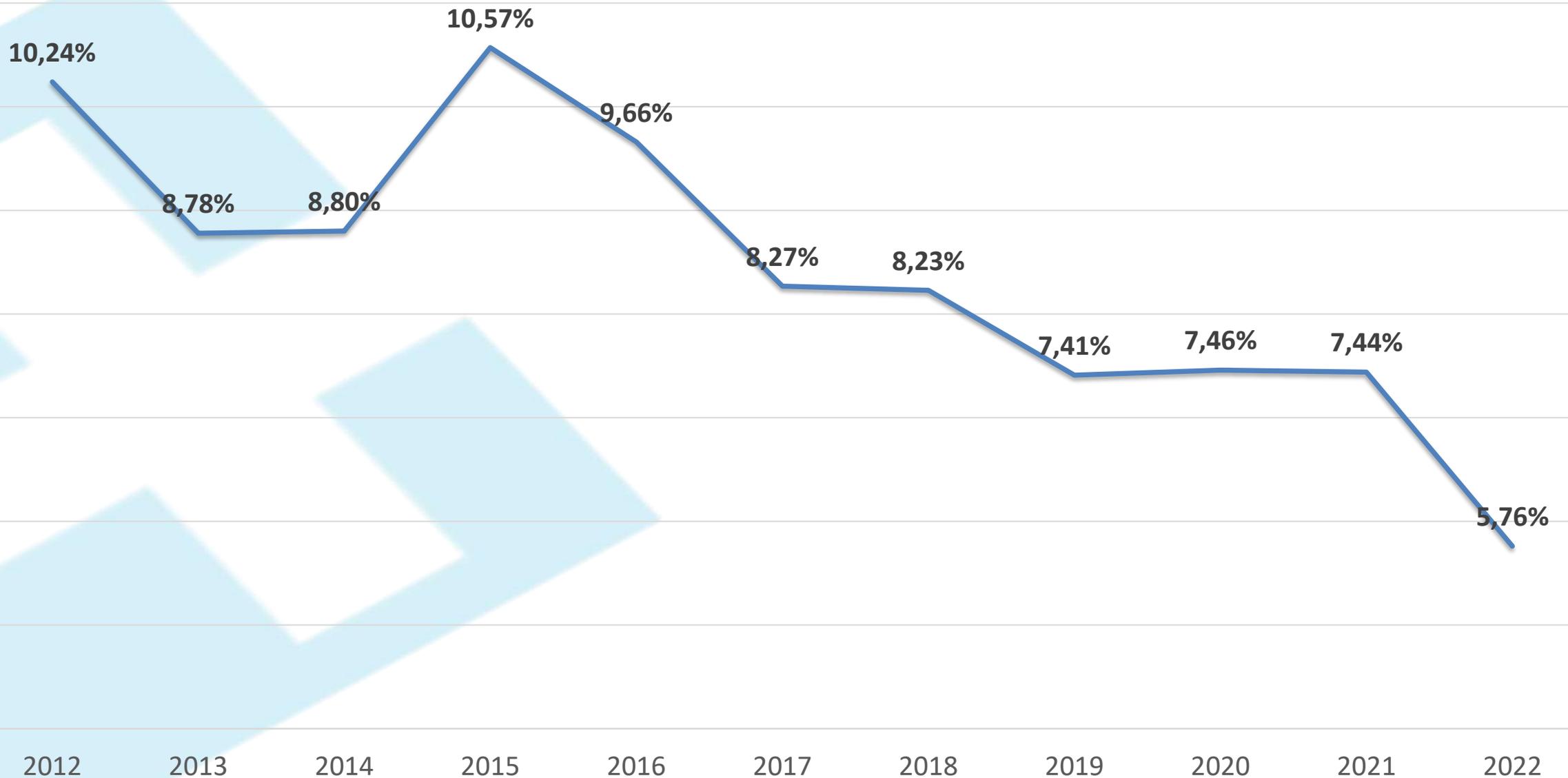
N.º DE PERSONAS EN TRATAMIENTO



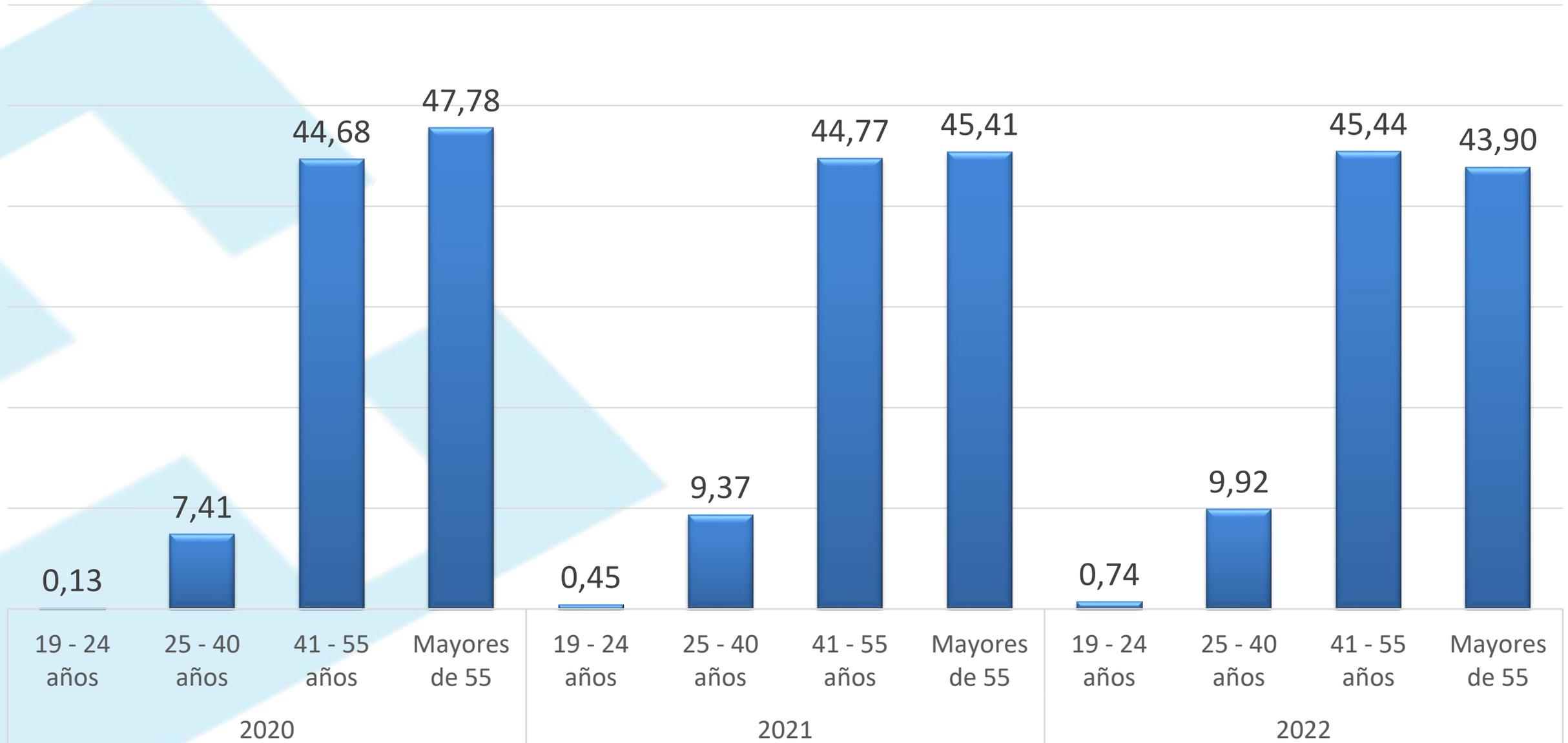
Nº TRATAMIENTOS NUEVOS POR OPIÁCEOS



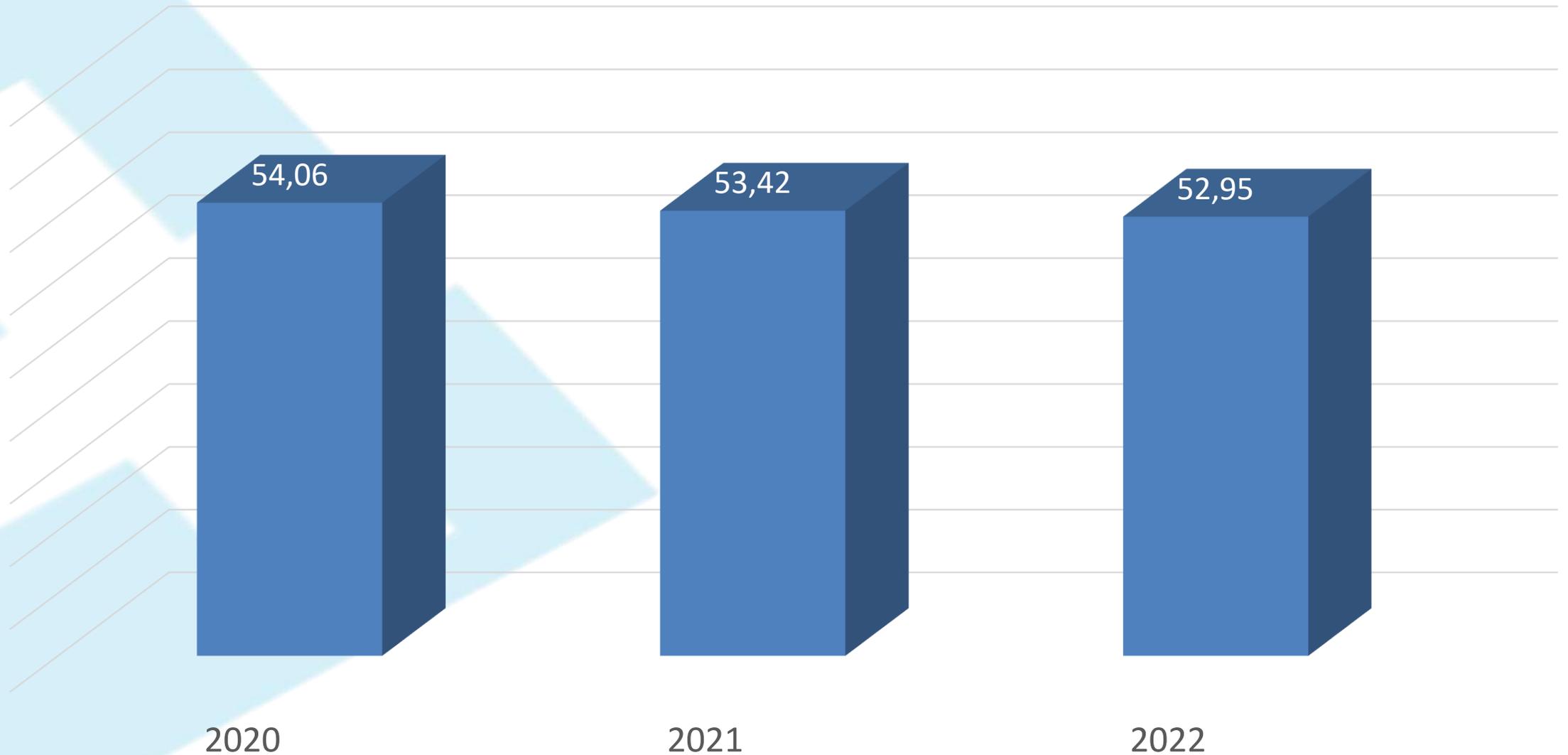
PORCENTAJE NUEVOS TRATAMIENTOS totales CAD



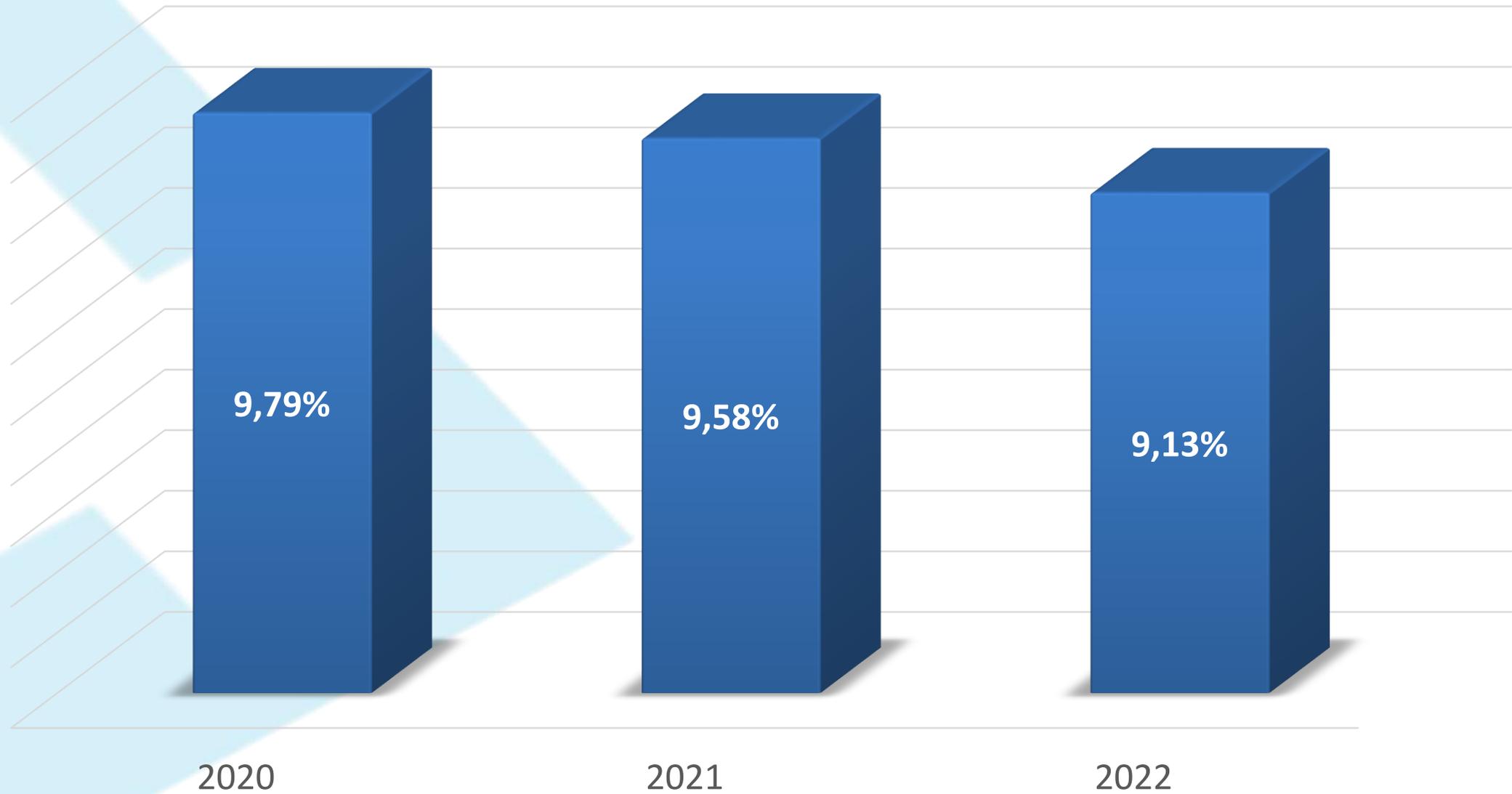
PORCENTAJE POR EDAD DE PERSONAS EN TAO



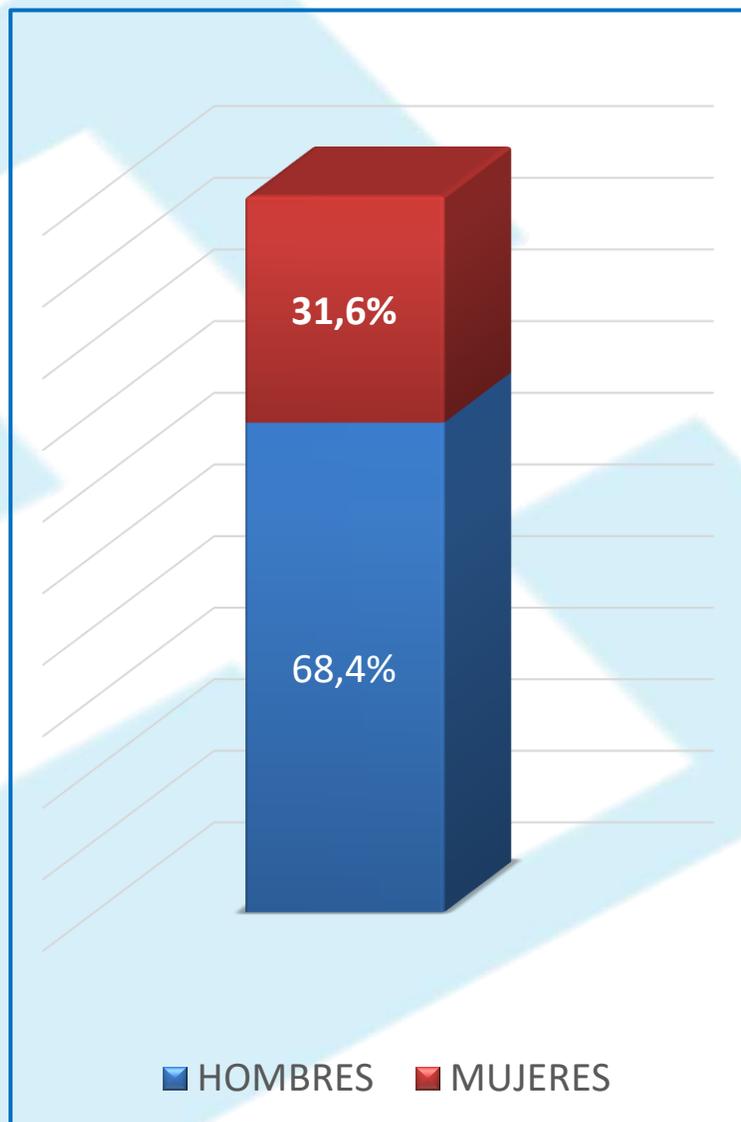
EDAD MEDIA DE PERSONAS EN TAO



PORCENTAJE DE USO DE VÍA PARENTERAL ALGUNA VEZ

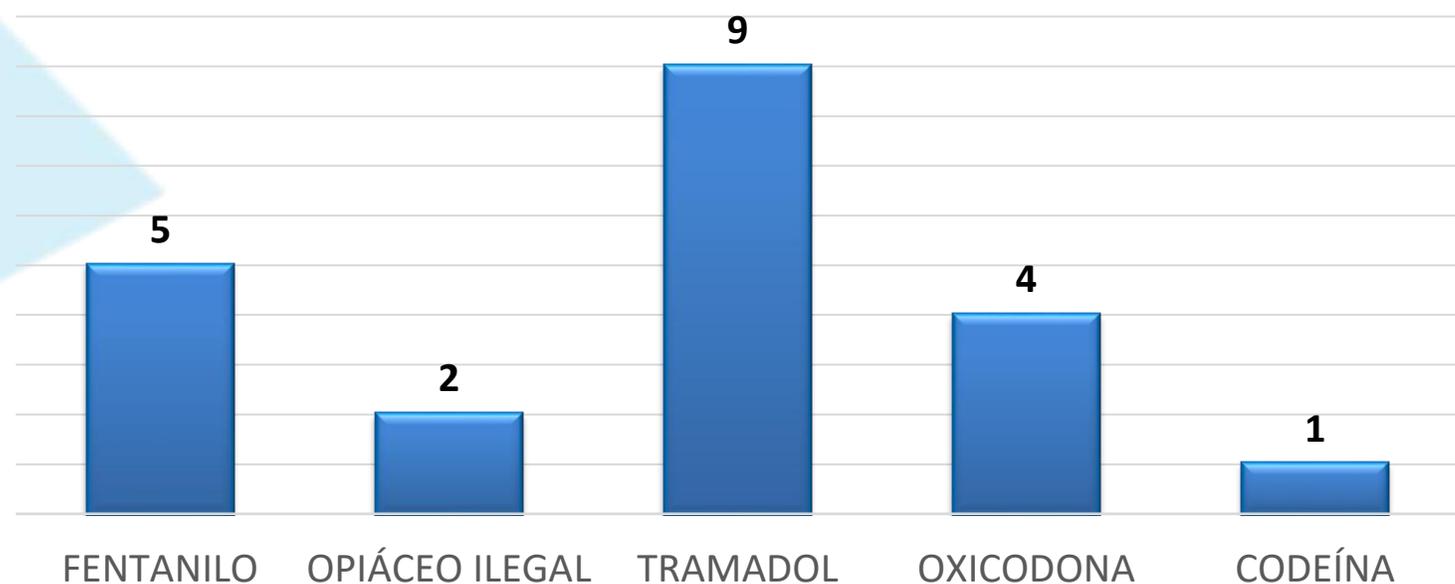


Pacientes con abuso de opioides de prescripción



2022

- 19 personas en tratamiento.
- Ninguna persona refiere usar la vía parenteral.
- El porcentaje de mujeres es mayor comparado con otras adicciones.
- Nacionalidad: Española (15), Ucraniana (2), Rumana (1) y Siria (1).
- La mayoría comienzan a usarlo como tratamiento farmacológico. El 37% demanda tto por otras drogas. 80% policonsumo.
- La edad media es de 38 años (hombres 37 y mujeres 39)



2012

ESTUDIO MADRID: PREVALENCIA DE PATOLOGÍA DUAL



Estudio Epidemiológico Transversal y Prospectivo de la PD en la C.A.M.

ESTUDIO MADRID

METODOLOGÍA

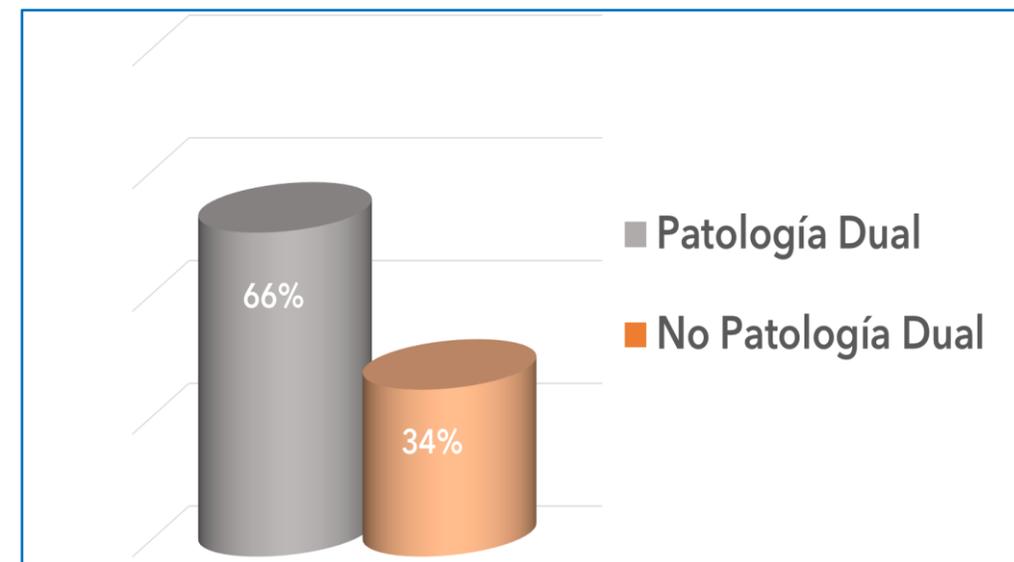
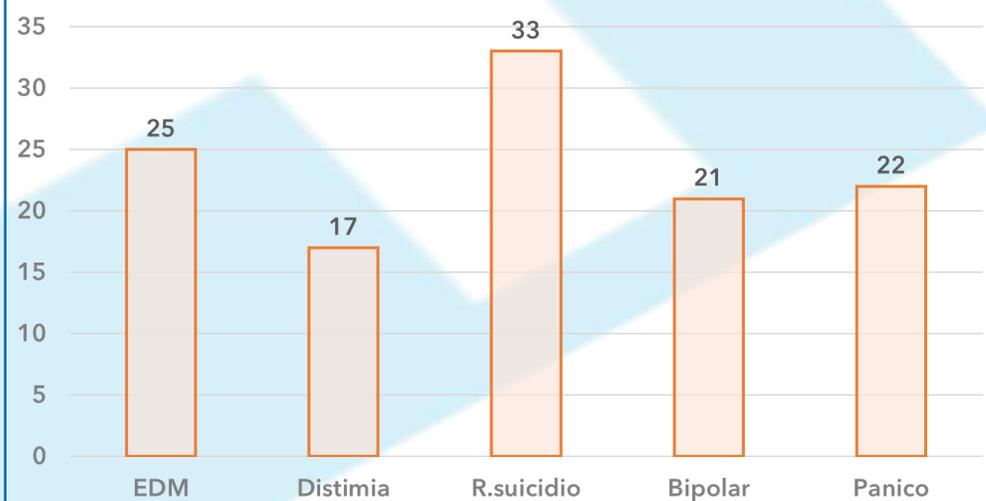
 Participantes:

- ✓ 837 pacientes procedentes de CADs, CAIDs y CSMs de la Comunidad de Madrid
- ✓ 81 Investigadores (Profesionales de CADs, CAIDs y CSMs de la CAM seleccionados aleatoriamente y que acepten participar en el proyecto)

 Diseño:

- ✓ Estudio epidemiológico descriptivo mediante encuestas, de tipo transversal
- ✓ Cada Investigador debía recoger la información del primer paciente que acuda a consulta (tenga historia clínica abierta o no) durante diez días consecutivos

Trastornos Mentales más frecuentes





SISTEMA OPIOIDE

Los sistemas opioides endógenos regulan la recompensa social y la resiliencia



Motivación¹



Apego Social²



Resiliencia al estrés³

TRATAMIENTO PERSONALIZADO DE INTERVENCIÓN

Diagnóstico de adicción
y otras patologías

Valoración interdisciplinar

Plan de tratamiento:
estrategias y recursos

Evaluación del tratamiento

ITINERARIOS TERAPÉUTICOS ESPECÍFICOS

Adolescentes y Jóvenes

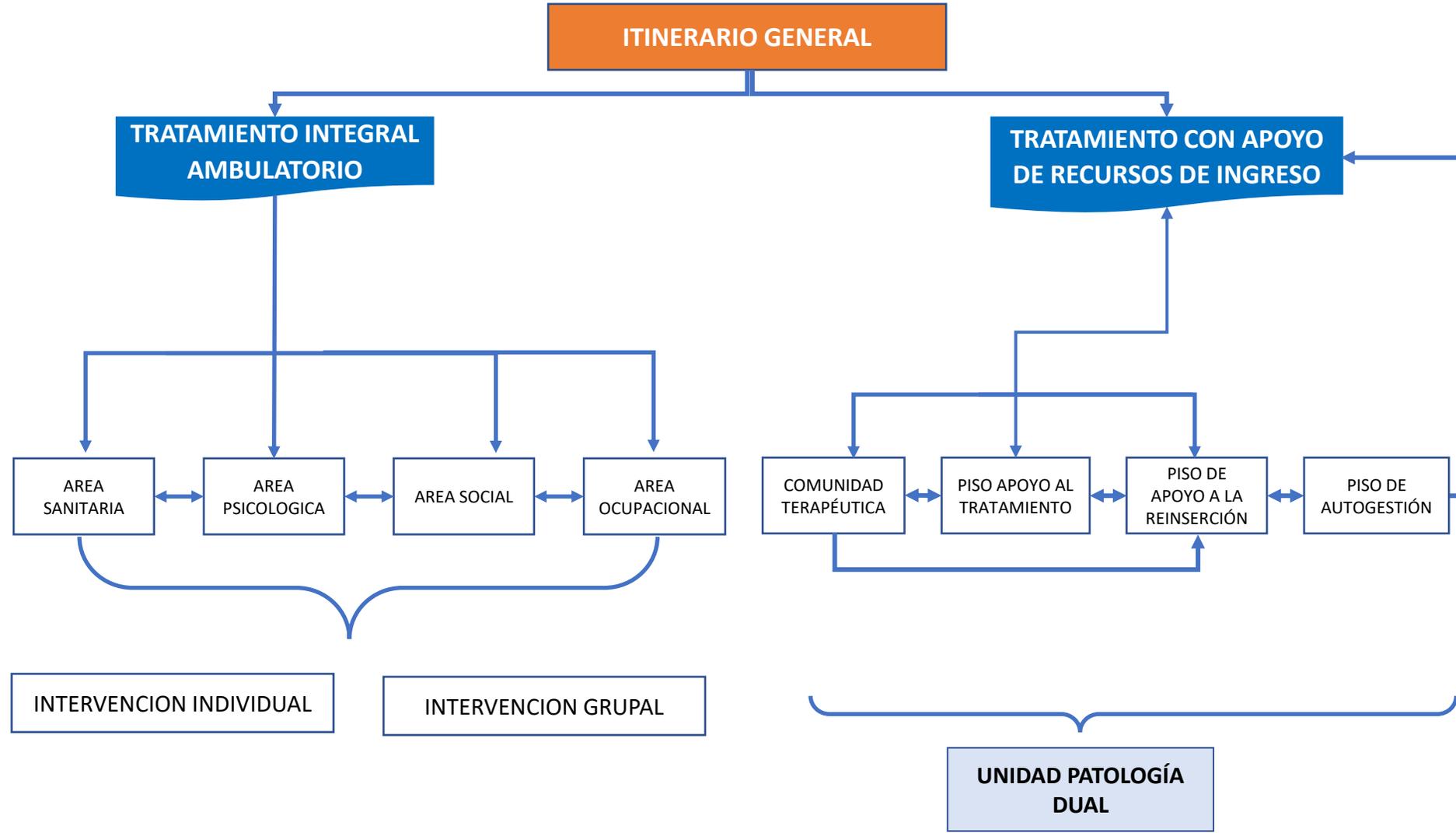
Mujeres

Personas sin hogar o en riesgo de
exclusión social

Pacientes crónicos y/o con deterioro
cognitivo

Pacientes con Patología Dual

Recursos e Itinerario Terapéutico



Tratamientos farmacológicos para el trastorno por consumo de opioides

- Metadona (solución y comprimidos)
- Buprenorfina/naloxona
- Buprenorfina de liberación prolongada IM

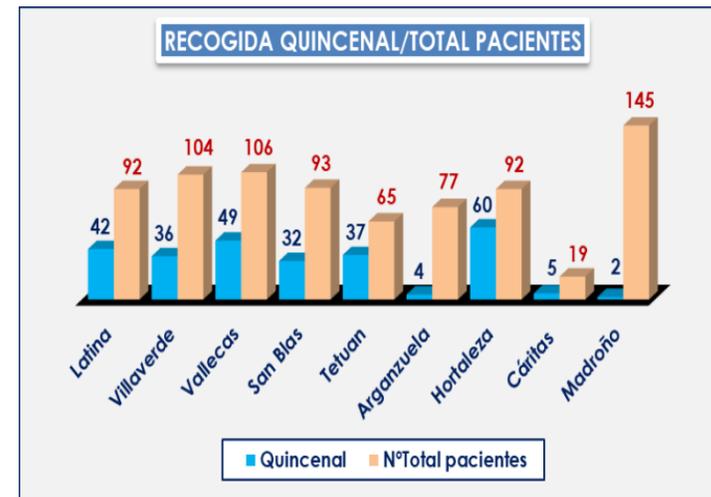
Dispensación

- CAD
- Unidad de farmacia
- Oficinas de farmacia



Objetivos en el tratamiento con metadona

- **Mejorar la prescripción:**
 - No es un PMM es un fármaco (TAO).
 - Tratamiento centrado en las personas.
(Dosis media 50/60mg en 2022).
- **Mejorar la calidad en la dispensación:**
 - Personalizada
 - Take home. Tras pandemia:8,4% diaria,72,4% semanal o quincenal
 - Comprimidos .
 - Sistemas de calidad y automatizados.



Objetivos en el tratamiento con metadona

- **Mejorar la integración social de los/as pacientes**
 - Ampliación horarios de tarde.
 - Oficinas de farmacia. COF. (15% pacientes).
 - Preparación de dosis en unidad de farmacia.
 - Bajar estigma de pacientes y de los CAD.



Objetivos en el tratamiento con metadona

- **Tratamiento en recursos de reducción del daño.**
Población sin hogar
En 2022:
279 pacientes (57 mujeres y 222 hombres)
29 pacientes atención domiciliaria (12 mujeres y 17 hombres)



Unidad Móvil Municipal de
Reducción del Daño

DIVERSIFICACIÓN DE TAO

- Agonistas totales de los receptores mu opioides
 - ✓ Heroína, morfina
 - ✓ Metadona
- Agonistas parciales de los receptores mu opioides
 - ✓ Buprenorfina: antagonista kappa

DIVERSIFICACIÓN DE TAO

Metadona

1990

- Agonista total
- Diario
- Formulación oral/comprimidos

Buprenorfina/ Naloxona

2000

- Agonista parcial y alta afinidad
- Diario
- Comprimidos Sublingual
- Añade naloxona (antagonista opioide) para evitar el mal uso (administración vía parenteral)

Buprenorfina de acción prolongada

2018

- Agonista parcial y alta afinidad
- Semanal o mensual
- Inyección subcutánea

DIVERSIFICACIÓN DE TAO

<u>N.º de personas en tratamiento con metadona solución</u>	<u>1180</u>
<u>N.º de personas en tratamiento con metadona en comprimidos</u>	<u>107</u>
<u>N.º de personas en tratamiento con buprenorfina/naloxona</u>	<u>128</u>
<u>N.º de personas en tratamiento con buprenorfina de acción prolongada IM</u>	<u>45</u>
<u>N.º de personas en tratamiento con metadona en oficinas de farmacia</u>	<u>220</u>

Buprenorfina/naloxona

- Menor riesgo de sobredosis que con los agonistas opioides totales:
 - ✓ Menor depresión respiratoria y sedación que la metadona.
 - ✓ La buprenorfina es 'tolerada' por personas con niveles bajos de dependencia de opioides.
- Posibles problemas de seguridad:
 - ✓ Como con la metadona, se han observado muertes relacionadas con buprenorfina en combinación con otros sedantes (etanol, benzodiazepinas).
 - ✓ Depresión respiratoria leve observada en personas no tratadas previamente con opioides .
 - ✓ Menor riesgo de prolongación del QT.

Buprenorfina/naloxona

- Pacientes nuevos: opioides de corta acción
- Consumidores de opiáceos de prescripción
- En PSO con dosis menor de 30 mg
 - ✓ Cansados del tratamiento, múltiples intentos de reducción con fracaso
 - ✓ Perfil con PD ansiedad, depresión, TP , mujeres
 - ✓ Trabajo, lejanía, dificultades cumplimiento terapéutico
 - ✓ Conductores, Maquinaria
 - ✓ Efectos adversos metadona

Buprenorfina de Liberación Prolongada

- Inyección subcutánea de Buprenorfina Depot.
- Medicamento de uso hospitalario.
- Inyección subcutánea por un Profesional Sanitario.
- Sistema Nacional de Salud (SNS) restringe su financiación únicamente para aquellos pacientes actualmente en tratamiento con buprenorfina/naloxona oral, que no estén adecuadamente estabilizados o que presenten problemas de adherencia al tratamiento.
- Ficha Técnica admite hacer transferencias desde dosis bajas de metadona (<30 mg/día).
- Dificultad de financiación.





AÑO 2023

33 profesionales del Instituto de Adicciones .

- 100% considera que la buprenorfina es un tratamiento adecuado
- La causa más frecuente de rechazo del tratamiento es estar bien con metadona y no querer cambiar (61%).
- La mayoría tiene miedo a cambios. La mayoría son pacientes de larga duración, y se sienten "seguros".
- Limitación de dosis de metadona (< 30 mg de metadona) para cambiar a BN.
- Trámites burocráticos (necesita autorización de Inspección Médica) Tener que pagar el medicamento (hay pacientes que trabajan que no quieren pagar).
- El miedo a tener SAO previo al cambio de metadona a buprenorfina
- Estrategia cuando llega paciente nuevo inmediatamente indicar buprenorfina como primera opción
- Limitación de presupuesto en el caso de Buprenorfina de liberación prolongada

CONCLUSIONES

- Tratamientos integrales centrados en la persona no en la sustancia.
- Integración de pacientes crónicos. Control HIV, Hepatitis.
- Accesibilidad rápida a los TAO. Recursos de reducción del daño.
- Evitar la estigmatización de los pacientes con TAO y de los CAD.
- Diversificación de los TAO
- Tratamiento de la PD
- Planes de contingencia. Sistemas de vigilancia.



madrid
+salud

JORNADA PRESENTACIÓN
PLAN DE ADICCIONES
DE LA **CIUDAD DE MADRID**
2022/2026

10 de junio de 2022
Centro de Cultura Contemporánea
CondeDuque

madrid
+ piensa en ti