

Guía para el uso de metadona

en usuarios adultos con VIH dependientes de la heroína intravenosa



Guía para el uso de metadona en usuarios adultos con VIH dependientes de la heroína intravenosa

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD




INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA
RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ


CENSIDA
Centro Nacional para la Prevención
y el Control del VIH y el sida

© 2016

Primera edición

Primera reimpresión 2018

Autores: Romero Mendoza, M., Medina-Mora, M.E.,
González, H., Vásquez, J., Armas, G., y Magis-Rodríguez, C.

*Guía para el uso de metadona en usuarios adultos con VIH
dependientes de la heroína intravenosa.*

Editado por el Instituto Nacional de Psiquiatría y el
Centro Nacional de Prevención y Control del VIH y el sida.
Secretaría de Salud, México. Calzada México Xochimilco No.
101 Delegación Tlalpan, Ciudad de México.

ISBN: 978-607-460-533-4

Fotografía de la portada: Germán Canseco/Revista Proceso

Coordinación editorial: Rosario Taracena

Edición Digital: Ing. Eduardo Rodríguez Nolasco

Hecho e impreso en México.

Secretaría de Salud

Dr. José Narro Robles
Secretario de Salud

Dr. Pablo Antonio Kuri Morales
Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud

Dr. José Meljem Moctezuma
Subsecretario de Integración y Desarrollo del Sector Salud

Lic. Marcela Guillermina Velasco González
Subsecretaria de Administración y Finanzas

Dr. Guillermo Miguel Ruiz-Palacios y Santos
Comisionado de Institutos Nacionales de Salud
y Hospitales de Alta Especialidad

Lic. Máximo Alberto Evia Ramírez
Titular del Órgano Interno de Control

Lic. Fernando Gutiérrez Domínguez
Abogado General. Coordinador General
de Asuntos Jurídicos y Derechos Humanos

Lic. Carlos Sandoval Leyva
Director General de Comunicación Social

Dra. Patricia Estela Uribe Zúñiga
Directora General del Centro Nacional
para la Prevención y el Control del VIH y el sida

Agradecimientos

El equipo de trabajo de esta Guía desea expresar su agradecimiento a las siguientes personas:

- Dra. Patricia Uribe Zúñiga, Directora General del Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el sida (CENSIDA) de la Secretaría de Salud.
- Al personal de los CAPASITS en Ciudad Juárez; a la Lic. Maria Elena Ramos del Grupo Compañeros y al Dr. Omar Valencia de CAPASITS Tijuana por el apoyo prestado para la realización de grupos focales de investigación.
- Dr. Eddie Antonio León Juárez y al Dr. Eduardo Becerril por su apoyo en la revisión de la información sobre VIH/sida.
- Mtra. Liliana Marisol Ponce Ramos, en la revisión de la primera reimpresión
- Fiona Wynn, Directora Asociada del Community Services & Policy Partnerships Mental Health and Drug & Alcohol Office, NSW Ministry of Health, Australia, por autorizar el uso del material que sobre metadona tiene Australia.

La presente guía se llevó a cabo con el financiamiento del Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el sida (CENSIDA) bajo contrato 2^a Proy-2014-023.

Índice

Equipo de Trabajo	8
1. Introducción	11
2. Método	27
2.1. Formulación de las preguntas clínicas	27
2.2. Búsqueda bibliográfica	27
2.3. Formulación de las recomendaciones mediante el sistema GRADE	27
2.3.1. Clasificación de la importancia relativa	28
2.3.2. Evaluación de la calidad de la evidencia científica	28
2.3.3. Graduación de la fuerza de recomendaciones	28
3. Evaluación y diagnóstico de los trastornos por uso de heroína	30
3.1. Introducción	31
3.2. Entrevista diagnóstica general	32
3.3. Pruebas de laboratorio	41
3.4. Tamizaje para trastornos psiquiátricos	42
3.5. Evaluación de la gravedad de la dependencia	53
3.6. Evaluación del síndrome de abstinencia a heroína	56
3.7. Evaluación clínica en la inducción y mantenimiento con metadona	58
3.8. Escalas de evaluación de los problemas relacionados con el consumo	60
3.9. Marco normativo del tratamiento de mantenimiento con metadona	65
3.10. Recomendaciones para la investigación.	66
3.11. Algoritmo de evaluación	67
Anexo 1: Criterios diagnósticos del DSM-5	69
Anexo 2: Addiction Severity Index (ASI)	70
Anexo 3: Marco normativo	87
4. Uso de metadona en pacientes con dependencia a la heroína	88
4.1. Introducción	91
4.2. Alcance y objetivos	92
4.3. Generalidades	93
4.3.1. Metadona	93
4.3.2. Farmacocinética	93
4.3.3. Reacciones adversas	95
4.3.4. Perfil de seguridad	97
4.3.5. Importancia de las interacciones farmacológicas de la metadona para una prescripción segura	101
4.4. Tratamiento de mantenimiento con metadona (TMM)	102
4.4.1. Indicaciones para el TMM con metadona	102
4.4.2. Objetivos principales del TMM	103
4.4.3. Evidencia de la eficacia de la metadona como tratamiento para la dependencia a la heroína	104
4.4.4. Perfil de seguridad de la metadona como tratamiento para la dependencia a la heroína	106

4.4.5. Dosis inicial de metadona en el tratamiento de dependencia a la heroína . . .	110
4.4.6. Dosis de mantenimiento de metadona en el tratamiento de la dependencia a la heroína	112
4.4.7. Duración del tratamiento con metadona para la dependencia a la heroína . .	113
4.5. Algoritmo del tratamiento con metadona para pacientes ambulatorios con dependencia a la heroína	116
5. Comorbilidades psiquiátricas en pacientes dependientes de la heroína	117
5.1. Introducción	118
5.2. Alcance y objetivos	118
5.3. Comorbilidades psiquiátricas en la dependencia a la heroína	119
5.3.1. Principales trastornos psiquiátricos en pacientes con dependencia a la heroína y diferencias en el tratamiento sustitutivo con metadona	121
5.4. Recomendaciones para la investigación	130
5.5. Algoritmo de comorbilidades psiquiátricas en pacientes dependientes a la heroína	131
6. Tratamiento de mantenimiento con metadona en pacientes con VIH	132
6.1. Introducción	134
6.2. Alcance y objetivos	134
6.3. Tratamiento antirretroviral utilizado en pacientes con VIH	135
6.4. Tratamiento de mantenimiento con metadona en dependientes a la heroína con VIH	136
6.5. Principales interacciones entre la metadona y los antirretrovirales	138
6.6. Dosis de metadona en pacientes dependientes a la heroína con VIH que están en tratamiento antirretroviral	140
6.7. Consideraciones para el tratamiento de mantenimiento con metadona según la carga viral del paciente VIH positivo	140
6.8. Reducción del riesgo de contagio por VIH relacionado con el tratamiento de mantenimiento con metadona	142
6.9. Recomendaciones para la investigación	144
6.10. Algoritmo de tratamiento de mantenimiento con metadona en pacientes con VIH	145
7. Intervenciones psicológicas de apoyo	146
7.1. Introducción	148
7.2. Alcance y objetivos	148
7.3. Intervenciones psicológicas de apoyo	149
7.3.1. Principales intervenciones psicológicas aplicadas en personas con dependencia a la heroína	149
7.3.2. Consideraciones clínicas para aplicar intervenciones psicológicas en pacientes con dependencia a la heroína	154
7.3.3. Tiempo recomendable de mantenimiento del tratamiento psicológico en pacientes con dependencia a la heroína	155
7.3.4. Efectividad de la combinación del tratamiento psicológico y farmacológico en los pacientes con dependencia a la heroína	156
7.4. Recomendaciones para la investigación	157
7.5. Algoritmo de intervenciones psicológicas de apoyo	158

8. Tratamiento con metadona en mujeres embarazadas	159
8.1. Introducción	161
8.2. Alcance y objetivos	161
8.3. Consumo de heroína en mujeres embarazadas	161
8.3.1. Evaluación inicial	162
8.3.2. Consideraciones especiales en el manejo de la abstinencia a la heroína en mujeres embarazadas	164
8.3.3. Seguridad de indicar metadona como tratamiento sustitutivo en mujeres embarazadas	167
8.3.4. Riesgo que puede llevar el consumo de metadona para el producto	168
8.3.5. Consideraciones terapéuticas durante la lactancia en mujeres que consumen heroína	169
8.4. Recomendaciones para la investigación	173
8.5. Algoritmo de tratamiento con metadona en mujeres embarazadas	174
9. Tratamiento con metadona en la población que se encuentra en prisión . . .	175
9.1. Introducción	175
9.2. Vulnerabilidad de la población en prisiones	175
9.3. Aspectos específicos en el tratamiento de sustitución con metadona en la población que se encuentra en prisión	177
9.4. Algoritmo de aspectos específicos para el tratamiento con metadona en la población que se encuentra en prisión	182
10. Tratamiento con metadona en la población migrante	183
10.1. Introducción	183
10.2. Población migrante como población vulnerable	184
10.3. Migrantes usuarios de drogas como promotores de la salud	185
10.3.1. ¿Cómo sería la participación de los migrantes como promotores de la salud?	186
10.3.2. Aspectos específicos a considerar en el tratamiento de mantenimiento con metadona en la población migrante.	186
10.3.3. Capacitación a migrantes como promotores de salud	187
10.3.4. Riesgos asociados al uso de jeringas en zonas específicas de inyección	188
10.4. Algoritmo de tratamiento con metadona en población migrante	192
11. Valoración del paciente	193
12. Convenio de tratamiento	202
13. Formato de evaluación de pertinencia de distribución de metadona para consumo externo	205
14. Recomendaciones para el médico si el paciente pierde, vomita u omite una dosis	207
15. Consideraciones para el usuario de metadona	208
16. Referencias bibliográficas	209

Equipo de trabajo

Editora

Dra. Martha Romero Mendoza

Investigadora en ciencias médicas F. en el Instituto Nacional de Psiquiatría. Estudió la Licenciatura en Psicología Clínica en la Universidad Iberoamericana. Es Maestra en Psicología Clínica por la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) y Doctora en Antropología por el Instituto de Investigaciones Antropológicas de la misma universidad, donde obtuvo el grado con mención honorífica en 1998. Obtuvo la medalla Alfonso Caso 1998 por la Facultad de Filosofía y Letras. Fue distinguida por la Academia Nacional de la Mujer de la Sociedad Mexicana de Geografía y Estadística con el reconocimiento Médica Matilde Montoya Cihualtlamantini (mujer de sabiduría). Es investigadora del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz en la Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Sociales, donde ha participado en proyectos multinacionales de investigación en adicciones coordinados por la Organización Mundial de la Salud. Ha recibido financiamientos de la Organización Mundial de la Salud, el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, el Programa Universitario de Investigación en Salud (PUIS), y de la Fundación Río Arronte. Ha coordinado diversos proyectos en el área de la salud mental y las adicciones. En la actualidad, lleva al cabo un proyecto cualitativo sobre el consumo de heroína y las prácticas de riesgo para el contagio de VIH. Es profesora de la Facultad de Medicina desde 1985, de la Maestría y el Doctorado en Salud Pública (especialidad en salud mental) de la Facultad de Medicina de la UNAM. Ha fungido como directora de nueve tesis y como cotutora de 20 tesis de licenciatura, maestría y doctorado de las facultades de medicina, psicología y del Instituto de Investigaciones Antropológicas de la UNAM. Tiene 117 publicaciones, además de siete libros y cinco artículos de divulgación. Fue candidata a investigadora nacional en el Sistema Nacional de Investigadores (SNI) de 1990 a 1994, y en la actualidad es Investigadora Nacional Nivel III.

Coordinación y asesoría

Dra. María Elena Medina-Mora I

Doctora en Psicología Social por la Universidad Nacional Autónoma de México. A partir de 2006 es Miembro de El Colegio Nacional. Actualmente ocupa el puesto de Directora General del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente.

Es Investigadora Nacional Nivel III, por el Sistema Nacional de Investigadores, ha publicado más de 327 artículos en revistas indexadas, 198 capítulos de libros y 18 libros citados en más de 5000 ocasiones. Profesora de las Facultades de Medicina y Psicología de la UNAM en donde fue miembro de su Junta

de Gobierno 2003-2013, ha graduado a 74 alumnos, 18 de ellos de doctorado. Tiene nombramiento como “Adjunt Professor” de la Escuela de Salud Pública de Harvard. Sus campos de interés son la salud mental y las adicciones.

Es miembro de la Academia Nacional de Medicina, de la Academia Mexicana de Ciencias y del Consorcio Internacional de Epidemiología Psiquiátrica. Formó parte de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE) en Naciones Unidas (2000-2005 y 2007-2009). Es miembro del panel de expertos en adicciones de la Organización Mundial de la Salud. Actualmente preside el grupo de trabajo que realiza estudios de campo para evaluar las modificaciones propuestas a la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE 11.

Entre otros reconocimientos, recibió el Premio Nacional de Salud Pública Gerardo Varela del Consejo de Salubridad General (1986), el “National Award of Excellence in Research by a Senior Investigator” (2007), otorgado por el National Hispanic Science Network on Drug Abuse. Doctora Honoris Causa 2009 por la Universidad Autónoma de Nuevo León, Reconocimiento de la Organización Panamericana de la Salud 2010 por su labor en el campo de la lucha contra el consumo de tabaco, Premio a la Excelencia 2011 del National Institute on Drug Abuse (NIDA). En 2012 recibe el Premio Scopus México, (reconocimiento que se da por publicaciones y citas), por “su valioso compromiso y aportación al impulso y desarrollo de la ciencia mexicana en área de: Humanidades y Ciencias de la Conducta” ELSEVIER, CONACYT México, D.F. En 2014 obtuvo el Premio de la Sociedad Mexicana de Psicología, para psicólogos destacados y en el mismo año recibe reconocimiento por su permanencia ininterrumpida de 30 años como integrante del Sistema Nacional de Investigadores del CONACYT.

Grupo de trabajo

Dr. Hugo González Cantú. Coordinador de la Clínica de Trastornos Adictivos del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. Es médico, cirujano y partero por la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Nuevo León, y especialista en Psiquiatría por la Facultad de Medicina de la UNAM. Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente” México, D.F. Cursó un Diplomado en Adicciones en la UAM Xochimilco. Es diplomado en Administración y Dirección Financiera de Hospitales en la Facultad de Contaduría Administración de la UNAM, y cuenta con Certificado del Consejo Mexicano de Psiquiatría desde diciembre de 1996. Es miembro activo de la Asociación Psiquiátrica Mexicana y socio de pleno derecho de la Sociedad Española de Patología Dual.

Dr. Josué Vásquez Medina. Coordinador y cofundador de la Clínica de Genética Psiquiátrica del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (INPRFM). Médico, cirujano y partero por la Universidad de Monterrey de Nuevo León y especialista en psiquiatría por la Facultad de Medicina de la UNAM. Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz. Hizo un posgrado de alta especialidad en Psiquiatría de la Adolescencia y otro en Biología Molecular, Genética y Psiquiatría. Es profesor adjunto del curso de alta especialidad en biología molecular, genética y psiquiatría, y

profesor adjunto del curso de Medicina Basada en Evidencia que forma parte del programa de residencia en la especialidad en psiquiatría del INPRFM. Es miembro titular de la Asociación Psiquiátrica Mexicana.

Dra. Gabriela Armas Castañeda. Coordinadora del proyecto de prevención diagnóstico y tratamiento de las adicciones de la UNAM. Médico Cirujano por la Facultad de Medicina de la UNAM. Es especialista en Psiquiatría y tiene un posgrado de alta especialidad en Neuropsiquiatría por el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. Es Maestra en Ciencias Médicas por la Facultad de Medicina de la UNAM y Académica del Departamento de Psiquiatría y Salud Mental de la misma institución desde abril 2011. Es la encargada de la Unidad de Estimulación Magnética Transcraneal en el Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, así como profesora de asignatura en la licenciatura de Médico cirujano de la UNAM. Pertenece a la Asociación Psiquiátrica Mexicana (APM), al Colegio Nacional de Psiquiatras y a la Society for Neuroscience.

Dr. Carlos Magis Rodríguez. Es Médico y Doctor en Salud Pública, Investigador Nacional nivel II por el Sistema Nacional de Investigadores y antiguo presidente honorario del Consorcio de Investigación en sida y tuberculosis (CISIDAT) 2010-2012. Profesor de Salud Pública de la Facultad de Medicina de la UNAM desde 1980.

En 1988 ingresó a la Dirección General de Epidemiología, como miembro del primer comité de investigación epidemiológica para la prevención y control del VIH/sida. Entre 1990 y 1995 se desempeñó como jefe del Registro Nacional de Casos de sida. De 1996 a agosto del 2010 fue Director de Investigación del CENSIDA. Fue coordinador de investigación del programa de sida del Distrito Federal de septiembre 2010 a mayo 2013. Desde junio del 2013 es el Director de Atención Integral de CENSIDA. Asimismo, se desempeña como Secretario Técnico del Comité de Atención Integral de esta institución.

1. Introducción

De acuerdo con el Informe Mundial sobre las Drogas de la Oficina de las Naciones Unidas contra las Drogas y el Delito (UNODC, 2016), el consumo de estas sustancias siguen causando un daño considerable, lo que se refleja en la pérdida tanto de vidas valiosas de muchas personas, como de años productivos. En 2014 se estimó un total aproximado de 207,400 muertes relacionadas con el consumo de drogas (margen de variación: 95,000 a 226,000). Esta cifra se corresponde con una tasa de mortalidad de 43.5 muertes por millón en la población de entre 15 y 64 años (margen de variación: 20.8 a 49.3). Aunque ese cálculo es inferior al de 2011, la reducción puede atribuirse al menor número de fallecimientos reportado por algunos países asiáticos.

Este mismo informe señala que, en 2012, entre 162 y 324 millones de personas a nivel mundial (de 3.5% a 7.0% de la población de entre 15 y 64 años), consumieron por lo menos una vez alguna droga ilícita, principalmente sustancias del grupo del cannabis, los opiáceos, la cocaína o los estimulantes de tipo anfetamínico.

El consumo de drogas problemático, es decir, el que realizan los consumidores habituales y las personas que sufren trastornos de consumo o dependencia, se mantiene estable entre 16 y 39 millones de personas; sin embargo, subsisten deficiencias en la prestación de servicios para ellas y, en años recientes, sólo uno de cada seis consumidores de drogas problemáticos del mundo tuvo acceso a tratamiento para tratar esta dependencia.

Aunque el público en general suele considerar que el cannabis es la menos dañina de las drogas ilícitas, en el último decenio se ha incrementado notoriamente el número de personas que acude a tratamiento por trastornos relacionados con el consumo de esta sustancia, especialmente en América, Oceanía y Europa. Además, los opiáceos siguen siendo la principal droga objeto de abuso entre las personas que buscan tratamiento en Asia y Europa, y la cocaína lo fue en América.

Una publicación de la Organización de los Estados Americanos de 2015 (Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas), afirma que el consumo de opiáceos es muy heterogéneo en el continente americano, con países que presentan prevalencias inferiores al 5%, y algunos por arriba de 20%. Por otro lado, señala que existe evidencia de que en los países con prevalencias altas, la percepción de riesgo para el uso de opiáceos tiende a ser baja, y la percepción de facilidad de acceso es elevada. En Canadá y Estados Unidos el uso de marihuana reportado alguna vez en la vida es superior a 40%; en Chile y Uruguay es de alrededor de 20% y en México, Bolivia, Ecuador, Paraguay, Perú, Venezuela y República Dominicana se encuentra en 6% o menos.

En México, de acuerdo con la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA) 2011, los opiáceos se mantienen como la droga de mayor consumo, con una prevalencia de 1.2% en la población total y 80% del consumo total de drogas, con predominio en hombres, y seguida de la cocaína con 0.5%. En términos de

En 2014 se estimaron un total de 207,400 muertes relacionadas con el consumo de drogas.

En Europa oriental y sudoriental la tasa de consumo de drogas intravenosas es 4.6 veces superior al promedio mundial.

crecimiento poblacional, en México ha aumentado el número de personas dependientes de las drogas, el cual pasó de 450,000 en 2008 a 550,000 en 2011.

Uso de drogas intravenosas

Respecto al consumo de drogas intravenosas, se estima que hay 12.7 millones de consumidores de éstas (margen de variación: 8.9 millones a 22.4 millones), lo que supone una prevalencia de 0.27% (margen de variación: 0.19% a 0.48%) en la población mundial de entre 15 y 64 años, según el cálculo realizado por la UNODC, el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA), el Banco Mundial y la Organización Mundial de la Salud. El problema resulta especialmente grave en Europa oriental y sudoriental, donde la tasa de consumo de drogas intravenosas es 4.6 veces superior al promedio mundial. En México se estiman 169,157 personas que se han inyectado un tipo de droga (ENCODAT 2016-2017).

Mathers y colaboradores (2013) ya alertaban en un metaanálisis de las altas tasas de mortalidad en 67 cohortes de personas que usaban drogas intravenosas, incluyendo 14 de países de ingresos medios y bajos en donde existen tasas más altas de muerte, un mayor número de casos de Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) en usuarios de opiáceos, así como largos periodos fuera de tratamiento.

Wu y Clark (2013) sugieren que las estrategias para proveer tratamiento de mantenimiento con agonistas a opiáceos en los países de ingresos bajos y medianos debe ser prioritario, y que el apoyo psicológico debe verse como crítico para la recuperación de esta dependencia debido a los complejos trastornos cognitivos, conductuales y psicológicos que incluyen: depresión, ansiedad y trastorno de estrés postraumático. Además, las infecciones de VIH y tuberculosis son comunes entre la gente que usa opiáceos, y la evidencia sugiere que deben existir servicios integrados para manejar esta problemática.

Estos autores señalan que anticiparse al problema y estar preparados para enfrentarlo a través de soluciones de tratamiento efectivas nos pondrá en ventaja para luchar contra una probable epidemia de dependencia a los opiáceos. ¿Cuál es la situación en México?

Producción de heroína en México

En los últimos años, la producción de heroína en México se ha incrementado de forma exponencial, pasando de un estimado de 8 toneladas métricas en 2005 a 50 en 2009. La mayoría de esta heroína se exporta a los Estados Unidos. En 2010, 59% de los decomisos de heroína en los Estados Unidos se dieron en la frontera con México. Buena parte de este incremento se ha atribuido a la creciente prevalencia de consumo de heroína negra, en lugar de un opiáceo derivado conocido como heroína blanca.

Después de Colombia, México es el segundo proveedor más importante de la heroína que entra a los Estados Unidos, con 30% de toda la heroína que se vende en ese país y 98% de la heroína vendida al oeste del río Mississippi. Dada su proximidad con los Estados Unidos y el intenso tráfico de su cruce fronterizo, la ciudad de Tijuana es un punto importante en la larga ruta por la que se transporta heroína, cocaína y metanfetamina a los Estados Unidos, por lo que el creciente número de personas que se inyectan drogas de esta ciudad ha sido reconocido recientemente como un problema de salud pública.

En México, la región con más cultivo de amapola es la Sierra Madre Occidental y la Sierra Madre del Sur, que va desde el norte de Chihuahua hasta el norte de Oaxaca, pasando por los estados de Sinaloa, Jalisco Michoacán y Guerrero. Los cárteles mexicanos que controlan este territorio —El Cártel de Jalisco Nueva Generación, Los Templarios, La Organización de Carrillo Fuentes y, particularmente, la Federación de Sinaloa—, utilizan la heroína para diversificar los negocios del narcotráfico más allá de la marihuana, la cocaína y la metanfentamina, y elevar la producción de una variedad de heroína negra, que es muy cotizada (Stratfor, 2012).

En México, las incautaciones de heroína, goma de opio y semillas de amapola han aumentado enormemente en un muy poco tiempo. Según la Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA), las fuerzas armadas incautaron 259 kilos de heroína en 2014, lo que representa 42% más que el año anterior. Las incautaciones de semilla de amapola se cuadruplicaron: de 871 kilos en 2013 pasaron a 3,600 kilos en 2014, y las incautaciones de goma de opio se quintuplicaron durante el mismo periodo (Gurney, 2015). Lo anterior ha incrementado los problemas de violencia en la región y también la disponibilidad para el consumo en el territorio nacional.

Consumo de heroína en México

El tema del consumo de heroína en México no es nuevo. Unikel y colaboradores han documentado su consumo desde 1920 (1997). En los años setenta, Suárez (1989) reporta un incremento acelerado en el número de casos nuevos de consumo de heroína entre la población penitenciaria de Tijuana, Baja California. Este autor compara los datos obtenidos en 1970 con los de otro estudio realizado en 1976, y reporta un incremento de 700% en el número de nuevos heroinómanos.

Entre 1976 y 1982 los informes de los Centros de Integración Juvenil reportaban que dos de cada 100 pacientes usaban heroína. Sin embargo, es hasta la década de los noventa cuando puede demostrarse un incremento en el número de usuarios de esta droga, el cual pasó de 1.8% en 1990 a 4.0% en el año 2000, esto debido a que el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA) de la Secretaría de Salud, comenzó a reportar periódicamente los pacientes que demandaban tratamiento. También, desde 1994, con la inclusión de los centros de tratamiento de los organismos no gubernamentales al SISVEA, se hizo más evidente el incremento en la demanda de tratamiento por consumo de heroína en ciudades de la frontera norte, la cual pasó de 6.2% en 1994, a 27.3% en el año 2000.

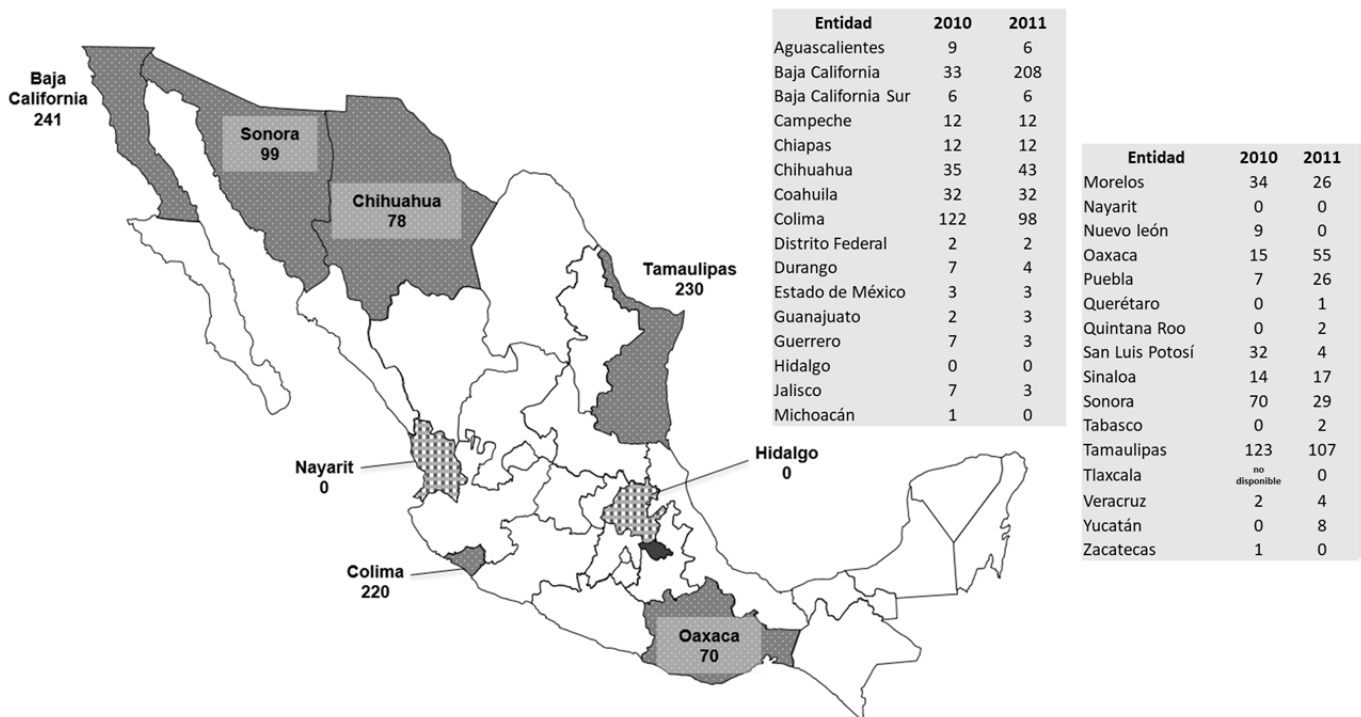
En 2005 Burcardo y colaboradores señalaban se estaba incrementando el consumo de heroína en México, siendo la droga más utilizada por las personas que se inyectan drogas. Este fenómeno ya había sido descrito en 2002 por Magis y colaboradores, quienes detectaron un incremento de esta problemática en la región noroeste del país, debido al aumento de cultivos en los estados mexicanos, la disminución de los precios de la heroína y la mayor seguridad en los cruces fronterizos entre Estados Unidos y México. Algunos resultados de este crecimiento en el consumo de heroína son el aumento de prácticas de riesgo (como compartir agujas), y una baja percepción de riesgo, lo que, a su vez, incrementa el riesgo de adquirir algún virus transmitido por la sangre, como el VIH.

En México, las incautaciones de heroína han aumentado enormemente en un muy poco tiempo.

Una encuesta de 2000, realizada por Magis, Rodríguez y colaboradores, encontró que la prevalencia del consumo de drogas inyectables fue de 37 y 24% entre los reclusos de Tijuana y Ciudad Juárez, respectivamente. De ellos, 92% se inyectaba heroína y 46% tanto cocaína como heroína. Este mismo estudio encontró que, en Tijuana, 60% de quienes se inyectaban heroína compartían jeringas, y 2.5% estaban infectados con VIH. En Ciudad Juárez, 40% de los consumidores de heroína inyectada compartían jeringas y 1.3% estaban infectados con VIH. Entre las personas que se inyectan drogas de las cárceles de Tijuana y Ciudad Juárez se encontró una prevalencia de 100% de hepatitis C. En 2011 los Centros de Integración Juvenil reportaron 13 entidades federativas donde había personas que solicitaron tratamiento por haber usado drogas "alguna vez en la vida".

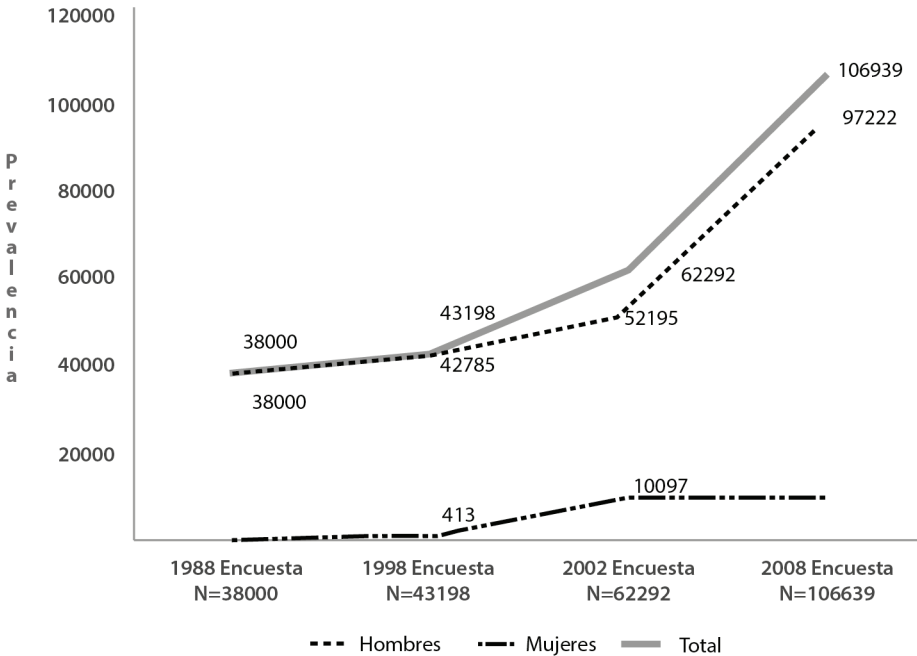
Esos estados fueron: Baja California (con 111 personas), Chihuahua (87), Colima (21), Michoacán (18), Puebla (11), Oaxaca (9), Sinaloa (9), Guerrero (7), Sonora (7), Distrito Federal (5), Estado de México (5) Nayarit (4) y Quintana Roo (2). De igual manera, los Centros de Atención para las Adicciones (CAPAS) reportaron consumo en casi todos los estados de la República entre 2010-2011 (Véase Figura 1).

Figura 1. Demanda de atención de tratamiento por consumo heroína



Un análisis de la prevalencia del consumo de heroína en las diferentes Encuestas Nacionales de Adicciones (1988, 1998, 2002 y 2008) realizadas en México (Romero, M., Magis, C., Bravo, E., Villatoro, J., 2016) muestra un aumento importante en el consumo tanto en hombres como en mujeres, siendo éste más significativo entre 2002 y 2008 (ver Figura 2). La encuesta de 2011 no fue incluida por no contar con la misma información para realizar la comparación.

Figura 2. Comparación de Encuestas Nacionales de Adicciones. (Consumo de heroína)



Romero, M., Magis, C., Bravo, E., Villatoro, J., 2016

El problema

La asociación entre el consumo de drogas inyectables y la mayor posibilidad de adquirir la infección por VIH/sida es un problema que preocupa a la sociedad a nivel nacional e internacional. Quienes usan drogas inyectables tienen mayor riesgo de adquirir VIH y hepatitis C al compartir equipos de inyección, práctica que es sumamente frecuente en esta población. Un estudio señala que 80% de las personas que se inyectan drogas comparte jeringas regularmente.

Se calcula que una media de 13.1% de esas personas viven con VIH. La UNODC, el Banco Mundial, la OMS y ONUSIDA estiman que en el mundo existen cerca de 1.7 millones de consumidores de drogas por vía intravenosa que viven con VIH (margen de variación: 0.9 a 4.8 millones).

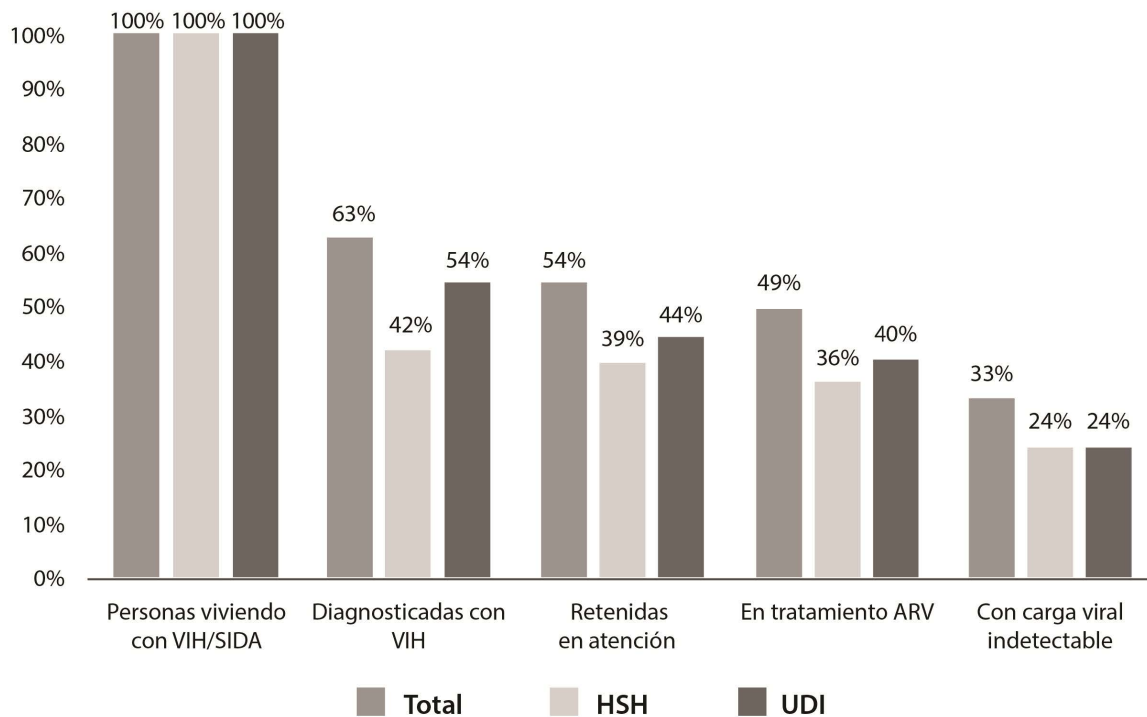
Las cifras más altas de personas que se inyectan drogas se encuentran en Asia sudoccidental y Europa oriental y sudoriental, donde se estima que la prevalencia del VIH es de 28.8% y 23%, respectivamente. Además, se estima

que más de la mitad de los consumidores de drogas intravenosas están infectados con hepatitis C.

En el caso de México, la producción, distribución y consumo de drogas ilícitas han sido reconocidas, y han comenzado a adquirir relevancia, especialmente en las ciudades fronterizas, por lo que se requiere conocer mejor las tendencias de consumo y la incidencia de las infecciones de transmisión sanguínea. Con respecto al VIH, la prevalencia de casos se ha mantenido baja, pero la presencia de conductas identificadas como de riesgo puede convertirse en un problema mayor para la epidemia concentrada en los grupos clave. En México, la prevalencia de VIH en el caso de hombres y mujeres UDI se estima en 2.5%.

De acuerdo con estimaciones nacionales de Censida (2015), si se compara a las personas que se inyectan drogas (PID) con el resto de las poblaciones clave, los PID y los hombres que tienen sexo con hombres (HSH) tienen una menor proporción de diagnósticos por VIH y menores valores de carga viral indetectable. Solamente 54% del total de PIDs conoce su estado serológico y, de ellas, 24% se encuentra en control virológico.

Cascada de atención por poblaciones clave. México, 2013



Fuente: Estimación nacional. DAI/Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el sida (CENSIDA). México, julio, 2015.

Un aspecto importante de la respuesta mundial para contener la propagación del VIH implica hacer frente al VIH entre los consumidores de drogas intravenosas, mediante un amplio marco de atención que se conoce como “servicios de reducción del daño”.

¿Qué es la reducción de daños?

La reducción de daños (también conocida como “reducción del daño”) es un concepto relativamente nuevo en México. La reducción de daños es un enfoque de la salud pública y la antropología, que trata temas relacionados con el consumo de drogas y tiene como prioridad reducir las consecuencias negativas de dicho consumo, en lugar de buscar eliminarlo o de enfocarse solamente en la abstinencia.

Como ocurre en la mayoría de los países de América Latina, algunas organizaciones no gubernamentales en México parecen estar implicadas en actividades de prevención dirigidas a los consumidores de drogas.

La reducción del daño se centra en reducir las consecuencias negativas del uso de drogas en el individuo, la comunidad y la sociedad, aunque el usuario continúe usando drogas, al menos en el momento de la intervención. Además, la “reducción del daño” es un término paraguas que abarca intervenciones dirigidas a reducir los efectos problemáticos de ciertas conductas. Con mayor frecuencia asociada al uso de sustancias, la reducción del daño también se aplica a cualquier decisión que tiene consecuencias negativas asociadas al consumo. El Cuadro 1 resume los principios del enfoque de reducción del daño.

De acuerdo con el grupo IGIA (2000), la reducción del daño interviene en tres niveles: el individual, el comunitario y el nivel sociopolítico y legal. En el primer nivel se desarrollan intervenciones informativas y educativas que se diseñan en relación con el individuo concreto. Incluye aquellos factores que determinan la negociación de los comportamientos entre dos personas como son influencias, reglas o ritos.

La reducción del daño tiene como prioridad reducir las consecuencias negativas del consumo de drogas.

Cuadro 1. Principios del enfoque de reducción del daño

1. Acepta, para bien o para mal, que el uso de drogas lícitas e ilícitas es parte de nuestro mundo y elige trabajar para minimizar los efectos dañinos más que ignorarlos o condenarlos.
2. Asegura que los usuarios de drogas y aquéllos con una historia de uso rutinario de drogas, tienen voz en la creación de los programas y las políticas que se diseñan para servirlos y busca fortalecer su capacidad para reducir los diversos daños asociados a esta práctica.
3. Entiende que el uso de drogas es un fenómeno complejo y multifacético que comprende un continuo de conductas que van desde la abstinencia total hasta la dependencia, y reconoce que algunas formas de consumo son más seguras que otras.
4. Establece que la calidad de vida individual y comunitaria y el bienestar (no necesariamente el cese en el consumo) es el criterio de éxito para las intervenciones y las políticas de atención.
5. Exige una provisión de servicios que no juzgue ni coaccione los recursos para la gente que usa drogas y las comunidades en las que viven. Esos recursos deberán estar disponibles para ayudar a reducir los efectos y daños de las sustancias que consumen.

En el ámbito de los consumidores de drogas ilegales, la iniciación y el aprendizaje están mediados por el grupo de pertenencia.

6. Reconoce que realidades tales como la pobreza, la clase social, el racismo, el aislamiento social, el pasado traumático, la discriminación basada en el género y otras inequidades sociales, suelen incrementar, simultáneamente, la vulnerabilidad de las personas, así como la capacidad de tratar en forma efectiva los daños relacionados con el consumo de sustancias.

7. No intenta minimizar, negar o ignorar que existen daños severos, importantes, reales y trágicos por el consumo de sustancias lícitas e ilícitas, así como riesgos asociados con el consumo.

Fuente: Marlatt GA (1996, 1998).

A nivel individual y terapéutico los profesionistas con un entrenamiento en el enfoque de reducción del daño utilizan con frecuencia técnicas directivas que no juzgan, y que incluyen, por ejemplo, la Entrevista Motivacional para permitir que el paciente explore las razones para el cambio de conducta (Miller & Rollnick, 2002).

La Entrevista Motivacional favorece la expresión de empatía para construir confianza con el paciente, cuestiona la discrepancia entre lo que quiere y en donde se encuentra realmente, trabaja con el paciente la resistencia a construir una relación y el movimiento hacia el cambio, y apoya la autoeficacia del paciente, es decir, toma en cuenta sus fortalezas, para dar los pasos necesarios hacia su rehabilitación.

Con un marco teórico cognitivo conductual, el profesionista puede apoyar al paciente para ubicar metas razonables, poniendo en práctica habilidades para detectar la negación del consumo, identificar conductas alternativas y considerar la prevención de recaídas.

El nivel comunitario está enfocado a la modificación de opiniones, influencias y acciones de los grupos sociales de pertenencia del usuario, tales como la familia, el barrio, el municipio. En el ambiente de los consumidores de drogas ilegales, la iniciación y el aprendizaje están mediados por el grupo de pertenencia, incorporando frecuentemente los modos y prácticas saludables o nocivas del mismo. Por ello, se analiza la dinámica de los grupos de pares sabiendo que en todo grupo social existen personas con mayor capacidad de influencia sobre los demás (IGIA, 2000).

A nivel sociopolítico y legal la reducción del daño tiene una influencia directa sobre el resultado de las intervenciones realizadas en los dos niveles anteriores. De este nivel dependen las circunstancias sociales de los consumidores, las reacciones sociales frente a determinados tipos de consumo y consumidores, la actitud de las fuerzas del orden, las consecuencias legales del consumo, la orientación política y el presupuesto que se asigna a la salud pública, la orientación de los servicios de asistencia y la forma como se habla del consumo de drogas a nivel público (IGIA, 2000).

De acuerdo con la OMS, ONUSIDA y UNODC desde el enfoque de reducción del daño existen nueve intervenciones que han probado ser las más eficaces:

1. Los programas de intercambio de agujas y jeringuillas.
2. La terapia sustitutiva de opiáceos y otros tratamientos de la dependencia a las drogas.
3. Las pruebas de VIH y la consejería.
4. La terapia antirretroviral.

5. La prevención y el tratamiento de infecciones de transmisión sexual (ITS).
6. Los programas de provisión de condones para usuarios de drogas intravenosas y sus parejas sexuales.
7. Información enfocada en la educación y la comunicación para los usuarios de drogas inyectadas y sus parejas.
8. La vacunación, el diagnóstico y tratamiento de la hepatitis viral.
9. La prevención, el diagnóstico y tratamiento para la tuberculosis TB14.

De éstas, las cuatro más eficaces para la prevención, el tratamiento y la atención del VIH son:

- Los programas de intercambio de agujas y jeringuillas.
- La terapia de sustitución de opiáceos (u otro tratamiento de la drogodependencia basado en datos empíricos, en el caso de quienes se inyectan drogas que no sean opiáceos).
- Las pruebas de VIH, la información pre prueba y la consejería
- La terapia antirretroviral.

De acuerdo con la UNODC (2014) la cobertura de las cuatro intervenciones más eficaces es mayor en Europa occidental y central, donde estas medidas se vienen intensificando desde hace más de un decenio, lo que ha significado una reducción del número de nuevos diagnósticos de VIH entre los consumidores de drogas intravenosas y de las muertes relacionadas con el sida atribuidas al consumo de estas drogas. Sin embargo, los recientes brotes de VIH entre esos consumidores en algunas zonas de Europa demuestran que la situación de la epidemia del VIH puede cambiar muy rápidamente si se reducen los servicios y las intervenciones.

Por otro lado, se ha demostrado ampliamente que un porcentaje muy elevado de los consumidores de drogas intravenosas tiene un historial de reclusión. Además, el consumo de este tipo de drogas es muy frecuente entre los reclusos. En las cárceles, la escasez de servicios de atención de salud y la falta de acceso a ellos —en particular la falta de servicios de prevención, tratamiento y atención del VIH, y de tratamiento de la drogodependencia— es un problema grave, porque los reclusos deberían tener, como mínimo, acceso a servicios equivalentes a los que se prestan al público en general. Por ejemplo, en Europa el porcentaje de personas privadas de la libertad que había consumido alguna sustancia ilícita en la cárcel era de entre 4% y 56%.

Con relación al abuso de sustancias, la reducción del daño se ha enfocado principalmente en el remplazo de la nicotina, la sustitución de opiáceos, el intercambio de jeringas y los sitios de inyección seguras.

En México los programas de intercambio de jeringas a menudo han resultado controvertidos dentro del gobierno. Algunos políticos, funcionarios públicos y personal de clínica miran despectivamente a UDIS y rechazan las prácticas de reducción de daños con base en razones morales. Por ello, CENSIDA y otros actores involucrados, desarrollaron un documento de posición para educar y sensibilizar a los responsables políticos y los que trabajan con adictos que se inyectan a los beneficios de la reducción de daños (CONADIC, 2003).

A partir de 1994, con apoyo de ONUSIDA, CENSIDA inició una estrategia de mitigación del daño entre UDI, la cual se conoce como Modelo de Mitigación del Daño, y se encuentra descrita en un Manual para la prevención del VIH/SIDA en usuarios de drogas inyectadas (CENSIDA, 2008).

La epidemia del VIH puede cambiar muy rápidamente si se reducen los servicios y las intervenciones.

Programas de intercambio de jeringas y sitios de inyección segura

Estos programas fueron desarrollados para reducir la diseminación de enfermedades en sangre tales como el VIH y la hepatitis entre los usuarios de drogas. Surgieron alrededor de los años ochenta, e incluyen también la referencia para tratamiento, la educación entre pares y la prevención de VIH. Este tipo de programas han sido implementados en países como Holanda, Australia, Canadá, Estados Unidos, España y diversos lugares en Europa.

Una revisión de 45 estudios publicados de 1989 a 2002 sobre la efectividad de estos programas concluyó que sus medidas fueron efectivas, seguras y costo-efectivas (Wodak y Cooney, 2006); además, no existe evidencia de que tengan efectos perjudiciales (Strathdee y Vlahov, 2001). Aunque desde 1988 ha existido una reducción en el financiamiento de estos programas en los Estados Unidos (Strathdee & Pollini, 2007), en 2010 hubo movimientos importantes para favorecer su financiamiento.

Existen muchos gobiernos que proveen intercambio de jeringas y sitios de inyección seguros, entre ellos España (De la Fuente et al., 2006), Francia (Emmanuelli y Desenclos, 2005), Noruega, Alemania, Suiza, Holanda, Luxemburgo, Canadá y Australia, países donde los usuarios pueden inyectarse la droga utilizando equipo limpio en presencia de personal médico entrenado.

Más de 25 estudios publicados documentan la reducción del reuso de jeringas, las sobredosis y el desecho de las jeringas en lugares públicos (Strathdee y Pollini, 2007), lo que disminuye las fatalidades debido a una sobredosis (Kerr, Tyndall, Lai, Montaner & Wood, 2006) y aumenta el ingreso a tratamiento por desintoxicación de drogas y por otros motivos (Wood, Tyndal, Zhang, Montaner & Kerr, 2007).

La terapia sustitutiva de opiáceos: metadona

Se han desarrollado terapias de sustitución de opiáceos para drogas como heroína, oxycodona, oxycontin y morfina (Logan, Marlatt 2010). La farmacoterapia agonista y el mantenimiento con metadona fueron identificadas para proveer un opiáceo menos perjudicial (como la metadona) o un agonista receptor de opiáceos (como la buprenorfina) bajo supervisión médica, tanto en clínicas especializadas como en pacientes de consulta externa.

Diversas revisiones señalan que la terapia sustitutiva de opiáceos es efectiva al reducir el uso de opiáceos ilícitos, reduce las conductas de riesgo para la transmisión de VIH, la actividad criminal y las muertes asociadas al consumo de opiáceos. Sin embargo, existe una gran controversia y una regulación gubernamental estricta que limita su accesibilidad (Kleber, 2008).

La metadona se utiliza en México desde finales de los años setenta y los Centros de Integración Juvenil (CIJ) estuvieron entre las primeras instituciones oficiales que implementaron clínicas de metadona. Hoy el sistema de los CIJ cuenta con dos clínicas ubicadas en lugares de alto consumo de heroína: Ciudad Juárez y Tijuana, según informó en una entrevista la Directora de Tratamiento y Rehabilitación, Laura Margarita León León.

Estas clínicas comenzaron a trabajar hace diez años y actualmente dan atención a alrededor de 400 nuevos usuarios al año, los cuales pueden acudir diariamente por su dosis de metadona, además de terapias psicosociales que

complementan el tratamiento. Estas dos clínicas se encuentran en puntos de alto consumo de heroína, pero se planea la creación de dos centros más en Mexicali y en Guadalajara (La Jornada, 2013).

La Clínica Integral de Tratamiento Contra las Adicciones S. A. de C. V., institución privada a cargo de la doctora Emilia Figueroa, opera desde 1995 en siete entidades federativas: Baja California, Sonora, Chihuahua, Oaxaca, Tamaulipas, Coahuila y la Ciudad de México, y cuenta con 13 clínicas en diferentes partes de la frontera con los Estados Unidos. Además de éste, existen algunos otros establecimientos privados.

Sin embargo, a pesar de que hay disponibilidad del tratamiento con metadona para México, se requiere de esfuerzos para ampliar el uso de metadona, ya que es un tratamiento social, político y legalmente aceptado. Si bien algunas instituciones como los CIJ (Centros de Integración Juvenil) cuentan con protocolos de tratamiento establecidos y manuales de procedimientos claros, no es la situación de todos los establecimientos, por lo que se considera necesario contar con una guía para la buena práctica clínica de provisión de metadona, propósito que se busca cumplir con el presente documento.

A pesar de que hay disponibilidad del tratamiento con metadona en México, se requiere de esfuerzos para ampliar su uso.

¿Qué dicen los expertos en México?

Con la finalidad de conocer la situación, problemas y limitaciones que enfrentan los profesionales de la salud que trabajan en entornos clínicos dedicados a la provisión de metadona o al tratamiento de personas usuarias de drogas inyectadas o personas que tienen VIH/sida, la doctora Martha Romero y el doctor Carlos Magis realizaron dos grupos focales de 13 personas cada uno, en el norte del país.

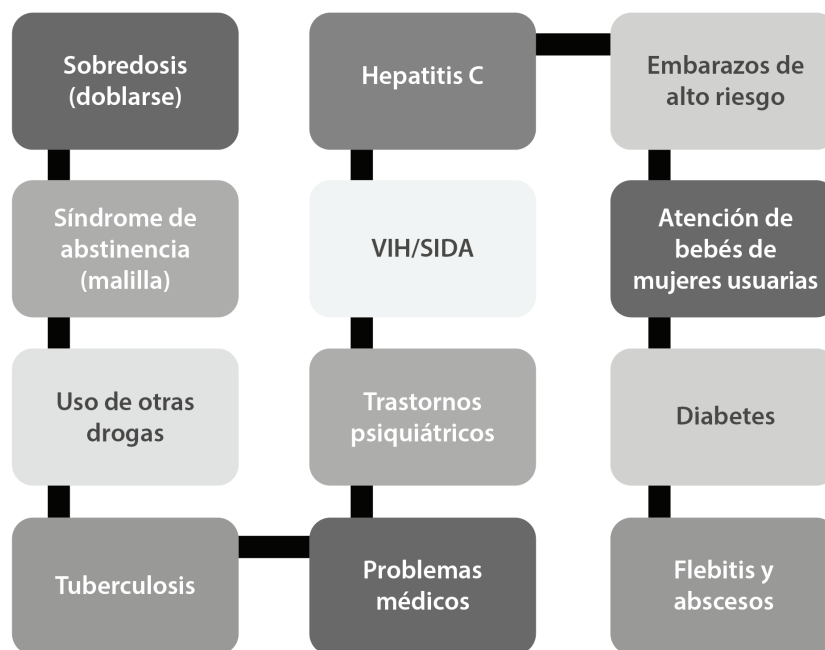
En estos grupos participaron 26 profesionales, entre quienes hubo médicos, investigadores, directores de organizaciones no gubernamentales, tomadores de decisiones en política pública en torno al uso de sustancias y expertos en reducción del daño. Quienes participaron en estos grupos lo hicieron de manera voluntaria, anónima y confidencial.

Cada sesión fue audiograbada y tuvo una duración aproximada de cuatro horas con un receso a las dos horas para tomar un descanso. Tomar en consideración la voz de los involucrados es un principio de la reducción del daño, debido a que ellos conocen de manera cercana y cotidiana la problemática de los usuarios de drogas inyectadas y su entorno, y debe de ser tomada en cuenta para las decisiones clínicas y de política pública.

Entre los puntos más importantes que mencionaron los participantes estuvieron los problemas de salud que enfrentan los usuarios, los problemas sociales presentes en el contexto del consumo, las barreras sociales que enfrentan para acceder al tratamiento y las barreras dentro de los centros de tratamiento. Finalmente, hicieron recomendaciones puntuales a fin de mejorar la provisión del tratamiento sustitutivo para opiáceos utilizando metadona. Para una versión a profundidad del estudio véase Romero, M. y Magis, C. (2016).

La Figura 3 muestra la complejidad de los problemas de salud que enfrentan los usuarios, ya que uno de los problemas más importantes es el número de sobredosis que se reportan semanalmente y la falta de servicios adecuados para atenderlas. En algunos casos, solamente la Cruz Roja cuenta con personal capacitado para atender a los usuarios.

Figura 3. Problemas de salud de los usuarios



Romero M, Magis C. 2016

Uno de los aspectos más complejos fue dar cuenta del contexto social en el que ocurre el consumo y los problemas que enfrentan los usuarios, destacando las múltiples expresiones de violencia, como puede ser la violencia policiaca y la violación de los derechos humanos de los usuarios de drogas al ingresarlos a prisión por encontrarlos en la posesión de jeringuillas. Los policías suelen equiparar el consumo de heroína con la delincuencia, lo que lleva a criminalizar su uso y a bloquear la posibilidad de acceder a tratamiento de manera temprana (ver Figura 4).

La migración frecuente en los estados de la frontera norte y las deportaciones, conllevan la ruptura de las redes sociales de apoyo más cercanas, como pueden ser los vínculos familiares y las amistades, pero también con las instituciones que brindan apoyo a los usuarios. Algunas organizaciones aseguran que la muerte en este grupo de población es frecuente y no siempre se cuenta con identificaciones que permitan avisar a los familiares o, en su defecto, al país de origen. Finalmente, los ingresos a prisión son cotidianos debido a que, para continuar y mantener el consumo de drogas, es común que los usuarios cometan delitos no violentos tales como el robo a transeúntes y robos diversos.

Figura 4. Problemas sociales que enfrentan los usuarios



Romero M, Magis C. 2016

La Figura 5 muestra las principales barreras de los centros de tratamiento con relación a la provisión de metadona.

Figura 5. Barreras de los centros de tratamiento



Romero M, Magis C. 2016

Además de lo anterior, existe una serie de barreras sociales que entorpecen la provisión de metadona de manera efectiva. A veces son las creencias del personal de salud que ve el tratamiento sustitutivo como una nueva forma de adicción; en otras ocasiones la falta de familia o de una red de apoyo social es la que impide que los usuarios accedan a tratamiento, pues un requisito que ponen las instituciones es que los pacientes se presenten a solicitar ayuda acompañados de un adulto responsable de ellos, pero uno de los problemas más frecuentes del usuario de drogas es justamente la ruptura de sus vínculos afectivos. La movilidad de la población también torna difícil tomar el tratamiento sustitutivo con la frecuencia que éste lo requiere y, finalmente, la indiferencia del sujeto y del entorno ante la oferta del tratamiento, no favorece el ingreso al mismo aunque la metadona esté disponible (Figura 6).

Figura 6. Barreras sociales al tratamiento

Existe una serie de barreras sociales que entorpecen la provisión de metadona de manera efectiva.



Romero M, Magis C. 2016

Por todos los problemas que presenta la provisión de la metadona a los usuarios de heroína con VIH, se decidió trabajar durante ocho meses en reuniones semanales bajo la supervisión académica de la doctora Romero, a fin de discutir las estrategias, temas, método, dilemas y soluciones para realizar la presente Guía. El equipo de trabajo decidió, de forma conjunta, dividir este documento en los capítulos que se describen a continuación.

El primer capítulo, elaborado por el doctor Hugo González Cantú, versa sobre los elementos necesarios para realizar una adecuada evaluación de los usuarios adultos de heroína intravenosa y con infección por VIH que son candidatos para ingresar a un programa de mantenimiento con metadona. Esta evaluación inicial debe incluir la determinación del grado de dependencia a la heroína y a otras sustancias de abuso, detección de comorbilidad con trastornos psiquiátricos (depresión, ansiedad, estrés postraumático) o de condiciones médicas que requieran un tratamiento conjunto (diabetes, hipertensión o tuberculosis). En esta sección se describen diversos estudios de laboratorio útiles para apoyar el diagnóstico.

El segundo capítulo, escrito por el doctor Josué Vásquez, tuvo como objetivo principal proporcionar a los profesionales de salud encargados de la asistencia a pacientes con dependencia a heroína una herramienta que les permita tomar las mejores decisiones sobre algunos de los problemas que plantea su atención. El capítulo contiene aspectos sobre el tratamiento de pacientes con dependencia a los opiáceos en dos etapas: la etapa de inducción o inicial y la etapa de estabilización o mantenimiento. La etapa de inducción consiste en alcanzar el umbral de tolerancia del sujeto con el fin de amortiguar los síntomas que genera la abstinencia. Al final de esta fase, las dosificaciones se incrementan gradualmente por encima del nivel inicial con el fin de aumentar la tolerancia del sujeto a un nivel que proporciona protección contra una posible sobredosis de heroína. Durante la siguiente fase, la de estabilización, las dosis se aumenta aún más hasta que se alcanza un nivel que es lo suficientemente alto para mantener negativos los análisis de orina. La dosis de estabilización se mantiene entonces, aunque puede ser necesario ajustarla durante el tratamiento, sin dejar de lado las intervenciones psicosociales disponibles.

El objetivo del capítulo 3, desarrollado por la doctora Gabriela Armas, es ayudar a que los profesionales de la salud cuenten con información sobre las principales comorbilidades psiquiátricas presentes en los pacientes con dependencia a heroína, además de proporcionar evidencia científica de las interacciones de la metadona con los fármacos psicotrópicos más empleados en dichas comorbilidades. Este capítulo hace hincapié en el diagnóstico y tratamiento oportunos de las comorbilidades como parte de un abordaje integral. Por la complejidad que presentan los pacientes con comorbilidad psiquiátrica, se sugiere que sean evaluados por un especialista en psiquiatría.

El capítulo 4, titulado tratamiento de mantenimiento con metadona en pacientes con VIH, fue escrito por la doctora Gabriela Armas con asesoría del doctor Eduardo Becerril. El objetivo de este capítulo es brindar elementos científicos para tomar decisiones en cuanto al tratamiento de mantenimiento con metadona, las consideraciones clínicas dependientes de la carga viral y las interacciones entre la metadona y los medicamentos antirretrovirales. Este capítulo incluye una evaluación de los principales beneficios de la terapia de mantenimiento de metadona en la reducción del riesgo de contagio del VIH en pacientes dependientes a heroína.

El capítulo 5 trata sobre las intervenciones psicológicas y tiene como objetivo proporcionar a los profesionales encargados asistir a los pacientes con dependencia heroína una herramienta que les permita tomar las mejores decisiones en cuanto a las intervenciones psicológicas de apoyo. Este capítulo, elaborado también por la doctora Armas, incluye las principales intervenciones psicológicas aplicadas en pacientes en tratamiento de mantenimiento con metadona, así como el tiempo recomendable de su aplicación. Contiene, además, las consideraciones clínicas que se deben tomar en cuenta en la psicoterapia de los pacientes dependientes de opiáceos.

Los tres últimos capítulos abordan el apoyo a poblaciones vulnerables, en particular, mujeres embarazadas, personas en prisión y migrantes. La sección sobre mujeres embarazadas, escrita por la doctora Armas, tuvo como objetivo contribuir a que el personal de salud cuente con las herramientas básicas para disminuir los efectos deletéreos inherentes al uso de sustancias en la mujer y el producto. Este capítulo abarca una revisión metodológica sobre las consideraciones a tomar en cuenta para brindar terapia de mantenimiento con

Esta Guía ofrece elementos científicos para tomar decisiones respecto del tratamiento de mantenimiento con metadona.

metadona a mujeres durante el embarazo, el puerperio y la lactancia. Además, el capítulo evalúa los riesgos y beneficios de indicar metadona a las mujeres durante el embarazo, así como las precauciones particulares en este proceso.

Finalmente, es importante señalar que para que la estrategia de implementación del tratamiento sustitutivo con metadona sea exitosa es necesario generar cambios en varios niveles. La Figura 7 resume las necesidades que deben cubrirse para implementar exitosamente esta estrategia de reducción del daño.

La presente Guía aporta evidencia científica en torno al último punto de la gráfica, por lo que queda en manos de las instancias pertinentes el integrar dichas políticas públicas. Es importante que los diversos sectores de gobierno se involucren en este tema para poder llevar a buen término la presente estrategia.

Figura 7. Necesidades para la implementación exitosa de la reducción del daño



Romero M, Magis C. 2016

2. Método

2.1. Formulación de las preguntas clínicas

Los miembros del grupo de trabajo que elaboró esta Guía definieron las preguntas clínicas que debía contestar este documento. En todas las preguntas se ha seguido el formato Paciente, Intervención, Comparación y Desenlaces de interés o variable de resultado (PICO) (G. H. Guyatt et al., 2011). Asimismo, cabe señalar que para responder a las preguntas relacionadas con una intervención como la farmacológica o psicoterapéutica, se utilizó la metodología descrita en el sistema GRADE para la graduación de la evidencia y los niveles de recomendación.

2.2. Búsqueda bibliográfica

Se dio prioridad a la identificación de otras guías de práctica clínica (GPC), revisiones sistemáticas (RS) y otros documentos de síntesis crítica de la literatura científica. Para ello, en una primera fase se realizó una búsqueda de otras GPC para comprobar qué revisiones consideraron para apoyar sus recomendaciones. En esta primera etapa se consultaron las siguientes bases de datos electrónicas:

- Trip database
- NHS Evidence
- Cochrane Database of Systematic Reviews (The Cochrane Library)
- Database of Abstracts of Reviews of Effects (DARE)
- MEDLINE (acceso mediante PubMed)

En una segunda fase, se realizó una búsqueda específica de estudios individuales relevantes para contestar aquellas preguntas de la GPC para las que no se había identificado literatura en las etapas iniciales. Principalmente, se identificaron ensayos clínicos aleatorizados (ECAs), estudios observacionales y artículos de revisión, así como recomendaciones de expertos. Estas búsquedas se ejecutaron a partir de búsquedas específicas en MEDLINE (acceso mediante PubMed).

2.3. Formulación de las recomendaciones mediante el sistema GRADE

Se siguieron las pautas del grupo de trabajo Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation (GRADE) para clasificar la calidad de la evidencia y graduar la fuerza de las recomendaciones (G. H. Guyatt et al., 2011).

2.3.1. Clasificación de la importancia relativa de las variables de resultado

En esta etapa se establecieron de forma explícita las variables de resultado de interés para cada pregunta y se clasificaron según su importancia relativa, constituida a partir de la siguiente escala de nueve puntos (G. H. Guyatt et al., 2011):

1 a 3: Variable de resultado no importante para la toma de decisiones, es decir, que no juega un papel importante en la formulación de las recomendaciones.

4 a 6: Variable de resultado importante, pero no crítica para la toma de decisiones.

7 a 9: Variable de resultado crítico para la toma de decisiones.

2.3.2. Evaluación de la calidad de la evidencia científica

Para evaluar la calidad de la evidencia se determinó el grado de confianza que se puede tener en la estimación del efecto de las intervenciones. La clasificación de la calidad de la evidencia se realizó para cada uno de los desenlaces de interés relevantes para la toma de decisiones (G. H. Guyatt et al., 2011).

Se considera que los ECAs tienen una calidad alta y que los estudios observacionales tienen una calidad baja. No obstante, hay una serie de aspectos que pueden disminuir la calidad de los ECAs o la pueden aumentar en el caso de los estudios observacionales. La calidad de la evidencia científica se calificó como: alta, moderada, baja o muy baja. Una vez determinada la calidad de la evidencia para cada una de las variables consideradas, las variables clínicas críticas o clave son las que determinan la calidad de la evidencia global (Balshem et al., 2011).

2.3.3. Graduación de la fuerza de recomendaciones

Las recomendaciones pueden ser clasificadas según su dirección y su fuerza. Según su dirección, pueden ser a favor o en contra de la intervención evaluada; y según su fuerza, pueden ser fuertes o débiles. Las recomendaciones pueden ser fuertes a favor, fuertes en contra, débiles a favor o débiles en contra de una intervención. Asimismo, una calidad baja no implica necesariamente una recomendación débil o la situación inversa, una calidad alta tampoco implica una recomendación fuerte.

El sistema GRADE tiene en cuenta cuatro criterios para determinar la dirección y la fuerza de las recomendaciones: *a*) el balance entre los beneficios y riesgos e inconvenientes; *b*) la confianza en la magnitud de las estimaciones del efecto de la intervención en los desenlaces importantes; *c*) los valores y preferencias de los usuarios, y *d*) el uso de recursos y costos (Andrews et al., 2013). Respecto a la redacción de las recomendaciones, el sistema GRADE propone, en el caso de las recomendaciones fuertes, utilizar términos como “se recomienda”, y en el caso de las débiles, “se sugiere”.

Esta Guía también contempla otro dos tipos de recomendación: “Buena práctica clínica”, cuando, a pesar de no disponer de pruebas científicas concluyentes, la puesta en práctica de una intervención se considera por el grupo de trabajo una actuación de buena práctica clínica y la “Recomendación para la investigación”, cuando al no encontrar estudios realizados en población

mexicana, el grupo de trabajo propone de manera general la oportunidad de realizarse.

Clasificación de la calidad de evidencia y grados de la fuerza de recomendaciones

Clasificación de la calidad de la evidencia en el sistema GRADE			
Nivel de calidad de la evidencia	Diseño del estudio	Disminuir la calidad si	Aumentar la calidad si
Alta	ECA	Limitación metodológica: Serias (-1) Muy serias (-2)	Fuerza de asociación: <ul style="list-style-type: none"> • Magnitud de efecto fuerte (RR>2 e IC <0,5 basado en estudios observacionales sin factores de confusión) (+1) • Magnitud de efecto muy fuerte (RR>5 e IC < 0,2 basado en estudios sin posibilidad de sesgos) (+2) • Gradiente de respuesta relacionado con dosis (+1) Factores de confusión Todos los posibles factores de confusión podrían haber reducido el efecto observado (+1)
Moderada		Inconsistencia Seria (-1) Muy seria (-2)	
Baja	Estudios observacionales	Evidencia directa (Incertidumbre acerca de que la evidencia sea directa) Seria (-1) incertidumbre Muy seria (-2) incertidumbre	
Muy baja	Otros tipos de diseño	Imprecisión Seria (-1) Muy seria (-2) Sesgo de publicación Alta probabilidad de (-1)	

*Adaptada de G. Guyatt et al., (2011) de Balshem et al., (2011) y de Atkins et al., (2004).

ECA: ensayo controlado aleatorizado

Implicaciones de la fuerza de recomendación en el sistema GRADE

Implicaciones de una recomendación fuerte		
Usuarios	Clínicos	Gestores/Planificadores
La inmensa mayoría de las personas estaría de acuerdo con la acción recomendada y únicamente una pequeña parte no lo estaría.	La mayoría de los usuarios debería recibir la intervención recomendada.	La recomendación puede ser adoptada como política de salud en la mayoría de las situaciones.
Implicaciones de una recomendación débil		
Usuarios	Clínicos	Gestores/Planificadores
La mayoría de las personas estaría de acuerdo con la acción recomendada, pero un número importante de ellas no.	Reconoce que diferentes opciones serán apropiadas para diferentes usuarios y que el médico tiene que ayudar a cada usuario a llegar a la decisión más consistente con sus valores y preferencias.	Existe necesidad de un debate importante y la participación de los grupos de interés.

*Adaptada de G. H. Guyatt et al. (2008).

3. Evaluación y diagnóstico de los trastornos por uso de heroína

Preguntas a responder

- ¿Qué preguntas se deben hacer en la evaluación clínica de pacientes dependientes a heroína intravenosa con VIH que desean entrar a un programa de mantenimiento con metadona?
- ¿Qué instrumentos de evaluación clínica hay para la dependencia a la heroína y/o los opiáceos?
- ¿Qué instrumentos de evaluación clínica hay para la intoxicación con heroína y/o opiáceos?
- ¿Qué instrumentos de evaluación clínica hay para el síndrome de abstinencia a la heroína y/o los opiáceos?
- ¿Qué instrumentos se utilizan para evaluar otros aspectos de los trastornos por uso de heroína y/o opiáceos?

Recomendaciones de la GPC

Mejor práctica clínica	<ul style="list-style-type: none">• Se sugiere que al iniciar el tratamiento con metadona se determine que el paciente no tenga síntomas de intoxicación por opiáceos u otras sustancias, además de realizar una evaluación física para descartar cualquier condición aguda que ponga en riesgo su vida y que pueda estar enmascarada por el uso de opiáceos (Center for Substance Abuse Treatment, 2005).
Mejor práctica clínica	<ul style="list-style-type: none">• En la evaluación clínica para ingresar a pacientes que usan heroína por vía intravenosa a programas de mantenimiento con metadona se sugiere hacer un diagnóstico certero de su dependencia a la heroína, utilizando los criterios diagnósticos de la CIE 10 o del DSM (Center for Substance Abuse Treatment, 2005).
Mejor práctica clínica	<ul style="list-style-type: none">• Se sugiere que en la evaluación clínica para ingresar a pacientes que usan heroína por vía intravenosa a programas de mantenimiento con metadona se descarte la presencia de intoxicación por opiáceos para evitar una sobredosis si se administra metadona (Center for Substance Abuse Treatment, 2005).

Mejor práctica clínica	<ul style="list-style-type: none"> • Se sugiere llevar a cabo una evaluación detallada que incluya: historia (experiencias de tratamiento pasadas, historia médica y psiquiátrica, condiciones de vida, aspectos legales, situación ocupacional y factores sociales y culturales que puedan influir en el uso de sustancias); examen clínico (evaluación de la intoxicación/síndrome de abstinencia, marcas donde se inyecta); y de ser necesario exámenes de laboratorio (de orina, VIH, hepatitis B y C, tuberculosis, función hepática) (World Health Organization, 2009).
Mejor práctica clínica	<ul style="list-style-type: none"> • Se sugiere determinar el grado de dependencia y de síndrome de abstinencia que experimenta el usuario. Esto se determina primariamente mediante una evaluación clínica y puede apoyarse con pruebas de determinación de uso de drogas en orina y con el uso de pruebas psicométricas (National Collaborating Centre for Mental Health, 2008).

3.1. Introducción

En esta sección se describen los elementos necesarios para realizar una adecuada evaluación de los pacientes adultos con infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) que usan heroína intravenosa y son candidatos para ingresar a un programa de mantenimiento con metadona.

La evaluación debe realizarse desde la primera consulta, siendo necesaria para determinar si el usuario cumple con los requisitos y criterios necesarios para ser candidato a este tipo de tratamiento. También es necesario detectar desde el primer momento si el usuario no está pasando por situaciones médicas que ponen en riesgo su vida o su integridad y que requieran un tratamiento urgente o intrahospitalario, o que ameriten una referencia a otro nivel de atención.

Esta evaluación inicial debe incluir la determinación del grado de dependencia a la heroína y a otras sustancias, detectar la comorbilidad con trastornos psiquiátricos (depresión, ansiedad, estrés postraumático) o la presencia de condiciones médicas que requieran un tratamiento conjunto (diabetes, hipertensión o tuberculosis).

Aunque la evaluación del usuario es fundamentalmente clínica, también son útiles los estudios de laboratorio, como pruebas de detección de VIH, hepatitis B y C, sífilis; detección de embarazo y pruebas de laboratorio para el diagnóstico y seguimiento de otras condiciones médicas (química sanguínea, biometría hemática, etcétera). En esta sección se describen los estudios de laboratorio útiles para apoyar el diagnóstico. Por otra parte, se han desarrollado múltiples instrumentos clinimétricos (escalas, cuestionarios, tests) que permiten evaluar de manera más objetiva diversos aspectos del paciente y del tratamiento de mantenimiento con metadona. Algunos de estos instrumentos sirven como herramientas de diagnóstico, mientras otros evalúan diversos factores del usuario, del contexto o de las sustancias. Algunas de estas herramientas han sido traducidas al español.

Es necesario detectar si el usuario no está pasando por situaciones médicas que ponen en riesgo su vida o su integridad.

Se requiere un tamizaje inicial para identificar pacientes con condiciones médicas agudas o crónicas que requieran tratamiento prioritario.

Con el fin de encontrar las mejores evidencias en cuanto a la evaluación de usuarios de heroína intravenosa que desean ingresar a un programa de tratamiento de mantenimiento con metadona, se realizó una estrategia de búsqueda a partir de las preguntas planteadas. Se llevó a cabo una revisión de diversas guías de práctica clínica para el tratamiento de mantenimiento con metadona con el fin de conocer las recomendaciones que ahí se plantean y poder brindar recomendaciones adecuadas para evaluar a estos pacientes. Además, se realizó una búsqueda bibliográfica sistemática en bases médicas y en otros recursos en la red para identificar los instrumentos de evaluación clínica más utilizados como herramientas diagnósticas en pacientes con dependencia a heroína.

Objetivos de la evaluación

1. Realizar un tamizaje inicial para identificar pacientes con condiciones médicas agudas o crónicas que requieran tratamiento prioritario en otro nivel de atención.
2. Determinar la elegibilidad del paciente a través del diagnóstico de dependencia a la heroína.
3. Descartar la presencia de intoxicación por opiáceos para evitar una sobredosis si se administra metadona.
4. Realizar una historia clínica completa, de acuerdo con la normatividad aplicable.
5. Evaluar la presencia de un síndrome de abstinencia a opiáceos.
6. Determinar las dosis necesarias para la inducción y mantenimiento con metadona con base en la evaluación clínica.
7. Detectar, y en su caso tratar, otras condiciones médicas y psiquiátricas concurrentes.

3.2. Entrevista diagnóstica general

Para los fines de esta Guía es importante realizar un diagnóstico adecuado de dependencia a los opiáceos en los usuarios de heroína por vía intravenosa con infección por VIH que deseen ingresar a un tratamiento de mantenimiento con metadona o que ya se encuentren en él, a través de una entrevista diagnóstica general, apoyándose en análisis de laboratorio y en la administración de instrumentos diagnósticos y de evaluación clinimétrica.

Esta entrevista diagnóstica general debe ir enfocada en primer lugar a identificar y determinar la gravedad actual y en el pasado de los siguientes cuadros o estados relacionados con el consumo de heroína:

- Intoxicación
- Síndrome de abstinencia
- Dependencia

Cada uno de estos estados requiere abordajes específicos y su identificación es clave para una adecuada selección de los sujetos para un programa de mantenimiento con metadona, así como para evaluar el curso del tratamiento. Asimismo, la evaluación de la comorbilidad psiquiátrica, calidad de vida, niveles de apetencia (“*craving*” en inglés), percepción del tratamiento, entre otros aspectos, puede ayudar a tener un panorama más amplio de la situación del paciente y orientar la atención para realizar intervenciones psicosociales dirigidas a mejorar esos aspectos.

Cuando un paciente adulto (de 18 años o mayor) que es usuario de heroína intravenosa solicita su ingreso a un programa de tratamiento de mantenimiento con metadona (TMM) en un ambiente clínico ambulatorio de primer nivel, debe ser evaluado de una manera integral cumpliendo con la normatividad vigente aplicable para el tratamiento de adicciones, tratamiento de la infección por VIH, atención médico-psiquiátrica, elaboración del expediente clínico, entre otras (Secretaría de Salud, 1994, 2009, 2010a, 2012) (ver la sección de marco normativo).

Al evaluar a un usuario de heroína intravenosa es necesario realizar un tamizaje enfocado en detectar condiciones médicas agudas o crónicas que ameriten atención de manera prioritaria en otros niveles de atención, ya sea en servicios de urgencias o de manera intrahospitalaria. Estas condiciones pueden ser muy diversas, incluyendo problemas infecciosos, metabólicos o lesiones traumáticas (ver Viñeta Clínica 1). En este tamizaje también se debe descartar la presencia de sobredosis de heroína u otras sustancias que puedan poner en riesgo la vida del paciente y que requieran un manejo en urgencias (Center for Substance Abuse Treatment, 2005).

Viñeta Clínica 1

Paciente masculino de aproximadamente 40 años que acude solo, por primera vez, a la clínica. Refiere consumir heroína intravenosa. Al ser interrogado es evidente su mal estado, se observa desnutrido, con dificultad respiratoria y cianosis distal en ambas manos. Al hacer la exploración física se encuentra fiebre de 39 grados, y en la auscultación se encuentran ruidos crepitantes con matidez en la percusión. El paciente refiere que lleva dos o tres días así, pero su estado está empeorando.

Observación: De acuerdo con la recomendación, en una primera evaluación de tamizaje se encuentra que el paciente probablemente tenga neumonía, por lo que es recomendable derivarlo a un nivel de atención hospitalario, ya que esta condición es grave y requiere tratamiento prioritario. Siempre deben buscarse rastros de inyecciones recientes o abscesos y determinar el número de marcas resaltando las más recientes (que pueden estar en los antebrazos o también en cualquier otra zona del cuerpo) con el fin de inferir la última vez que utilizó heroína.

En el caso de la heroína, como en el resto de los opiáceos, los pacientes dependientes sufren con frecuencia episodios de intoxicación y sobredosis que en muchas ocasiones producen efectos físicos que pueden poner en riesgo su vida.

Ya que la heroína es un depresor del sistema nervioso central, la intoxicación y la sobredosis se manifiestan clínicamente como aletargamiento y somnolencia, lenguaje farfullante y disminución de la atención y la memoria. En la exploración física se encuentra disminución de la frecuencia respiratoria y, característicamente, contracción pupilar (pupila puntiforme), que puede tornarse en dilatación pupilar si el paciente ya está sufriendo de hipoxia severa (ver Cuadro 1).

Los dependientes a la heroína sufren con frecuencia episodios de intoxicación y sobredosis que pueden poner en riesgo su vida.

El tamizaje inicial debe valorar también la capacidad cognitiva del paciente.

Cuadro 1.F11.00 Criterios para el diagnóstico de intoxicación por opiáceos (292.89) CIE 10

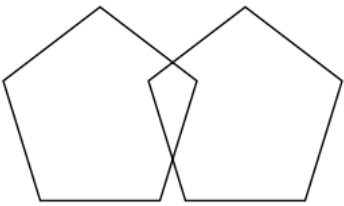
- A. Consumo reciente de un opiáceo.
 - B. Cambios psicológicos o comportamentales desadaptativos clínicamente significativos (p. ej., euforia inicial seguida de apatía, disforia, agitación o inhibición psicomotoras, alteración de la capacidad de juicio, o deterioro social o laboral) que aparecen durante o poco tiempo después del consumo de opiáceos.
 - C. Miosis (o midriasis por anoxia en la intoxicación grave) y uno (o más) de los siguientes signos, que aparecen durante o poco tiempo después del consumo de opiáceos:
 - 1. Somnolencia o coma.
 - 2. Lenguaje farfullante.
 - 3. Deterioro de la atención o de la memoria.
 - D. Los síntomas no son debidos a una enfermedad médica ni se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.
- Nota:** Para conocer los criterios diagnósticos de la intoxicación por opiáceos según el DSM 5 de la Asociación Psiquiátrica Americana ver el Anexo 1.

En estos casos, no se debe administrar metadona y se debe intervenir para el manejo de la intoxicación, lo que puede requerir referencia a otros niveles de atención. El clorhidrato de naloxona (0.40mg/ml solución inyectable) es un antagonista opiáceo indicado (Organización Panamericana de la Salud, 1994).

Para el manejo de la intoxicación y sobredosis por opiáceos, se administra de manera intravenosa a dosis iniciales de 0.4 a 2 mg, pudiéndose repetir la dosis dos o tres minutos después si no se revierte la depresión respiratoria.

En este tamizaje también se debe valorar la capacidad cognitiva del paciente, ya que la infección por VIH puede generar alteraciones cerebrales que se agravan o complican con el uso de sustancias, traumatismos, desnutrición, etc. Es posible que se presenten usuarios que no estén en condiciones de firmar un consentimiento informado o de adherirse adecuadamente al tratamiento. El Mini Mental State Examination (Examen Cognoscitivo Breve) es un instrumento breve, originalmente desarrollado por Folstein y colaboradores (1975), que ha sido validado en la población mexicana (Becerra 1992). En diversas guías clínicas se sugiere su uso para la valoración de la demencia (Becerra Pino, 2010) y es ampliamente usado en otras poblaciones para valorar el estado mental. Esta prueba califica varias áreas, tiene un puntaje máximo de 30 y es de fácil aplicación por parte del personal clínico y demanda poco tiempo (ver Cuadro 2). Un puntaje mayor a 27 indica una cognición normal, mientras que un puntaje menor representa un deterioro cognitivo leve (19 a 26 puntos), moderado (10 a 18 puntos) o severo (<10 puntos).

Cuadro 2. Mini Examen del Estado Mental de Folstein	
ORIENTACIÓN (Cada respuesta correcta equivale a un punto)	
Tiempo ¿En qué año estamos? ¿En qué mes estamos? ¿Qué día del mes es hoy? ¿Qué día de la semana es hoy? ¿Qué hora es aproximadamente? Total correcto _____	Lugar ¿En dónde estamos ahora? ¿En qué piso estamos? ¿Qué colonia es ésta? ¿Qué ciudad es ésta? ¿En qué país estamos? Total correcto _____
MEMORIA	
Le voy a decir tres objetos. Cuando yo termine, quiero que por favor usted los repita Máximo 3 Papel, bicicleta, cuchara Total correcto _____	
ATENCIÓN Y CÁLCULO	MEMORIA DIFERIDA
Escolaridad > 8 años Le voy a pedir que reste de 7 en 7 a partir de 100 93 86 79 72 65 Total correcto _____ (máximo 5 pts)	Escolaridad < 8 años Reste de 3 en 3 a partir de 20 17 14 11 8 5 Total correcto _____ (máximo 5 pts)
Dígame los tres objetos que le mencioné al principio Máximo 3 puntos Papel Bicicleta Cuchara Total correcto _____	
LENGUAJE	
Máximo 2 puntos Muestre un reloj y pregunte: ¿Qué es esto? Muestre un lápiz y pregunte: ¿Qué es esto?	Máximo 1 punto Repetición de frase Ahora le voy a pedir que repita esta frase, sólo la puede repetir una sola vez “Ni no, ni si, ni pero” Total correcto _____
Máximo 3 Comprensión Tome este papel con la mano derecha [] dóblelo por la mitad [] y déjelo en el suelo [] Total correcto _____ Nota: dar la orden junta	Máximo 1 Comprensión escrita (muestre la orden abajo escrita) Total correcto _____ CIERRE LOS OJOS

<p>Máximo 1 Escritura de una frase: Quiero que escriba una frase que tenga sentido (proporcione una hoja en blanco y un lápiz y pida que escriba la frase).</p> <p>Total correcto _____</p>	<p>Máximo 1 Copia de un dibujo: Muestre al entrevistado el dibujo con dos pentágonos que se entrecruzan. La acción es correcta si los dos pentágonos se entrecruzan, debe tener 10 ángulos.</p> <p>Total correcto _____</p> 
<p>En todos los casos, las respuestas del sujeto se califican con el número 1 cuando son correctas y, con cero, cuando son incorrectas. Las calificaciones deben anotarse en cada espacio y luego sumarlas y anotarlas en la casilla derecha. Finalmente, sume todas las calificaciones de cada apartado para obtener la puntuación total y anótela en el espacio destinado para la Calificación Total.</p>	

(Becerra Pino, 2010)

Si en el tamizaje inicial se encuentra que el paciente está estable, no presenta ninguna condición grave y su estado cognitivo es adecuado, el siguiente paso es realizar una Entrevista Diagnóstica General para identificar la naturaleza precisa y la gravedad del trastorno por uso de heroína, así como otros problemas médicos, de salud mental y en el entorno social. Esto tiene como objetivo determinar la elegibilidad del paciente para el tratamiento de mantenimiento con metadona, elaborar un plan de manejo y establecer la manera en que se va a evaluar el tratamiento (ver Viñeta Clínica 2)

Viñeta Clínica 2

Paciente masculino de aproximadamente 35 años, que acude a la clínica referido por un médico privado quien le hizo un examen de VIH y resultó positivo. Acude porque desea ingresar a un programa de metadona, al tiempo que quiere atender su condición. En la historia clínica el paciente refiere que a lo largo de su vida ha tenido problemas por el uso de diversas sustancias. Hace tres años inició el consumo de heroína fumada, ya que así le habían dicho que era menos peligrosa, sin embargo, un día la probó por vía intravenosa a instancias de un amigo y a partir de esa ocasión ésta ha sido la vía de consumo cotidiana. Refiere comprar 4 o 6 dosis al día que se administra en horarios más o menos regulares. Se queja de las dificultades económicas y de que a veces no hay heroína en el mercado negro y ha tenido episodios graves de “malilla” con dolores en las articulaciones, diarrea y mucho malestar. Ahora que sabe que tiene la infección por VIH quiere una atención integral. Al revisar sus brazos se encuentran marcas sobre las venas, algunas con signos de inflamación.

Observación: En la evaluación de tamizaje inicial no se encuentran datos de condiciones médicas o de intoxicación o abstinencia por heroína que ameriten otro nivel de atención. El paciente cumple con los criterios de dependencia a la heroína encontrándose evidencias de consumo activo. En este momento se encuentra clínicamente estable y puede continuar con el proceso de evaluación: historia clínica, exámenes de laboratorio, etc.

Componentes de la entrevista diagnóstica general

Todas las guías de práctica clínica sobre tratamiento de mantenimiento con metadona recomiendan hacer una historia clínica completa para determinar si el paciente es apropiado para el tratamiento, así como para realizar un diagnóstico e identificar diversos factores como: edad de inicio, evolución, periodos de abstinencia, desarrollo de tolerancia, disfunción psicosocial e historias previas de tratamiento que pueden influir en la evolución del paciente.

Para esta valoración es necesario realizar un interrogatorio detallado en el que se debe determinar el tipo de opiáceos usados, su frecuencia de uso, si el paciente utiliza otras formas de administración diferentes a la intravenosa, la fecha de último uso y si ha usado heroína en los últimos tres días, además de determinar el grado de tolerancia a los opiáceos en el momento del ingreso al programa.

De igual forma, se debe realizar una exploración física en la que se busque en la piel de las extremidades y otras zonas del cuerpo la presencia de marcas por inyecciones intravenosas, ya que son una evidencia muy importante para identificar el uso reciente. Esta información permitirá determinar la gravedad actual y nos dará una idea del pasado de esta dependencia.

Para iniciar el tratamiento de mantenimiento es necesario descartar que el paciente se presente en un estado de intoxicación y que idealmente se encuentre en las primeras horas de abstinencia. Existen diversos síndromes médicos relacionados con el uso de opiáceos que deben ser identificados en el paciente, tanto al ingresar al tratamiento de mantenimiento como a lo largo del mismo. Su identificación es muy importante, ya que su presencia define el tratamiento a seguir (ver Cuadro 3) .

Es recomendable hacer una historia clínica completa para determinar si el paciente es apropiado para el tratamiento con metadona.

Cuadro 3. Síndromes médicos asociados al uso de opiáceos: síntomas anticipatorios, tempranos y síntomas completos del síndrome de abstinencia a opiáceos

Síndrome (inicio y duración)	Características
Intoxicación por opiáceos	Consciente, sedado, asintiendo a las preguntas. Estado de ánimo normal a eufórico. Pupilas puntiformes. Historia de uso reciente de opiáceos.
Sobredosis aguda	Inconsciente. Pupilas puntiformes. Respiración lenta, poco profunda.
Síndrome de abstinencia a los opiáceos Síntomas anticipatorios* (3-4 horas después del último consumo)	Miedo a los síntomas de abstinencia. Ansiedad. Conducta de búsqueda de la sustancia.
Síntomas tempranos (8-10 horas después del último consumo)	Ansiedad. Inquietud. Bostezos. Náusea. Sudoración. Congestión nasal. Rinorrea. Lagrimo. Pupilas dilatadas. Calambres abdominales. Conducta de búsqueda de la sustancia.
Síntomas completos (1-3 días después del último consumo)	Ansiedad severa. Temblor. Inquietud. Piloerección. Vómitos, diarrea. Espasmos musculares. Aumento de la presión arterial. Taquicardia. Fiebre, escalofríos. Conducta impulsiva de búsqueda de la sustancia.
Abstinencia persistente (Duración indefinida)	Hipotensión. Bradycardia. Insomnio. Pérdida de energía y apetito. Apetencia de opiáceos.

* Síntomas anticipatorios: aparecen cuando los efectos agudos de los opiáceos empiezan a desaparecer.

(Stephenson E.D.K.; 2008)

También se debe evaluar el uso de otras sustancias, incluyendo alcohol y tabaco, para determinar la presencia de alguna otra dependencia y la gravedad de la misma, además de investigar si no se están usando otros depresores del sistema nervioso (por ejemplo tranquilizantes) para evitar un exceso de sedación al iniciar el uso de metadona.

Si el paciente se presenta con síndrome de abstinencia a los opiáceos es necesario hacer una evaluación clínica para determinar su gravedad, siendo muy útiles las escalas e instrumentos para determinarlo, ya que el tratamiento de mantenimiento con metadona está dirigido a evitar la aparición de síntomas de abstinencia en los usuarios. En general, la desaparición de los síntomas de abstinencia a los opiáceos indica que se está usando la dosis adecuada y que los niveles séricos de metadona están en el rango terapéutico.

En el caso de los pacientes con VIH o hepatitis C se debe hacer un interrogatorio dirigido a determinar estado de salud actual, tratamiento y pronóstico, prácticas de riesgo actuales y pasadas, así como determinar el grado y la forma en que el uso de heroína intravenosa ha afectado su estado general de salud. En el caso de los pacientes que desconozcan su estado serológico, es necesario ofrecer o referir la prueba rápida para detección de VIH y otras ITS.

Debido a que hay una gran comorbilidad de los trastornos adictivos con trastornos psiquiátricos, es necesario hacer una evaluación del estado de salud mental, identificar la presencia de trastornos psiquiátricos específicos e investigar la historia de tratamientos previos o actuales. En este sentido, es muy importante investigar la presencia de riesgo de suicidio. Se deben considerar aspectos psicosociales en la vida del paciente como: empleo, vivienda, apoyo social e involucramiento en actividades criminales, así como el impacto que ha tenido la dependencia a la heroína en su familia.

En el caso de las mujeres, se debe investigar la fecha de la última menstruación y la posibilidad de embarazo, ya que en caso de existir, el proceso de desintoxicación y sustitución se debe llevar a cabo con precaución y siguiendo ciertos lineamientos específicos. Cuando hay presencia de otros trastornos físicos o mentales, éstos se deben atender de manera conjunta con la dependencia y en el mismo servicio de salud, salvo en los casos que, por su gravedad o riesgo para la vida de la paciente, requieran otro nivel de atención.

Finalmente, es importante explorar la motivación del paciente para el tratamiento; entender qué factores han contribuido al inicio y la persistencia en el uso de heroína u otras sustancias; determinar las metas del paciente a corto, mediano y largo plazos, y conocer la razón por la que acude en este momento para solicitar atención (National Collaborating Centre for Mental Health, 2008; Fernández-Miranda, J.J., 2008; Ford C., 2011; World Health Organization, 2009; Mental Health and Drug & Alcohol Office, 2006; Center for Substance Abuse Treatment, 2005. Henry-Edwards S, 2003; College of Physicians & Surgeons of Alberta, 2014).

La evaluación clínica de los pacientes con infección por VIH que consumen heroína intravenosa y son candidatos al tratamiento de mantenimiento debe incluir la valoración de una serie de signos y síntomas físicos y mentales que en conjunto determinan la gravedad de la dependencia y la idoneidad del paciente para el tratamiento:

La evaluación inicial debe determinar la presencia de otras dependencias y la gravedad de las mismas.

La evaluación inicial permite determinar la gravedad de la dependencia y la idoneidad del paciente para el tratamiento con metadona.

A. Valoración del síndrome de dependencia

1. Edad de inicio.
2. Evolución.
3. Aparición de tolerancia.
4. Periodos de abstinencia.
5. Tipo de opiáceos usados.
6. Dosis.
7. Frecuencia de uso.
8. Formas de administración.
9. Tratamientos previos.
10. Fecha de último uso.
11. Uso en los últimos tres días.
12. Presencia de síndrome de abstinencia.
13. Historia y estado actual de uso de otras sustancias incluyendo alcohol y tabaco.

B. Exploración del estado mental

1. Apariencia.
2. Estado de conciencia.
3. Comportamiento psicomotor.
4. Estado cognitivo.
5. Atención.
6. Concentración.
7. Lenguaje.
8. Pensamiento.
9. Orientación.
10. Memoria.
11. Estado de ánimo.
12. Percepción.
13. Conductas de riesgo.
14. Riesgo de suicidio.
15. Historia de trastornos mentales incluyendo su tratamiento.

C. Historia médica

1. Diagnósticos por órganos y sistemas.
2. Condiciones médicas crónicas y agudas.
3. Documentación de enfermedades infecciosas.
 - i. VIH.
 - ii. Hepatitis B y C.
 - iii. Tuberculosis.
 - iv. Otras infecciones de transmisión sexual.
4. Estado vacunal.
5. Alergias.
6. Tratamientos y medicamentos recibidos.
7. En mujeres.
 - i. Embarazos previos (tipo, complicaciones).
 - ii. Embarazo actual.
 - iii. Asistencia a cuidados prenatales.
 - iv. Uso de sustancias en el embarazo (incluyendo alcohol y tabaco).
 - v. Historia de síndrome de muerte súbita en los hijos.
8. Examen físico completo
 - i. Signos vitales
 - ii. Apariencia general

- iii. Examen de cabeza, ojos, oídos, nariz, garganta, extremidades
- iv. Evidencia de uso de drogas intravenosas (marcas por venopunción)
- v. Examen sistema respiratorio, hígado y corazón
- vi. En mujeres: revisión ginecológica

D. Información complementaria

1. Situación social.
2. Recursos personales para la recuperación.
3. Motivación para el cambio.
4. Situación legal.
5. Información sociodemográfica.

3.3. Pruebas de laboratorio

Los estudios de laboratorio y gabinete son útiles tanto para la detección de una serie de condiciones médicas o metabólicas como para la detección de sustancias y facilitan una evaluación más completa de los candidatos a un programa de mantenimiento. Los análisis de laboratorio en sangre y orina más comunes son (Fernández-Miranda, J.J., 2008):

1. Biometría hemática.
2. Bioquímica básica incluyendo colesterol, triglicéridos, función renal, función hepática, tiempo de protrombina y pruebas de coagulación.
3. Serología para tamizaje de sífilis.
4. Detección de anticuerpos anti VIH, marcadores de hepatitis A, B, C.
5. Radiografía de tórax.
6. Prueba de embarazo.
7. Test cutáneo de tuberculina (PPD).

Pruebas de laboratorio para identificar enfermedades infecciosas

En la evaluación de un usuario de drogas intravenosas se deben realizar pruebas de detección de VIH, hepatitis B y C, que deben ser acompañadas de una adecuada consejería y apoyo al conocer los resultados de estos estudios. También se deben realizar pruebas de detección de tuberculosis y sífilis por la alta prevalencia de estas infecciones entre las personas que se inyectan drogas (World Health Organization, 2009).

Pruebas para la detección de sustancias

El análisis de diversos fluidos o tejidos, como el cabello, puede brindar información valiosa para confirmar el uso de opiáceos u otras sustancias de abuso. En la práctica cotidiana, los análisis de sustancias o la presencia de sus metabolitos en la orina son los más usados, y en las guías de práctica clínica se sugiere realizarlos al inicio del tratamiento para confirmar que el paciente efectivamente esté usando opiáceos, aunque es sólo una prueba cualitativa que no informa la cantidad de la sustancia en sangre (World Health Organization, 2009; Community Pharmacotherapy Program, 2014; Queensland Health, 2012).

Una limitación de estas pruebas es la posibilidad de falsificación de las muestras de orina, por lo que se debe tener un control sobre la colección de la muestra. En caso de contar con recursos suficientes, se pueden utilizar las técnicas de inmunoensayo (EMIT) en sangre u orina, confirmando los resultados

Con frecuencia, los pacientes con dependencia a los opiáceos presentan trastornos psiquiátricos como ansiedad y depresión.

con cromatografía de gases y de espectrometría de masas. Sin embargo, el no contar con análisis de laboratorio no debe impedir que el usuario ingrese a un tratamiento de mantenimiento con metadona. Los estudios de laboratorio para detección de sustancias también pueden ser usados a lo largo del tratamiento para corroborar el uso de la metadona y de otros opiáceos, así como de otras drogas.

3.4. Tamizaje para trastornos psiquiátricos

Los pacientes con dependencia a los opiáceos presentan con mucha frecuencia otros trastornos psiquiátricos, en particular, ansiedad, depresión, trastorno por estrés postraumático y trastornos de la personalidad. Estos cuadros deben ser investigados desde la entrevista inicial y hay que darles seguimiento posteriormente. Además de la evaluación clínica, existen instrumentos clinimétricos de fácil aplicación que son útiles para diversos objetivos como: hacer un tamizaje general de trastornos psiquiátricos de acuerdo con el Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV (DSM IV) o la Clasificación Internacional de Enfermedades 10 (CIE-10); identificar trastornos psiquiátricos específicos y evaluar la comorbilidad psiquiátrica en pacientes con trastornos por uso de sustancias.

En esta subsección se describen algunos de estos instrumentos, así como los trastornos psiquiátricos más frecuentes. Se sugiere que para el manejo apropiado de ellos se sigan los lineamientos de las Guías de Práctica Clínica existentes (Secretaría de Salud, 2009b, 2009c, 2009d, 2010b, 2011).

Instrumentos para diagnosticar trastornos psiquiátricos

Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI)

La Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI) es un instrumento diagnóstico estructurado, desarrollado por Sheehan y colaboradores (1998) con el objeto de contar con una entrevista de fácil administración en un periodo breve de tiempo (15 minutos) para diagnosticar trastornos psiquiátricos según el DSM III R en varios ámbitos, incluyendo servicios clínicos no dedicados a la investigación. Actualmente existen versiones que generan diagnósticos según el DSM IV y la CIE 10. La MINI está diseñada para identificar trastornos psiquiátricos presentes en el momento en que se hace la entrevista. Ha sido traducida a múltiples idiomas incluyendo español y hay una versión mexicana (Heinze, G., 2000). El instrumento investiga específicamente 17 trastornos psiquiátricos, inicialmente con dos preguntas de tamizaje, que descartan o no la presencia de estos trastornos y en los casos positivos hay más ítems para ampliar la información del trastorno.

Composite International Diagnostic Interview (CIDI)

La Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta (CIDI) fue desarrollada originalmente por la Organización Mundial de la Salud en 1990 (WHO, 1992), basándose en la Cédula de Entrevista Diagnóstica (DIS por sus siglas en inglés) de Robins, L.N. y colaboradores (1988), para hacer el diagnóstico

de trastornos psiquiátricos de acuerdo con la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE). Ha sido traducida a varios idiomas y utilizada en diversos contextos demostrando una confiabilidad test retest e inter entrevistador adecuadas. En México se ha utilizado una versión adaptada para estudios epidemiológicos (Caraveo, A.J., 1998).

Trastornos psiquiátricos específicos

Trastornos de ansiedad

Son los trastornos mentales más frecuentes y se manifiestan como un estado emocional displacentero, muchas veces acompañado de síntomas físicos, que puede aparecer como una reacción adaptativa a situaciones estresantes o traumáticas, o ser un síntoma de otros trastornos mentales. Los síntomas mentales (cognitivos, conductuales y afectivos) incluyen intranquilidad, inquietud, nerviosismo, preocupación excesiva y desproporcionada, miedos irracionales, ideas catastróficas, deseo de huir, temor a perder la razón y el control, sensación de muerte inminente. Los síntomas físicos incluyen aumento de la tensión muscular, mareos, sensación de “cabeza vacía”, sudoración, hiperreflexia, fluctuaciones de la presión arterial, palpitaciones, síncope, taquicardia, parestesias, temblor, molestias digestivas, aumento de la frecuencia y urgencia urinarias y diarrea. Se puede utilizar la Escala de Hamilton para Ansiedad, que es un instrumento aplicado por el clínico, para determinar la gravedad de los síntomas ansiosos (ver Cuadro 4) Para el manejo se recomiendan seguir las recomendaciones de la Guía de Práctica Clínica de Trastornos de Ansiedad en el Adulto (Secretaría de Salud, 2009b).

Cuadro 4. Escala de Hamilton para Ansiedad

Esta escala especifica la severidad de los síntomas ansiosos en aquellos pacientes diagnosticados con alguno de los trastornos de ansiedad. En su diseño, la escala es precedida de unas breves instrucciones para el médico o el entrevistador en las que se precisa el rango de puntuación según la intensidad de los síntomas a saber: ausente = 0; leve = 1 ; moderado = 2; severo = 3; y grave o totalmente incapacitado = 4.			
1. Humor ansioso	Inquietud, espera de lo peor, aprehensión, (anticipación temerosa), irritabilidad	1	2 3 4
2. Tensión	Sensación de tensión, fatigabilidad, sobresaltos, llanto fácil, temblor, sensación de no poder quedarse en un solo lugar, incapacidad de relajarse	1	2 3 4
3. Miedos	A la oscuridad, a la gente desconocida, a quedarse solo, a los animales, al tráfico, a la multitud	1	2 3 4
4. Insomnio	Dificultad para conciliar el sueño. Sueño interrumpido, sueño no satisfactorio con cansancio al despertar, sueños penosos, pesadillas, terrores nocturnos.	1	2 3 4

5. Funciones intelectuales	Dificultad en la concentración, mala memoria.	1	2	3	4
6. Humor depresivo	Falta de interés, no disfrutar ya con los pasatiempos, tristeza, insomnio de madrugada, variaciones de humor durante el día.	1	2	3	4
7. Síntomas somáticos (musculares)	Dolores y cansancio muscular, rigidez, sacudidas mioclónicas, rechinar de dientes, voz poco firme, tono muscular aumentado.	1	2	3	4
8. Síntomas somáticos generales (sensoriales)	Zumbido de oídos, visión borrosa, sofocos o escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo.	1	2	3	4
9. Síntomas cardiovasculares	Taquicardia, palpitaciones, dolores en el pecho, latidos vasculares, sensación de desmayo, extrasístoles.	1	2	3	4
10. Síntomas respiratorios	Peso u opresión torácica, sensación de ahogo, suspiros, disnea.	1	2	3	4
11. Síntomas gastrointestinales	Dificultad para deglutir, meteorismo, dolor abdominal, náusea, vómitos, borborigmos, sensación de estómago vacío, pérdida de peso, estreñimiento.	1	2	3	4
12. Síntomas genitourinarios	Micciones frecuentes, urgencia de micción, amenorrea, menorragia, desarrollo de frigidez, eyaculación precoz, pérdida del apetito sexual, disfunción eréctil.	1	2	3	4
13.- Síntomas del sistema nervioso vegetativo	Boca seca, accesos de rubor, palidez, transpiración excesiva, vértigo, cefalea por tensión, piloerección.	1	2	3	4
14. Comportamiento agitado durante la entrevista	Agitado, inquieto o dando vueltas, manos temblorosas, ceño fruncido, facies tensa, suspiros o respiración agitada, palidez, tragar saliva, eructos, rápidos movimientos de los tendones, midriasis, exoftalmos.	1	2	3	4
	Total	1	2	3	4

No existen puntos de corte para distinguir a la población con y sin trastornos de ansiedad, dado que su calificación es de 0 a 56 puntos, el resultado debe interpretarse cualitativamente en términos de intensidad y, de ser posible, diferenciar entre la ansiedad psíquica (ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 14) y la ansiedad somática (ítems 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13).

- Una puntuación mayor o igual a 15 corresponde a ansiedad moderada/grave (amerita tratamiento).
- Una puntuación de 6 a 14 corresponde a ansiedad leve.
- Una puntuación de 0 a 5 corresponde a ausencia o remisión del trastorno.

(Secretaría de Salud, 2010b)

Trastorno por estrés postraumático

Un tipo de trastorno de ansiedad es el Trastorno por Estrés Post Traumático (TEPT), el cual se presenta en 8% de la población general y se define como una respuesta maladaptativa que surge como respuesta tardía o diferida a un acontecimiento estresante o a una situación (breve o duradera) de naturaleza emocional en la que se recuerda el evento, que puede aparecer y permanecer muchas semanas o meses después del trauma (ver Cuadro 5).

Cuadro 5. Criterios diagnósticos del DSM IV para el Trastorno por Estrés Postraumático

A. La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que:

1. Ha experimentado, presenciado o le han explicado uno o más acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás.
2. Ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos. (En los niños estas respuestas pueden expresarse en comportamientos desestructurados o agitados.)

B. El acontecimiento traumático se vuelve a experimentar de forma persistente a través de una o más de las siguientes formas:

1. Recuerdos del acontecimiento recurrentes e intrusivos que provocan malestar y en los que se incluyen imágenes, pensamientos o percepciones. (En los niños esto puede experimentarse en juegos repetitivos donde aparecen temas o aspectos característicos del trauma.)
2. Sueños de carácter recurrente sobre el acontecimiento, que producen malestar. (En los niños puede haber sueños terroríficos de contenido irreconocible.)
3. El individuo actúa o tiene la sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo (ilusiones, alucinaciones, flashbacks). Los niños pueden reescenificar el acontecimiento traumático específico.
4. Malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.
5. Respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.

C. Elusión persistente de estímulos asociados al trauma y embotamiento de la reactividad general del individuo (ausente antes del trauma), tal y como lo indican tres o más de los siguientes síntomas:

1. Esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático.
2. Esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del trauma.

Los usuarios de heroína intravenosa tienen un mayor riesgo de desarrollar el trastorno por estrés post traumático.

3. Incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma.

4. Reducción acusada del interés o la participación en actividades significativas.

5. Sensación de desapego o enajenación frente a los demás.

6. Restricción de la vida afectiva (incapacidad para tener sentimientos de amor).

7. Sensación de un futuro limitado (no espera obtener un empleo, casarse, no tiene la esperanza de una vida normal).

D. Síntomas persistentes de aumento de la activación (ausentes antes del trauma), tal y como lo indican dos o más de los siguientes síntomas:

1. Dificultades para conciliar o mantener el sueño.

2. Irritabilidad o ataques de ira.

3. Dificultades para concentrarse.

4. Hipervigilancia.

5. Respuestas exageradas de sobresalto.

E. Estas alteraciones de los criterios B, C, y D se prolongan más de un mes.

F. Estas alteraciones provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

(American Psychiatric Association, 2000).

En los usuarios de heroína intravenosa hay una alta prevalencia de exposición a eventos traumáticos y, por tanto, un mayor riesgo de desarrollar el trastorno por estrés post traumático, por lo que éste se debe investigar en todos los pacientes que acudan a tratamiento (Mills, K.L., 2005).

El manejo de este trastorno puede mejorar la calidad de vida y favorecer un mejor funcionamiento, por lo que, una vez identificado, se pueda brindar una atención de acuerdo con la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Estrés Postraumático (Secretaría de Salud, 2011). (Ver Viñeta Clínica 3.)

Viñeta Clínica 3

El mismo paciente de la Viñeta 2, al ser evaluado en la historia clínica señala que hace 8 meses unos desconocidos lo golpearon, incluso lo amenazaron con armas de fuego. El paciente refiere que lo dejaron ir y no tuvo lesiones de importancia, pero desde entonces siente ansiedad cuando ve personas que se le acercan, por lo que ha evitado salir del cuarto donde vive. También refiere pesadillas sobre este incidente y comenta que lo recuerda aún estando despierto, generándole mucha ansiedad. Estos síntomas han originado mayor consumo y más aislamiento.

Observación: En la historia clínica se descubre que el paciente sufrió un evento traumático en el pasado reciente y que desde entonces sufre síntomas de ansiedad, reexperimentando este evento con consecuencias en su funcionamiento. Estos síntomas indican la presencia de un Trastorno por Estrés Post Traumático. De acuerdo con la Guía de Práctica Clínica hay evidencias de que los antidepresivos inhibidores selectivos de recaptura de serotonina tienen mayor efectividad en el manejo de los síntomas.

Trastorno depresivo

Los trastornos depresivos son muy frecuentes en la población general y más frecuentes aún en pacientes con trastornos por uso de sustancias, por lo que es necesario evaluar su presencia desde la Entrevista Diagnóstica General.

Los trastornos depresivos se caracterizan por un estado de ánimo bajo, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia. Además, en mayor o menor grado, están presentes síntomas de tipo cognitivo, volitivo y somático. En ocasiones se puede asociar a ideas suicidas que siempre deben valorarse y manejarse. Para valorar la gravedad de los cuadros depresivos se han desarrollado diversos instrumentos, por ejemplo, la Escala de Depresión de Hamilton (ver Cuadro 6) que permite determinar en muy poco tiempo la gravedad actual de la depresión.

El manejo de la depresión con fármacos e intervenciones psicosociales adecuadas puede mejorar notablemente la sintomatología y mejorar la calidad de vida de los pacientes, por lo que en caso de detectarse se recomienda seguir los lineamientos de la Guía de Práctica Clínica de Trastornos Depresivos (Secretaría de Salud, 2009b).

Cuadro 6. Escala de Depresión de Hamilton		
Esta escala ayuda a especificar la severidad de los síntomas depresivos. Su rango de puntuación según la intensidad de los síntomas es: ausente = 0; leve = 1; moderado = 2; severo = 3; y grave o totalmente incapacitado = 4.		
1. Humor depresivo	<ul style="list-style-type: none"> • Ausente. • Estas sensaciones las expresa solamente si le preguntan cómo se siente. • Estas sensaciones las relata espontáneamente. • Sensaciones no comunicadas verbalmente (expresión facial, postura, voz, tendencia al llanto). • Manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal en forma espontánea. 	0 1 2 3 4
2. Sentimientos de culpa	<ul style="list-style-type: none"> • Ausente. • Se culpa a sí mismo, cree haber decepcionado a la gente. • Tiene ideas de culpabilidad o medita sobre errores pasados o malas acciones. • Siente que la enfermedad actual es un castigo. • Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales de amenaza. 	0 1 2 3 4
3. Suicidio	<ul style="list-style-type: none"> • Ausente. • Le parece que la vida no vale la pena ser vivida. • Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morir. • Ideas de suicidio o amenazas • Intentos de suicidio (cualquier intento serio). 	0 1 2 3 4

4. Insomnio inicial	<ul style="list-style-type: none"> • No tiene dificultad. • Dificultad ocasional para dormir, por ejemplo: más de media hora el conciliar el sueño. • Dificultad para dormir cada noche. 	0 1 2
5. Insomnio intermedio	<ul style="list-style-type: none"> • No hay dificultad. • Está desvelado e inquieto o se despierta varias veces durante la noche. • Está despierto durante la noche, cualquier ocasión de levantarse de la cama se clasifica en 2 (excepto por motivos de evacuar). 	0 1 2
6. Insomnio tardío	<ul style="list-style-type: none"> • No hay dificultad. • Se despierta a primeras horas de la madrugada, pero se vuelve a dormir. • No puede volver a dormirse si se levanta de la cama. 	0 1 2
7. Trabajo y actividades	<ul style="list-style-type: none"> • No hay dificultad. • Ideas y sentimientos de incapacidad, fatiga o debilidad (trabajos, pasatiempos). • Pérdida de interés en su actividad (disminución de la atención, indecisión y vacilación). • Disminución del tiempo actual dedicado a actividades o disminución de la productividad. • Dejó de trabajar por la presente enfermedad. Sólo se compromete en las pequeñas tareas, o no puede realizar éstas sin ayuda. 	0 1 2 3 4
8. Inhibición psicomotora	<ul style="list-style-type: none"> • Lenguaje y pensamiento normales. • Ligeramente retrasado en el habla. • Evidente retraso en el habla. • Dificultad para expresarse. • Incapacidad para expresarse. 	0 1 2 3 4
9. Agitación psicomotora	<ul style="list-style-type: none"> • Ninguna. • Juega con sus dedos. • Juega con sus manos, cabello, etc. • No puede quedarse quieto ni permanecer sentado. • Retuerce las manos, se muerde las uñas, se tira de los cabellos, se muerde los labios. 	0 1 2 3 4
10. Ansiedad psíquica	<ul style="list-style-type: none"> • No hay dificultad. • Tensión subjetiva e irritabilidad. • Preocupación por pequeñas cosas. • Actitud aprensiva en la expresión o en el habla. • Expresa sus temores sin que le pregunten. 	0 1 2 3 4
11. Ansiedad somática (signos físicos de ansiedad)	<ul style="list-style-type: none"> • Ausente. • Ligera. • Moderada. • Severa. • Incapacitante. 	0 1 2 3 4

12. Síntomas somáticos gastrointestinales	<ul style="list-style-type: none"> • Ninguno. • Pérdida del apetito pero come sin necesidad de que lo estimulen • Sensación de pesadez en el abdomen. • Dificultad en comer si no se le insiste. • Solicita laxantes o medicación intestinal para sus síntomas gastrointestinales 	0 1 2 3 4
13. Síntomas somáticos generales	<ul style="list-style-type: none"> • Ninguno. • Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias. Cefaleas, algias musculares. • Pérdida de energía y fatigabilidad. Cualquier síntoma bien definido se clasifica en 2. 	0 1 2
14. Síntomas genitales (disminución de libido, trastornos menstruales)	<ul style="list-style-type: none"> • Ausente. • Débil. • Grave. 	0 1 2
15. Hipocondría	<ul style="list-style-type: none"> • Ausente. • Preocupado de sí mismo (corporalmente). • Preocupado por su salud. • Se lamenta constantemente, solicita ayuda. 	1 2 3 4
16. Pérdida de peso	<ul style="list-style-type: none"> • Pérdida de peso inferior a 500 gr en una semana. • Pérdida de más de 500 gr en una semana. • Pérdida de más de 1 kg en una semana. 	0 1 2
17. Introspección	<ul style="list-style-type: none"> • Se da cuenta de que está deprimido y enfermo. • Se da cuenta de su enfermedad pero atribuye la causa a la mala alimentación, al clima, al exceso de trabajo, a un virus, a la necesidad de descanso, etc. • No se da cuenta de que está enfermo. 	0 1 2 3
	TOTAL	
Puntos de corte: No deprimido: 0-7 Depresión ligera/menor: 8-13 Depresión moderada: 14-18 Depresión severa: 19-22 Depresión muy severa: >23		

(Secretaría de Salud, 2009b)

Quienes padecen trastorno bipolar tienen una alta prevalencia de abuso de sustancias y de intentos suicidas.

Trastorno bipolar

El trastorno bipolar es una afección mental que se caracteriza por la presencia de cambios de estado de ánimo y episodios en los que se altera el afecto y la actividad del paciente, en los que existe, por lo menos, un estado de ánimo exaltado con aumento de la actividad (manía o hipomanía) y se alterna con episodios de estado de ánimo bajo y descenso de la actividad.

Aunque tiene una prevalencia aproximada de 1% en la población, aquéllos que lo padecen tienen una alta prevalencia de abuso de sustancias y de intentos suicidas. En los cuadros 7 y 8 se muestran los criterios diagnósticos para los trastornos bipolares I y II respectivamente. Para su manejo, se recomienda seguir las recomendaciones de la Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento del Trastorno Bipolar (Secretaría de Salud, 2009c).

Cuadro 7. Criterios diagnósticos del DSM IV para el Trastorno bipolar I, episodio más reciente no especificado

- A. Actualmente (o en el episodio más reciente) se cumplen los criterios, excepto en la duración, para un episodio maniaco, un episodio hipomaniaco, un episodio mixto o un episodio depresivo mayor.
- B. Previamente se ha presentado al menos un episodio maniaco o un episodio mixto.
- C. Los síntomas afectivos provocan un malestar clínicamente significativo o un deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- D. Los episodios afectivos en los Criterios A y B no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no se superponen con esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante o trastorno psicótico no especificado.
- E. Los síntomas afectivos en los Criterios A y B no son debidos a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento u otro tratamiento) ni a una enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo).

(American Psychiatric Association, 2000.)

Cuadro 8. Criterios diagnósticos del DSM IV para Trastorno bipolar II

- A. Presencia (o historia) de uno o más episodios depresivos mayores.
- B. Presencia (o historia) de al menos un episodio hipomaniaco.
- C. No ha habido ningún episodio maniaco ni un episodio mixto.
- D. Los síntomas afectivos en los Criterios A y B no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no se superponen con una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.
- E. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social/laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Esquizofrenia

La esquizofrenia es un trastorno psicótico, de curso crónico y que suele ser grave. Es un trastorno del pensamiento con síntomas también afectivos, perceptuales, motivacionales, conductuales y motores. Son frecuentes las alteraciones perceptuales como alucinaciones, creencias delirantes, asociaciones laxas de pensamiento, afecto inapropiado o aplanado, poca motivación, errores de juicio, entre otros síntomas. Los pacientes que sufren esquizofrenia tienen una mayor prevalencia de abuso de sustancias, lo que complica su manejo y genera un pronóstico poco optimista. En el Cuadro 9 se pueden observar los criterios diagnósticos para esquizofrenia de acuerdo con el DSM IV. Aunque la esquizofrenia requiere un manejo especializado, éste no siempre es accesible, por lo que se recomienda seguir las recomendaciones de la Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de la Esquizofrenia en el primer y Segundo Nivel de Atención (Secretaría de Salud, 2009d).

Cuadro 9. Criterios diagnósticos del DSM IV para la Esquizofrenia

- A. Síntomas característicos: Dos (o más) de los siguientes, cada uno de ellos presente durante una parte significativa de un periodo de un mes (o menos si se trató con éxito). Al menos uno de ellos ha de ser 1, 2 o 3:
1. Delirios
 2. Alucinaciones.
 3. Discurso desorganizado (p. ej., disgregación o incoherencia frecuente)
 4. Comportamiento muy desorganizado o catatónico.
 5. Síntomas negativos (es decir, expresión emotiva disminuida o abulia).
- B. Durante una parte significativa del tiempo desde el inicio del trastorno, el nivel de funcionamiento en uno o más ámbitos principales, como el trabajo, las relaciones interpersonales o el cuidado personal, está muy por debajo del nivel alcanzado antes del inicio (o cuando comienza en la infancia o la adolescencia, fracasa la consecución del nivel esperado de funcionamiento interpersonal, académico o laboral).
- C. Los signos continuos del trastorno persisten durante un mínimo de seis meses. Este período de seis meses ha de incluir al menos un mes de síntomas (o menos si se trató con éxito) que cumplan el Criterio A (es decir, síntomas de fase activa) y puede incluir períodos de síntomas prodrómicos o residuales. Durante estos períodos prodrómicos o residuales, los signos del trastorno se pueden manifestar únicamente por síntomas negativos o por dos o más síntomas enumerados en el Criterio A presentes de forma atenuada (p. ej., creencias extrañas, experiencias perceptivas inhabituales).

Los pacientes que sufren esquizofrenia tienen una mayor prevalencia de abuso de sustancias.

- D. Se han descartado el trastorno esquizoafectivo y el trastorno depresivo o bipolar con características psicóticas porque 1) no se han producido episodios maníacos o depresivos mayores de forma concurrente con los síntomas de fase activa, o 2) si se han producido episodios del estado de ánimo durante los síntomas de fase activa, han estado presentes sólo durante una mínima parte de la duración total de los períodos activo y residual de la enfermedad.
- E. El trastorno no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga o medicamento) o a otra afección médica.

(American Psychiatric Association, 2014)

Existen diferentes instrumentos para evaluar la comorbilidad psiquiátrica en pacientes dependientes a la heroína.

Otros instrumentos para evaluar la comorbilidad psiquiátrica

General Health Questionnaire 28 items (GHQ 28)

Éste es un cuestionario autoaplicable que fue desarrollado inicialmente por Goldberg en 1979 para identificar trastornos mentales no psicóticos en usuarios de asistencia primaria (Goldberg, 1979). Su diseño permite valorar la presencia y severidad de los trastornos psiquiátricos. Su versión original era de 60 ítems, pero se han desarrollado versiones más breves.

La versión de 28 ítems (GHQ 28) se puede aplicar entre tres y cinco minutos, y sirve para el tamizaje de problemas mentales en cuatro subescalas: síntomas somáticos, ansiedad e insomnio, disfunción social y depresión grave. En México fue traducida y ha sido estudiada en poblaciones de estudiantes universitarios por Romero-Mendoza y Medina-Mora (1987). Existe una versión traducida al español que ha sido aplicada a pacientes con dependencia a los opiáceos con adecuada confiabilidad, sensibilidad y especificidad (Pérez-Moreno P, 2009).

Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders (PRISM)

Este instrumento fue desarrollado originalmente por Debora Hasin y colaboradores en 1996 (Hasin D, 1996). Se trata de una entrevista estructurada que fue desarrollada para diagnosticar trastornos mentales de acuerdo con el DSM IV en la investigación de los trastornos comórbidos (es decir la presencia conjunta de trastornos mentales y trastornos por uso de sustancias).

La versión actualizada del PRISM provee diagnósticos de trastornos primarios e inducidos por el uso de sustancias, e incluye los efectos esperados por la intoxicación y la abstinencia. Ha sido validada al español en pacientes con trastornos por uso de sustancias (Torrens, M. 2004). Requiere capacitación específica para ser utilizada.

3.5. Evaluación de la gravedad de la dependencia

Para evaluar y diagnosticar los trastornos por uso de heroína se utilizan los mismos criterios diagnósticos que para el resto de los opiáceos. De acuerdo con la Clasificación Internacional de enfermedades 10ª edición (Organización Panamericana de la Salud, 1994), la dependencia de los opiáceos es un síndrome que se manifiesta por un deseo persistente de consumir la sustancia, una disminución de la capacidad para controlar el consumo, la aparición de síndromes de abstinencia al suspender o reducir su uso, el desarrollo de tolerancia (de manera que cada vez se requieren dosis mayores para mantener el estado de intoxicación), y el uso continuo a pesar de los problemas que esto genera. Como se puede ver en el Cuadro 10, la Clasificación Internacional de Enfermedades señala seis posibles criterios de dependencia.

Cuadro 10 F11.2 Síndrome de dependencia CIE 10

El diagnóstico de dependencia sólo debe hacerse si durante algún momento en los doce meses previos, o de un modo continuo, han estado presentes tres o más de los rasgos siguientes:

- a) Deseo intenso o vivencia de una compulsión por consumir una sustancia.
- b) Disminución de la capacidad para controlar el consumo de una sustancia o alcohol, unas veces para controlar el comienzo del consumo y otras para poder terminarlo para controlar la cantidad consumida.
- c) Síntomas somáticos de un síndrome de abstinencia cuando el consumo de la sustancia se reduce o cesa, cuando se confirme por: el síndrome de abstinencia característico de la sustancia, o el consumo de la misma sustancia (o de otra muy próxima) con la intención de aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.
- d) Tolerancia, de tal manera que se requiere un aumento progresivo de la dosis de la sustancia para conseguir los mismos efectos que originalmente producían dosis más bajas (la dependencia al alcohol y a los opiáceos son ejemplos claros de esto: hay individuos que pueden llegar a ingerir dosis suficientes para incapacitar o provocar la muerte a otras personas que no presentan tolerancia).
- e) Abandono progresivo de otras fuentes de placer o diversiones, a causa del consumo de la sustancia. Aumento del tiempo necesario para obtener o ingerir la sustancia o para recuperarse de sus efectos.
- f) Persistencia en el consumo de la sustancia a pesar de sus evidentes consecuencias perjudiciales, tales como daños hepáticos por consumo excesivo de alcohol, estados de ánimo depresivos consecutivos a periodos de consumo elevado de una sustancia, o deterioro cognitivo secundario al consumo de la sustancia.

Nota: Para conocer los criterios diagnósticos de la intoxicación por opiáceos según el DSM 5 de la Asociación Psiquiátrica Americana ver el Anexo 1.

Esta Guía ofrece los elementos necesarios para evaluar la gravedad de la dependencia a la heroína.

Existen diversos instrumentos para evaluar la gravedad de la dependencia a diversas sustancias graduándola de menor a mayor severidad.

Si el paciente cumple por lo menos con tres de estos criterios en el último año, se cumple el diagnóstico de dependencia, que en este caso sería considerada leve, mientras que si cumple con seis criterios, es considerada grave (ver Cuadro 10).

En la entrevista diagnóstica se debe investigar si el paciente ha cumplido estos criterios a lo largo del último año. El paciente idóneo para el Programa de Mantenimiento con Metadona debe cumplir con los criterios de dependencia a heroína (opiáceos) en el momento actual y encontrarse en consumo activo (ver Viñeta Clínica 4).

Viñeta Clínica 4

Al interrogar al mismo paciente de la Viñeta 2 para evaluar su nivel de dependencia a los opiáceos refiere que ahora necesita más dosis que hace un año, oscilando de 2 a 3 gramos de acuerdo con la disponibilidad, y que también ha presentado “malilla” al no tener heroína o incluso al bajar la dosis. Esto le genera gran malestar, ya que no quiere salir mucho de su cuarto, salvo para salir a comprar y, por falta de dinero, ha vendido y empeñado varias cosas que tenía y le ha pedido prestado a un familiar que siempre le da. Pasa la mayor parte del tiempo consumiendo o reponiéndose del consumo. Señala que siempre tiene muchos deseos de consumir y que no lo puede evitar, aunque ahora que sabe que tiene VIH lo ha intentado varias veces. Señala que tiene más de dos años con este patrón, pero que ha empeorado en los últimos seis meses.

Observación: El paciente refiere los seis criterios de dependencia: tolerancia, síntomas de abstinencia, incapacidad de controlar el consumo, apetencia, abandono de otras actividades y persistencia en el consumo a pesar de las consecuencias graves que presenta. Estos datos llevan más de 12 meses de estar presentes. Al cumplir con los seis criterios diagnósticos, se considera que la dependencia a los opiáceos de este paciente es grave y está presente en el momento actual.

Instrumentos para evaluar la dependencia

Existen diversos instrumentos desarrollados para evaluar la gravedad de la dependencia a diversas sustancias de una manera dimensional, es decir, graduándola de menor a mayor severidad. Algunos de estos instrumentos se han utilizado y validado en sujetos con dependencia a la heroína por vía intravenosa y permiten hacer una evaluación inicial de la dependencia.

- Addiction Severity Index (ASI)
- Leeds Dependence Questionnaire (LDQ)
- Severity of Dependence Scale (SDS)
- Substance Dependence Severity Scale (SDSS)

Addiction Severity Index (ASI)

El Índice de Severidad de la Adicción (ASI) es un instrumento semiestructurado de 200 ítems, diseñado para evaluar siete áreas de problemas potenciales en pacientes con trastornos por el uso de sustancias: estado médico, empleo, uso de drogas, uso de alcohol, estado legal, estado familiar y social, y estado psiquiátrico. El ASI investiga estado actual y diversos problemas a lo largo de la vida. Se ha usado en diversas poblaciones y su aplicación requiere un entrenamiento específico (McLellan AT, 1980). Existe una traducción al español de la sexta versión en inglés (Bobes, J 2007) (ver Anexo 2).

Leeds dependence questionnaire (LDQ)

El Cuestionario de Dependencia de Leeds fue desarrollado en 1994 como parte de un paquete de instrumentos de evaluación (Raistrick et al, 1994). Es una escala autoadministrada que mide el grado de dependencia de diferentes tipos de sustancias a través de 10 preguntas con respuestas tipo Likert de cuatro grados. Este cuestionario se basa en una definición psicológica de la dependencia y es útil para evaluarla aún en periodos de abstinencia. Se ha evaluado su validez de constructo, validez concurrente, consistencia interna y confiabilidad test-retest con buenos resultados, aunque mejores para evaluar la dependencia al alcohol que para opiáceos.

Severity of Dependence Scale (SDS)

La Escala de Severidad de la Dependencia es un instrumento de cinco ítems que interroga explícitamente sobre componentes psicológicos de la dependencia. Fue desarrollada por Gossop y colaboradores en 1995 (Gossop, 1995) y se ha utilizado en usuarios de heroína y otras drogas. Los cinco ítems investigan específicamente el control deficiente sobre el consumo de drogas, y la preocupación y ansiedad respecto a su consumo, y se califican de 0 a 3, desde la ausencia total a la presencia constante del criterio. Ha sido traducida y validada en varios idiomas, incluyendo el español (González-Saiz, 2008).

Substance Dependence Severity Scale (SDSS)

La Escala de Severidad de la Dependencia a las Sustancias (SDSS) es una entrevista administrada por el clínico que valora de manera dimensional el abuso y la dependencia de acuerdo con el DSM IV, y el uso perjudicial según la CIE 10 para alcohol y otras sustancias en los 30 días previos a la aplicación. Fue desarrollada por Miele y colaboradores en el 2000, ha sido traducida a varios idiomas y validada en español (Vélez-Moreno, 2013). Tiene una adecuada validez discriminativa y convergente, ya que muestra una relación significativa con otros instrumentos como el ASI, con una confiabilidad test-retest de buena a excelente en diversos estudios. Es útil para evaluar al paciente de manera basal y también para medir los efectos del tratamiento.

Algunos instrumentos de evaluación se han utilizado y validado en sujetos con dependencia a la heroína por vía intravenosa.

3.6. Evaluación del síndrome de abstinencia a heroína

El síndrome de abstinencia a la heroína es un cuadro que se presenta cuando el usuario suspende o reduce de manera abrupta el consumo de esta sustancia o cuando se administra un antagonista opiáceo como la naloxona. La abstinencia se manifiesta mediante la presencia de humor disfórico, molestias gastrointestinales, dolores musculares, rinorrea y lagrimeo, bostezos, insomnio y, además, se pueden observar algunos signos físicos característicos como dilatación de la pupila, piloerección (“piel de gallina”), sudoración y, en algunas ocasiones, fiebre (ver Cuadro 11).

Cuadro 11. Criterios del DSM-5 para el diagnóstico de abstinencia a opiáceos

- A. Presencia de alguno de los hechos siguientes:
 - 1. Cese (o reducción) de un consumo de opiáceos que ha sido muy intenso y prolongado (es decir, varias semanas o más).
 - 2. Administración de un antagonista de los opiáceos tras un consumo prolongado de opiáceos.
- B. Tres (o más) de los hechos siguientes, que aparecen en el plazo de unos minutos o varios días tras el Criterio A:
 - 1. Humor disfórico.
 - 2. Náuseas o vómitos.
 - 3. Dolores musculares.
 - 4. Lagrimeo o rinorrea.
 - 5. Dilatación pupilar, piloerección o sudoración.
 - 6. Diarrea.
 - 7. Bostezos.
 - 8. Fiebre.
 - 9. Insomnio.
- C. Los signos o síntomas del Criterio B provocan un malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- D. Los signos o síntomas no se pueden atribuir a ninguna otra afección médica y no se explican mejor por otro trastorno mental, incluidas una intoxicación o abstinencia de otra sustancia.

(American Psychiatric Association, 2014)

Los síntomas de abstinencia se presentan de manera gradual, después de tres o cuatro horas del último consumo.

Los síntomas de abstinencia se presentan de manera gradual, después de tres o cuatro horas del último consumo, iniciando con síntomas anticipatorios tales como miedo a la abstinencia, ansiedad y apetencia por consumir.

Aproximadamente ocho horas después del último consumo aparecen síntomas tempranos como bostezos, náusea, sudoración, rinorrea, lagrimeo y calambres que, en caso de seguir progresando después de las 24 horas y hasta tres días después del consumo, se presentan como síntomas completos de abstinencia con ansiedad severa, temblor, piloerección, espasmos musculares, aumento de la presión arterial, taquicardia y conducta impulsiva de búsqueda de heroína (Organización Panamericana de la Salud, 1994).

Después de unos días de mantenerse sin consumir, el usuario pasa a una etapa de abstinencia persistente, con hipotensión, bradicardia, pérdida de energía y del apetito, el cual puede durar varias semanas o más (Stephenson E.D.K, 2008).

Es muy importante identificar en qué etapa del síndrome de abstinencia se encuentra el usuario al ser valorado (ver Cuadro 3), ya que el mejor momento para iniciar el tratamiento con metadona es cuando está presentando una abstinencia temprana. La dosis de metadona usada se debe ajustar hasta llegar al objetivo de prevenir la aparición de síntomas objetivos y subjetivos de la abstinencia a los opiáceos (ver Cuadro 6), por lo menos durante 24 horas, disminuir la apetencia a la sustancia (“*craving*”), y reducir los efectos eufóricos de otros opiáceos en caso de que el usuario los consuma (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2013).

Es muy importante identificar en qué etapa del síndrome de abstinencia se encuentra el usuario al ser valorado.

Instrumentos para evaluar los síntomas de abstinencia a los opiáceos

La evaluación del síndrome de abstinencia a los opiáceos es particularmente importante en el manejo de los dependientes de heroína intravenosa que ingresan a tratamiento de mantenimiento con metadona, ya que este cuadro les genera un gran malestar y mejora notablemente con la administración de la metadona. Existen claras ventajas de contar con instrumentos que evalúen de manera certera estos síntomas para determinar su gravedad a lo largo del tratamiento. Para tal fin, se han desarrollado diversos instrumentos que facilitan este proceso.

- Adjective Rating Scale Withdrawal (ARSW)
- Clinical Institute Narcotic Assessment (CINA)
- Clinical Opiate Withdrawal Scale (COWS)
- Objective Opiate Withdrawal Scale (OOWS)
- Subjective Opiate Withdrawal Scale (SOWS)
- Short Opiate Withdrawal Scale (SOWS)

Adjective Rating Scale Withdrawal (ARSW)

La Escala de Calificación Adjetiva de la Abstinencia fue desarrollada en 1988, es un instrumento autoaplicable que sirve para evaluar signos y síntomas de la abstinencia a opiáceos (Bickel, 1988). Sus propiedades clinimétricas han sido evaluadas en pacientes en tratamiento por dependencia a heroína (Barbosa-Leiker, C., 2014). Consta de 16 ítems que los sujetos califican en una escala de 0 a 9 (desde la ausencia del síntoma hasta presencia severa) con un puntaje máximo de 144.

Clinical Institute Narcotic Assessment (CINA)

La Valoración de Narcóticos del Clinical Institute (CINA) es un instrumento aplicado por el clínico que consta de 11 ítems. Los primeros cuatro se basan en preguntas y observación por parte del aplicador, mientras que los restantes

siete se refieren a signos de abstinencia observados. Entre mayor puntaje, mayor la gravedad de los síntomas de abstinencia. Fue desarrollada por Peachey y Lei en 1988. No hay traducción al español.

Clinical Opiate Withdrawal Scale (COWS)

La Escala de Abstinencia Clínica a los Opiáceos (COWS) es un instrumento administrado por el clínico que califica 11 signos y síntomas comunes de la abstinencia a opiáceos. Según la suma de los puntos obtenidos se puede inferir el grado de dependencia de opiáceos del sujeto. Está basada en la escala CIWA Ar que mide abstinencia a alcohol y, al igual que ésta, se puede administrar repetidamente para evaluar la evolución del síndrome (Wesson, D.R., 2003).

Objective Opiate Withdrawal Scale (OOWS)

La Escala Objetiva de Abstinencia de Opiáceos (OOWS) es un instrumento autoaplicado que consta de 16 ítems que reflejan síntomas motores, autonómicos, gastrointestinales, musculoesqueléticos y mentales del síndrome de abstinencia a los opiáceos que el paciente califica de 0 a 4, dependiendo de la ausencia de síntomas o la presencia extrema de los mismos. El puntaje va de 0 a 64 (Handelsman, L., 1987).

Subjective Opiate Withdrawal Scale (SOWS)

La Escala Subjetiva de Abstinencia de Opiáceos (SOWS) es un instrumento aplicado por el clínico que consta de 13 ítems en los que el sujeto califica la presencia e intensidad de los síntomas percibidos de abstinencia en una escala de 0 a 4, con un puntaje máximo de 64 puntos. Fue desarrollada por Handelsman y colaboradores en 1985 junto con la Escala Objetiva de Abstinencia a Opiáceos (OOWS) y no se encuentra traducida al español (Handelsman, L., 1987).

Short Opiate Withdrawal Scale (SOWS)

La Escala Breve de Abstinencia a Opiáceos (SOWS) es un instrumento de 10 ítems derivado de la Escala de Abstinencia a Opiáceos original que consta de 32 ítems. Debido a que la escala original mostraba redundancia en varios ítems, se desarrolló esta versión abreviada. Cada signo/síntoma se evalúa mediante una escala de intensidad de cuatro puntos. Es una escala dimensional, es decir, entre mayor puntaje obtenido, mayor es el grado de abstinencia presentado por el paciente. No está traducida al español (Gossop, M., 1990).

3.7. Evaluación clínica en la inducción y mantenimiento con metadona

La metadona debe ser administrada diariamente a una dosis constante, de tal manera que debe haber un nivel suficiente de metadona en la sangre (NMS) para mantener un estado asintomático durante un periodo de 24 horas, sin periodos de sobremedicación o de abstinencia (Leavitt SB, 2000).

Debido a que en la población existe una amplia variabilidad en la capacidad de absorción y eliminación de la metadona y, además, los niveles de meta-

dona en la sangre con la dosis ingerida no se correlacionan con otros factores como el uso de otros medicamentos, idealmente es necesario monitorear los niveles de NMS de forma periódica hasta alcanzar los niveles óptimos para cada individuo.

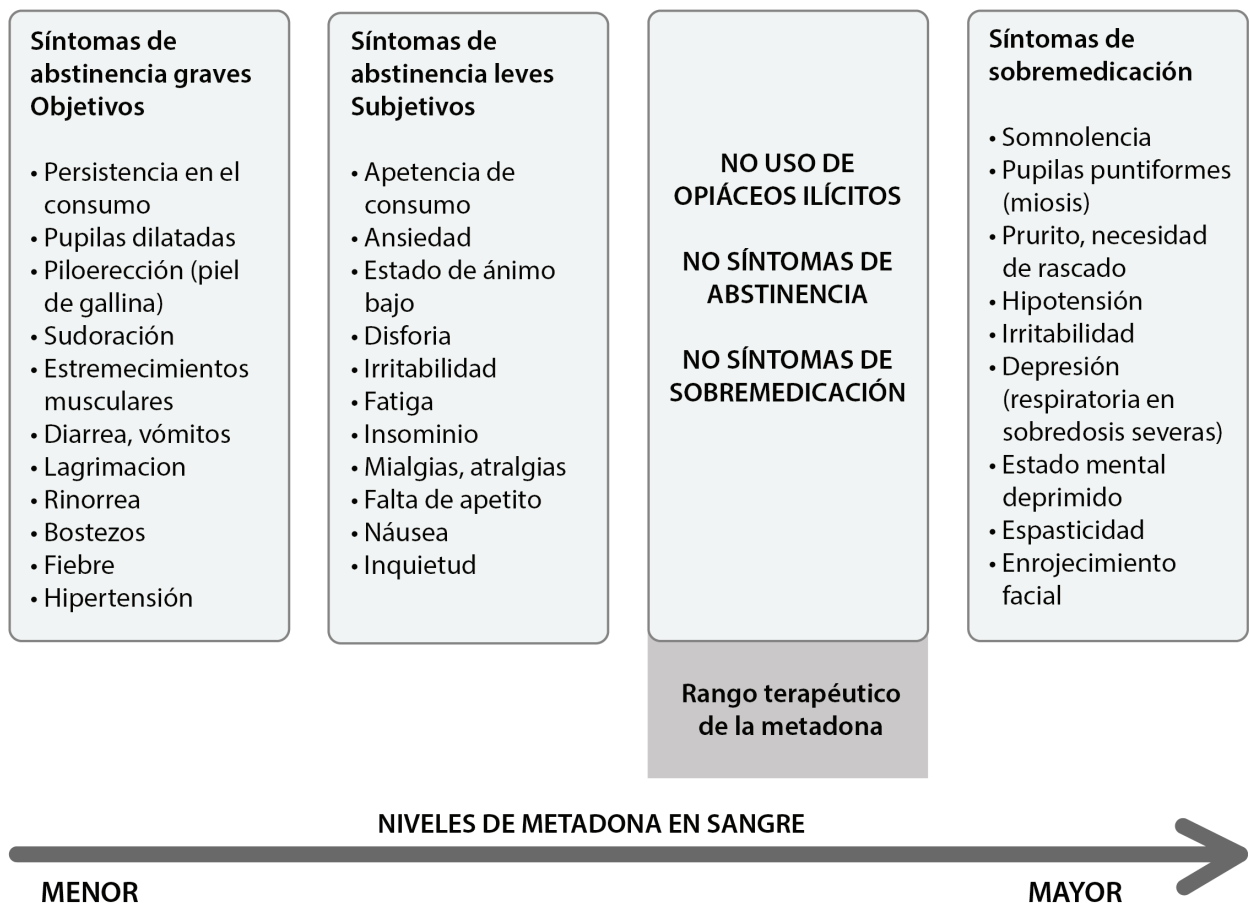
La determinación de los niveles de metadona en la sangre no suele realizarse por ser de difícil acceso y de alto costo, además de que conlleva diversas molestias para el paciente. En su lugar, la evaluación clínica de los síntomas de abstinencia o sobremedicación es útil para encontrar la mejor dosis para el paciente. Una vez realizado el tamizaje y la evaluación inicial, el siguiente paso es determinar el mejor momento de iniciar la metadona y cómo ajustar las dosis hasta llegar a un nivel terapéutico adecuado.

En el cuadro 12 se puede observar que cuando un paciente suspende el uso de heroína, en pocas horas aparecen síntomas de moderados a graves, con predominancia de los síntomas físicos. Al administrar la dosis inicial de metadona en esta etapa, los síntomas físicos ceden y son más evidentes los síntomas subjetivos, los cuales son menos molestos y riesgosos, pero hacen que el paciente siga con deseo de consumir. Si se aumenta la dosis de metadona, se puede llegar al rango terapéutico ideal que consiste en la desaparición completa de los síntomas de abstinencia, así como de la apetencia de consumo.

En caso de que la dosis sea mayor de lo necesario, el paciente empezará a presentar síntomas de sobremedicación, lo que indica que no se deben administrar dosis mayores. Por lo tanto, para la inducción del tratamiento con mantenimiento con metadona, se debe evaluar los síntomas de abstinencia que aparecen al suspender el uso de heroína, iniciando con la primera dosis cuando éstos sean evidentes. Posteriormente, se debe evaluar nuevamente la sintomatología y, de persistir síntomas subjetivos de abstinencia, se debe incrementar la dosis. Como se ha señalado, si al ser evaluado el paciente presenta datos de sobremedicación, se debe detener la administración.

La evaluación clínica de los síntomas de abstinencia o sobremedicación es útil para encontrar la mejor dosis para el paciente.

Cuadro 12. Síntomas de abstinencia y sobremedicación



(Adaptado de Leavitt, S.B., 2000)

3.8. Escalas de evaluación de los problemas relacionados con el consumo

Se han desarrollado y adaptado una gran variedad de escalas e instrumentos útiles en la evaluación clínicométrica de los pacientes dependientes a heroína que son candidatos para entrar a un programa de mantenimiento con metadona.

El uso de escalas e instrumentos de evaluación es recomendado en todas las guías de práctica clínica consultadas, pero con la aclaración de que no sustituyen la evaluación y la historia clínica del paciente. Al respecto Fernández-Miranda y colaboradores (2008) señalan que: “Ningún instrumento de evaluación puede sustituir a una adecuada anamnesis y exploración a la hora de realizar el diagnóstico de dependencia, pero su utilidad como exploración complementaria o su uso con fines diversos (epidemiológicos, investigación, clínica, etc.) está fuera de toda duda” (p. 50).

A través de la estrategia de búsqueda que se llevó a cabo en las bases de datos bibliográficas y en las guías de práctica clínica, se identificaron 25 instrumentos que han sido usados para valorar diferentes aspectos de los pacientes con dependencia a la heroína intravenosa en el tratamiento de mantenimiento con metadona. Algunos de estos instrumentos han sido diseñados específicamente para esta población, mientras que otros sirven para evaluar adicciones en general, pero tienen componentes útiles para este tipo de pacientes y han sido probados y adaptados para en ellos.

En esta sección se describe una serie de instrumentos que son utilizados para evaluar diferentes aspectos de los pacientes que usan heroína intravenosa como son: apetencia, calidad de vida, consecuencias del consumo, comportamientos asociados, exposición a otras sustancias, evolución del tratamiento, historia de consumo, satisfacción con el tratamiento, percepción de apoyo comunitario y detección de trastornos de personalidad. Los instrumentos utilizados para evaluar gravedad de la dependencia, síntomas de abstinencia y comorbilidad psiquiátrica han sido descritos en las secciones respectivas.

Instrumentos para evaluar la apetencia a los opiáceos

- Craving Beliefs Questionnaire (CBQ)
- Heroin Craving Questionnaire SF 14 (HCQ 14)

Craving Beliefs Questionnaire (CBQ)

El Cuestionario de Creencias de Apetencia (CBQ) fue desarrollado por Wright (2003) para evaluar creencias y percepciones de apetencia en los usuarios de diversas sustancias y ha sido evaluado en usuarios de heroína por vía intravenosa con una adecuada validez y confiabilidad (Chang, 2011). El cuestionario consta de 20 enunciados que se responden en una escala tipo Likert, que va de totalmente en desacuerdo a totalmente de acuerdo, con un mayor puntaje cuando hay mayor apetencia en los usuarios.

Heroin Craving Questionnaire SF 14 (HCQ)

El Cuestionario de Apetencia a la Heroína (HCQ) es un instrumento autoaplicable desarrollado por Singleton en 1998, que originalmente consta de 45 ítems que evalúan la urgencia y apetencia actual por consumir heroína. Estos ítems se agrupan en cinco factores que han sido validados en usuarios de heroína en tratamiento (Heinz, A.J., 2006). Existe una versión corta de 14 ítems, sin embargo, sus cualidades psicométricas son menores a la versión de 45 ítems. No está traducida al español.

Instrumentos para evaluar la calidad de vida

- Quality of Life Interview Brief Version (QOLBV)
- WHO Quality of Life-BREF (WHOQOL-BREF)
- Injection Drug User Quality of Life Scale (IDUQoL)

Hay una gran variedad de escalas e instrumentos útiles para evaluar a los candidatos a un programa de mantenimiento con metadona.

Quality of Life Interview Brief Version (QOLI BV)

La Entrevista de Calidad de Vida (QOLI) fue desarrollada por Lehman en 1988 y posteriormente el mismo autor desarrolló una versión abreviada (QOLI BV) (Lehman 1995). Esta última versión consta de 78 ítems y ha sido utilizada en la investigación sobre la calidad de vida de pacientes con trastornos psiquiátricos graves y persistentes. Wasserman y colaboradores investigaron su utilidad en usuarios de drogas intravenosas (Wasserman et al, 2006), encontrando una adecuada consistencia interna y una buena validez convergente y discriminante.

WHO Quality of Life-BREF

El WHOQOL es un instrumento desarrollado por la Organización Mundial de la Salud en la década de los noventa para evaluar la calidad de vida (WHO, 1998). Fue desarrollado de manera colaborativa en diversos países y consta de preguntas generadas por pacientes, familiares y profesionales de la salud. El instrumento original consta de 100 preguntas y posteriormente se desarrolló una versión abreviada (WHOQOL BREF) cuyas propiedades clínicas también han sido estudiadas en diversos países (Skevington, 2003), en usuarios de drogas intravenosas (Feelemeyer 2014) y ha sido validado en español (Urzúa 2013). Este cuestionario brinda información relevante que puede ayudar a elegir la estrategia en la atención. Puede ser usada a lo largo del tratamiento para evaluar los cambios en la calidad de vida.

Injection Drug User Quality of Life Scale (IDUQoL)

La escala de calidad de vida en los usuarios de drogas inyectadas (IDUQoL) es un instrumento desarrollado en Canadá (Brogly, S., 2003) para evaluar específicamente la calidad de vida en usuarios de drogas intravenosas, ya que los instrumentos existentes son genéricos, es decir, no específicos para ninguna población. El IDUQoL consta de 21 ítems que corresponden a 21 dominios considerados importantes por los usuarios. Con ayuda de representaciones gráficas, se le pide al paciente que califique su grado de satisfacción en cada dominio. Ha sido traducida al español, encontrándose una adecuada validez de constructo, fiabilidad, alta consistencia interna y reproductibilidad (Iraurgi-Castillo, I., 2008)

Evaluación de las consecuencias de consumo

Inventory of Drug Use Consequences (InDUC)

El inventario de consecuencias por uso de drogas (InDUC) es una escala autoaplicable. Hay una versión de 50 ítems que exploran diversas consecuencias alguna vez en la vida por el uso de drogas, con calificación 0 o 1 si ha estado ausente o presente, respectivamente. La escala muestra una consistencia interna alta y confiabilidad test-retest en diversos grupos étnicos, niveles culturales y por género, por lo que es un instrumento útil para medir estas consecuencias. Esta versión ha sido validada en pacientes en programas de mantenimiento con metadona (Conner, K.R., 2009) y hay una versión en español (CAASA Reserach División a). Hay otra versión de 40 ítems que explo-

ra las consecuencias por el uso de drogas en los últimos tres meses y también está disponible en español (CAASA Reserach División b).

Comportamientos asociados

Brief Addiction Monitor (BAM)

El breve monitor de la adicción (BAM) es un instrumento de 17 ítems desarrollado para facilitar el tratamiento basado en mediciones de evolución en pacientes con trastornos por uso de sustancias. Investiga tres factores: uso de sustancias, otros indicadores de riesgo de recaída y conductas orientadas a la recuperación. Hay una versión que la aplica el clínico y otra autoaplicable y ha mostrado propiedades psicométricas adecuadas (Cacciola, J.S., 2013). No hay versión en español.

Client Problem Profile and Index (CPPI)

El índice y perfil de problemas del cliente (CPPI) se desarrolló a partir de la evaluación breve de ingresos por adicciones de la Texas Christian University, y cubre 14 áreas de problemas relacionados con el uso de drogas: riesgos de infección por VIH, funcionamiento psicosocial, salud, empleo y conductas criminales (Joe, J.W., 2004). No está traducida al español.

Exposición a otras sustancias

Kreek-McHugh-Schluger-Kellog Scale (KMSK)

La escala de Kreek-McHugh-Schkuger-Kellog (KMSK) es una evaluación breve diseñada para ser administrada con poco entrenamiento. Evalúa la autoexposición del usuario a diversas sustancias a través de la frecuencia de uso, duración y cantidad consumida en el periodo de máximo consumo. La adicción a la sustancia se supone que está directamente correlacionada con la autoexposición. Investiga el uso de opiáceos, cocaína, alcohol y tabaco. Se ha encontrado que tiene buena sensibilidad y especificidad y una validez de constructo semejante a otros instrumentos autoaplicables (Kellog, S.H., 2003).

Evolución del tratamiento

Brief Treatment Outcome Measure (BTOM)

La Medición Breve del Resultado del Tratamiento (BTOM) es un instrumento desarrollado en Australia para evaluar medidas de resultado del tratamiento en usuarios de alcohol y de otras drogas. Está formado por 32 ítems, en seis escalas y cinco dominios. Es administrada por el clínico y ha sido validada en pacientes que se encuentran en programas de mantenimiento con metadona. Ha demostrado tener buena confiabilidad, validez aceptable y es capaz de medir cambios en las medidas de evolución de los tratamientos (Lawrinson, O. 2005).

Opiate Treatment Index (OTI)

El índice de tratamiento de opiáceos (OTI) es una entrevista clínica semiestructurada para evaluar desenlaces en el tratamiento reportados por los usuarios de opiáceos. Consiste de seis dominios de desenlace independientes que reflejan la evolución del tratamiento: uso de drogas, conductas de riesgo para contagio de VIH, funcionamiento social, criminalidad, salud y ajuste psicosocial (Darke, S., 1992). Ha sido traducida al español, encontrándose una alta confiabilidad test-retest y valores moderadamente altos de consistencia interna (González-Saiz, F. 2012).

Historia de consumo

Lifetime Drug Use History Questionnaire (LDUH)

El Cuestionario de historia de uso de drogas a lo largo de la vida (LDUH) es un instrumento aplicado por el clínico que combina principios de otras mediciones como línea basal retrospectiva, el método del mapa de vida y una evaluación cuantitativa del uso de drogas. Con ella se hace una valoración multidimensional de la historia de uso de drogas y cómo se relaciona con diferentes formas de tratamiento. Se ha validado en usuarios de heroína y cocaína encontrándose una alta confiabilidad (Day, E., 2008). No se ha traducido al español.

Satisfacción con el tratamiento

Treatment Satisfaction Questionnaire for Medication (TSQM)

El Cuestionario de Satisfacción de Tratamiento para la Medicación (TSQM) es un instrumento de 55 ítems que fue diseñado para evaluar la satisfacción del paciente con varios medicamentos para tratar, controlar o prevenir una amplia variedad de condiciones médicas. Se evaluó originalmente en pacientes con artritis, asma, depresión, diabetes tipo I, hipercolesterolemia, hipertensión, migraña y psoriasis. (Atkinson, ML., 2004). Ha sido traducido al español y usado para evaluar el tratamiento con metadona en usuarios de heroína por vía intravenosa (Trujols, J., 2012)

Percepción de apoyo comunitario

Community Assessment Inventory (CAI)

El Inventario de Evaluación de la Comunidad (CAI) fue diseñado para evaluar los puntos de vista del usuario respecto de los apoyos disponibles en la comunidad. Los ítems se distribuyen en cuatro áreas: 1) pareja o familia con quien viven, 2) familia que vive fuera del hogar, 3) amigos y 4) la comunidad. Tiene un valor predictivo respecto de la disposición del usuario al tratamiento (Brown, B.S., 2004)

Detección de trastornos de personalidad

Standardized Assessment of Personality Abbreviated Scale (SAPAS)

La Escala Breve de Evaluación Estandarizada de la Personalidad (SAPAS) es una versión abreviada de la Standardized Assessment of Personality (SAP) y consiste en una entrevista estructurada que es aplicada por un clínico. Consiste de ocho ítems que se califican como ausentes o presentes. Un puntaje de tres o cuatro se considera indicativo de un trastorno de personalidad (Moran, A., 2003). Tiene una buena sensibilidad y especificidad. Esta escala ha sido estudiada en sujetos en tratamiento de mantenimiento con metadona, encontrándose que es un buen instrumento de tamizaje para detectar trastornos de la personalidad en esta población (Hesse, M., 2008)

3.9. Marco normativo del tratamiento de mantenimiento con metadona

Si bien en México no existen requerimientos legales específicos para los programas de mantenimiento con metadona, sí hay una serie de disposiciones legales generales que se aplican en diversos aspectos operativos del mismo.

Para la adecuada gestión de un centro de tratamiento para pacientes dependientes a la heroína donde se ofrezca este modelo de atención, es necesario tomar en cuenta una serie de disposiciones legales y reglamentarias (ver Anexo 3).

Entre la normatividad más relevante para los programas de mantenimiento con metadona se encuentra la Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009 Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones, en la que se detallan los tipos de tratamiento para las adicciones (Secretaría de Salud, 2009a).

La presente Guía está enfocada a un tratamiento de tipo no residencial, de atención ambulatoria en establecimientos mixtos y profesionales. En la Norma también se describen los elementos necesarios en la evaluación, la obligatoriedad de un consentimiento informado, ya que este modelo sólo contempla el ingreso voluntario de los pacientes. En este sentido, es necesario también cumplir con la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012 Del expediente clínico, la cual detalla la estructura y contenido de los expedientes clínicos (Secretaría de Salud, 2012).

Otras normas relevantes son la NOM-010-SSA2-2010 Para la prevención y el control de la infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana que establece los métodos, principios y criterios de operación de la prevención, detección y tratamiento de la infección por VIH (Secretaría de Salud, 2010^a).

Finalmente, es importante precisar dos artículos de la Ley General de Salud que establecen quiénes pueden prescribir estupefacientes y las características de las recetas necesarias para ello. A la letra, la ley dice:

Artículo 240. Sólo podrán prescribir estupefacientes los profesionales que a continuación se mencionan, siempre que tengan Título registrado por las autoridades educativas competentes, cumplan con las condiciones que señala esta Ley y sus reglamentos y con los requisitos que determine la Secretaría de Salud:

En México hay una serie de disposiciones legales que se aplican en diversos aspectos operativos de los programas de mantenimiento con metadona.

La revisión bibliográfica muestra la carencia de instrumentos de evaluación en español.

- I. Los médicos cirujanos;
- II. Los médicos veterinarios, cuando los prescriban para la aplicación en animales, y
- III. Los cirujanos dentistas, para casos odontológicos.

Los pasantes de medicina, durante la prestación del servicio social, podrán prescribir estupefacientes, con las limitaciones que la Secretaría de Salud determine.

Artículo 241. La prescripción de estupefacientes se hará en recetarios especiales, que contendrán, para su control, un código de barras asignado por la Secretaría de Salud, o por las autoridades sanitarias estatales, en los siguientes términos:

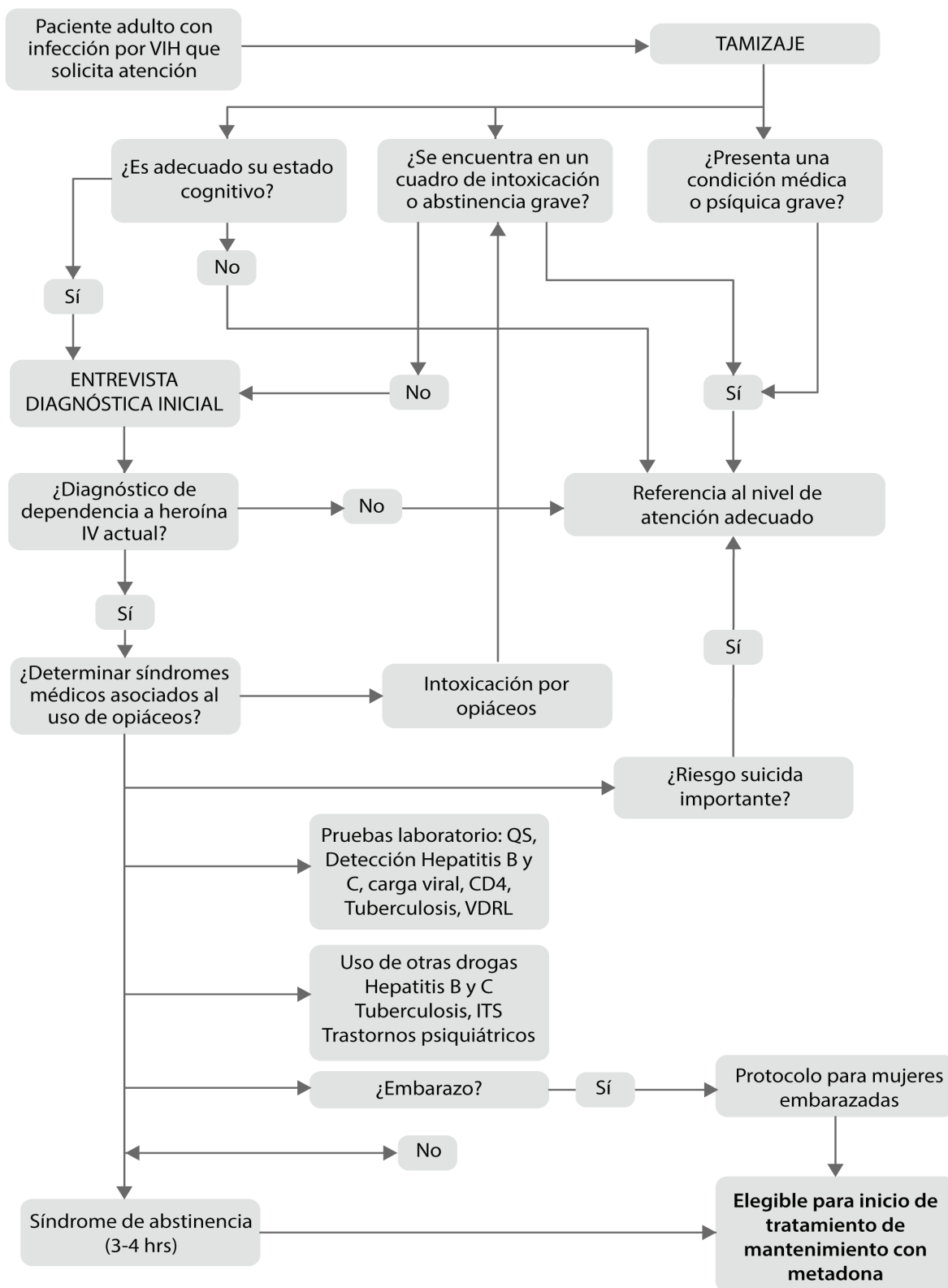
- I. Las recetas especiales serán formuladas por los profesionales autorizados en los términos del artículo 240 de esta Ley, para tratamientos no mayores de treinta días, y
- II. La cantidad máxima de unidades prescritas por día, deberá ajustarse a las indicaciones terapéuticas del producto.

3.10. Recomendaciones para la investigación

Respecto a la evaluación que se debe hacer en los usuarios de heroína por vía intravenosa que ingresan a un tratamiento de mantenimiento con metadona, ya sea con infección por VIH o sin ella, se deben llevar a cabo las actividades de cualquier evaluación médica: interrogatorio, exploración física y estudios auxiliares de diagnóstico. Sin embargo, en este grupo de pacientes, el uso de instrumentos de evaluación que incluyen cuestionarios, tests y escalas, es muy útil para valorar aspectos de diagnóstico, de tratamiento y de una gran variedad de factores que influyen en las decisiones terapéuticas que se deben tomar con cada paciente.

En ese sentido, un resultado que arrojó la revisión bibliográfica es la carencia de instrumentos en español. La mayoría de estos instrumentos han sido desarrollados en otros idiomas y sólo existen algunas traducciones hechas en España de algunos de ellos, pero no hay traducciones y validaciones desarrolladas en la población mexicana. Por lo anterior, una de las recomendaciones más importantes derivadas de esta investigación es la necesidad de adaptar estos instrumentos para poder usarlos con la población mexicana.

3.11. Algoritmo de evaluación y diagnóstico de los trastornos por uso de heroína



Anexo 1: Criterios diagnósticos del DSM 5

El DSM 5 (APA, 2013) se clasifica como trastorno por consumo de opiáceos y trastornos inducidos por opiáceos (intoxicación y síndromes de abstinencia). Los criterios diagnósticos de acuerdo con esta clasificación son:

Trastorno por consumo de opiáceos

A. Un modelo problemático de consumo de opiáceos que provoca un deterioro o malestar clínicamente significativo y que se manifiesta al menos por dos de los hechos siguientes en un plazo de 12 meses:

1. Se consumen opiáceos con frecuencia en cantidades superiores o durante un tiempo más prolongado del previsto.
2. Existe un deseo persistente o esfuerzos fracasados de abandonar o controlar el consumo de opiáceos.
3. Se invierte mucho tiempo en las actividades necesarias para conseguir opiáceos, consumirlos o recuperarse de sus efectos.
4. Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir opiáceos.
5. Consumo recurrente de opiáceos que lleva al incumplimiento de los deberes fundamentales en el trabajo, la escuela o el hogar.
6. Consumo continuado de opiáceos a pesar de sufrir problemas sociales o interpersonales persistentes o recurrentes, provocados o exacerbados por sus efectos.
7. El consumo de opiáceos provoca el abandono o la reducción de importantes actividades sociales, profesionales o de ocio.
8. Consumo recurrente de opiáceos en situaciones en las que provoca un riesgo físico.
9. Se continúa con el consumo de opiáceos a pesar de saber que se sufre un problema físico o psicológico persistente o recurrente, probablemente causado o exacerbado por ellos.
10. Tolerancia definida por alguno de los siguientes hechos:
 - a. Una necesidad de consumir cantidades cada vez mayores de opiáceos para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.
 - b. Un efecto notablemente reducido tras el consumo continuado de la misma cantidad de un opiáceo.

Para los cuadros de intoxicación y síndromes de abstinencia a opiáceos se usan los siguientes criterios diagnósticos de acuerdo al DSM 5:

Trastorno por intoxicación de opiáceos

- A. Consumo reciente de un opiáceo.
- B. Comportamiento problemático o cambios psicológicos clínicamente significativos (p. ej. euforia inicial seguida de apatía, disforia, agitación o retraso psicomotores, juicio alterado) que aparecen durante o poco después del consumo de opiáceos.
- C. Contracción pupilar (o dilatación debida a una anoxia en caso de sobredosis grave) y uno (o más) de los signos o síntomas siguientes, que aparecen durante o poco después del consumo de opiáceos:
 1. Somnolencia o coma.
 2. Habla pastosa.
 3. Deterioro de la atención o de la memoria.

D. Los signos o síntomas no se pueden atribuir a ninguna otra afección médica y no se explican mejor por otro trastorno mental, incluido una intoxicación con otra sustancia.

Abstinencia a opiáceos

A. Presencia de alguno de los hechos siguientes:

1. Cese (o reducción) de un consumo de opiáceos que ha sido muy intenso y prolongado (es decir, varias semanas o más).
2. Administración de un antagonista de los opiáceos tras un consumo prolongado de opiáceos.

B. Tres (o más) de los hechos siguientes, que aparecen en el plazo de unos minutos o varios días tras el Criterio A:

1. Humor disfórico.
2. Náuseas o vómitos.
3. Dolores musculares.
4. Lagrimeo o rinorrea.
5. Dilatación pupilar, piloerección o sudoración.
6. Diarrea.
7. Bostezos.
8. Fiebre.
9. Insomnio.

C. Los signos o síntomas del Criterio B provocan un malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

D. Los signos o síntomas no se pueden atribuir a ninguna otra afección médica y no se explican mejor por otro trastorno mental, incluidas una intoxicación o abstinencia de otra sustancia.

Anexo 2: Addiction Severity Index (ASI)

Versión en español de la sexta versión en inglés

INFORMACIÓN GENERAL

Ésta es una entrevista estandarizada que formula preguntas acerca de varios aspectos de su vida, salud, empleo, uso de alcohol y drogas, etc. Algunas de las preguntas se refieren a los últimos 30 días o a los últimos seis meses, mientras que otras abarcan toda su vida. Toda la información que usted nos dé es confidencial (explicar con precisión) y será utilizada para (explicar el propósito). Por favor, conteste a las preguntas con la mayor precisión. Si hay preguntas que no entiende o que prefiere no contestar, por favor dígamelo. La entrevista dura aproximadamente una hora. ¿Tiene alguna pregunta antes de comenzar?...

Primero empezaremos con algunas preguntas de información general.

Nombre del paciente:

I1. N° identificación del paciente:

Nombre del entrevistador

I2. N° identificación del entrevistador:

I3. N° identificación del observador:

I4. Fecha de entrevista: □□/□□/□□ □□

I5. Fecha de admisión: □□/□□/□□ □□

I6. Marco temporal de la entrevista:

1. Anterior a la fecha de la entrevista
2. Anterior a la fecha de admisión a tratamiento
3. Anterior a otra fecha:

□□/□□/□□ □□

I7. Hora de inicio: □□:□□

I8. Género (1-Hombre, 2-Mujer):

I9. Fecha de nacimiento: □□/□□/□□ □□
(Edad:

I10a. País de nacimiento:

I10b. País de nacimiento del padre:

I10c. País de nacimiento de la madre:

I11. ¿Con qué nacionalidad se identifica?:
(Puede decir 2)

I11a.....

I11b.

I12. ¿Cuál es su estado civil actual?

6 → I14

1. Casado/a
2. Vive como si estuviera casado/a
3. Viudo/a
4. Divorciado/a
5. Separado/a
6. Nunca casado/a

I13. ¿Cuánto tiempo lleva (respuesta I12)?

años meses

I14. ¿Quién le derivó al tratamiento?

1. Usted mismo, familia o amigos.
2. Servicio o unidad de tratamiento de toxicomanías o alcoholismo.
3. Médico de Asistencia Primaria.
4. Otros servicios sanitarios.
5. Sistema educativo.
6. Mutua laboral.
7. Agentes sociales.
8. Sistema legal o judicial.

ALOJAMIENTO

Las siguientes preguntas se refieren a si ha vivido en algún alojamiento restringido o supervisado durante los últimos 6 meses desde..... y durante los 30 últimos días desde.....

[NOTA: 6 meses = 180 días, informe al paciente si fuera necesario.]

A1. En los últimos 6 meses, ¿cuántas noches ha permanecido en un hospital, en una unidad de hospitalización para alcohol, drogas o psiquiátrica, cárcel, comunidad terapéutica o piso protegido?

A. Últimos 6 meses B. 30 Días

000 → A8

De esas noches, cuántas fueron en un/una:

- | | A. | B. |
|---|--|---|
| A2. Unidad residencial para alcohol o drogas? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| A3. Servicio de hospital general distinto de psiquiatría? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| A4. Servicio de psiquiatría? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| A5. Comisaría/prisión? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| A6. Piso protegido o intermedio? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| A7. Otro tipo de alojamiento restringido o supervisado? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
- Qué tipo?

A8. ¿Cuántas noches ha estado en un albergue para gente sin hogar?

A. Últimos 6 meses B. 30 Días

000 → A9

A9. ¿Cuántas noches ha pasado en la calle, o en lugares como edificios abandonados, coches o parques porque no tenía otro lugar para quedarse?

A. Últimos 6 meses B. 30 Días

000 → NOTA

[NOTA: Si A8A o A9A > 0 (e.d., si ha permanecido en albergues o en la calle en los últimos 6 meses), vaya a la siguiente NOTA.]

A10. ¿Alguna vez se ha quedado en un albergue para gente sin hogar o ha vivido en la calle (edificios abandonados, coches, o parques) porque no tenía otro lugar para quedarse?

1-Sí, 0-No

[NOTA: Si A1B + A8B = 30 (e.d., si ha estado todos los últimos 30 días en un alojamiento restringido o albergue, vaya a Estado de Salud Física.)

A11. En los últimos 30 días (cuando NO estaba en un alojamiento restringido/supervisado o albergue), ¿ha vivido con (... alguien más)? [Señale todas las que correspondan]

- 1. Solo
- 2. Cónyuge/Pareja
- 3. Hijo/s < 18 años
- 4. Padres
- 5. Otros familiares adultos
- 6. Otros adultos no familiares
- 7. No contestado

A12. En los últimos 30 días (cuando NO estaba en un alojamiento restringido/supervisado o albergue), ¿ha vivido con alguien que tenga actualmente problemas con el alcohol o que consuma drogas?

1-Sí, 0-No

SALUD FÍSICA

Las siguientes preguntas se refieren a su salud física.

SF1. ¿Qué tipo de seguro médico tiene? [Señale todas las que correspondan]

- 1. Ninguno
- 2. Seguro privado
- 3. Seguro de salud de las Fuerzas Armadas
- 4. Seguridad social (Régimen normal)
- 5. Seguridad social (Régimen pensionista)
- 6. Otro (especifique:
- 7. No respuesta

[NOTA: Si es varón, ignore SF2.]

SF2. ¿Está embarazada?

1-Sí, 0-No, 2-No Sabe

¿Alguna vez le ha diagnosticado un médico o un profesional sanitario alguna de las siguientes enfermedades?

1-Sí, 0-No

SF3. Hipertensión arterial

SF4. Diabetes

SF5. Enfermedades cardíacas

SF6. Accidente cerebrovascular

SF7. Epilepsia o convulsiones

SF8. Cáncer

SF9. VIH/sida

SF10. Tuberculosis o test positivo de tuberculina

SF11. Hepatitis

SF12. Cirrosis u otras enfermedades hepáticas crónicas

SF13. Nefropatía crónica

SF14. Enfermedad respiratoria crónica ej. asma, enfisema, EPOC

SF15. Otras enfermedades crónicas ej. artritis, dolor de espalda crónico, problemas digestivos (colitis, etc.)

-si la respuesta es "Sí" especifique:

SF16. ¿Tiene algún tipo de discapacidad física que afecte gravemente a su visión, audición o movilidad?

0. No 1. Sí,

-si la respuesta es "Sí" especifique:

[NOTA: Si SF3 - SF16 son todas 0-No, ignorar SF17.]

SF17. ¿Alguna vez le han prescrito medicamentos para alguna de esas enfermedades?

0. No

1. Sí, todavía tomo todos los medicamentos prescritos

2. Sí, debería estar tomando la medicación pero no la tomo

3. Sí, pero me han dicho (un Dr.) que la medicina ya no es necesaria

SF18. ¿Recibe algún tipo de pensión (o paga) por una enfermedad o discapacidad física?

1-Sí, 0-No

- Excluir discapacidad psiquiátrica

SF19. En los últimos 30 días, ¿cómo diría que ha sido su salud física?

0. Excelente

1. Muy buena

2. Buena

3. Regular

4. Mala

(SF20 - SF23) En los últimos 30 días:

[NOTA: NO incluir problemas debidos a estados de intoxicación o abstinencia provocados por alcohol o drogas.]

SF20. ¿Cuántos días ha tenido algún problema de salud física? Días

ej. enfermedad, herida, dolor, malestar, discapacidad

-incluir problemas dentales.

SF21. ¿Cuántos días ha sido incapaz de realizar sus actividades cotidianas debido a problemas de salud física? Días

[NOTA: Presentar la Escala de Evaluación del Paciente.]

SF22. ¿Cuánto dolor o malestar físico ha experimentado?

0. Ninguno

1. Leve

2. Moderado

3. Considerable

4. Extremo

SF23. ¿Cuánta preocupación ha tenido por culpa de su salud física o sus problemas médicos?

0. Ninguna

1. Leve

2. Moderada

3. Considerable

4. Extrema

SF24. ¿Cuánta importancia tiene para usted el tratamiento (actual o adicional) para sus problemas de salud física actuales?

0. Ninguna

1. Leve

2. Moderada

3. Considerable

4. Extrema

SF25. ¿Cuántas veces en su vida ha estado hospitalizado (al menos una noche) por problemas de salud física

-No incluir tratamiento de alcohol/drogas, hospitalizaciones psiquiátricas, o parto sin complicaciones

Veces

SF26. ¿Cuántas veces ha acudido a un servicio de urgencias por cualquier problema de salud física?

A.6 meses B. 30 días

000 → SF27

SF27. ¿Cuántos días ha tomado el medicamento prescrito para una enfermedad física?

A.6 meses B. 30 días

000 → SF28

-No incluir medicamento para problemas de alcohol/drogas/ psiquiátricos.

SF28. ¿Cuántas consultas ambulatorias ha realizado con un médico u otro profesional sanitario?

A.6 meses B. 30 días

000 → E/R

ej. exploraciones físicas o cualquier otro control o seguimiento por alguna enfermedad física.

-No incluir tratamiento para alcohol/drogas o psiquiátrico.

EMPLEO/RECURSOS

Las siguientes preguntas se refieren a su educación, empleo y situación económica.

- E1. ¿Cuál es el máximo nivel de estudios alcanzado?
1. Primaria y Secundaria
 2. Bachillerato/ FP
 3. Diplomatura
 4. Licenciatura
 5. Postgrado (Maestría/Doctorado)
 6. Ninguno
- E2. ¿Tiene algún otro título, diploma o certificado de enseñanzas regladas?
- 1-Sí, 0-No
- E3. ¿Cuál es el último curso que completó?
- 01= 1º Primaria
02=2º Primaria ...
08= 2º Secundaria
10= 4º Escuela Técnica
12= 2º Bachillerato/ FP
13= 1º Carrera/ Estudios Superiores
14= 2º Carrera
15= Diplomatura
17= Licenciatura
18= 1º curso Doctorado/Maestría
19= 2º curso
- E4. ¿Ha servido alguna vez en las Fuerzas Armadas? 1-Sí, 0-No
- E5. ¿Actualmente cursa algún tipo de estudio académico o de formación laboral? ej. clases para el Graduado en Educación Secundaria, formación profesional, universidad, etc.
- 0-No, 1-Tiempo parcial, 2-Tiempo completo
- E6. ¿Tiene licencia de conducir en vigor? 1-Sí, 0-No
- E7. ¿Tiene coche propio? 1-Sí, 0-No
- E8. Actualmente, ¿le resulta difícil acudir al tratamiento, al trabajo/estudios, o encontrar trabajo por culpa del transporte? 1-Sí, 0-No

[NOTA: Codifique E9. Haga la pregunta sólo si no puede codificarla basándose en la información previa.]

- E9. ¿Lee/escribe (español) lo suficientemente bien como para rellenar una solicitud de empleo? 1-Sí, 0-No

E10. ¿Cuál es su situación laboral actual? [Señale una]

1. Tiempo completo (≥ 35 hr/sem), E12
 2. Tiempo parcial (< 35 hr/sem), E12
 3. Desempleado y buscando empleo activamente (suspendido temporalmente por falta de trabajo) E14
 4. Fuera del mercado laboral

-no está trabajando y no está buscando empleo activamente

E11. [Si está fuera del mercado laboral] ¿Cuál describe mejor su situación actual?

[Señale una, E14]

1. Ama de casa
2. Estudiante
3. Incapacitado
4. Jubilado
5. No busca empleo
6. Institucionalizado
7. Otro

E12. ¿Qué tipo de trabajo realiza (empleo principal)?

(Especifique)

[NOTA: Codifique una categoría en las casillas E12.]

01. Profesiones especializadas y técnicas
02. Ejecutivos, administrativos y directivos
03. Ventas
04. Oficinistas y apoyo administrativo
05. Producción precisa, oficios y reparaciones
06. Operadores de maquinaria, ensambladores y supervisores
07. Transportistas y mudanzas
08. Trabajadores manuales, equipos de limpieza, ayudantes y peones
09. Servicios, excepto empleado/a del servicio doméstico
10. Granjero/director de granja
11. Empleado/a de granja
12. Fuerzas Armadas
13. Empleado/a del servicio doméstico
14. Otros

E13. Ese trabajo, ¿es un empleo informal?

1-Sí, 0-No

E14. ¿Cuánto duró el periodo más largo de empleo a tiempo completo?

Meses

- Continuadamente por cuenta ajena/propia

000 → E17 E15.

E15. ¿Hace cuánto que finalizó ese empleo?
Meses

[NOTA: Codifique 000 sólo si el empleo a TC actual es el más largo.]

E16. ¿Cuál era su empleo/ocupación entonces?

(Especifique)

[NOTA: Codifique una categoría de la NOTA E12.]

E17. En los últimos 6 meses (desde),
¿Cuántas semanas ha trabajado remunerada-
mente? Semanas

-Incluya días libres, bajas laborales, vacaciones, días de autónomo y empleo informal Max= 26

00 → E22

E18. En los últimos 6 meses, ¿Cuál era su sueldo
bruto? pesos

(E19-E22) En los últimos 30 días:

E19. ¿Cuántos días ha trabajado remuneradamen-
te? Días

00 → E22

-Incluya días libres, bajas laborales, vacaciones, días de autónomo y empleo sumergido

E20. ¿Cuál era su sueldo bruto?
 pesos

E21. ¿Cuántos días ha tenido problemas lab-
orales? Días

- ej. bajo rendimiento, discusiones, amonestaciones, ausencias lab-
orales, etc.

E22. ¿Ha solicitado algún empleo?
 1-Sí, 0-No

ej. enviado el curriculum, rellenado una solicitud de empleo, hablado
con un contratador potencial.

E23. ¿Cuánta importancia tiene para usted ahora
cualquier tipo de orientación laboral (como
asesoramiento, formación o educación) que le
ayude a encontrar un empleo o a solucionar los
problemas relacionados con el trabajo?

-asistencia actual o adicional

- 0. Ninguna
- 1. Leve
- 2. Moderada
- 3. Considerable
- 4. Extrema

**Las siguientes preguntas (E24-E32) se refieren a
sus fuentes de ingresos y recursos económicos.**

E24. ¿Vive en un alojamiento pagado por el gobi-
erno o recibe algún tipo de subvención para
la vivienda?

1-Sí, 0-No

En los últimos 30 días, ¿cuánto dinero ha recibido
de:

E25. pensión, seguridad social, o desempleo?

pesos

E25b. ...últimos 6 meses? pesos

E26. servicios sociales? pesos

p.e. subsidio social, ONGs

E26b. ... últimos 6 meses? pesos

E27. otras ayudas institucionales?

pesos

p.e. alimentación, facturas luz, agua...

E27b. ... últimos 6 meses? pesos

E28. pensión alimenticia y compensatoria?

pesos

-del padre/madre de los hijos o ex-cónyuge

E28b. ... últimos 6 meses? pesos

E29. actividades ilegales? pesos

p.e. tráfico de drogas, prostitución, juego ilegal, venta de objetos roba-
dos

E29b. ... últimos 6 meses? pesos

E30. cualquier otra fuente? pesos

p.e. préstamo/ayuda de familiar o de otros, ingresos imprevistos (her-
encia, impuestos, lotería, etc.)

E30b. ... últimos 6 meses? pesos

E31. ¿Cuáles son en la actualidad sus fuentes de
ingresos para los gastos de vivienda, ali-
mentación y otros gastos? [Señale todas las
que correspondan]

- 1. Empleo
- 2. Jubilación -ej. plan de pensiones privado, seguridad social
- 3. Incapacidad ej. seguro privado, seguridad social por incapacidad
- 4. Desempleo
- 5. Servicios sociales -ej. subsidios, préstamos, prestación social, ONGs

- 6. Pensión alimenticia o compensatoria
- 7. Familia, amigos o asociados
- 8. Ingresos ilegales
- 9. Institución o alojamiento supervisado
- 10. Otros, ej. ahorros, etc:
Especifique:
- 11. Ninguno

E32. ¿Alguna vez le han declarado legalmente en bancarrota? 1-Sí, 0-No

E33. ¿Alguna vez ha sido moroso en la devolución de un préstamo del Estado?

1-Sí, 0-No

p.e. préstamo de vivienda

E34. ¿Lleva más de un mes de retraso en alguno de sus pagos habituales?

1-Sí, 0-No

p.e. vivienda, tarjetas de crédito, pensión alimenticia, otros (facturas médicas, pago de juicios, préstamos personales)

E35. ¿Cuántas personas (excluyéndose) dependen actualmente de usted económicamente?

1-Sí, 0-No

ej. para vivienda, alimentación, dinero para gastos, pensión de manutención a hijos

-Incluya las personas que mantiene y las que está obligado/a a mantener

E36. ¿Tiene suficientes ingresos para pagar sus necesidades básicas como vivienda, alimentación y vestido, y las de las personas a su cargo? 1-Sí, 0-No

-Excluya el dinero procedente de actividades ilegales

DROGAS/ALCOHOL

Las siguientes preguntas se refieren a su uso de alcohol y otras drogas, y a cualquier tratamiento por abuso de sustancias que haya recibido.

• HISTORIAL DE TRATAMIENTOS

D1. ¿Cuántas veces ha estado en tratamiento por su uso de alcohol/drogas?

-Incluya las evaluaciones en persona incluso si no se han seguido de

tratamiento

00 → D6

D2. ¿Cuántos de esos tratamientos fueron sólo de desintoxicación?

-Desintoxicación no seguida de tratamiento adicional

D3. ¿Qué edad tenía la primera vez que entró en un tratamiento para abuso de alcohol/drogas?

Cuántos días ha:

D4. acudido a un programa ambulatorio o a consulta (para tratamiento de alcohol/drogas)

A. Últimos 6 meses B. 30 Días

000 → D5

D5. tomado medicación prescrita para tratar su uso de alcohol/drogas?

ej. metadona, naltrexona, previa, medicación de desintoxicación, etc.

-Excluya fármacos para la dependencia nicotínica

000 → D5

D6. acudido a grupos de autoayuda como AA, NA?

000 → D5

D7. ¿Cuánto duró el periodo de tiempo continuado más largo que estuvo acudiendo a grupos de autoayuda al menos 2 días por semana?

años meses

• USO DE ALCOHOL

D8. ¿Cuántos años ha bebido alcohol de forma regular, 3 o más días a la semana?

- Excluya el tiempo sin consumo

00 → D10

D9. ¿Cuántos años ha bebido al menos (5-hombres, 4-mujeres) bebidas al día de forma regular, 3 o más días a la semana?

00 → D11

D10. ¿Ha bebido al menos (5-hombres, 4-mujeres) bebidas en un día, 50 o más días de su vida? 1-Sí, 0-No

D11. ¿Qué edad tenía la primera vez que bebió alcohol y notó sus efectos? [si nunca, codifique 99]

D12. En los últimos 6 meses, durante el mes que más bebía, ¿con qué frecuencia bebía?

0. Abstinente

1. 1-3 veces al mes

- 2. 1-2 veces a la semana
- 3. 3-6 veces a la semana
- 4. Diariamente

D13. En los últimos 30 días, ¿cuántos días ha bebido alcohol?
00 → D20

D14. ¿Cuándo bebió por última vez?
[00 si hoy, 01 si ayer, 02 si hace 2 días, etc.]

D15. En los últimos 30 días, ¿cuántos días ha tomado al menos (5-hombres, 4-mujeres) bebidas en un día?

D16. En los últimos 30 días, ¿cuánto dinero ha gastado en alcohol para usted mismo? pesos

• SINTOMATOLOGÍA ALCOHÓLICA

En los últimos 30 días:

D17. ¿Ha experimentado síntomas de abstinencia (se ha sentido enfermo) tras disminuir el consumo o dejar de beber? 1-Sí, 0-No

D18. ¿Ha tenido algún problema para controlar, disminuir o abstenerse de beber alcohol; o ha empleado la mayor parte del día bebiendo? 1-Sí, 0-No

D19. Debido a la bebida, ¿ha tenido problemas médicos o psicológicos; o en el trabajo (escuela) o en el hogar, o se ha visto envuelto en discusiones o problemas con la ley? 1-Sí, 0-No

D20. ¿El ansia o los impulsos de beber han supuesto un problema para usted? 1-Sí, 0-No

D21. ¿Cuántos días ha tenido éstas u otras dificultades debido al consumo de alcohol?
00 → D23

D22. En los últimos 30 días, ¿cuánta preocupación ha tenido por estos problemas relacionados con el alcohol?

- 0. Ninguna
- 1. Leve
- 2. Moderada
- 3. Considerable
- 4. Extrema

D23. ¿Cuánta importancia tiene ahora para usted el tratamiento (actual o adicional) para dejar de beber?

- 0. Ninguna
- 1. Leve
- 2. Moderada
- 3. Considerable
- 4. Extrema

D24. ¿Cuánta importancia tiene para usted lograr/mantener la abstinencia total del alcohol (es decir, no beber nada)?

- 0. Ninguna
- 1. Leve
- 2. Moderada
- 3. Considerable
- 4. Extrema

TABLA DE USO DE DROGAS - SUSTANCIAS INDIVIDUALES

[NOTA: Entregue al paciente la Lista de Drogas, y dígale:]

Le preguntaré sobre cada grupo de las siguientes drogas. Ya hemos hablado sobre el alcohol, así que empezaremos con la Marihuana:

Pre-A. ¿Alguna vez probó o consumió(incluso si fue sólo una vez o se lo habían prescrito)?

A. ¿Qué edad tenía la primera vez que consumió ?

B. ¿Cuántos años en su vida ha consumido 3 o más días a la semana?

-Excluya los periodos de abstinencia

C. ¿Ha consumido durante 50 o más días de su vida?

D. En los últimos 30 días, ¿cuántos días consumió?

E. En los últimos 30 días, ¿consumió

([0]-sólo lo prescrito [tratamiento], o [1]-ilegalmente o más de lo prescrito [no como tratamiento])?

[NOTA: Si el paciente dice que no consumió en los últimos 30 días (ej. D25-D = 00), vaya a la siguiente sustancia (D26-D).]

1. Nunca probó una determinada droga (ej. D25-A), codifique "99" y vaya a la siguiente sustancia (D26-A).
2. Ha consumido 3 o más días a la semana durante un año o más (ej. D25-B), vaya al siguiente ítem (D25-C), y continúe.
3. No ha consumido en los últimos 30 días (ej. D25-D = 00), vaya a la siguiente sustancia (D26-A).

	A. ¿Edad del Primer consumo (99 → siguiente A)	B. ¿Años de consumo regular (a lo largo de la vida)? (>00 → D)	C. ¿Consumida 50 o más días (a lo largo de la vida)? (1-Sí, 0-No)	D. ¿Consumo en los últimos 30 días? (00 → siguiente A)	E. ¿Consumida como tratamiento (últimos 30 días)? (0- como prescrito, 1- no prescrito)
D25. Marihuana	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D26. Sedantes	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D27. Cocaína	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D28. Estimulantes	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D29. Alucinógenos	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D30. Heroína	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D31. Metadona	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D32. Otros Opiáceos	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D33. Inhalantes	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

CONSUMO DE DROGAS
CATEGORIA DE PROBLEMAS

- 01. Alcohol
- 02. Marihuana
- 03. Sedante
- 04. Cocaína/Crack
- 05. Estimulantes
- 06. Alucinógenos
- 07. Heroína
- 08. Metadona
- 09. Otros Opiáceos
- 10. Inhalantes
- 11. Otras Sustancias
- 12. Ninguna

Problema Principal

D34. ¿Cuál de las sustancias listadas (01-12) es para usted la **más** problemática y puede haberle llevado a iniciar tratamiento?

A. Categoría

12 → D37

Indique la sustancia específica de la categoría codificada:

Problema Secundario

D35. ¿Cuál de las sustancias listadas (01-12) es para usted la 2ª mas problemática y puede haberle llevado a iniciar tratamiento?

A. Categoría

12 → D37

Indique la sustancia específica de la categoría codificada:

Problema Terciario

D36. ¿Cuál de las sustancias listadas (01-12) es para usted la 3ª mas problemática y puede haberle llevado a iniciar tratamiento?

A. Categoría

12 → D37

Indique la sustancia específica de la categoría codificada:

Vía(s) de Administración ¿De qué forma ha consumido ?

B. A lo largo de la vida C. Últimos 30 días

[señale las que correspondan] [señale las que correspondan]

- | | |
|--------------------|--------------------|
| 1. Oral | 1. Oral |
| 2. Inhalada | 2. Inhalada |
| 3. Fumada | 3. Fumada |
| 4. Inyectada | 4. Inyectada |
| 5. Otro | 5. Otro |

B. A lo largo de la vida C. Últimos 30 días

[señale las que correspondan] [señale las que correspondan]

- | | |
|--------------------|--------------------|
| 1. Oral | 1. Oral |
| 2. Inhalada | 2. Inhalada |
| 3. Fumada | 3. Fumada |
| 4. Inyectada | 4. Inyectada |
| 5. Otro | 5. Otro |

B. A lo largo de la vida C. Últimos 30 días

[señale las que correspondan] [señale las que correspondan]

- | | |
|--------------------|--------------------|
| 1. Oral | 1. Oral |
| 2. Inhalada | 2. Inhalada |
| 3. Fumada | 3. Fumada |
| 4. Inyectada | 4. Inyectada |
| 5. Otro | 5. Otro |

CONSUMO DE DROGAS
-ASPECTOS GLOBALES

D37. ¿Cuántos años ha consumido 3 o más días a la semana drogas ilegales (excluyendo alcohol), o ha abusado de la medicación prescrita?

D38. En los últimos 6 meses, en el mes de máximo consumo de drogas ilegales (y/o abuso del medicamento prescrito), ¿con qué frecuencia estuvo consumiendo drogas?

0. No Consumo 0 → D45

- 1. 1-3 veces al mes
- 2. 1-2 veces a la semana
- 3. 3-6 veces a la semana
- 4. Diariamente

D39. En los últimos 30 días, ¿cuántos días ha consumido drogas ilegales o ha abusado del medicamento prescrito?

0 → D45

- D40. ¿Cuándo consumió por última vez drogas ilegales o abusó de la medicación prescrita?
 00 si hoy,
 01 si ayer,
 02 si hace 2 días, etc.
- D41. En los últimos 30 días, ¿cuánto dinero gastó en drogas? pesos
 -Excluya el dinero para los medicamentos que son parte del tratamiento de drogas (e.j. metadona, medicamentos de desintoxicación, etc.)

SÍNTOMAS RELACIONADOS CON EL CONSUMO DE DROGAS

En los últimos 30 días:

- D42. ¿Ha experimentado síntomas de abstinencia (se ha sentido enfermo) tras disminuir o dejar de consumir alguna droga? 1-Sí, 0-No
- D43. ¿Ha tenido algún problema para controlar, disminuir o dejar de consumir alguna droga; o ha empleado la mayor parte del día consumiendo alguna droga, recuperándose de sus efectos o intentando conseguirla? 1-Sí, 0-No
- D44. Debido a las drogas, ¿ha tenido problemas médicos o psicológicos; o en el trabajo (colegio) o en el hogar, o se ha visto envuelto en discusiones o problemas con la ley? 1-Sí, 0-No
- D45. ¿El ansia o los impulsos de consumir drogas han supuesto un problema para usted? 1-Sí, 0-No
- D46. ¿Cuántos días ha tenido éstas u otras dificultades debido al consumo de drogas?
 00 → D48
- D47. En los últimos 30 días, ¿cuánta preocupación ha tenido por culpa de estos problemas relacionados con las drogas?
 0. Ninguna
 1. Leve
 2. Moderada
 3. Considerable
 4. Extrema
- D48. ¿Cuánta importancia tiene ahora para usted el tratamiento (actual o adicional) para dejar de consumir drogas?
 0. Ninguna

1. Leve
2. Moderada
3. Considerable
4. Extrema

- D49. ¿Cuánta importancia tiene para usted lograr/mantener la abstinencia total de drogas (e.d., no consumir drogas)?

0. Ninguna
1. Leve
2. Moderada
3. Considerable
4. Extrema

- D50. Desde que empezó a consumir, ¿ha estado alguna vez completamente abstinentes de drogas y alcohol durante al menos 1 año?

1-Sí, 0-No

0 → D52

-Excluya medicación prescrita y tomada apropiadamente (ej. metadona, psicofármacos...)

- D51. ¿Hace cuánto tiempo terminó este periodo de abstinencia?

Años Meses

[Si actualmente abstinentes 1 año o más odifique 00 00. Codifique el periodo de abstinencia más reciente de al menos 1 año.]

CONDUCTAS DE RIESGO

[NOTA: Si todavía lo desconoce, pregunte D52. De lo contrario, cumpliméntelo basándose en la información previa.]

- D52. ¿Alguna vez se ha inyectado drogas?

1-Sí, 0-No

0 → D54

- D53. ¿Cuándo fue la última vez que compartió jeringuillas o material para inyectarse?

Hace

Años Meses

-Si nunca, codifique NN NN

-Si en el último mes, codifique 00 00

- D54. En los últimos 6 meses, ¿con cuántas personas distintas ha mantenido relaciones sexuales orales, anales o vaginales?

- D55. ¿Cuándo fue la última vez que se hizo la prueba del VIH/sida? Hace:

-Si nunca, codifique NN NN

Años Meses

-Si en el último mes, codifique 00 00

TABACO

D56. ¿Qué edad tenía la primera vez que fumó cigarrillos o consumió tabaco de otras formas? 1-Sí, 0-No
0 → D59

ej. tabaco de mascar, puros, pipas -Si nunca consumió, codifique 99

D57. ¿Cuántos años ha fumado cigarrillos (o consumido tabaco de otras formas) diariamente?

D58. En los últimos 30 días, ¿cuántos días ha fumado cigarrillos (o consumió tabaco de otras formas)?

JUEGO PATOLÓGICO

D59. ¿Alguna vez ha sufrido algún problema económico debido al juego?
 1-Sí, 0-No

D60. En los últimos 30 días, ¿cuántos días ha jugado a cualquier tipo de juego como lotería, cupón, quiniela, máquinas tragamonedas, bingo, apuestas en las carreras, casinos, ... o a cualquier tipo de juego ilegal?

SITUACIÓN LEGAL

Las siguientes preguntas se refieren a su implicación en actividades ilegales y a sus consecuencias judiciales.

L1. ¿Alguna vez ha estado en la cárcel, incluso unas pocas horas?
 1-Sí, 0-No

L2. ¿Ha sido detenido alguna vez?
 1-Sí, 0-No
0 → L18

L3. ¿Qué edad tenía la primera vez?
>17 → (L7-14)

L4. Antes de los 18 años, ¿alguna vez fue realmente detenido, (tiene antecedentes penales) por? [Señale todas las que correspondan]

.....1. Delitos violentos o contra las personas
ej. atraco, agresión, violación

.....2. Delitos de drogas ej. posesión, tráfico, fabricación

.....3. Delitos con ánimo de lucro o contra la propiedad
ej. hurto en tiendas, robos en viviendas, robo de coches, vandalismo, incendios provocados

.....4. Delitos sólo aplicables a menores de edad
ej. fugarse de casa, consumo de alcohol, absentismo escolar

.....5. Otros delitos
(Especificar:)

L5. ¿Cuántas veces le han condenado por un delito cometido antes de los 18 años de edad? Veces

L6. Antes de los 18 años, ¿cuánto tiempo estuvo en un calabozo, en un centro de rehabilitación de menores, o en un reformatorio?
 Meses

(L7 - L14) DESDE LOS 18 AÑOS:

Pre-A. ¿Le han detenido por?
[NOTA: Si No, codifique 00 en A. y vaya al siguiente ítem]

A. ¿Cuántas veces en total?
B. ¿Cuántas veces en los últimos 6 meses?

L7. Posesión de drogas?
-o material relacionado (parafernalia)
A. Total B. 6 meses

L8. Venta o fabricación de drogas?
-venta incluye tráfico/distribución
A. Total B. 6 meses

L9. Atraco?
-robo con fuerza o con amenazas de fuerza
A. Total B. 6 meses

L10. Otros delitos contra la propiedad?
-hurto en tiendas, robos
-fraude, venta de objetos robados, vandalismo, provocación de incendios, allanamiento
A. Total B. 6 meses

L11. Delitos violentos?
-agresión, violencia doméstica, violación, homicidio
A. Total B. 6 meses

L12. Posesión de armas, prostitución*, o juego ilegal?

-*incluye proxenetismo, \$ por sexo, pornografía

A. Total B. 6 meses

L13. Conducir bajo los efectos de (CBE)....?

- alcohol o drogas

A. Total B. 6 meses

L14. Cualquier otro delito penal? -violación de la libertad provisional o condicional, escándalo público, traspasar una entrada terminantemente prohibida, violación de una orden de alejamiento, negligencia o abandono, etc.

A. Total B. 6 meses

L15. ¿Hace cuánto que le detuvieron por última vez? Años Meses

[Codifique 00 si en el último mes (30 días)]

L16. Desde ¿cuántas veces le han condenado por un delito? Veces

L17. Desde los 18 años, ¿cuánto tiempo en total ha pasado en la cárcel o prisión?

Años Meses

L18. ¿Su admisión a tratamiento es judicial?

1-Sí, 0-No

-ej. por orden judicial

Actualmente, ¿se encuentra en alguna de las siguientes situaciones?

1-Sí, 0-No

L19. Libertad provisional

L20. Libertad condicional

L21. Pendiente de juicio o cargos

L22. Pendiente de sentencia

L23. Participando en un programa de reinserción

L24. Otros

-ej. pendiente de auto de prisión, bajo juicio de amparo, arresto domiciliario, monitoreo electrónico.

L25. ¿Cuánta gravedad tienen para usted sus problemas judiciales actuales?

0. Ninguna

1. Leve

2. Moderada

3. Considerable

4. Extrema

(L26- L30) En los últimos 6 meses:

Pre-A. ¿Ha ?

[NOTA: Si No, codifique 000 en A. y vaya al siguiente ítem]

A. número de días, últimos 6 meses

B. número de días, últimos 30 días L26.

L26. vendido o fabricado drogas?

- tráfico o distribución para obtener dinero, sexo, o cualquier otro beneficio

A. Últimos 6 Meses B. 30 Días

L27. robado a alguien?

A. Últimos 6 Meses B. 30 Días

L28. robado algo, vendido objetos robados, falsificado recetas o cheques, destruido propiedades o provocado incendios?

A. Últimos 6 Meses B. 30 Días

L28c. ...hurtos en tiendas

A. Últimos 6 Meses B. 30 Días

L28d. ...robos/allanamiento

A. Últimos 6 Meses B. 30 Días

L28e. ...robo de vehículos

A. Últimos 6 Meses B. 30 Días

L28f. ...falsificación

A. Últimos 6 Meses B. 30 Días

L28g. ...fraude

A. Últimos 6 Meses B. 30 Días

L28h. ...vandalismo

A. Últimos 6 Meses B. 30 Días

L28i. ...provocado incendios

A. Últimos 6 Meses B. 30 Días

L28j. ...otros delitos de robo/ contra la propiedad

A. Últimos 6 Meses B. 30 Días

L29. amenazado o agredido a alguien?

A. Últimos 6 Meses B. 30 Días

- con o sin armas; incluya violencia doméstica, violación y homicidio
-excluya robo

L29c. ... amenaza sin agresión física

A. Últimos 6 Meses B. 30 Días

L29d. ...agresión con arma

A. Últimos 6 Meses B. 30 Días

L29e. ... agresión sin arma

A. Últimos 6 Meses B. 30 Días

L29f. ... agresión sexual

A. Últimos 6 Meses B. 30 Días

L29g. ... homicidio

A. Últimos 6 Meses B. 30 Días

L29h. ... otros

A. Últimos 6 Meses B. 30 Días

L30. cometido algún otro acto ilegal?

-tenencia ilícita de armas, envuelto en prostitución o proxenetismo o juego ilegal, etc. [excluya uso o posesión de drogas para uso personal, CBE]

A. Últimos 6 Meses B. 30 Días

L30c. ...tenencia ilícita de armas

A. Últimos 6 Meses B. 30 Días

L30d. ...prostitución/proxenetismo

A. Últimos 6 Meses B. 30 Días

L30e. ...juego ilegal

A. Últimos 6 Meses B. 30 Días

L31. En los últimos 30 días, ¿cuántos días ha estado involucrado en alguno de los delitos anteriores?

L32. ¿Cuántos días en total ha conducido bajo los efectos del alcohol o drogas?

A. Últimos 6 Meses B. 30 Días

FAMILIA/RED SOCIAL

Las siguientes preguntas se refieren a sus relaciones familiares y sociales.

F1. ¿Ha mantenido alguna relación romántica o sexual con una pareja en el último mes?

1-Sí, 0-No

[NOTA: Si No, salte F3A-F9A.]

F2. ¿Cuántos amigos íntimos tiene?

-Excluya cónyuge/pareja sexual, y cualquier otro familiar adulto

[NOTA: Si 00, salte F3C-F9C.]

NOTA: Para F3-F9:

A. Se refiere a la pareja o cónyuge

B. Se refiere a cualquier otro miembro adulto de la familia ej. padres, abuelos, hermanos, hijos adultos, tíos, primos

C. Se refiere a cualquier amigo íntimo

En los últimos 30 días, ¿Ha:

(1-Sí, 0-No)

F3. pasado tiempo (en persona) con (su/cualquier):

A. Parejas/s B. Familiares Adultos C. Amigos Íntimos

F4. tenido algún contacto como llamadas telefónicas, cartas o e-mail con (otro):

Si F3+F4 = 0, vaya a F9

A. Parejas/s B. Familiares Adultos C. Amigos Íntimos

F5. hablado con (A/B/C) sobre sentimientos o problemas:

A. Parejas/s B. Familiares Adultos C. Amigos Íntimos

F6. tenido problemas de relación con:

A. Parejas/s B. Familiares Adultos C. Amigos Íntimos

F7. tenido discusiones con:

A. Parejas/s B. Familiares Adultos C. Amigos Íntimos

F8. ¿Tiene su (A/B/C) algún problema con el alcohol o las drogas actualmente?

-Incluya sólo a las personas con las que ha pasado tiempo o ha estado en contacto en los últimos 30 días

A. Parejas/s B. Familiares Adultos C. Amigos Íntimos

F9. Si necesita ayuda, ¿puede contar con...?

A. Parejas/s B. Familiares Adultos C. Amigos Íntimos

F10. ¿Tiene actualmente una orden de alejamiento de alguna persona? 1-Sí, 0-No

F11. En los últimos 30 días, ¿alguna de las relaciones con su pareja, parientes o amigos acabó en empujones/golpes, o arrojando objetos? 1-Sí, 0-No

F12. Aparte de su pareja, familiares adultos y amigos íntimos; ¿hay otras personas con las que realmente puede contar si necesita ayuda? 1-Sí, 0-No

-ej., cura, médico, terapeuta, abogado, asistente social

F13. En global, en los últimos 30 días, ¿cuánta satisfacción le han proporcionado sus relaciones con otros adultos?

ej. número de relaciones, cantidad de contacto, calidad de la comunicación, trato, ayuda mutua, etc.

- 0. Ninguna
- 1. Leve
- 2. Moderada
- 3. Considerable
- 4. Extrema

F14. En los últimos 30 días, ¿cuánta preocupación ha tenido debido a problemas en sus relaciones con otros adultos?

- 0. Ninguna
- 1. Leve
- 2. Moderada
- 3. Considerable
- 4. Extrema

F15. ¿Cuánta importancia tiene ahora para usted el tratamiento o asesoramiento (actual o adicional) para sus problemas de relación con otros adultos?

- 0. Ninguna
- 1. Leve
- 2. Moderada
- 3. Considerable
- 4. Extrema

(F19-F22) En los últimos 30 días:

F19. ¿Ha acudido a servicios religiosos o a actividades promovidas por su comunidad religiosa? 1-Sí, 0-No

- Excluya grupos de autoayuda/reuniones de AA

F20. ¿Ha realizado algún trabajo de voluntariado? 1-Sí, 0-No

F21. ¿A menudo, ha estado aburrido o ha tenido dificultades para pasar simplemente el rato? 1-Sí, 0-No

F22. ¿Cuánta satisfacción le ha producido su forma de emplear el tiempo libre? 1-Sí, 0-No

- 0. Ninguna
- 1. Leve
- 2. Moderada
- 3. Considerable
- 4. Extrema

Las siguientes preguntas se refieren a cualquier abuso o trauma que pueda haber sufrido desde [EVENTO/FECHA].

F23. Desde, ¿algún conocido le ha agredido o ha abusado de usted físicamente?

-Excluya abuso sexual y codifíquelo en F26

1-Sí, 0-No

0 → F26

F25. ¿Cuándo sucedió por última vez?

-Si en los últimos 30 días, codifique 00

Hace Años Hace Meses

F26. Desde....., ¿algún conocido le ha agredido o ha abusado de usted sexualmente?

1-Sí, 0-No

0 → F29

F28. ¿Cuándo sucedió por última vez?

-Si en los últimos 30 días, codifique 00

Hace Años Hace Meses

F29. Desde, ¿ha sido víctima de un crimen violento como un atraco o agresión?

-Excluya abuso anteriormente codificado y experiencias de guerra

1-Sí, 0-No

0 → F32

F31. ¿Cuándo sucedió por última vez?

-Si en los últimos 30 días, codifique 00

Hace Años Hace Meses

F32. Desde, ¿ha estado envuelto en cualquier otra situación amenazante para su vida?

-ej. grandes catástrofes, accidente/incendio grave, guerra

-Excluya abuso, crímenes violentos anteriormente codificados

1-Sí, 0-No

0 → F35

F33. ¿Qué edad tenía la primera vez que sucedió?

F34. ¿Cuándo sucedió por última vez?

-Si en los últimos 30 días, codifique 00

Hace Años Hace Meses

F35. Desde, ¿ha visto cómo mataban, atracaban, agredían o herían gravemente a alguien?

-Excluya grandes catástrofes, accidente/ incendio grave, guerra anteriormente codificados

1-Sí, 0-No

0 → F38

F37. ¿Cuándo sucedió por última vez?

-Si en los últimos 30 días, codifique 00

Hace Años Hace Meses

F38. En los últimos 30 días, ¿cuánta molestia o preocupación ha tenido por sentimientos, pensamientos u otras reacciones relacionadas con estos acontecimientos (incluso si sucedieron hace mucho tiempo)?

-Incluya pesadillas/ sueños, "flashbacks", etc.

0. Ninguna

1. Leve

2. Moderada

3. Considerable

4. Extrema

F39. ¿Cuánta importancia tiene ahora para usted el tratamiento o asesoramiento (actual o adicional) para los sentimientos, pensamientos u otras reacciones relacionadas con estos sucesos?

0. Ninguna

1. Leve

2. Moderada

3. Considerable

4. Extrema

Las siguientes preguntas se refieren a sus hijos o a cualquier otro niño que viva con usted.

F40. ¿Cuántos hijos ha tenido o adoptado?

0 → F45

F41. ¿Cuántos de sus hijos son menores de 18 años?

[NOTA: Si todos sus hijos tienen 18 años o más, → F45]

F42. ¿Tiene algún proceso de custodia abierto con la madre, padre o cualquier otro familiar?

1-Sí, 0-No

F43. ¿Cuántos de sus hijos se hayan actualmente en régimen de acogimiento por orden judicial? Hijos

-Incluya también acogimiento familiar por orden judicial

F44. En los últimos 30 días, ¿cuántos de sus hijos (menores de 18 años) han vivido con usted al menos un tiempo? Hijos

F45. En los últimos 30 días, ¿algún otro niño (nietos, sobrinos, etc.) menor de 18 años ha vivido con usted al menos un tiempo?

-Codifique niños que pernocten con regularidad, o que hayan permanecido en casa durante periodos largos de tiempo

1-Sí, 0-No

[NOTA: Si F44 y F45 son 0, es decir, sin niños en los últimos 30 días, vaya a F51]

F46. ¿Cuántos de los niños (que han vivido con usted) tienen un problema médico, de conducta o de aprendizaje grave y requieren cuidados, tratamiento o servicios especializados? Niños

F47. Actualmente ¿cuánta necesidad tiene de servicios adicionales para tratar esos problemas de los niños?

0. Ninguna

1. Leve

2. Moderada

3. Considerable

4. Extrema

F48. En los últimos 30 días, ¿cuánta dificultad ha tenido en la relación con esos niños (< 18)?

0. Ninguna

1. Leve

2. Moderada

3. Considerable

4. Extrema

F49. ¿Cuánta importancia tiene ahora para usted el asesoramiento

(p.e. clases de padres) para ayudarle en la relación con esos niños (<18)? –asesoramiento actual o adicional

0. Ninguna

1. Leve

2. Moderada

3. Considerable

4. Extrema

F50. Actualmente, ¿necesita ayuda adicional en el cuidado de los niños para que usted pueda acudir al tratamiento de su abuso de sustancias, al trabajo/estudios, o a buscar trabajo?

1-Sí, 0-No

- F51. Desde [EVENTO/FECHA], ¿ha sido investigado o ha estado tutelado por los servicios de protección del menor (SPM)?
 1-Sí, 0-No
- F52. Desde, ¿los SPM se han llevado a alguno de sus hijos del domicilio familiar?
 1-Sí, 0-No
- F53. Desde, ¿le han quitado la patria potestad? 1-Sí, 0-No
 -Sus derechos de paternidad fueron suspendidos permanentemente por decisión judicial
- F54. ¿Actualmente se halla envuelto en un caso de custodia o está siendo investigado o tutelado por los servicios de protección del menor? 1-Sí, 0-No

SALUD MENTAL

Las siguientes preguntas se refieren a cualquier tratamiento o evaluación que pueda haber recibido debido a problemas emocionales o psicológicos.

(P3 y P5):

Pre-A. Desde [EVENTO/FECHA], ¿ha

[NOTA: Si No, codifique 0 en Pre-A y vaya al siguiente ítem]

P3. tomado medicación para tratar problemas emocionales o psicológicos?

Pre-A	A. N° Días en los	B. N° Días
	últimos.....meses	últimos 30 Días
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	000 → P5	0 → P5

P4. a cuántas consultas ambulatorias ha acudido por problemas emocionales/psicológicos?

0 → NO TA

-Incluya evaluaciones en persona incluso si no se han seguido de tratamiento adicional

-Incluya también consultas relacionadas = médico de atención primaria por problemas psicológicos, y monitorización de psicofármacos

0 - Ninguna

1 - 1-5 consultas

2 - 6-25 consultas

3 - 26-50 consultas

4 - más de 50 consultas

P5. tenido consultas ambulatorias?
 últimos.....meses últimos 30 Días

 000 → P7 0 → P7

P6. ¿Qué edad tenía la primera vez que recibió un tratamiento o fue evaluado por problemas emocionales o psicológicos? Años

P7. ¿Actualmente recibe una pensión por discapacidad psicológica? 1-Sí, 0-No

Las siguientes preguntas se refieren a diferentes maneras en que usted puede haberse sentido o actuado. Algunas preguntas se refieren a si alguna vez desde [EVENTO/FECHA] se sintió o actuó de una manera determinada, y otras se centran sólo en los últimos 30 días.

Codificación para A/B:

0. No

1. Sí

2. Sí, pero sólo estando intoxicado o en abstinencia

(P8 - P17):

A. [Si aplicable] Desde

B. En los últimos 30 días

C. Hace cuántos días por última vez.....?

Ha tenido/se ha sentido

P8. problemas para dormirse, permanecer dormido* o despertarse demasiado temprano?

-*dormir toda la noche

A.	B.	C.
Desde	30 Días	Hace Días
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

P9. deprimido o bajo de ánimo la mayor parte del día?

-para los últimos 30 días, codifique si ha estado presente cualquier día

A.	B.	C.
Desde	30 Días	Hace Días
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

P10. ansioso, nervioso o preocupado la mayor parte del día?

-para los últimos 30 días, codifique si ha estado presente cualquier día

A.	B.	C.
Desde	30 Días	Hace Días
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

P11. alucinaciones?

-oír o ver cosas que otras personas no podían oír o ver

A.	B.	C.
Desde	30 Días	Hace Días
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
0 → P12	0 → P12	

P12. dificultad para pensar, concentrarse, comprender o recordar hasta el punto de causarle problemas?

A.	B.	C.
Desde	30 Días	Hace Días
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

P13. dificultad para controlar su carácter o impulsos de pegar o hacer daño a alguien?

A.	B.	C.
Desde	30 Días	Hace Días
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
0 → P14	0 → P14	

P14. empujado, golpeado o tirado objetos a alguien, o utilizado un arma contra alguien?

A.	B.	C.
Desde	30 Días	Hace Días
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
0 → P15	0 → P15	

P15. pensado seriamente en suicidarse?

A.	B.	C.
Desde	30 Días	Hace Días
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
0 → P16	0 → P16	

P16. intentado suicidarse?

A.	B.	C.
Desde	30 Días	Hace Días
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
0 → P17	0 → P17	

P17. experimentado otros problemas emocionales o psicológicos no mencionados anteriormente?

-ej. trastorno de la conducta alimentaria, manía, etc.

A.	B.	C.
Desde	30 Días	Hace Días
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Especifique:

[NOTA: Si todas las Bs desde P9 a P17 son 0-No (es decir, no problemas o síntomas psiquiátricos en los últimos 30 días), vaya a P21]

(P18-P20) En los últimos 30 días:

-Excluya P8 (problemas con el sueño) para P18-P21

P18. ¿Cuántos días ha experimentado estos problemas emocionales o psicológicos?

Días

P19. ¿Cuántos días ha sido incapaz de realizar sus actividades normales debido a problemas o síntomas psicológicos/emocionales?

Días

P20. ¿Cuánta molestia o preocupación ha tenido por estos problemas psicológicos o emocionales?

0. Ninguna

1. Leve

2. Moderada

3. Considerable

4. Extrema

P21. ¿Cuánta importancia tiene ahora para usted el tratamiento (actual o adicional) para sus problemas psicológicos?

0. Ninguna

1. Leve

2. Moderada

3. Considerable

4. Extrema

I15. Hora de finalización: :

Fuente: Bobes, J., Bascaran, T., Bobes-Bascaran, T., Carballo, J. L., & Diaz Mesa, E. M. (2007). Valoración de la gravedad de la adicción: Aplicación a la gestión clínica y monitorización de los tratamientos. *Socidrogalcohol*, Ed. Oviedo, España.

Anexo 3: Marco normativo

- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos
- Ley General de Salud, reglamentaria del artículo 4ª Constitucional
- Ley Federal sobre Metrología y Normalización
- Reglamento Interior de la Secretaría de Salud (DOF 10 enero de 2011)
- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica
- Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización
- Reglamentos derivados de la Ley General de Salud
- Control Sanitario de Productos y Servicios
- Insumos para la Salud
- NORMA Oficial Mexicana NOM-001-SSA2-1993, Que establece los requisitos arquitectónicos para facilitar el acceso, tránsito y permanencia de los discapacitados a los establecimientos de atención médica del Sistema Nacional de Salud
- Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-2010, Para la prevención y el control de la infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana
- NORMA Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-1994, Para la Vigilancia Epidemiológica
- NORMA Oficial Mexicana NOM-025-SSA2-1994, Para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátricas
- NORMA Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009, Para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones
- NORMA Oficial Mexicana NOM-039-SSA2-2002, Para la Prevención y Control de las Infecciones de Transmisión Sexual
- NORMA Oficial Mexicana NOM-073-SSA1-2005, Estabilidad de Fármacos y Medicamentos.
- NORMA Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico.
- NORMA Oficial Mexicana NOM-178-SSA1-1998, Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios.
- NORMA Oficial Mexicana, NOM-197-SSA1-2000, Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamientos y consultorios de atención especializada

4. Uso de metadona en pacientes con dependencia a la heroína

Preguntas a responder

- ¿Cuáles son las indicaciones para el tratamiento de mantenimiento con metadona?
- ¿Cuáles son los objetivos del tratamiento de mantenimiento con metadona para tratar la dependencia a la heroína?
- ¿Cuál es evidencia de la eficacia de la metadona como tratamiento para la dependencia a la heroína?
- ¿Cuál es el perfil de seguridad de la metadona como tratamiento para la dependencia a la heroína?
- ¿Cuál es la dosis inicial de metadona en el tratamiento de dependencia a la heroína?
- ¿Cuál es la dosis de mantenimiento de la metadona en el tratamiento de dependencia a la heroína?
- ¿Cuál es la duración del tratamiento con metadona para la dependencia a la heroína?

Recomendaciones de la GPC

Indicaciones para el tratamiento de mantenimiento con metadona

Buena práctica clínica	<ul style="list-style-type: none">• Diagnóstico de dependencia a la heroína.• Comprobar la identidad del paciente.• Tener una edad mínima de 18 años.• Idoneidad para el tratamiento con metadona.• Capacidad para dar su consentimiento informado.
-------------------------------	---

Objetivos del tratamiento con metadona para la dependencia a la heroína

Buena práctica clínica	<ul style="list-style-type: none">• Alcanzar una dosis estable de mantenimiento que reduzca el deseo de opiáceos ilícitos y, como consecuencia, el cese de su consumo.• Reducción del riesgo de sobredosis y muerte asociados al uso de opiáceos.• Reducción del riesgo de patologías orgánicas y transmisión de enfermedades asociadas al consumo intravenoso de heroína.• Reducción de la actividad delictiva.• Mejorar la salud física, psicológica y la calidad de vida.
-------------------------------	--

Eficacia la metadona como tratamiento para la dependencia a la heroína

Fuerte a favor	<ul style="list-style-type: none">• Se recomienda la metadona como tratamiento de primera línea en pacientes con dependencia a los opiáceos ya que reduce los síntomas de abstinencia, el deseo de consumo, el riesgo de sobredosis y la muerte asociados al uso de opiáceos ilícitos. Asimismo, reduce el riesgo de patologías orgánicas y la transmisión de enfermedades asociadas al consumo por vía intravenosa (p. ej., VIH, hepatitis B, C, etc.); además de reducir la actividad delictiva y mejorar la salud física, psicológica y la calidad de vida.
-----------------------	--

Perfil de seguridad de la metadona como tratamiento para dependientes de la heroína

Buena práctica clínica	<ul style="list-style-type: none">• Se sugiere evaluar los factores de riesgo asociados a la prolongación del intervalo QTc.• Realizar un ECG inicial en pacientes con factores de riesgo para el incremento del intervalo QTc. Como un ECG previo con un QTc > 450 ms o una historia sugere de arritmia ventricular previa.• Realizar un ECG inicial en pacientes de los que se desconocen factores de riesgo.
-------------------------------	--

Dosis inicial de metadona en el tratamiento de dependencia a la heroína

Buena práctica clínica	<ul style="list-style-type: none">• Durante la inducción de la metadona se deberá tomar en cuenta que la dosis diaria inicial dependerá del nivel de neuroadaptación del paciente (tolerancia), así como de los factores de riesgo. A partir de ello, deberá iniciarse con una dosis en un intervalo de 10 a 30 mg al día, en promedio 20 mg/día, sin excederse de 40 mg/día el primer día.• En pacientes con bajo riesgo se puede iniciar con una dosis de entre 20 a 30 mg/día. En pacientes con riesgo moderado 20 mg/día, y en los pacientes con alto riesgo se deberá iniciar con una dosis de 10 mg/día.• La dosis del primer día se debe titular al alza cada tres a cinco días, con incrementos de 5 a 10 mg, y esto debe ir acompañado por una evaluación cuidadosa durante las primeras dos semanas de tratamiento. Estos incrementos se traducirán en la mayoría de los pacientes, de estar en dosis de entre 30 y 50 mg hacia el final de la primera semana a 40 a 60 mg hacia el final de la segunda semana.
-------------------------------	---

La metadona reduce los síntomas de abstinencia y el riesgo de sobredosis y muerte en pacientes con dependencia a los opiáceos.

Dosis de mantenimiento de la metadona en el tratamiento de dependencia a heroína

Se sugiere individualizar las dosis de metadona, con base en el consumo habitual de heroína por parte del usuario.

<p>Fuerte a favor</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se recomienda una dosis de metadona que va de 60 a 100 mg/día, ya que se ha demostrado que son más eficaces que las dosis más bajas en la retención de los pacientes y en la reducción de uso de la heroína y cocaína durante el tratamiento. • Para encontrar la dosis óptima se requiere adquirir habilidades clínicas, por lo que el médico lector debe tener en cuenta estas conclusiones para implementar estas estrategias en el tratamiento. • El efecto secundario más importante es el riesgo de aumento en el uso de cocaína; por lo tanto, los médicos necesitan evaluar esta comorbilidad con sumo cuidado.
<p>Buena práctica clínica</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se sugiere individualizar las dosis de metadona, con base en el consumo habitual de heroína por parte del usuario, así como considerar la presencia de síntomas de abstinencia entre la dosis y reacciones adversas. • Se sugiere considerar los factores farmacocinéticos. Diversos estudios indican importantes diferencias en la absorción de metadona y el metabolismo. • Algunos pacientes son propensos a ser tratados adecuadamente con dosis bajas, otros pueden necesitar dosis más altas e inclusive por encima del rango establecido.

Duración del tratamiento con metadona para la dependencia a la heroína

<p>Fuerte en contra</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Disminución gradual del tratamiento con metadona • Se recomienda no suspender el tratamiento de mantenimiento en pacientes con dependencia a la heroína. Los resultados de un estudio retrospectivo donde se disminuía la dosis de metadona de manera gradual, apoyan la recomendación de que la mayoría de los pacientes deben permanecer en tratamiento de mantenimiento con metadona de manera sostenida. • Los estudios observacionales indican que los pacientes que permanecen en programas de tratamiento con agonistas de opiáceos a largo plazo tienen mayor probabilidad de permanecer con vida que los que no lo hacen, y que el cese del tratamiento de mantenimiento se asocia con un riesgo de recaída en el consumo de opiáceos (Calsyn, Malcy, & Saxon, 2006; WHO, 2009).
--------------------------------	---

Buena práctica clínica	<ul style="list-style-type: none"> • No hay evidencia suficiente que apoye la decisión de suspender el tratamiento con metadona en pacientes con dependencia a la heroína, inclusive si los pacientes han logrado mantenerse en abstinencia en el consumo de heroína, o han logrado un empleo, así como estabilidad financiera. Por el contrario, en su conjunto la evidencia revisada muestra de manera consistente que la dependencia a los opiáceos es una enfermedad crónica y, por lo tanto, el tratamiento debe mantenerse de manera indefinida. • Los pacientes deben ser ampliamente informados de los riesgos de cesación del tratamiento, así como los beneficios de continuar en él, con la finalidad de que tengan una mayor capacidad de decidir y ponderar el riesgo-beneficio de esta intervención farmacológica en completo uso de su autonomía y respeto por la misma.
-------------------------------	---

La dependencia a los opiáceos es una enfermedad multifactorial que involucra factores genéticos y psicosociales.

4.1. Introducción

La dependencia a los opiáceos es una enfermedad multifactorial que involucra factores genéticos y psicosociales. Al igual que con cualquier otra enfermedad, la vulnerabilidad a la adicción difiere de una persona a otra y no hay ningún factor que determine si una persona será adicta a las drogas.

En general, mientras más factores de riesgo tenga una persona, mayor es la probabilidad de que presente abuso de sustancias y dependencia a las mismas. Por otra parte, los factores de protección de una persona reducen el riesgo de desarrollar alguna adicción.

Tanto los factores de riesgo como los de protección pueden ser ambientales (circunstancias en el hogar, en la escuela y en el barrio) o biológicos (genes de una persona, etapa de desarrollo e incluso su género o el grupo étnico al que pertenece). En conjunto, todos estos factores involucran riesgo para el abuso de sustancias y adicción a las mismas; sin embargo, sus efectos en gran parte no son específicos (Tabla 1).

Tabla 1. Factores de riesgo y protectores asociados al abuso de sustancias y la dependencia de las mismas

Factores de riesgo	Factores protectores
Comportamiento agresivo	Adecuado autocontrol
Pobre supervisión de los padres	Apoyo de los padres
Pobres habilidades sociales	Relaciones sociales positivas
Experimentación con drogas	Competencia académica
Disponibilidad de las drogas	Políticas antidrogas en la escuela
Pobre entorno social	Conductas a favor de la comunidad

Drugs, brains and behavior. The science of addiction. National Institute on Drug Abuse, US Department of Health and Human Services, July 2014, pag. 7. Disponible en: www.drugabuse.gov.

La dependencia a la heroína, es uno de los problemas de salud pública más devastadores y costosos.

Las experiencias ambientales únicas de las personas determinarán en gran medida si los individuos tienen una mayor o menor predisposición para presentar abuso o dependencia a una sustancia como la heroína (Kendler, Jacobson, Prescott, & Neale, 2003).

Se estima que los factores genéticos representan entre 40% y 60% de la vulnerabilidad de una persona para la adicción, incluyendo los efectos del medio ambiente sobre la expresión genética y su función.

La dependencia a los opiáceos es un trastorno psiquiátrico grave en el que se presentan recaídas crónicas que afectan y modifican los circuitos cerebrales que regulan la recompensa, la motivación y la memoria, así como la toma de decisiones. Estos cambios están asociados a conductas características y persistentes que tienen lugar a pesar de las consecuencias adversas médicas y biopsicosociales.

El riesgo de infección por VIH, Hepatitis B y C, abscesos, etc., así como de muerte o comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos, uso de otras sustancias adictivas, consecuencias sociales adversas y actividades delictivas, hacen de la dependencia a la heroína uno de los problemas de salud pública más devastadores y costosos (Degenhardt & Hall, 2012; Ezzati, Lopez, Rodgers, Vander Hoorn, & Murray, 2002; Krebs, Thomas, Julio, Evan, & Bohdan, 2014; Oppenheimer, Tobutt, Taylor, & Andrew, 1994; Peles, Schreiber, Doman, & Adelson, 2014; Pollini et al., 2010; Volkow, Wang, Fowler, & Tomasi, 2012; Wall et al., 2000; Zimmermann et al., 2014).

La metadona es uno de los medicamentos más estudiados en la medicina moderna. Es un potente agonista opioide sintético aprobado en 1947 como analgésico por la Administración de Medicamentos y Alimentos de los Estados Unidos (FDA, por sus siglas en inglés). Fue sintetizada en Alemania durante la Segunda Guerra Mundial y, en 1964, los investigadores Dole y Nyswander la introdujeron a los Estados Unidos, donde observaron que una dosis diaria de mantenimiento por vía oral permitía a los individuos con dependencia a los opiáceos mejorar su funcionalidad, así como disminuir la ansiedad y el deseo de consumo (Dole VP, 1965; Dole VP, Nyswander ME, 1991; Joseph, Stancliff, & Langrod, 2000; Dole VP, 1988).

4.2. Alcance y objetivos

El objetivo principal de este capítulo es proporcionar a los profesionales de salud encargados de atender a los pacientes con dependencia a la heroína una herramienta que les permita tomar las mejores decisiones frente a algunos de los problemas que plantea este tipo de atención.

El capítulo contiene aspectos sobre el tratamiento de estos pacientes en dos etapas: la etapa de inducción o inicial y la etapa de estabilización o mantenimiento.

La etapa de inducción consiste en alcanzar el umbral de tolerancia del sujeto con el fin de amortiguar los síntomas de abstinencia. Al final de esta fase, las dosificaciones se incrementan gradualmente por encima del nivel inicial con el objetivo de aumentar la tolerancia del sujeto a un nivel que proporciona protección contra una posible sobredosis de heroína.

Durante la siguiente fase, la de estabilización, las dosis se aumenta aún más hasta que se alcanza un nivel que es lo suficientemente alto para man-

tener negativos los análisis de orina. La dosis de estabilización se mantiene entonces, aunque puede ser necesario ajustar la dosis durante el tratamiento, sin dejar de lado las intervenciones psicosociales disponibles (Maremmani I, Pacini M, Lubrano S, 2003).

En objetivo final será la prevención de recaídas. La metadona ayuda a estabilizar el consumo de opiáceos, ya que disminuye el consumo de heroína y ayuda a las personas a permanecer en sus programas de tratamiento (National Collaborating Centre for Mental Health, 2008; Praveen, Law, & Melichar, 2011).

Esta Guía clínica va dirigida a profesionales de la salud de atención primaria y especializada que atienden a este grupo de usuarios.

4.3. Generalidades

4.3.1. Metadona

La metadona es un derivado de la 3,3 difenilpropilamina. Es un potente agonista opioide sintético puro de los receptores μ y δ . La activación de los receptores μ y δ provoca analgesia, depresión respiratoria, dependencia física y tolerancia. La activación de los receptores μ , además, provoca euforia y sedación. La mayoría de sus efectos farmacológicos se debe a su efecto sobre el receptor μ .

La metadona comercializada es una forma racémica de los enantiómeros (levo y dextro). El enantiómero levo (R-metadona) es responsable de la mayor parte de los efectos de los opiáceos (Kristensen, Christensen, & Christrup, 1995; Meyer & Maurer, 2011). Se usa clínicamente en el tratamiento del dolor, y es ampliamente utilizada dentro del enfoque de reducción del daño como tratamiento de mantenimiento en pacientes con dependencia a los opiáceos. Se trata de un fármaco de acción prolongada, por lo que resulta atractivo para el tratamiento de la dependencia a heroína, ya que una dosis diaria de metadona reduce la ansiedad y apetencia por la heroína, bloquea sus efectos euforizantes, liberando a los usuarios del uso compulsivo de la heroína, lo que les permite reanudar sus actividades e intereses con normalidad (De Maeyer et al., 2011; Dole VP, 1988; Mattick, Breen, Kimber, & Davoli, 2009a).

4.3.2. Farmacocinética

4.3.2.1. Absorción y distribución

La metadona es una molécula altamente lipofílica, lo que la hace adecuada para una variedad de rutas de administración. Ha sido aprobada para la administración oral e intramuscular, y también se utiliza por vía rectal, intravenosa, subcutánea, epidural, e intratecal (Toombs & Kral, 2005).

La administración de metadona por vía oral se absorbe rápidamente en el estómago, con poca absorción después del píloro. Por esta vía tiene una típica biodisponibilidad de aproximadamente 80%, con un rango de 41-95% pudiendo detectarse en plasma entre los 15 y 45 minutos (de Vos, Geerlings, van den Brink, Ufkes, & van Wilgenburg, 1995; Ferrari, Coccia, Bertolini, & Sternieri, 2004; Garrido, M.J. & Trocóniz, 1999; Inturrisi & Verebely, 1972; Kristensen et al., 1996).

La metadona disminuye el consumo de heroína y ayuda a las personas a permanecer en sus programas de tratamiento.

La metadona presenta una vida media de 15 a 55 horas, alcanzando concentraciones máximas de entre 2.5 a 4 horas después de la ingesta de una dosis.

Como se observa en la Tabla 2, la metadona presenta una vida media en un rango de 15 a 55 horas, alcanzando concentraciones máximas de entre 2.5 a 4 horas después de la ingesta de una dosis (Inturrisi & Verebely, 1972; Inturrisi CE, 1972; Meresaar, Nilsson, Holmstrand, & Anggård, 1981; Wolff, K., Hay, Raistrick, & Calvert, 1993).

Las tasas de absorción de la metadona parecen comparables sin importar la presentación de comprimidos o solución (Meressaar et al., 1981). Asimismo, presenta un alto grado de unión a proteínas plasmáticas en un rango de 60% a 90%, principalmente a la $\alpha 1$ glicoproteína ácida (Eap, C.B., Cuendet, & Baumann, 1990; Garrido, M.J. et al., 2000). La unión a proteínas plasmáticas limita su circulación libre y debido a su liposolubilidad; parte de la metadona inalterada se acumula en los tejidos, principalmente el cerebro, hígado, pulmón, bazo y los riñones. A medida que se excreta la parte activa, la metadona inalterada que se encuentra en los tejidos se disocia en ellos y vuelve al plasma sanguíneo. Esta propiedad permite mantener tasas sanguíneas estables y un nivel terapéutico adecuado durante el periodo entre dosis sucesivas (Garrido, M.J. & Trocóniz, 1999; Judis, 1977; Olsen, 1973; Romach, Piafsky, Abel, Khouw, & Sellers, 1981; Tocque, Pontikis, Nam, Hoellinger, & Leroux, 1980).

Tabla 2. Inicio y duración de la respuesta a la metadona

Inicio del efecto	15 - 45 minutos
Concentración máxima	2.5 - 4 horas
Duración del efecto	15 - 55 horas*
*Amplia variabilidad interindividual en promedio 24 horas (Eap, C.B., Buclin, & Baumann, 2002).	

4.3.2.2. Metabolismo y eliminación

La metadona es metabolizada en el hígado por diversas isoenzimas del citocromo P450, que incluyen: CYP2B6, 3A4, 2C19, 2D6, 2C8, 2C9 y 1A2 (Foster, Somogyi, & Bochner, 1999; Wang & DeVane, 2003). De manera preferente, las isoenzimas CYP3A4, CYP2B6 y CYP2D6 son la que metabolizan el enantiómero (R-metadona) y la CYP1A2 presenta escasa estereoselectividad y metaboliza ambos enantiómeros. Asimismo, la metadona induce su propio metabolismo por activación de la enzima CYP1A2 (Eap, C.B. et al., 2002; Ferrari et al., 2004).

Los principales metabolitos de la metadona resultan de la N desmetilación y espontánea ciclización para formar pirrolidinas y pirrolina, siendo el principal metabolito el 2-etililo-1,5dimetil-3-3-difenilpirridilina (EDDP) y uno secundario el 2-etil-5-5-metil-3-3-difenil pirrolina (EMDP). Ambos metabolitos son farmacológicamente inactivos (Sullivan & Due, 1973).

La eliminación de la metadona está mediada por biotransformación, seguida por excreción renal y fecal. El 24% se elimina sin metabolizar; no obstante, para una determinada dosis, los niveles plasmáticos de metadona pueden variar ampliamente entre los individuos; esta alta variabilidad interindividual también impacta en la respuesta al tratamiento. Por otro lado, las

concentraciones plasmáticas disminuyen de una manera biexponencial, con una semivida de eliminación de alrededor de 22 horas en un rango de 5-130 horas. La semivida prolongada de la metadona contribuye a un incremento continuo en sus niveles sanguíneos durante la primera semana de dosificación diaria, así como una lenta caída en los niveles en sangre entre dosis (Eap, C.B. et al., 2002; Foster et al., 1999).

4.3.3. Reacciones adversas

Las reacciones adversas a medicamentos (RAM) se definen como: “Cualquier efecto perjudicial y no deseado que se presenta a las dosis empleadas en el humano para la profilaxis, el diagnóstico, la terapéutica o la modificación de una función fisiológica” (WHO, 1973).

Las RAM comunes identificadas para la metadona son: estreñimiento, sudoración, disminución de la libido, dolor en articulaciones y huesos, náuseas leves y el deseo de consumir. Entre las RAM menos comunes se incluyen: rubor facial, prurito, euforia-disforia, insomnio, retención urinaria o tenesmo vesical, bradicardia, retraso en el vaciamiento gástrico, hiperalgesia, alteración inmunológica y hormonal, rigidez muscular y mioclonía. Asimismo, se han identificado RAM raras como: espasmo biliar, urticaria, síncope, muerte por sobredosis y Torsade de Pointes —taquicardia ventricular polimorfa, en la cual el complejo QRS va cambiando latido a latido.

Las quejas comunes se experimentan de manera no grave en un 40-50% de los pacientes y en un grado severo en aproximadamente 20%. Alrededor de un tercio puede experimentar síntomas de abstinencia debido a que la dosis de metadona “no llega a cubrir” el periodo de 24 horas (Benyamin et al., 2008; Dyer, K.R. & White, 1997; Krantz & Mehler, 2004). Entre los efectos secundarios más comunes del uso de opiáceos están el estreñimiento (que tiene una incidencia muy alta) y la náusea. Estas dos RAM pueden ser difíciles de manejar y con frecuencia no se desarrolla tolerancia a ellas, lo que es especialmente cierto para el estreñimiento. Estas RAM pueden ser lo suficientemente graves como para requerir la interrupción de opiáceos y contribuir a la dosificación insuficiente (Benyamin et al., 2008). La adecuada selección del paciente, la educación y el tratamiento preventivo de los posibles efectos secundarios pueden ayudar a maximizar la eficacia, al tiempo que reducen la gravedad de las RAM (Benyamin et al., 2008).

Un estudio prospectivo a tres años encontró que la única RAM que persistió a lo largo del estudio en todas las personas fue el incremento de la transpiración; sin embargo, no se demostró que interfiriera con algún tipo de actividad (Kreek, 2000). Por otro lado, otro estudio prospectivo con seguimiento durante 10 años observó dos poblaciones con dependencia a la heroína, una de ellas bajo tratamiento con metadona. Los autores reportaron una mayor prevalencia de diabetes mellitus, obesidad y hernia hiatal en la población bajo tratamiento; en contraste, se encontró una mayor frecuencia de úlceras e infecciones cutáneas, endocarditis bacterianas, quemaduras y heridas de bala en la población con dependencia a la heroína que no estuvo bajo tratamiento (Novick et al., 1993).

Existe un único estudio realizado en México, en la ciudad de Tijuana, donde se observó que las infecciones de tejidos blandos en usuarios de drogas

La única reacción adversa que persiste en todas las personas es el incremento de la transpiración.

intravenosas (UDIs) son comunes: 46% había tenido un absceso y 20% había tenido un absceso en los últimos 6 meses. Sólo 12% buscó atención médica para su más reciente absceso y 60% trató sus propios abscesos. El tratamiento adecuado de los abscesos es raro, por lo que se requiere de intervenciones específicas para reducir las barreras que impiden que esta población reciba la atención médica que necesita (Pollini et al., 2010).

Las reacciones adversas reportadas de la metadona son cualitativamente similares a las de otros opiáceos. La mayoría de las personas que han usado heroína u otros opiáceos experimentará pocos efectos secundarios. En la Tabla 3, se resume las RAM más comunes, las causas y la acción a considerar:

Tabla 3. Reacciones adversas, causas comunes y acción de la metadona

Reacción adversa	Causas comunes	Acción
Somnolencia después de tomar una dosis. ²	Dosis altas.	Disminuir la dosis de mantenimiento y revisar si está tomando otros medicamentos.
	Uso de otras drogas (legales o ilegales).	Revisar el uso de sedantes y otras drogas que afecten la cognición.
Síntomas de abstinencia antes de la próxima dosis máxima como: insomnio, dolor muscular, óseo, articular, náusea y dificultad para sostenerse. ²	Dosis bajas.	Incrementos de la dosis de mantenimiento.
	Cambios en las drogas legales o ilegales que el paciente puede estar usando.	Revisar si el paciente está tomando otros medicamentos.
Cefalea.	Común en la primera semana de tratamiento.	Generalmente leve y transitorio. Considere aspirinas o paracetamol.
	Otras causas de cefalea.	Considere otras causas.
Náusea.	Común al inicio del tratamiento.	Generalmente transitorio (días). Evitar aumentos de dosis rápida. Considerar la reducción de la dosis si persiste.
Disfunción intestinal que incluye: estreñimiento. Considerar otros síntomas como: calambres abdominales, distensión y reflujo gastroesofágico. ^{2,3}	Común al tratamiento con opiáceos. Probable falta de fibra dietética y pobre ingesta de líquidos o ejercicio.	Fomentar la ingesta de fibra (frutas, cereales, verduras), líquidos y ejercicio regular. Considerar el uso de laxantes.
Aumento de peso, particularmente en mujeres. ²	Retención de líquido causada por opioides (probable en altas dosis).	Disminuir la dosis.
	Aumento en la ingesta de alimentos mientras se encuentra en tratamiento; así como alta ingesta de sal.	Reducir la grasa y sal de la dieta, iniciar un régimen de ejercicios.

Reacción adversa	Causas comunes	Acción
Insomnio. ²	Dosis demasiado baja con inicio del síndrome de abstinencia en la noche.	Examinar dosis de mantenimiento y revisar otros medicamentos.
	Dosis muy tarde en la noche, provocando estimulación.	Siga las recomendaciones de higiene del sueño.
	Uso de estimulantes por la noche como café, nicotina, anfetaminas.	
	Ansiedad generalizada o patrón de sueño irregular.	
	Enfermedad depresiva.	
	Apnea central del sueño.	Evaluar y considerar la referencia.
Amenorrea u oligomenorrea. ²	Todos los opiáceos pueden provocarlo.	El periodo menstrual regresa posterior a la cesación del uso de la heroína o después de la abstinencia a los opiáceos.
	Podría estar relacionado con el estilo de vida, estrés, una dieta deficiente y mala salud general.	Buscar otras causas
Disminución del deseo sexual. ²	Dosis altas con efecto sobre las hormonas sexuales. Factores psicológicos como ansiedad, mala relación con la pareja, etc.	Revisar dosis. Investigar hipogonadismo inducido por opiáceos.
Problemas dentales. ²	Todos los opiáceos reducen el flujo de saliva. Dieta e higiene dental deficientes.	Fomentar la higiene bucal, hilo dental y el uso de goma de mascar libre de azúcar. Examen dental. Reducir la ingesta de bebidas azucaradas y dulces.

Tabla modificada de la *Guía Nacional para el tratamiento de la dependencia a opiáceos*. Australia. 2014.
²Dyer K.R. y White, 1997).
³Pappagallo, 2001.

4.3.4. Perfil de seguridad

El uso ilícito de opiáceos, especialmente de las inyecciones de heroína, es un problema importante de salud pública en muchos países del mundo y México no es la excepción (United Nations Office on Drugs and Crime, 2008).

Se estima que la mortalidad provocada por la dependencia a la heroína sin tratamiento se presenta en 1% a 2% por año, lo cual es más de 10 veces lo reportado para la población general (United Nations Office on Drugs and Crime, 2008). El elevado riesgo de mortalidad se concentra en varios factores: sobredosis accidental de drogas, suicidio, traumatismos, enfermedades pulmonares, cardíacas, hepáticas e infecciosas, principalmente el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) (Darke, Kaye, & Duflou, 2006; Degenhardt, L., Hall, W., Lynskey, M., & Warner-Smith, 2004).

El tratamiento con metadona reduce las muertes por sobredosis, el uso de drogas inyectables y las conductas sexuales de riesgo.

Los resultados de los ensayos clínicos así como los estudios de cohorte prospectivos muestran que el tratamiento con metadona es eficaz para reducir el consumo de opiáceos (Faggiano, Vigna-Taglianti, Versino, & Lemma, 2003) al igual que reduce las muertes por sobredosis, uso de drogas inyectables, conductas sexuales de riesgo y seroconversión del VIH (Des Jarlais & Seaman, 2008; Saxon, Hser, Woody, & Ling, 2013). Sin embargo, la sobredosis con metadona es un fenómeno creciente en varios países, el cual está asociado al incremento de la prescripción y su disponibilidad (Tabla 4). Además, existe información insuficiente acerca de las circunstancias asociadas a esas muertes debido, en gran medida, a la dificultad para atribuir la muerte al fármaco, así como a la dificultad para obtener datos clínicos y biográficos en un medio predominantemente ilegal y marginal (Wolff, K. 2002).

En general, a través de varios ensayos clínicos y experiencias, se ha demostrado que la metadona tiene un perfil de seguridad favorable cuando se usa de manera adecuada. De hecho, la mortalidad por todas las causas es menor en los pacientes tratados con metadona que en usuarios no tratados con adicción a los opiáceos (Gibson et al., 2008).

No obstante, en los últimos 20 años se ha evidenciado un incremento de la mortalidad asociado al uso de diversos agonistas opioides tanto en los Estados Unidos como en Canadá. Se calcula que las muertes por sobredosis se incrementaron en 75%, de las cuales 16,651 estaban relacionadas con la prescripción. Así, se llevó a cabo una revisión sistemática sobre los posibles determinantes de esas muertes en estos dos países. A pesar de la heterogeneidad de los estudios, los autores identificaron 17 determinantes y las agruparon en tres categorías. La primera, asociada a la conducta del prescriptor (p. ej., dosis del opiáceo), la segunda en relación a las características y conducta del usuario (p. ej., toxicidad por uso de polisustancias) y, la última, vinculada al entorno y determinantes sistémicos (p. ej., área geográfica e intervenciones) (King, Fraser, Boikos, Richardson, & Harper, 2014).

Se ha identificado un dato importante acerca de la muerte por sobredosis, ya que la evidencia apunta a que existe un riesgo mayor de este fenómeno en la noche, donde los síntomas de toxicidad no suelen ser reconocidos en aquellos cuya tolerancia habitual se ha reducido y ocurre en un tiempo considerable después de la ingestión. Se requiere de mayor investigación para dilucidar plenamente el mecanismo asociado a la sobredosis de metadona. Por otro lado, es importante señalar que la muerte asociada con la metadona es particularmente prevenible debido a su perfil farmacocinético, donde las consecuencias clínicas se presentan en un largo periodo de tiempo. De hecho, la cuestión clave que la distingue de otros opiáceos es su toxicidad retardada, en consecuencia, se deben tomar medidas para informar de manera clara y oportuna los puntos clave a todas las personas que entren en contacto con el fármaco (Wolff, K. 2002).

De manera general, se han descrito tres patrones de uso asociados a la muerte por sobredosis (Bell, J.R., Butler, Lawrance, Batey, & Salmelainen, 2009; Karch & Stephens, 2000; McCance-Katz, 2010; Modesto-Lowe, Brooks, & Petry, 2010):

1. *Sobredosis dosis única*: En algunos casos, la sobredosis se produce con la dosis inicial. Esto suele ocurrir con la ingestión accidental en un individuo intolerante (tal como un niño) o en una persona previamente tolerante cuyo

uso se ha interrumpido el tiempo suficiente para causar una pérdida de tolerancia. Al igual que con la mayoría de otros opiáceos, el efecto tóxico primario de la metadona es depresión respiratoria e hipoxia, a veces acompañada de edema pulmonar y/o neumonía por aspiración.

2. *Toxicidad acumulada*: De manera más frecuente, las dosis se acumulan con varios días y la toxicidad se desarrolla gradualmente. (La primera dosis no es letal, la segunda tampoco, pero la dosis total al tercer día, combinada con la mitad del segundo día y una cuarta parte de la del primer día, se acumulan hasta llegar a un nivel letal). Una inducción al tratamiento demasiado agresiva a menudo es la causa.

3. *La combinación de la metadona prescrita con otra droga*: La metadona puede ser letal cuando se utiliza en combinación con otro depresor del sistema nervioso central (SNC), incluyendo otros opiáceos, sedantes o hipnóticos o alcohol. En tales casos, ninguno de los agentes es letal por sí mismo, pero cuando se usa en combinación, adquiere un mayor nivel de toxicidad. Las benzodiacepinas son los fármacos que generan una mayor notificación de muertes atribuidas a la combinación con metadona. Otros medicamentos indicados para el tratamiento de enfermedades mentales como los antidepresivos inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (p. ej., fluoxetina), antidepresivos tricíclicos (p. ej., amitriptilina) y antipsicóticos como la quetiapina, pueden incrementar los niveles plasmáticos de metadona y, por consiguiente, el riesgo de toxicidad.

Tabla 4. Signos y síntomas por sobredosis con metadona

- Depresión del Sistema Nervioso Central:
 - ✓ Reducción del nivel de conciencia (somnolencia, o de un estado de estupor al coma).
 - ✓ Depresión respiratoria (hipoventilación).
 - ✓ Miosis o lentificación en la reactividad pupilar (signo de acción sobre receptores μ , estimulación colinérgica en el núcleo del III par craneal).
- Náusea.
- Mareo.
- Hiperhidrosis.
- Hipotensión o hipertensión arterial.
- Bradicardia (pulso lento).
- Hipotermia.
- Edema pulmonar (espuma en la boca).
- Alucinaciones y confusión.

Los síntomas pueden durar hasta 24 horas o más. La muerte se produce comúnmente por depresión respiratoria (Wolff, K. 2002).

La metadona puede ser letal cuando se utiliza en combinación con otro depresor del sistema nervioso central.

La mayor proporción de muertes asociadas al uso de metadona ocurre durante las primeras dos semanas de tratamiento (fase de inducción) en pacientes admitidos en los programas de tratamiento por opiáceos (PTO). Este fenómeno clínico está asociado a menudo con la falta de conocimiento del médico (sobrestimación de la tolerancia del paciente a los opiáceos), pobre adherencia del paciente al régimen de medicación prescrito, no tomar en

cuenta las comorbilidades médicas (p. ej., enfermedades respiratorias, trastornos del sueño), enfermedades de salud mental, políticas públicas acerca de la metadona, así como utilización por parte de los pacientes de otros depresores del SNC (p. ej., alcohol, benzodiazepinas y antidepresivos), además de la dosis de metadona proporcionada por los PTO (Modesto-Lowe et al., 2010; Srivastava & Kahan, 2006; Webster et al., 2011).

La asociación de este fenómeno posterior a las primeras dos semanas, se detecta mediante estudios *post mortem*. Un estudio, comparó las causas y tasas de mortalidad de los pacientes dentro de los PTO y los que habían abandonado el tratamiento. Antes de la epidemia del VIH, las tasas de mortalidad entre los pacientes de metadona dados de alta fueron más del doble en comparación con los que continuaron su tratamiento. Sin embargo, la tasa de mortalidad por causas relacionadas con la heroína en el periodo de postratamiento fue 51 veces mayor que los pacientes dentro del PTO. Otras condiciones relacionadas en este periodo fueron el consumo de alcohol, especialmente entre los pacientes de raza negra, no encontrando diferencias por género en las tasas de mortalidad dentro del PTO, pero una vez dados de alta, los hombres presentaron una mayor tasa de mortalidad (Appel, Joseph, & Richman, 2000).

En otro estudio retrospectivo los autores revisaron datos de la autopsia, informes de la policía, datos hospitalarios y análisis toxicológico *post mortem* disponibles en el sistema de información forense de Ontario. Se detectó metadona en muestras sangre de 54 casos. Cerca de 11 muertes se debieron a la toxicidad de la metadona, 25 a la combinación de metadona con otras sustancias (sobre todo cocaína y alcohol); 7 se asociaron a la exacerbación de una enfermedad preexistente debido a la metadona; 1 muerte se debió únicamente a la enfermedad y 1 muerte más se relacionó con un accidente automovilístico. Cabe señalar que un número significativo de muertes relacionadas con el uso de metadona se debió al uso ilícito, que superó el nivel de tolerancia a los opiáceos. Este estudio demostró que la toxicidad de la metadona se ve reforzada por enfermedades subyacentes, especialmente en individuos con patología cardíaca o pulmonar (Albion, Shkrum, & Cairns, 2010).

Con la finalidad de conocer los factores asociados con la mortalidad entre los consumidores de heroína bajo tratamiento de mantenimiento con metadona, se estudió una cohorte de 1,616 taiwaneses durante 26 meses. Los autores reportaron como principal causa de muerte los accidentes, el suicidio y la sobredosis de drogas, seguidos de enfermedades cardíacas y hepáticas. La edad avanzada, así como la infección por VIH, historia de tratamiento psiquiátrico, abuso y dependencia al alcohol fueron importantes factores de riesgo asociados a la mortalidad por cualquier causa. Estos resultados sugieren que, aunque la mortalidad se asocia principalmente con las comorbilidades médicas y psiquiátricas, los programas de mantenimiento con metadona siguen siendo un importante predictor de supervivencia (Huang & Lee, 2013). Un metaanálisis de estudios cohortes donde se evaluó la mortalidad de usuarios dependientes a heroína y otros opiáceos, determinó como causa común de muerte la sobredosis; asimismo, se evidenció de manera clara que el tratamiento es un factor de protección contra la mortalidad, incluso en estudios observacionales no aleatorios (Degenhardt et al., 2011).

Dados los resultados obtenidos en diferentes estudios realizados en pacientes que se encuentran bajo tratamiento con metadona, la Administración de Drogas y Alimentos de los Estados Unidos de Norteamérica (FDA por sus siglas, en inglés), emitió una alerta de seguridad médica en 2006, de manera específica por las muertes y arritmias cardíacas asociadas a su uso (FDA, 2007).

4.3.5. Importancia de las interacciones farmacológicas de la metadona para una prescripción segura

La OMS informó que la principal causa de morbilidad y mortalidad se debe a las interacciones entre medicamentos (Lepakhin, 2002). Este hallazgo incluyó los medicamentos utilizados en el tratamiento farmacológico de los trastornos por uso de sustancias. En los últimos años, se ha reportado un incremento importante de muertes relacionadas con el uso de metadona en los Estados Unidos y muchas de estas muertes han sido asociadas a la interacción con otros medicamentos y drogas (Shields, Hunsaker Iii, Corey, Ward, & Stewart, 2007).

En términos generales, podemos clasificar las interacciones medicamentosas en farmacodinámicas y farmacocinéticas. Estos mecanismos de interacción pueden ocurrir porque los medicamentos tienen capacidad de sinergismo (conocida también como interacción farmacodinámica) o de antagonismo (interacción farmacocinética). Las interacciones farmacocinéticas ocurren cuando un medicamento llamado “precipitante” provoca un cambio en la absorción, distribución, metabolismo y eliminación de otro medicamento, el “medicamento diana”. El resultado puede ser un aumento o una reducción de la eficacia y/o, presencia de RAM tóxicas perniciosas. Las interacciones farmacodinámicas resultan cuando dos fármacos se administran simultáneamente y la curva de concentración-respuesta de uno o ambos fármacos se altera sin cambios en la farmacocinética del medicamento diana (Overholser & Foster, 2011).

Dentro de las interacciones farmacocinéticas las alteraciones en el metabolismo juegan un papel relevante. Aunque existen enzimas metabolizadoras en el riñón, el intestino, el pulmón, el SNC y las glándulas suprarrenales, es en el hígado donde se localizan los principales sistemas enzimáticos responsables de la biotransformación de los fármacos. El metabolismo de los fármacos se lleva a cabo mediante dos tipos de reacciones: de fase I y de fase II. La metadona se metaboliza mediante las reacciones de la fase I, conocidas también como no sintéticas o de funcionalización (de oxidación, reducción o hidrólisis). El citocromo P-450 (CYP450) constituye el más importante sistema enzimático empleado por el organismo para metabolizar los fármacos y se localiza en el retículo endoplásmico y en las mitocondrias. La Tabla 5 muestra las principales vías metabólicas de la metadona, existiendo numerosas isoformas del CYP450, y entre las isoenzimas más importantes, en relación con su metabolismo cabe mencionar las CYP3A4, CYP2B6, CYP2D6, CYP1A2, CYP2C9 y CYP2C19 (Fredheim, Moksnes, Borchgrevink, Kaasa, & Dale, 2008; Overholser & Foster, 2011; Smith, 2009).

Se deben conocer las interacciones farmacológicas de la metadona para una prescripción segura.

Se requiere un alto grado de certeza diagnóstica antes de ingresar al TMM.

Tabla 5. Principales vías metabólicas de la metadona

Opioide	Fase I del metabolismo (isoenzimas)	Fase II del metabolismo
Metadona	3A4	No involucrada
	2B6	
	2D6	
	1A2*	
	2C9*	
	2C19*	
*Vías menores con significado clínico poco conocido. Adaptado de Overholser & Foster, 2011.		

Los fármacos pueden interactuar de dos formas con las isoenzimas del citocromo P450: como sustrato para su metabolización, o como modificadores de su actividad, dando lugar a una inducción (incremento de la actividad enzimática acelerando el metabolismo de los fármacos) o bien a una inhibición enzimática (disminución en la actividad enzimática desacelerando el metabolismo de los fármacos). Un fármaco puede ser sustrato de una o varias enzimas, además puede ser inductor o inhibidor de las mismas u otras enzimas (Overholser & Foster, 2011).

4.4. Tratamiento de mantenimiento con metadona (TMM)

Preguntas a responder

- ¿Cuáles son las indicaciones para el tratamiento de mantenimiento con metadona?
- ¿Cuáles son los objetivos del tratamiento de mantenimiento con metadona para la dependencia a la heroína?
- ¿Cuál es la evidencia de la eficacia de la metadona como tratamiento para la dependencia a la heroína?
- ¿Cuál es el perfil de seguridad de la metadona como tratamiento para la dependencia a la heroína?
- ¿Cuál es la dosis inicial de metadona en el tratamiento de dependencia a la heroína?
- ¿Cuál es la dosis de mantenimiento de la metadona en el tratamiento de dependencia a la heroína?
- ¿Cuál es la duración del tratamiento con metadona para la dependencia a la heroína?

4.4.1. Indicaciones para el TMM con metadona

El tratamiento de mantenimiento con metadona (TMM) está indicado para los pacientes dependientes a los opiáceos que tengan la capacidad de dar su consentimiento informado y para quienes no exista ninguna contraindicación específica. Dada la naturaleza de largo plazo del tratamiento y el potencial de

toxicidad en las dos primeras semanas, se requiere un alto grado de certeza diagnóstica antes de ingresar al tratamiento (Tabla 6). Si el diagnóstico no puede confirmarse por la observación de la abstinencia, es necesario ubicar los sitios de inyección o confirmación del tratamiento previo.

El tratamiento debe comenzar con cuidado y con supervisión cercana. La ausencia de síntomas de intoxicación proporcionará evidencia directa de la tolerancia opioide. El personal debe ser cuidadoso al momento de excluir a los pacientes que buscan esta opción de tratamiento, porque a menudo tienen pobres resultados clínicos si no reciben tratamiento (Bell, J., Digiusto, & Byth, 1992; WHO, 2009).

Tabla 6. Indicaciones y contraindicaciones para iniciar el tratamiento de mantenimiento con metadona

<p>Indicaciones</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico de dependencia a la heroína. • Identidad comprobada del paciente. • Edad mínima de 18 años. • Idoneidad para el tratamiento con metadona. • Capacidad para dar su consentimiento informado. <p>Contraindicaciones</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pacientes con insuficiencia hepática grave. • Pacientes con antecedentes de hipersensibilidad a la metadona. • Depresión respiratoria grave. • Asma aguda. • Alcoholismo agudo. • Traumatismos cráneo encefálico. • Incremento de la presión intracraneal. • Dolor abdominal agudo. • Espasmo del tracto renal. • Estar bajo tratamiento con inhibidores de la monoaminoxidasa o dentro de los 14 días posteriores a la suspensión del tratamiento. <p>Adaptado de Henry-Edwards, S., Gowing, L., White, J., Bell, J., Brough, R., & Ritter, A. 2003.</p>
--

El tratamiento con metadona busca ofrecer una alternativa segura, accesible y eficaz para los pacientes adultos con dependencia a la heroína.

4.4.2. Objetivos principales del TMM

El objetivo general del tratamiento de mantenimiento con metadona (MMT) en México es proporcionar un tratamiento seguro, accesible, eficaz y coherente para los pacientes adultos con dependencia a la heroína.

Los objetivos específicos de este tratamiento para la dependencia a la heroína descritos en la Tabla 7, fueron obtenidos de diferentes fuentes como: opinión por parte de expertos, artículos originales y guías de tratamiento, e incluyen los siguientes:

Tabla 7. Objetivos principales del TMM

- Alcanzar una dosis estable de mantenimiento que reduzca el deseo de opiáceos ilícitos y, como consecuencia, el cese de su consumo.
- Reducción del riesgo de sobredosis y muerte asociados al uso de opioides.
- Reducción del riesgo de patologías orgánicas y transmisión de enfermedades asociadas al consumo intravenoso de heroína.
- Reducción de la actividad delictiva.
- Mejorar la salud física, psicológica y la calidad de vida.

NICE, 2007; WHO, 2009.

Entre los objetivos del TMM se encuentra reducir el riesgo de sobredosis y muerte asociados al uso de opioides.

El equipo inicial en la investigación del TMM, determinó los efectos clínicos fundamentales del suministro diario de metadona que usualmente consiste en la administración de una dosis diaria (Kreek, 2000). Para la mayoría de los pacientes, la cantidad de metadona prescrita oralmente se encuentra entre los 80-120 mg/día, que debería ser suficiente para el control del cuadro clínico.

Tabla 8. Efectos clínicos fundamentales de Kreek y colaboradores para la prescripción adecuada de metadona

- Prevención de la aparición del síndrome de abstinencia a los opiáceos de 24 a 36 horas.
- Reducción o eliminación de la apetencia (*craving*) por la heroína.
- Bloquear los efectos euforizantes de la heroína.

Adaptado de Kreek, 2000.

4.4.3. Evidencia de la eficacia de la metadona como tratamiento para la dependencia a la heroína

En 2014 la organización Colaboración Cochrane realizó una revisión sistemática y un metaanálisis con el objetivo de evaluar el tratamiento de mantenimiento para la dependencia a los opiáceos con agonistas opioides en diferentes dosis (Mattick, Breen, Kimber, & Davoli, 2014). En este metaanálisis se incluyó como intervención la buprenorfina en comparación con el placebo y la metadona. Los desenlaces analizados fueron: capacidad para retener a las personas en el tratamiento, disminuir el uso ilícito de drogas, reducir la actividad criminal, y la mortalidad. Los autores incluyeron 31 ensayos clínicos aleatorizados (5,430 participantes) con una calidad de la evidencia de alta a moderada.

Los resultados evidenciaron que la buprenorfina en dosis flexibles fue menos eficaz que la metadona en la retención de los pacientes, (5 estudios, 788 participantes, RR 0,83; IC del 95%: 0,72 a 0,95). En los estudios de bajas dosis fijas, la metadona (≤ 40 mg) también fue más efectiva en la retención de pacientes que la buprenorfina en dosis bajas (2-6 mg), (3 estudios, 253 participantes, RR 0,67; IC del 95%: 0,52-0,87). Sin embargo, en las dosis medias y/o altas, no se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre la buprenorfina (dosis de 7-15 mg) y la metadona (dosis de 40-85 mg) en la retención de pacientes (7 estudios, 780 participantes, RR 0,87; IC del 95%: 0,69 a 1,10), o en la disminución del uso de opiáceos ilícitos medido por análisis de orina (4 estudios, 476 participantes, DME 0.25; IC del 95%: -0,08 a

0,58), o por informes de uso ilegal de opiáceos (2 estudios, 174 participantes, DME -0,82; IC del 95%: -1,83 a 0,19).

Del mismo modo, no hubo diferencias entre las dosis altas de buprenorfina (≥ 16 mg) y metadona en dosis (≥ 85 mg) en la retención de pacientes (RR 0,79; IC 95%: 0,20 a 3,16) o la disminución del consumo de heroína (DME -0,73; IC del 95%: -1,08 a -0,37) (1 estudio, 134 participantes). Con relación a las reacciones adversas a los medicamentos (RAM), dos estudios analizaron los RAM de metadona y buprenorfina sin encontrar diferencias estadísticamente significativas, con excepción de un único resultado que indicó más sedación entre aquellos pacientes que recibieron metadona.

Cuadro 1. Resumen de la evidencia y recomendaciones para el uso de metadona

Resumen de la evidencia	
Intervención	
Calidad alta	Metadona Diferentes revisiones sistemáticas provenientes de estudios controlados aleatorizados evidencian que el tratamiento de mantenimiento con metadona (TMM) es una de las principales formas de tratamiento para la dependencia a los opiáceos. El TMM por vía oral parece ser una intervención aceptada y eficaz como estrategia farmacológica para la reducción del daño en pacientes con dependencia a los opiáceos ilícitos (heroína) y es ampliamente utilizado en varios países (Faggiano et al., 2003; Mattick, Breen, Kimber, & Davoli, 2009b; Mattick et al., 2014).
Recomendación para la práctica clínica	
Fuerte a favor	Se recomienda la metadona como tratamiento de primera línea en pacientes con dependencia a los opiáceos ya que reduce los síntomas de abstinencia, el deseo de consumo, el riesgo de sobredosis y muerte asociados al uso de opioides ilícitos. Asimismo, reduce el riesgo de patologías orgánicas y transmisión de enfermedades asociadas al consumo por vía intravenosa (p. ej., VIH, hepatitis B, C, etc.), además de reducir la actividad delictiva y mejorar la salud física, psicológica y la calidad de vida.
Recomendación para la investigación	
Se recomienda realizar estudios clínicos controlados y aleatorizados (ECA) para evaluar la eficacia y seguridad de la metadona en pacientes mexicanos con dependencia a la heroína, dado que la evidencia identificada hasta ahora se ha recabado en grupos éticos diferentes a la población mexicana cuyas variables biológicas y ambientales particulares pueden tener un impacto en la eficacia y seguridad.	

El TMM parece ser una intervención aceptada y eficaz para la reducción del daño en pacientes con dependencia a la heroína.

4.4.4. Perfil de seguridad de la metadona como tratamiento para la dependencia a la heroína

El perfil de seguridad de la metadona ha sido puesto en duda debido a que, en los últimos años, algunos reportes indican un incremento en el número de muertes por sobredosis asociadas a la metadona, así como un aumento dramático en el uso de la metadona para el dolor crónico (Chou et al., 2014).

Atribuir como causa de muerte el uso de metadona es un desafío particular, debido a que en la gran mayoría de los casos, no es posible determinar si la muerte se produjo como resultado de la depresión respiratoria relacionada con la sobredosis o se atribuye a otros factores tales como una arritmia cardíaca. Sin embargo, es ampliamente reconocido que el perfil farmacocinético de la metadona (como el tener una vida media larga y múltiples interacciones medicamentosas) puede generar preocupaciones de seguridad específicas. La variabilidad en la dosis —respuesta para el control de la abstinencia, así como en la analgesia y la asociación con la prolongación de la tasa corregida del intervalo QT (QTc) en el electrocardiograma (considerado un marcador de arritmias)— puede predisponer a los pacientes a la arritmia ventricular denominada torsades de pointes (Fareed et al., 2010; Madden & Shapiro, 2011; Martell, Arnsten, Krantz, & Gourevitch, 2005; Wolff, K. 2002).

La metadona representa hoy en día el estándar de oro de la eficacia para el tratamiento farmacológico de la dependencia a los opiáceos (Faggiano et al., 2003; Mattick et al., 2014). No obstante, la metadona, como muchos otros medicamentos, ha sido implicada en la prolongación de la tasa de QTc en el electrocardiograma. Dados los resultados obtenidos en diferentes estudios realizados en pacientes que se encuentran bajo tratamiento con metadona, la Administración de Drogas y Alimentos de los Estados Unidos de Norteamérica (FDA), emitió una alerta de seguridad médica en 2006, de manera específica por las muertes y arritmias cardíacas asociadas a su uso (FDA, 2007).

El tratamiento con metadona está implicado como una condición potencial de riesgo sobre la salud, por lo que resulta prioritario hacer una evaluación del riesgo-beneficio asociada con la detección de la prolongación del intervalo QTc para la prevención de la morbilidad y mortalidad en adictos a opiáceos tratados con metadona.

Por lo anterior, se realizó una revisión sistemática de la literatura sobre la evidencia científica que apoya la decisión para realizar un electrocardiograma de rutina antes y durante tratamiento con metadona; sin embargo, los autores concluyeron que la evidencia sobre la efectividad de la estrategia de realizar un ECG para detectar la prolongación del intervalo QTc es insuficiente, por lo que recomiendan realizar estudios mejor diseñados y centrados en la eficiencia de la aplicación generalizada de esta estrategia, clarificar la variación entre la relación riesgo-beneficio según el nivel de exposición a factores de riesgo (universal vs. detección selectiva) y el nivel en que se espera que los beneficios superen los daños (Pani, Trogu, Maremmanni, & Pacini, 2013).

Recientemente, la Sociedad Americana del Dolor y el Colegio sobre Problemas de Dependencia a Drogas, en colaboración con la Sociedad de Ritmo Cardíaco incluyeron factores de riesgo para el incremento del intervalo QTc que se debe tomar en cuenta antes de iniciar el tratamiento con metadona. También, los autores describen las principales interacciones farmacológicas con la metadona (Tabla 9 y 10, de manera respectiva) (Chou et al., 2014).

Se reconoce ampliamente que el perfil farmacocinético de la metadona puede generar preocupaciones de seguridad específicas.

Tabla 9. Factores de riesgo para el incremento del intervalo QTc

• Alteraciones electrolíticas, tales como hipopotasemia o hipomagnesemia.
• Insuficiencia hepática.
• Cardiopatía estructural (defectos cardiacos congénitos o una historia de endocarditis o insuficiencia cardiaca).
• Predisposición genética, como el síndrome de prolongación congénita del intervalo QTc o historia familiar del síndrome de prolongación del intervalo QTc.
• Uso de fármacos con propiedades que prolongan el intervalo QTc.
Chou et al., 2014.

Tabla 10. Principales interacciones farmacológicas con metadona

Fármacos	Efectos sobre metadona	Efectos sobre el intervalo QTc	Efecto aditivo sedativo y depresor respiratorio
Antibióticos			
Ciprofloxacina	↑	↑	
Claritomicina	↑	↑	
Eritromicina	↑		
Itraconazol	↑		
Ketoconazol	↑		
Fluconazol	↑		
Rifampicina	↓		
Telitromicina	↑		
Anticonvulsivantes			
Carbamazepina	↓		
Fenitoína	↓		
Antihistamínicos			
Difenhidramina			↑
Prometazina			↑
Antipsicóticos			
Quetiapina	↑	↑	
Barbitúricos			
Fenobarbital	↓		↑
Benzodiazepinas			
Alprazolam	↑		↑
Clorazepato	↑		↑
Diazepam	↑		↑
Estazolam	↑		↑
Flurazepam	↑		↑
Lorazepam	↑		↑
Midazolam	↑		↑
Triazolam	↑		↑
Zopiclona	↑		↑

Fármacos	Efectos sobre metadona	Efectos sobre el intervalo QTc	Efecto aditivo sedativo y depresor respiratorio
Medicamentos/VIH Abacavir (IT1a) Nevirapine (ITI-na) Delavirdine Efavirenz (ITIna) Ritonavir-boosted Lopinavir (IP) Nelfinavir Amprenavir Atazanavir (IP)	↓ ↓ ↓ ↓ ↓ ↓ ↓ ↓		
Opioides Heroína	↓*		↑
ISRS Fluoxetina Fluvoxamina Nefazodona Paroxetina Sertralina	↑ ↑ ↑ ↑ ↑		
Antidepresivos tricíclicos Amitriptilina Desipramina Imipramina Nortriptilina Protriptilina		↑ ↑ ↑ ↑ ↑	
Alcalinizadores urinarios Bicitra Policitra Verapamil	↑ ↑ ↑		
Otros Aprepitant Cimetidina Cocaína Disulfiran Ethanol Toronja (jugo o fruta) Omeprazol Hierba de San Juan	↑ ↑ ↓ ↑ ↓* ↑ ↑ ↓*	↑	↑

NOTA: Los efectos por las interacciones farmacológicas se predicen o esperan. En la mayoría de los casos hay evidencia directa sobre los cambios en los niveles de metadona. Los inductores del citocromo P450 disminuyen los niveles de metadona en sangre; los inhibidores aumentan los niveles sanguíneos de metadona. Más información sobre las interacciones y los fármacos que se metabolizan en el citocromo P450 y que se asocian con la prolongación del intervalo QTc pueden hallarse en: <http://medicine.iupui.edu/clinpharm/ddis/ClinicalTable.aspx> y <http://QTdrugs.org>. Información actualizada.

* La interacción no es fuerte.

Lintzeris & Nielsen, 2009; McCance-Katz, Jatlow, & Rainey, 2010; McCance-Katz, 2010, Chou et al., 2014.

Cuadro 2. Resumen de la evidencia y recomendaciones del perfil de seguridad

Resumen de la evidencia	
Electrocardiograma de rutina	
Calidad muy baja	Se realizó una revisión sistemática donde, de manera inicial, se evaluaron 862 artículos, sin embargo, ninguno cumplió los criterios de elegibilidad. Los autores concluyeron que la evidencia sobre la efectividad de la estrategia de realizar un ECG para detectar la prolongación del intervalo QTc es insuficiente, por lo que recomiendan realizar estudios mejor diseñados y centrados en la eficiencia de la aplicación generalizada de esta estrategia, clarificar la variación entre la relación riesgo-beneficio según el nivel °de exposición a factores de riesgo (universal vs. detección selectiva) y el nivel en que se espera que los beneficios superen los daños (Pani et al., 2013).
Recomendación para la práctica clínica	
Electrocardiograma	
Buena práctica clínica	Se sugiere evaluar los factores de riesgo asociados a la prolongación del intervalo QTc, así como realizar un ECG inicial en pacientes con factores de riesgo para el incremento del intervalo QTc como un ECG previo con un QTc > 450 ms o una historia sugerente de arritmia ventricular previa y en casos en que se desconozcan de factores de riesgo (Chou et al., 2014).
Recomendación para la investigación	
Electrocardiograma de rutina	
Se recomienda realizar estudios con el mejor diseño posible para poder evaluar la eficiencia para la aplicación de un electrocardiograma de rutina, así como el perfil riesgo-beneficio según el nivel de exposición a factores de riesgo ya que, hasta donde se realizó revisión de la literatura científica, no se encontraron estudios en población mexicana que evalúe estas variables.	

4.4.5. Dosis inicial de metadona en el tratamiento de dependencia a la heroína

La fase de inducción comienza con la primera dosis de metadona y se extiende a las primeras dos semanas de tratamiento. Durante este periodo los pacientes están en mayor riesgo de sobredosis y muerte, por lo que la seguridad debe considerarse de muy alta prioridad. En esta fase se debe evaluar de manera cuidadosa el grado de neuroadaptación del paciente, ya que por historia clínica no es sencillo y no es posible establecerla de manera directa (Baxter et al., 2013; WHO, 2009).

Para los pacientes que tienen prescritos los opiáceos, la dosis diaria total debe convertirse en una dosis equivalente de metadona que se administre una vez al día. Para los pacientes que utilizan opiáceos ilegales (p. ej., heroína), una dosis de 20 mg de metadona al día de manera habitual puede ser suficiente para aliviar sus síntomas de abstinencia, retenerlos en el tratamiento, así como mantenerlos en un bajo riesgo de sobredosis. Sin embargo, en los pacientes con poco o dudoso grado de neuroadaptación se debe comenzar con dosis bajas de metadona y mantenerlos bajo observación cercana. Algunos pacientes con altos niveles de neuroadaptación experimentarán algunas molestias al dejar la heroína. Con ellos, se puede incrementar la dosis hasta 30 mg al día, de esta manera se les podrá retener en el tratamiento, no obstante, se debe sopesar el riesgo de sobredosis mortal en aquellos casos en que el nivel de neuroadaptación se sobreestime (WHO, 2009).

Otros autores sugieren de manera típica una dosis inicial que va de 10 a 30 mg por día. Si la dosis inicial no es suficiente para aliviar los síntomas de abstinencia, se debe reevaluar al paciente entre 2 a 4 horas después, cuando se han alcanzado los niveles pico. En ese momento, se deberá proporcionar una dosis adicional de 5 a 10 mg de metadona si los síntomas de abstinencia no han sido suprimidos o si reaparecen. La dosis diaria total de la metadona en el primer día de tratamiento no debe exceder los 40 mg (Baxter et al., 2013).

Una vez que se ha establecido que la dosis inicial es bien tolerada, la dosis de metadona debe incrementarse de manera gradual hasta que el paciente se sienta cómodo para no usar heroína u otros opiáceos ilícitos. La tasa de aumento debe ser evaluada individualmente, y no debe ser mayor a 10 mg en los siguientes días (WHO, 2009).

En pacientes de alto riesgo como son los mayores de 60 años de edad, los que toman otros medicamentos (p. ej., benzodiazepinas), quienes tienen dependencia al etanol, padecen enfermedades respiratorias o tienen factores de riesgo para prolongar el intervalo QTc, así como los factores farmacocinéticos, se recomienda una dosis inicial de 10 a 20 mg, con cuidadoso ajuste de dosis (Baxter et al., 2013).

La fase de inducción comienza con la primera dosis de metadona y se extiende a las primeras dos semanas de tratamiento.

Tabla 11. Dosis equivalentes de metadona en función de la heroína ilegal consumida

Heroína	Metadona
1/8 g (125 mg)	15 - 20 mg
1/4 g (250 mg)	30 - 45 mg
1/2 g (500 mg)	60 - 90 mg
3/4 g (750 mg)	90 - 135 mg
1 g (1000 mg)	120 - 190 mg
Ribalta et al, 1993.	

Cuadro 3. Resumen de la evidencia y recomendaciones de la fase de inducción

Resumen de la evidencia	
Dosis de metadona para la fase de inducción	
Calidad baja	Dosis inicial de metadona Información obtenida de reportes de panel de expertos, así como la guía de la Organización Mundial de la Salud (Baxter et al., 2013; WHO, 2009).
Recomendación para la práctica clínica	
Dosis de metadona para la fase de inducción	
Buena práctica clínica	Dosis inicial de metadona Durante la inducción a la metadona, la dosis diaria inicial dependerá del nivel de neuroadaptación del paciente (tolerancia) así como los factores de riesgo. A partir de ello, deberá iniciarse con una dosis en un intervalo de 10 a 30 mg al día, en promedio 20 mg/día sin exceder los 40 mg/día el primer día. En pacientes con bajo riesgo se puede iniciar con una dosis de entre 20 a 30 mg/día, en pacientes con riesgo moderado 20 mg/día y en los pacientes con alto riesgo de deberá iniciar con una dosis de 10 mg/día. La dosis del primer día se debe titular al alza cada tres a cinco días con incrementos de 5 a 10 mg, acompañados por una evaluación cuidadosa durante las primeras dos semanas de tratamiento. Estos incrementos se traducirán, en la mayoría de los pacientes, en dosis de entre 30 y 50 mg hacia el final de la primera semana y 40 a 60 mg hacia el final de la segunda semana (Baxter et al., 2013; WHO, 2009).
Recomendación para la investigación	
Se recomienda realizar estudios clínicos con adecuado diseño para evaluar y establecer la dosis inicial de metadona en pacientes mexicanos con dependencia a la heroína dado que no existe evidencia científica específica de esta población.	

Se recomienda realizar estudios clínicos para evaluar y establecer la dosis inicial de metadona en pacientes mexicanos con dependencia a la heroína.

La fase de mantenimiento o periodo de estabilización inicia en la tercera semana de tratamiento.

4.4.6. Dosis de mantenimiento de metadona en el tratamiento de dependencia a la heroína

La fase de mantenimiento o periodo de estabilización inicia en la tercera semana de tratamiento y su objetivo es lograr una dosis de mantenimiento que le permita al paciente llevar a cabo sus actividades diarias en un estado de no intoxicación, sedación excesiva, síndrome de abstinencia, o con apetencia por consumir heroína (*craving*) (Baxter et al., 2013).

En una revisión sistemática de diversos estudios, los autores compararon la eficacia de la metadona con diferentes dosis fijas (Faggiano et al., 2003). Se compararon dosis de 1-39 mg, 40-59 mg, 60-109 mg y dosis superiores a 109 mg (todos los pacientes en esta última categoría recibieron 160 mg).

Al comparar las dosis en el rango de 1-39 mg vs. 60-109 mg, estas últimas resultaron en una mejor retención en el tratamiento (RR 1,36; IC del 95%: 1,13 a 1,63), tuvieron tasas más altas de abstinencia a los opiáceos (RR 1,59; IC del 95% 1.16 a 2.18) y de abstinencia a la cocaína (RR 1,81; IC del 95%: 1,15 a 2,85).

Cuando se compararon las dosis en el rango 40-59 mg vs. 60-109 mg, estas últimas presentaron una mejor retención en el tratamiento en el largo plazo (RR 1,23; IC del 95%: 1,05 a 1,45), pero no se encontraron diferencias estadísticas significativas en la reducción del consumo de heroína (RR 1,51; IC del 95%: 0,63 a 3,61).

Cuando se comparó dosis en el rango de 60 a 109 mg vs. 160 mg por día, no se evidenció una mayor retención en el tratamiento (RR 0.96, IC 95% 0,69-1,34), aunque esta dosis más alta resultó en una mejor retención en el tratamiento que las dosis inferiores a 60 mg (RR 1,67, 95% CI 1,05-2,66).

Finalmente, los autores no encontraron diferencias estadísticas demostrables entre las dosis medias (40-59 mg) y bajas (1-39 mg) en términos de retención en el tratamiento (RR 1.26, IC 95% 0,91, 1,75).

Basándonos en esta evidencia, la dosis de metadona que va de 60 a 100 mg/día es más eficaz que las dosis más bajas en la retención de los pacientes y en la reducción de uso de heroína y cocaína durante el tratamiento (Faggiano et al., 2003). Para encontrar la dosis óptima se requiere adquirir habilidades clínicas, por lo que los médicos deben prescribir dosis efectivas de metadona y estar dispuestos a aumentar la dosis si los pacientes siguen utilizando opiáceos ilícitos (WHO, 2009).

Cuadro 4. Resumen de la evidencia y recomendaciones para la dosis de mantenimiento con metadona

Resumen de la evidencia	
Mantenimiento con metadona en diferentes dosis	
Calidad alta	Retención en el tratamiento Cuando se comparó las dosis en el rango de 1-39 mg vs. 60-109 mg estas últimas resultaron en una mejor retención en el tratamiento (RR 1,36; IC del 95%: 1,13 a 1,63).

Calidad moderada	Altas tasas de abstinencia a la cocaína Cuando se comparó las dosis en el rango de 1-39 mg vs. 60-109 mg, estas últimas resultaron en tasas más altas de abstinencia a la cocaína (RR 1,81; IC del 95%: 1,15 a 2,85).
Calidad baja	Altas tasas de abstinencia a los opiáceos Cuando se comparó las dosis en el rango de 1-39 mg vs. 60-109 mg estas últimas resultaron en tasas más altas de abstinencia a los opiáceos (RR 1,59; IC del 95% 1.16 a 2.18).
Recomendaciones para la práctica clínica	
Fuerte a favor	Dosis de mantenimiento con metadona Se recomienda una dosis de metadona que va de 60 a 100 mg/día ya que se ha demostrado que son más eficaces que las dosis más bajas en la retención de los pacientes y en la reducción del uso de heroína y cocaína durante el tratamiento. Para encontrar la dosis óptima se deben adquirir habilidades clínicas, por lo que el médico lector debe tener en cuenta estas conclusiones para implementar estas estrategias en el tratamiento. El efecto secundario más importante es el riesgo de aumento en el uso de cocaína, por tanto, los médicos necesitan evaluar esta comorbilidad con sumo cuidado (Faggiano et al., 2003).
Buena práctica clínica	Se sugiere individualizar las dosis de metadona tomando en cuenta el consumo habitual de heroína por parte del usuario, así como considerar la presencia de síntomas de abstinencia entre la dosis y reacciones adversas. Se sugiere considerar los factores farmacocinéticos debido a que diferentes estudios indican importantes diferencias en la absorción de metadona y el metabolismo. Algunos pacientes son propensos a ser tratados adecuadamente con dosis bajas, otros pueden necesitar dosis más altas e, inclusive, por encima del rango establecido.
Recomendaciones para la investigación	
Se recomienda realizar estudios clínicos con adecuado diseño para evaluar y establecer la dosis de mantenimiento de metadona en pacientes mexicanos con dependencia a heroína dado que no existe evidencia científica específica de esta población.	

Se sugiere individualizar las dosis de metadona considerando el consumo habitual de heroína del usuario.

4.4.7. Duración del tratamiento con metadona para la dependencia a la heroína

Existe un consenso sobre cuándo se debe suspender el tratamiento de mantenimiento con metadona y ese momento se define por la voluntad del paciente para suspender el tratamiento, el juicio del clínico basado en que el paciente se ha mantenido estable durante un periodo de tiempo lo suficientemente

No hay evidencia suficiente que apoye la decisión de suspender el tratamiento con metadona en pacientes con dependencia a la heroína.

largo y la motivación del paciente para vivir una vida sin tratamiento. Asimismo, existe información acerca de cómo se debe suspender el tratamiento con metadona, así como los enfoques ambulatorios y prácticas clínicas con una disminución de la dosis gradual y lenta (con la posibilidad de volver a la dosis anterior si es necesario, es decir, en caso de reincidencia en el consumo de heroína, síndrome de abstinencia severo o la presencia síntomas psiquiátricos) (Ksouda et al., 2013).

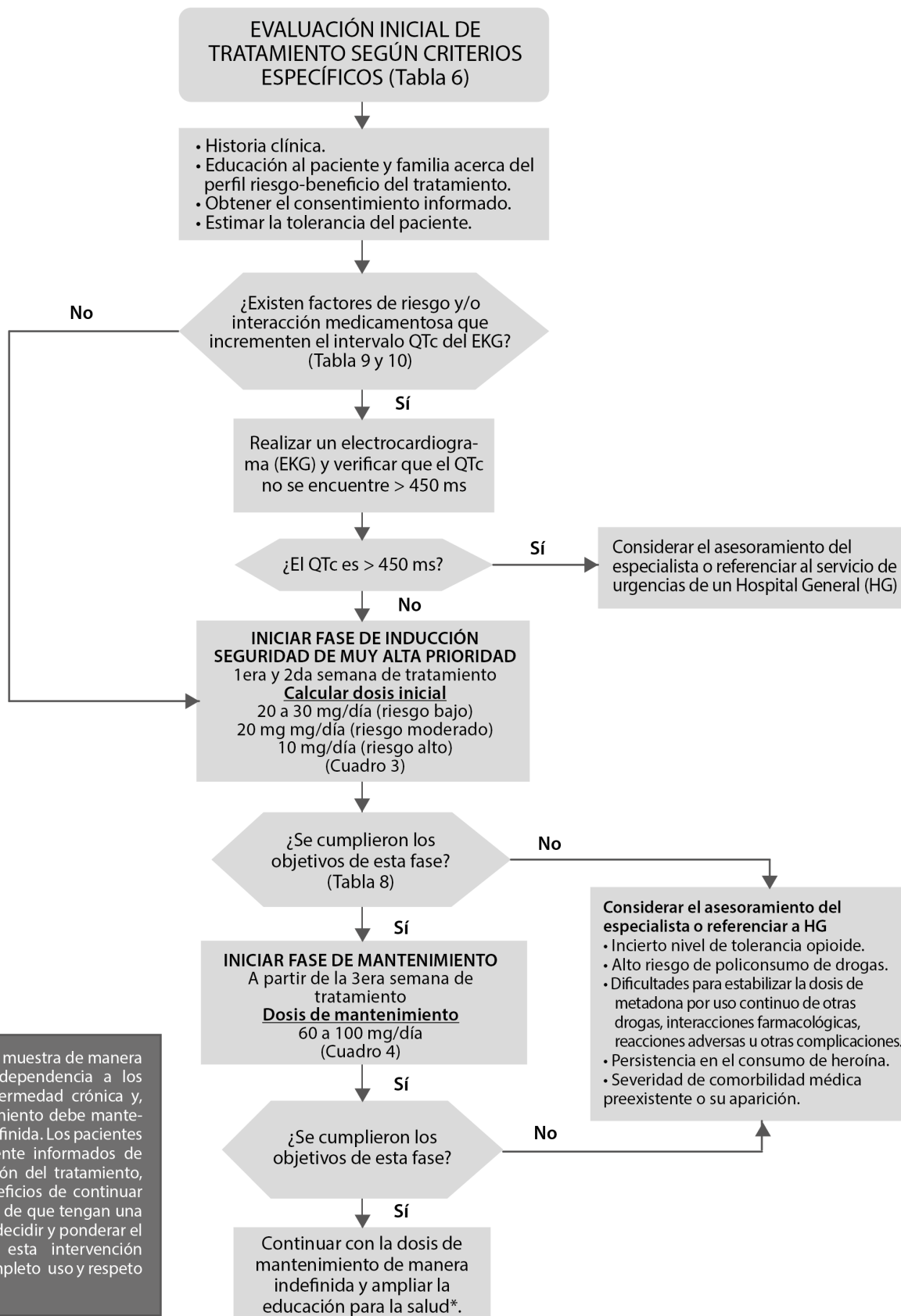
A pesar de lo anterior, no hay evidencia a partir de estudios controlados aleatorizados acerca de la duración óptima de tratamiento con metadona. Los resultados de un estudio retrospectivo donde se disminuía la dosis de metadona de manera gradual, apoyan la recomendación de que la mayoría de los pacientes debe permanecer en tratamiento de mantenimiento con metadona de manera sostenida (Calsyn et al., 2006). Asimismo, los estudios que compararon el tratamiento con agonistas opioides a corto plazo (es decir, semanas a meses) vs. largo plazo de tratamiento (6-12 meses) encontraron mejores resultados con los tratamientos de larga duración. Los estudios observacionales indican que los pacientes que permanecen en programas de tratamiento con agonistas opioides a largo plazo tienen mayor probabilidad de permanecer con vida que los que no lo hacen, y que el cese del tratamiento de mantenimiento se asocia con un riesgo de recaída en el consumo de opiáceos. También hay que señalar que los factores que predicen la terminación exitosa del tratamiento de mantenimiento con agonistas opioides no están bien descritos (WHO, 2009). Así, podemos concluir que no hay evidencia suficiente que apoye la decisión de suspender el tratamiento con metadona en pacientes con dependencia a la heroína, inclusive si los pacientes han logrado mantenerse en abstinencia en el consumo de heroína, o han logrado un empleo o alcanzado la estabilidad financiera. Por el contrario, la evidencia revisada muestra de manera consistente que la dependencia a los opiáceos es una enfermedad crónica y, por lo tanto, el tratamiento debe mantenerse de manera indefinida.

Cuadro 5. Resumen de la evidencia y recomendaciones para la duración de tratamiento con metadona

Resumen de la evidencia	
Duración del tratamiento con metadona para la dependencia a heroína	
Calidad muy baja	Disminución gradual del tratamiento con metadona Durante el proceso de disminución progresiva de la metadona, el 66% de la muestra que equivale a 20 pacientes, suspendieron el procedimiento debido a que presentaron diversos síntomas como: sensación de inestabilidad-síntomas de abstinencia (n=4, 13%), uso de drogas-análisis de orina (n=12, 40%), inestabilidad psiquiátrica (n=3, 10%) y manejo por dolor (n=1, 3%). Las limitaciones de este estudio incluyen su diseño retrospectivo y dependencia de registros médicos, su pequeña muestra y su restricción a un programa de tratamiento opiáceo único (Calsyn et al., 2006).

Recomendaciones para la práctica clínica	
Fuerte en contra	<p>Disminución gradual del tratamiento con metadona</p> <p>Se recomienda no suspender el tratamiento de mantenimiento en pacientes con dependencia a la heroína. Los resultados a partir de un estudio retrospectivo donde se disminuía la dosis de metadona de manera gradual apoyan la recomendación de que la mayoría de los pacientes deben permanecer en tratamiento de mantenimiento con metadona de manera sostenida. Asimismo, los estudios observacionales indican que los pacientes que permanecen en programas de tratamiento con agonistas opioides a largo plazo tienen mayor probabilidad de permanecer con vida que los que no lo hacen, y que el cese del tratamiento de mantenimiento se asocia con un riesgo de recaída en el consumo de opiáceos (Calsyn et al., 2006; WHO, 2009).</p>
Buena práctica clínica	<p>No hay evidencia suficiente que apoye la decisión de suspender el tratamiento con metadona en pacientes con dependencia a la heroína, inclusive si los pacientes han logrado abstenerse de consumir heroína, o han logrado un empleo así como estabilidad financiera. Por el contrario, la evidencia revisada muestra de manera consistente que la dependencia a los opiáceos es una enfermedad crónica y, por lo tanto, el tratamiento debe mantenerse de manera indefinida.</p> <p>Los pacientes deben ser ampliamente informados de los riesgos de cesar el tratamiento, así como los beneficios de continuar en él con la finalidad de que tengan una mayor capacidad de decidir y ponderar el riesgo-beneficio de esta intervención farmacológica en completo uso y respeto por su autonomía.</p>
Recomendaciones para la investigación	
<p>Se recomienda realizar estudios clínicos con adecuado diseño para evaluar y establecer la duración de tratamiento de metadona en pacientes mexicanos con dependencia a la heroína dado que no existe evidencia científica específica de esta población.</p>	

4.5. Algoritmo del tratamiento con metadona para pacientes ambulatorios con dependencia a la heroína



* La evidencia revisada muestra de manera consistente que la dependencia a los opiáceos es una enfermedad crónica y, por lo tanto, el tratamiento debe mantenerse de manera indefinida. Los pacientes deben ser ampliamente informados de los riesgos de cesación del tratamiento, así como de los beneficios de continuar en él, con la finalidad de que tengan una mayor capacidad de decidir y ponderar el riesgo-beneficio de esta intervención farmacológica en completo uso y respeto de su autonomía.

5. Comorbilidades psiquiátricas en pacientes dependientes de la heroína

Preguntas a responder

- ¿Cuáles son los padecimientos psiquiátricos que con mayor frecuencia son comórbidos con la dependencia a la heroína?
- Principales trastornos psiquiátricos comórbidos en pacientes dependientes a la heroína y diferencias en el tratamiento sustitutivo con metadona
- ¿Existen diferencias en el tratamiento sustitutivo con metadona dependiendo de las comorbilidades psiquiátricas?
- ¿Existen sugerencias especiales en el uso de metadona en pacientes con trastornos psiquiátricos?

Recomendaciones de la GPC

Comorbilidades psiquiátricas en los pacientes dependientes a la heroína

Fuerte a favor	El diagnóstico y tratamiento de los trastornos psiquiátricos comórbidos en pacientes que se encuentran en terapia de mantenimiento con metadona deben ser un objetivo prioritario.
Buena práctica clínica	Hay que tener en cuenta la presencia de interacciones medicamentosas entre los distintos fármacos psicotrópicos y la metadona.

Principales trastornos psiquiátricos comórbidos en los dependientes a la heroína y diferencias en el tratamiento sustitutivo con metadona

Débil en contra	La evidencia de la efectividad de los antidepresivos administrados junto con la terapia de mantenimiento con metadona es contradictoria.
Buena práctica clínica	Los trastornos afectivos son las patologías más prevalentes en los pacientes con dependencia a la heroína, seguidos por los trastornos de ansiedad, de la personalidad y psicóticos. Se recomienda referir a los pacientes con comorbilidades psiquiátricas a evaluación con un especialista en psiquiatría debido a la complejidad del tratamiento.

La prevalencia de trastornos psiquiátricos en usuarios de metadona se encuentra entre 44 y 80%.

Débil a favor	Los fármacos antipsicóticos de primera línea para el uso en pacientes dependientes a la heroína son los antipsicóticos de nueva generación como: clozapina, quetiapina, olanzapina y risperidona. Los antipsicóticos en fórmulas de liberación prolongada o de depósito pueden ser una buena alternativa para pacientes con mal apego terapéutico.
Fuerte a favor	Cuando sea necesario utilizar benzodiacepinas, se deben indicar las que tengan un menor potencial de abuso.
Débil a favor	Algunos medicamentos antidepressivos con efecto sedante (como la mirtazapina) pueden usarse como alternativa para controlar los síntomas de ansiedad. Los antipsicóticos atípicos en dosis bajas, pueden ayudar a controlar la agresividad y la impulsividad en los pacientes en tratamiento con metadona.
Débil a favor	Es aconsejable tratar la patología psiquiátrica y adictiva en el mismo centro asistencial si queremos obtener buenos resultados (tratamiento integrado).

5.1. Introducción

La dependencia a los opiáceos tiene implicaciones biopsicosociales en los consumidores asociadas a alteraciones en las interacciones sociales y en la comunidad. Los trastornos mentales y médicos, así como los costos de salud representan un problema importante. Hasta hace poco, el abuso de sustancias y los problemas médico-psiquiátricos comórbidos eran tratados de forma independiente, pero las tendencias actuales promueven el tratamiento coordinado del trastorno por uso de sustancias, trastornos psiquiátricos y problemas médicos generales con el fin de optimizar el cuidado del paciente y reducir los costos (Hubbard JR, 2001).

En los últimos años, ha aumentado la preocupación por identificar y tratar la comorbilidad entre trastornos psiquiátricos y la dependencia a la heroína, ya que provoca un mayor uso de los servicios de urgencias. Por ello, resulta prioritario identificar estos trastornos desde que el paciente acude por primera vez a recibir terapia de mantenimiento con metadona, y además se debe ofrecer atención médica para todas las comorbilidades.

La prevalencia de trastornos psiquiátricos en usuarios de metadona se encuentra entre 44 y 80%, dependiendo de los estudios consultados (Fernández Miranda, 2008).

5.2. Alcance y objetivos

El objetivo de este capítulo es ayudar a que los profesionales de la salud identifiquen las principales comorbilidades psiquiátricas presentes en los pacientes con dependencia a la heroína, además de proporcionarles evidencia científ-

fica de las interacciones de la metadona con los fármacos psicotrópicos más empleados en estos casos. Este capítulo hace hincapié en el diagnóstico y tratamiento oportunos de las comorbilidades como parte de un abordaje integral. Dada la complejidad del tratamiento de los dependientes a la heroína con comorbilidades psiquiátricas, se sugiere que sean evaluados por un especialista en psiquiatría.

Al tener esta Guía un enfoque nacional, no aborda temas organizativos, pero sí propone recomendaciones explícitas que faciliten el tratamiento de los pacientes dependientes a la heroína.

5.3. Comorbilidades psiquiátricas en la dependencia a la heroína

Astals et al. (2008) estudiaron la prevalencia de trastornos psiquiátricos en 189 pacientes con dependencia a la heroína. Alrededor de 44% tenía algún trastorno psiquiátrico comórbido. Los trastornos afectivos fueron los más prevalentes (18%), seguidos por trastornos de ansiedad (15%), trastornos de la personalidad (15%) y en 5% se presentaron trastornos psicóticos. La prevalencia de otros trastornos psiquiátricos como el trastorno obsesivo-compulsivo y los trastornos de la conducta alimentaria, es generalmente baja y similar a la encontrada en la población general (Fernández Miranda, 2008).

Los usuarios de opiáceos suelen presentar más conductas violentas o criminales en comparación con la población general, así como mayor inestabilidad familiar y marginación social, y una menor adherencia a sus medicamentos, lo que lleva a una mala respuesta al tratamiento y mayores dificultades de acceso a la red asistencial (Fernández Miranda, 2008).

En general, los sujetos que tienen un trastorno por uso de sustancias, presentan serias dificultades para identificar de forma clara y veraz los síntomas de otro trastorno psiquiátrico concomitante. Por ello, el diagnóstico de comorbilidad psiquiátrica involucra dos problemas fundamentales: primero, los efectos agudos y crónicos de las drogas son semejantes a los síntomas de muchos de los trastornos mentales, lo que dificulta la diferenciación entre los síntomas psicopatológicos de los efectos agudos provocados por el consumo de la sustancia (o la abstinencia a la misma), de los síntomas propios de un trastorno psiquiátrico independiente. Por otro lado, para realizar un diagnóstico psiquiátrico, se debe reunir una serie de criterios (diagnósticos sindromáticos) y, desafortunadamente, no se cuenta con marcadores biológicos directos y propios de cada una de las distintas entidades nosológicas psiquiátricas para apoyar el diagnóstico (Fernández Miranda, 2008).

Después de estabilizar la dosis de metadona, es necesario reexaminar a todos los pacientes para evaluar si existe algún trastorno psiquiátrico. Por lo general, un examen cuidadoso y detallado del estado mental es suficiente (Henry-Edwards, 2003).

El tratamiento de la comorbilidad (los trastornos psiquiátricos y la dependencia a los opiáceos, es decir, el diagnóstico dual) requiere diferenciar entre trastornos psiquiátricos independientes y los inducidos por el consumo de sustancias, puesto que los planteamientos terapéuticos pueden cambiar (Fernández Miranda, 2008).

Después de estabilizar la dosis de metadona, es necesario reexaminar a los pacientes para evaluar si existe algún trastorno psiquiátrico.

Grado de recomendación: fuerte a favor. El diagnóstico y tratamiento de los trastornos psiquiátricos en pacientes que están en tratamiento de mantenimiento con metadona debe ser un objetivo prioritario (Fernández Miranda, 2008).

En caso de que el trastorno psiquiátrico sea inducido por el uso de sustancias, se buscará primeramente estabilizar dicho consumo. La estabilización puede conseguirse mediante la abstinencia de la sustancia supervisada médicamente (p. ej., abstinencia de opiáceos en un medio controlado) o mediante el mantenimiento con un medicamento agonista (p. ej., metadona). Un periodo de estabilización suele acompañarse de la resolución de los síntomas psiquiátricos. El objetivo inicial del tratamiento deberá ser el conseguir una estabilización durante al menos 2 a 4 semanas (abstinencia completa o mantenimiento en una dosis estable de medicamento sin existencia de uso concomitante de otras drogas) (Fernández Miranda, 2008).

En los pacientes donde la sintomatología del trastorno psiquiátrico persiste después del periodo de estabilización en el consumo de sustancias, deberá considerarse que se trata de un padecimiento independiente, es decir, que no está inducido por las sustancias adictivas. El tratamiento de un trastorno psiquiátrico independiente requiere un plan terapéutico más complejo, con un tratamiento de ambos trastornos de forma simultánea (Fernández Miranda, 2008).

A la hora de prescribir el tratamiento más adecuado hay que tener en cuenta la presencia de interacciones medicamentosas entre los distintos fármacos psicotrópicos y la metadona (Fernández Miranda, 2008) (Ver Tabla 1).

Tabla 1. Interacciones entre drogas psicotrópicas y metadona

Medicamento	Grado de la interacción	Efecto	Mecanismo
Alcohol	Interacción clínica importante	Incremento de la sedación. Incrementa la depresión respiratoria. Incremento potencial de la hepatotoxicidad.	Efecto aditivo en la depresión del sistema nervioso central.
Barbitúricos	Interacción clínica importante	Reduce los niveles de metadona. Induce sedación. Depresión del SNC.	Los barbitúricos estimulan las enzimas hepáticas implicadas en el metabolismo de la metadona.
Benzodiacepinas	Interacción clínica importante	Aumento del efecto sedante.	Efecto aditivo sobre la depresión del sistema nervioso central.
Brupenorfina	Interacción clínica importante	Efecto agonista o incremento de la sedación y depresión respiratoria.	Es un agonista parcial de los receptores opiáceos.
Carbamazepina	Interacción clínica importante	Reduce los niveles de metadona.	Estimula las enzimas hepáticas involucradas en el metabolismo de la metadona.

Desimipramina	Interacción clínica importante	Incrementa los valores de desimipramida hasta el doble.	Mecanismo desconocido diferente a otros antidepresivos tricíclicos.
Otros antidepresivos tricíclicos	En teoría	Incrementa el efecto sedante que es dosis-dependiente.	Efecto aditivo en la depresión del sistema nervioso central.
Disulfiram	Debe evitarse en combinación con formulaciones de metadona que contengan alcohol (consulte con el fabricante)	Reacción muy desagradable al alcohol, potencialmente peligrosa.	Disulfiram inhibe el metabolismo del alcohol permitiendo que los metabolitos se acumulen.
Fluoxetina Sertralina	Interacción clínica importante	Incrementa los niveles de metadona, pero no de forma tan significativa como la fluvoxamina.	Disminuye el metabolismo de la metadona.
Fluvoxamina	Interacción clínica importante	Incrementa los niveles de metadona.	Disminuye el metabolismo de la metadona.
Inhibidores de la Monoaminoxidasa (IMAOs) incluye selegilina y moclobemide	No se ha descrito	Excitación del sistema nervioso central, delirium, hiperpirexia, convulsiones, hipotensión o depresión respiratoria.	No es claro. Evitar la combinación si es posible.
Otros fármacos depresores del sistema nervioso central (por ejemplo, los neurolépticos)	Interacción clínica importante	Incrementa el efecto sedante que es dosis-dependiente.	Efecto aditivo en la depresión del sistema nervioso central.

Esta tabla es similar a la publicada por el Department of Health, The Scottish Office Department of Health, Welsh Office, Department of Health and Social Services Northern Ireland (1999) Drug Misuse and Dependence – Guidelines on Clinical Management. Her Majesty's Stationary Office. Norwich (Henry-Edwards, 2003).

5.3.1. Principales trastornos psiquiátricos en pacientes con dependencia a la heroína y diferencias en el tratamiento sustitutivo con metadona

5.3.1.1. Trastornos afectivos

Muchos usuarios de opiáceos refieren ansiedad y depresión al momento en que inician la terapia de mantenimiento con metadona y cuando no identifican mejoría con el tratamiento. Múltiples estudios señalan que la terapia con metadona reduce los niveles de angustia a pocas semanas de iniciar el tratamiento (Henry-Edwards, 2003).

La depresión es el trastorno psiquiátrico más frecuente en pacientes con dependencia a los opiáceos. Otros trastornos del afecto menos frecuentes son la distimia y el trastorno bipolar. La depresión es un trastorno psiquiátrico que predice el mal funcionamiento psicosocial y aumenta el riesgo de volver a consumir heroína durante la crisis de síntomas afectivos (Henry-Edwards, 2003).

Los síntomas depresivos suelen remitir cuando el paciente consigue la estabilización en el tratamiento con metadona.

Es frecuente que los síntomas depresivos remitan cuando el paciente consigue la estabilización en el tratamiento con metadona. En el caso de pacientes con un trastorno depresivo independiente, siempre deberá realizarse un tratamiento con antidepresivos. Es necesario resaltar que la mejora de los síntomas de depresión, como resultado del tratamiento con antidepresivos, no siempre se acompaña por una mejora en el consumo de sustancias; por lo tanto, en los pacientes con un diagnóstico dual se debe llevar a cabo el tratamiento de ambos trastornos al mismo tiempo (Fernández Miranda, 2008).

Grado de recomendación: débil en contra. La evidencia de la efectividad de los antidepresivos administrados junto con la terapia de mantenimiento con metadona es contradictoria. Sólo unos pocos estudios demuestran efectos favorables sobre el estado de ánimo (Henry-Edwards, 2003).

Grado de recomendación: débil en contra. Un estudio de cohorte en Australia encontró que el uso de antidepresivos se asoció con niveles más altos de consumo de varias drogas, peor salud, mayores niveles de angustia y un mayor riesgo de sobredosis de heroína. El exceso de riesgo de sobredosis se asoció específicamente con los antidepresivos tricíclicos (Henry-Edwards, 2003).

Grado de recomendación: débil a favor. A pesar de la falta de evidencias sólidas sobre su eficacia, se continúa recomendando la utilización de antidepresivos inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS) por su mejor perfil de efectos secundarios, sobre todo en pacientes con riesgo suicida (Fernández Miranda, 2008).

5.3.1.2. Trastornos psicóticos

Es difícil valorar la prevalencia de los trastornos psicóticos (esquizofrenia, trastornos delirantes y trastorno esquizoafectivo), entre los usuarios de opiáceos debido a que la metadona tiene un efecto antipsicótico que puede enmascarar la sintomatología (Fernández Miranda, 2008).

Existen problemas que empeoran el diagnóstico y tratamiento de los pacientes con trastornos psicóticos y abuso de drogas como: la falta de conciencia de la enfermedad, el encubrimiento del consumo de drogas, el abandono del tratamiento farmacológico, la pobre respuesta a los tratamientos, la falta de asistencia a los centros de salud mental, las exacerbaciones y complicaciones médicas y la agresividad-violencia relacionadas (Fernández Miranda, 2008).

La comorbilidad con trastornos psicóticos se asocia a un pobre apego terapéutico, mayores efectos adversos a los medicamentos (por ejemplo, disquinesia tardía) y mayor número de ingresos hospitalarios (Fernández Miranda, 2008).

La terapia de mantenimiento con metadona es el tratamiento de elección para estos pacientes debido a su efecto antipsicótico (Ochoa, 2001).

Grado de recomendación: débil a favor. Los fármacos de primera línea para el tratamiento de la psicosis en pacientes dependientes a la heroína son los antipsicóticos de nueva generación como: clozapina, quetiapina, olanzapina y risperidona, ya que presentan actividad sobre el sistema serotoninérgico y tienen un mejor perfil de efectos secundarios en los pacientes en tratamiento con metadona. Los antipsicóticos en fórmulas de liberación prolongada o de depósito pueden ser una buena alternativa para los pacientes con pobre cumplimiento terapéutico (Fernández Miranda, 2008).

Se considera que los antipsicóticos típicos se ubican en una segunda línea de tratamiento para estos pacientes, debido a la especial sensibilidad que presentan a la aparición de efectos secundarios extrapiramidales (Fernández Miranda, 2008).

El uso intenso de haloperidol en los pacientes que inician la terapia de mantenimiento con metadona se ha asociado con la aparición del síndrome de abstinencia (Fernández Miranda, 2008).

Green, A., et al. recomiendan utilizar antipsicóticos atípicos en pacientes con comorbilidad con trastornos psicóticos, especialmente la clozapina, la cual mejora los síntomas psicóticos y ayuda a mantener la abstinencia en combinación con la metadona. Se deben tener precauciones al utilizar clozapina debido a sus efectos adversos, entre los que se encuentran: el alargamiento del QTy el riesgo de agranulocitosis. Si se administra clozapina, hay que llevar un control hematológico frecuente (Green, 2006; Green AI, 2007).

5.3.1.3. Trastornos de ansiedad

Con mucha frecuencia, los síntomas de ansiedad están asociados al síndrome de abstinencia en los pacientes usuarios de heroína (Fernández Miranda, 2008).

Se recomienda evitar, en la medida de lo posible, el uso de benzodiazepinas, principalmente las que tengan mayor potencial de abuso (alta potencia y semivida corta). Por otro lado, las benzodiazepinas aumentan el efecto depresor central de la metadona e incrementan el riesgo de sobredosis (Fernández Miranda, 2008).

Grado de recomendación: fuerte a favor. Cuando sea necesaria la utilización de benzodiazepinas, se deben indicar las que tengan un bajo potencial de abuso, procurando evitar la prescripción de alprazolam y clorazepato dipotásico a dosis altas (Fernández Miranda, 2008).

Grado de recomendación: débil a favor. Algunos medicamentos anti-depresivos con efecto sedante pueden usarse como alternativa para controlar los síntomas de ansiedad, en lugar de utilizar benzodiazepinas. Por ejemplo, la mirtazapina es un antidepresivo con efecto sedante y nulo potencial de abuso (Fernández Miranda, 2008).

Los síntomas de ansiedad suelen estar asociados al síndrome de abstinencia en los usuarios de heroína.

La prevalencia de trastornos de la personalidad en los pacientes dependientes a la heroína oscila entre 35% y 70%.

Otros fármacos que pueden sustituir a las benzodiacepinas son los anti-convulsivos con efecto ansiolítico como la gabapentina o la pregabalina (Fernández Miranda, 2008).

Las intervenciones psicoterapéuticas pueden resultar efectivas en el tratamiento de los síntomas depresivos y ansiosos (p. ej., terapia cognitivo-conductual para la depresión, tratamientos conductuales para los trastornos de ansiedad como las fobias), y pueden ser particularmente útiles en aquellos pacientes cuyos síntomas persistan después de la estabilización del consumo de sustancias, pero que no presenten sintomatología suficientemente severa como para requerir tratamiento farmacológico (Fernández Miranda, 2008).

5.3.1.4. Trastornos de la personalidad

La prevalencia de los trastornos de la personalidad en los pacientes dependientes a la heroína oscila entre 35% y 70% (Fernández Miranda, 2008).

Los trastornos de la personalidad más reportados son el trastorno antisocial y el trastorno límite (Fernández Miranda, 2008). No siempre es claro si estos trastornos son primarios o secundarios al abuso de sustancias. Por ejemplo, el comportamiento antisocial como mentir y robar, es común entre los usuarios de heroína que están inmersos en el comercio ilegal de drogas (Stephenson, 2008).

La terapia de mantenimiento con metadona es recomendable en los pacientes con abuso de heroína y trastornos de la personalidad, teniendo en cuenta que, debido a la comorbilidad, requerirán además de psicoterapia y otros tratamientos farmacológicos que ayuden a eliminar las conductas impulsivas, la irritabilidad y la inestabilidad emocional (Fernández Miranda, 2008).

Dentro del tratamiento de los trastornos de la personalidad se incluye: evitar las referencias y consultas excesivas, fomentar entrevistas regulares con el paciente, proporcionar soporte y soluciones a problemas derivados del trastorno y prescribir adecuadamente los fármacos. El abordaje integrado no debe relegar ningún tipo de posibilidad de intervención, tanto psicológica como farmacológica. Dentro del tratamiento farmacológico se han incluido inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina y antipsicóticos atípicos (Jariani, Saaki, Nazari, & Birjandi, 2010).

Grado de recomendación: débil a favor. Los antipsicóticos atípicos a dosis bajas pueden ayudar a controlar la agresividad y la impulsividad en los pacientes en tratamiento con metadona. La evidencia se basa en el reporte de series de casos, informes y notas clínicas (Rubio Valladolid G, 2001).

En casos específicos como en el trastorno límite de la personalidad, la Terapia Conductual Dialéctica es una buena opción, en especial, en los pacientes que manifiestan comportamiento parasuicida recurrente. Los individuos antisociales se benefician de más de un enfoque de tratamiento estructurado de orientación conductual (Fernández Miranda, 2008). En otro estudio se observó que la terapia conductual fue eficaz para aumentar el funcionamiento psicosocial en pacientes con trastorno antisocial de la personalidad y dependencia a los opiáceos (Neufeld et al., 2008).

5.3.1.5. Comorbilidad con uso de otras sustancias psicoactivas

El consumo de diversas sustancias es frecuente entre los consumidores de opiáceos. Uno de cada cinco pacientes que buscan tratamiento de mantenimiento con metadona también son dependientes a las benzodiacepinas y 5% de estos pacientes tienden a depender del alcohol. Los niveles de consumo de los pacientes que usan heroína y benzodiacepinas se consideran más peligrosos o nocivos que los que no tienen comorbilidad con estas sustancias (Henry-Edwards, 2003).

Es posible que algunos pacientes que consumen varias sustancias dejen de consumirlas al ingresar a la terapia de mantenimiento con metadona, pero muchos no lo hacen. A menudo, el aumento de la dosis de metadona logra estabilizar a los pacientes que están usando opiáceos ilícitos; sin embargo, cuando los pacientes utilizan también sustancias no opiáceas, serán necesarias otras intervenciones para ayudarlos a lograr la abstinencia. El médico y los otros miembros del personal clínico debe determinar si existen problemas médicos que favorezcan el uso continuo de drogas, por ejemplo: dolor, insomnio, enfermedad psiquiátrica o dependencia física a una droga no opioide (Stephenson, 2008).

Grado de recomendación: débil a favor. Se recomienda referir a estos pacientes con un especialista en psiquiatría debido a la complejidad del tratamiento de los pacientes que consumen varias drogas, especialmente cuando se trata de sedantes (Henry-Edwards, 2003).

Metanfetaminas y cocaína. Los signos y síntomas de intoxicación por estimulantes incluyen: euforia, paranoia, ansiedad, agitación, irritabilidad e ideación suicida. Por otro lado, el cuadro clínico de la abstinencia a los estimulantes comprende: ansiedad, depresión, fatiga y, posiblemente, mayor riesgo suicida. Estos síntomas de abstinencia pueden durar de tres a cinco días y contribuyen a que los pacientes no acudan a sus citas en las clínicas de metadona. Es importante reconocer el abuso de cocaína o metanfetaminas lo antes posible debido a que la abstinencia a los opiáceos puede empeorar. La historia inicial y las pruebas de detección en sangre suelen identificar a un paciente con abuso de estimulantes y el plan de tratamiento debe abordar este problema como una parte importante del manejo (Stephenson, 2008).

El abuso de estimulantes es un indicador de que el paciente está inestable y requiere de mayor atención. También es posible que otras condiciones médicas y psiquiátricas influyan en el uso de estimulantes. Estos pacientes deben ser derivados a programas específicos para atender el uso de estimulantes y tener reevaluaciones subsecuentes al periodo de abstinencia agudo (Stephenson, 2008). La evaluación y tratamiento de la psicosis y la paranoia no deberá retrasarse debido al uso continuo de estimulantes. En la medida de lo posible, es recomendable que el paciente continúe en su terapia de mantenimiento con metadona, de preferencia en un medio hospitalario (Stephenson, 2008).

Alcohol. El consumo, abuso y dependencia al alcohol son problemas comunes entre los dependientes a los opiáceos y contribuyen a la alta mortalidad en la población general. No obstante, en los usuarios de drogas inyectables el consumo de etanol es más delicado debido a la infección casi universal

El abuso de estimulantes es un indicador de que el paciente está inestable y requiere de mayor atención.

El uso excesivo de metadona con etanol produce efectos sedantes sinérgicos.

por hepatitis C, ya que el alcohol acelera la progresión hacia la cirrosis e insuficiencia hepática (Stephenson, 2008).

El uso excesivo de metadona con etanol produce efectos sedantes sinérgicos. También, el uso crónico de estas sustancias estimula la actividad metabólica de las enzimas P450 que conducen a un aumento del metabolismo de la metadona y, por lo tanto, a una reducción de los niveles sanguíneos de la metadona. Por lo anterior, resulta complicado lograr estabilizar la dosis de la metadona cuando el paciente consume heroína junto con alcohol (Stephenson, 2008).

La historia de consumo de alcohol debe ser parte de la evaluación inicial en los programas de metadona. Se deben incluir instrumentos de evaluación estandarizados, como el AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test). Las pruebas de detección de alcohol en aliento, sangre u orina pueden ayudar a aclarar el patrón de consumo del paciente (Stephenson, 2008).

El paciente que tiene una prueba de alcoholemia positiva plantea un dilema clínico. Mantener el tratamiento con metadona en pacientes que han consumido una cantidad desconocida de alcohol pone al paciente en riesgo de sedación o sobredosis (Stephenson, 2008).

Por otro lado, omitir una dosis de metadona aumenta la probabilidad de que el paciente consuma heroína, además de alcohol. En estos casos se han llegado a aplicar pruebas de alcoholemia en serie (por ejemplo, dos pruebas con 30 minutos de diferencia) para determinar si el nivel de alcohol en suero del paciente está disminuyendo o aumentando. El papel del médico es determinar si es seguro que el paciente reciba la dosis regular de metadona o una cantidad menor. No existen datos en la literatura médica que establezcan el plan de tratamiento idóneo (Stephenson, 2008).

Una conducta común de varios médicos es retener la dosis de metadona si el paciente presenta síntomas evidentes de intoxicación por etanol o el alcoholímetro marca una medida de >0.04 . En los pacientes que tiene valores de <0.04 de alcohol en sangre se puede administrar una dosis parcial de metadona (por ejemplo, la mitad), siempre que no aparezcan datos de intoxicación. Cuando la prueba de alcoholemia es de <0.02 , es razonable continuar con la dosis regular (Stephenson, 2008).

Debido a la alta prevalencia de hepatitis C, algunas clínicas requieren un nivel de alcohol más bajo para la administración de la dosis de metadona. Es importante que el médico explique estas reglas a los pacientes desde el inicio del tratamiento con metadona (Stephenson, 2008).

Es prioritario evaluar la presencia de la dependencia física y la necesidad de tratamiento de desintoxicación del alcohol en un medio hospitalario en por lo menos cuatro condiciones (Stephenson, 2008):

1. En los pacientes cuyos resultados de alcoholemia han sido positivos en más de una ocasión.
2. En los pacientes con historia de abstinencia grave por alcohol (por ejemplo convulsiones).
3. En los pacientes con comorbilidades médicas mal controladas, y
4. En embarazadas.

Varios estudios han encontrado que el disulfiram es eficaz para desalentar el consumo de alcohol en los pacientes en tratamiento con metadona. Este medicamento sólo se puede utilizar después de descartar dependencia física al alcohol y niveles de alcohol en sangre. La dosis típica es de 250 mg por día. De preferencia, los pacientes deben recibir información y firmar un consentimiento informado antes de tomar disulfiram. Dentro de la información relevante se les pide que informen sobre la ingestión accidental de alcohol (por ejemplo en el enjuague bucal) y se les debe explicar la posible reacción física proporcional a la exposición a alcohol mientras consumen disulfiram. El médico debe asegurarse de que el paciente entiende el objetivo del disulfiram, que es ayudar a mantener la abstinencia al alcohol y los efectos de este medicamento antes de recetararlo o administrarlo (Stephenson, 2008).

Otros tratamientos para la dependencia al etanol son naltrexona y acamprosato, pero no se tienen datos concluyentes (Stephenson, 2008).

Nicotina. La mayoría de los pacientes en tratamiento con metadona (85-95%) reportaron fumar más cigarros cuando están utilizando drogas ilícitas. Por desgracia, la metadona tiende a aumentar la satisfacción de fumar y, por ende, favorece el consumo de nicotina (Stephenson, 2008).

Muchos pacientes no reconocen el impacto específico que tiene la nicotina en su salud, ni son conscientes de que es posible disminuir el riesgo de enfermedad pulmonar si dejan de fumar (Stephenson, 2008).

La farmacoterapia con bupropión y nicotina (en parches, pastillas, goma e inhaladores) puede ser muy útil, sobre todo para los pacientes que fuman mucho (Stephenson, 2008).

Polisustancias. Los pacientes que consumen varias drogas están en mayor riesgo de presentar episodios de intoxicación, sobredosis, comportamientos caóticos y deterioro del estado médico o mental. Por otro lado, el uso continuo de múltiples drogas puede afectar la estabilidad del paciente, la progresión del tratamiento y, con frecuencia, lo coloca en riesgo de tener problemas de pareja, sociales, laborales, propensión a participar en crímenes, así como el riesgo de contraer enfermedades infecciosas (Henry-Edwards, 2003).

Los esfuerzos para estabilizar a estos pacientes deben incluir: la evaluación del riesgo de combinar la metadona con otras drogas, los factores precipitantes para el uso de las otras drogas, y las intervenciones psicosociales (Henry-Edwards, 2003). Las Tablas 2 y 3 evalúan los síntomas de intoxicación y supresión presentes durante el uso combinado de varias drogas. La Tabla 4 presenta los tiempos máximos para detectar en orina las drogas psicotrópicas más utilizadas.

Grado de recomendación: débil a favor. Es aconsejable tratar la patología psiquiátrica y adictiva al mismo tiempo y en el mismo centro asistencial si se busca obtener buenos resultados (tratamiento integrado) (Fernández Miranda, 2008).

La metadona tiende a aumentar la satisfacción de fumar y, por ende, favorece el consumo de nicotina.

Tabla 2. Evaluación de la intoxicación por metadona y otras drogas		
Estados de intoxicación aguda de medicamentos de uso común		
Clasificación de la droga	Intoxicación	Sobredosis
Opiáceos (metadona, heroína, morfina)	Constricción pupilar Picazón, rascado Sedación, somnolencia Hipotensión arterial Pulso lento Hipoventilación	Pérdida de la conciencia Depresión respiratoria Pupilas puntiformes Hipotensión Bradicardia Edema pulmonar
Alcohol	Relajación Desinhibición Deterioro de la coordinación Alteración del juicio Disminución de la concentración Dificultad para hablar	Desorientación, confusión Depresión respiratoria Pérdida de la conciencia Pérdida de control del esfínter vesical
Benzodiacepina (diazepam, flunitrazepam, oxacepam)	Desinhibición Sedación Salivación Incoordinación Dificultad para hablar Hipotensión arterial Mareo	Estupor Ataxia Confusión Depresión respiratoria
Estimulantes (anfetaminas, cocaína)	Hiperactividad Inquietud Agitación Ansiedad, nerviosismo Gran dilatación pupilar Hipertensión arterial Incremento del pulso Aumento de la temperatura Sudoración Temblor	Pánico Psicosis paranoide aguda Convulsiones Arritmias cardiacas Isquemia al miocardio Crisis hipertensivas Accidentes cerebro vasculares Hiperpirexia Deshidratación
Cannabis	Relajación Disminución de la concentración Deterioro del desempeño psicomotor Alteración del equilibrio Inyección conjuntival	Psicosis paranoide Confusión Agitación Ansiedad, pánico Alucinaciones

(Henry-Edwards, 2003)

Tipo de droga	Inicio	Duración	Síntomas
Opiáceos	De 8 a 12 horas (de acción corta). Retraso en los opiáceos de acción prolongada.	Pico en 2-4 días, cese de entre 7-10 días (de acción corta). Mayor duración para los opiáceos de acción prolongada.	Ansiedad, tensión muscular, dolor muscular y óseo, calambres musculares, alteraciones del sueño, sudoración, sofocos y escalofríos, piloerección, bostezos, lagrimeo, rinorrea, dolor abdominal, náuseas, vómitos, diarrea, palpitations, presión arterial elevada, pulso elevado y pupilas dilatadas.
Alcohol	Depende de la tasa de caída del alcohol y tiempo posterior a la última bebida.	5-7 días.	Ansiedad, agitación, sudoración, temblores, náuseas, vómitos, calambres abdominales, diarrea, anorexia, insomnio, presión arterial elevada, pulso elevado, dolor de cabeza, convulsiones, confusión, distorsiones de la percepción, desorientación, alucinaciones y fiebre.
Benzodiacepinas	1-10 días dependiendo de la vida media.	3-6 días.	Ansiedad, insomnio, dolor muscular y espasmos, cambios de percepción, sentimientos de irrealidad, despersonalización y convulsiones.
Estimulantes	8-36 horas.	Varios días, ocasionalmente hasta 2 a 3 semanas	Letargo, depresión, irritabilidad, hiperfagia, anhedonia, disforia e incremento en el deseo de dormir.
Cannabis	Usualmente días	Semanas	Irritabilidad, ansiedad, insomnio, anorexia, sudoración, espasmos musculares y dolores de cabeza.

(Henry-Edwards, 2003)

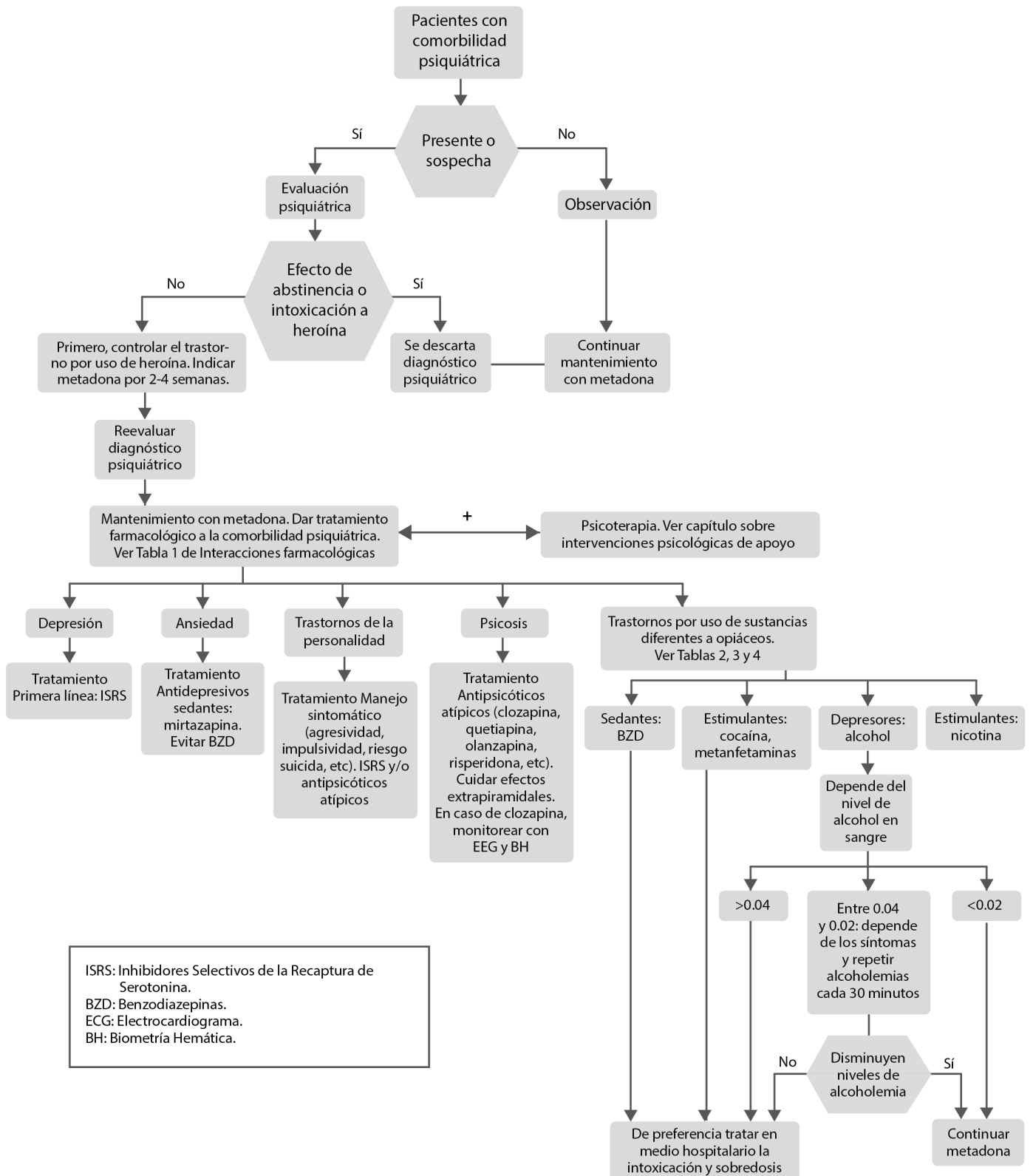
Droga	Tiempo
Alcohol (dosis dependiente)	24 horas
Anfetaminas	2 a 3 días
Benzodiacepinas (dosis dependiente) Dosis de prescripción El mal uso a dosis altas	3 a 5 días 6 semanas
Cannabis (100 nanogramos) Uso una vez Tres veces por semana Uso diario Uso muy intenso	2 días 2 semanas 2 a 4 semanas 4 a 6 semanas (puede ser de hasta 12 semanas)

Droga	Tiempo
Éxtasis (MDMA)	2 a 3 días
LSD	2 a 3 días
Heroína y morfina	3 días
Hidromorfina	1 a 2 días
Metadona	3 a 4 días
Propoxifeno	2 a 3 días
Metabolitos de propoxifeno	3 a 6 días
Codeína	1 a 2 días
Barbitúricos	2 a 3 semanas
Cocaína	1 a 5 horas
Metabolitos de cocaína	2 a 4 días
Fenciclidina	1 a 5 días
<i>Henry-Edwards, 2003.</i>	

5.4. Recomendaciones para la investigación

- ✓ Es necesario realizar ensayos clínicos bien planteados que evalúen las interacciones entre los medicamentos psicotrópicos más utilizados para tratar las patologías duales en pacientes con dependencia a la heroína. Es necesario también conocer los resultados de la eficacia de estos medicamentos en función del tamaño del efecto específico para cada comorbilidad.
- ✓ Se requiere contar con un adecuado sistema de referencia y contrarreferencia al Servicio de Psiquiatría que permita solventar las necesidades a nivel nacional. Se deben incluir referencias a hospitalización y consulta externa.
- ✓ Se debe contar con un suministro de los medicamentos psicotrópicos más utilizados con los pacientes en terapia de mantenimiento con metadona y sus comorbilidades psiquiátricas.
- ✓ Plantear un abordaje terapéutico individualizado pensado en los pacientes dependientes a la heroína donde se jerarquicen las intervenciones que sean necesarias. Es decir, generalmente se inicia con el tratamiento del trastorno por uso de sustancias y, posteriormente, el tratamiento de la comorbilidad psiquiátrica.
- ✓ Brindar asesoría a los médicos, personal de salud, pacientes y familiares sobre las principales comorbilidades psiquiátricas y sus síntomas. Insistir en el hecho de que algunas de estas comorbilidades disminuyen el apego a la terapia de mantenimiento con metadona.
- ✓ Contar con pruebas de laboratorio, tamizaje y detección en sangre y orina para diferentes drogas para su manejo en urgencias y consulta externa.

5.5. Algoritmo de comorbilidades psiquiátricas en pacientes dependientes a la heroína



6. Tratamiento de mantenimiento con metadona en pacientes con VIH

Preguntas a responder

Tratamiento antirretroviral más eficaz en pacientes con VIH

- ¿Cuál es el tratamiento antirretroviral más eficaz en pacientes con VIH?

Tratamiento de mantenimiento con metadona en pacientes dependientes a la heroína con VIH

- ¿Es recomendable dar terapia de mantenimiento con metadona a pacientes dependientes a la heroína con infección por VIH?

Dosis de metadona en pacientes con VIH en tratamiento antirretroviral

- ¿Se deben modular las dosis de metadona en pacientes con VIH en tratamiento antirretroviral?

Consideraciones en el mantenimiento de metadona según la carga viral del paciente VIH positivo

- ¿Cuáles son las consideraciones en el mantenimiento de metadona según la carga viral del paciente VIH positivo?

Reducción del riesgo de contagio por VIH relacionado con el tratamiento de mantenimiento con metadona en pacientes con dependencia a la heroína

- ¿Puede el tratamiento de mantenimiento con metadona en pacientes con dependencia a la heroína reducir el riesgo de contagio por VIH?

Recomendaciones de la GPC

Tratamiento de mantenimiento con metadona en pacientes dependientes a la heroína con VIH

Fuerte a favor	En el tratamiento de pacientes con dependencia a la heroína y VIH es recomendable integrar el tratamiento de mantenimiento con opiáceos a los servicios médicos.
Débil a favor	Una dosis diaria más alta de metadona se asocia con una menor mortalidad en pacientes con y sin VIH, independientemente del tratamiento antirretroviral.
Débil a favor	Se sugiere el monitoreo electrocardiográfico para minimizar la morbilidad y mortalidad cardiovascular (por prolongación del intervalo QTc) en pacientes con VIH en terapia de mantenimiento con metadona.

Buena práctica clínica	Las dosis de metadona deben ser monitoreadas debido a la posibilidad de interacción con los medicamentos para el VIH, así como los síntomas de las enfermedades relacionadas.
-------------------------------	---

Dosis de metadona en pacientes con VIH en tratamiento antirretroviral

Fuerte a favor	Para los pacientes dependientes a los opiáceos con tuberculosis, hepatitis o VIH, los agonistas opioides deben administrarse conjuntamente con otros tratamientos médicos. No hay que esperar a conseguir la abstinencia a los opiáceos para comenzar la medicación antituberculosis, el tratamiento para la hepatitis o la medicación antirretroviral.
Buena práctica clínica	Las dosis de metadona pueden variar si los medicamentos contra el VIH aumentan el metabolismo de la metadona y durante los periodos más activos de la enfermedad.

Consideraciones en el mantenimiento de metadona según la carga viral en paciente VIH positivo

Buena práctica clínica	En general, el tratamiento sustitutivo con metadona es independiente del estado de infección por VIH. Incluso, se considera que la metadona puede reducir los comportamientos de riesgo que podrían perjudicar más el sistema inmunológico, además de disminuir el estrés y mejorar la salud en general del paciente.
-------------------------------	---

Reducción del riesgo de contagio por VIH relacionado con el tratamiento de mantenimiento con metadona en pacientes con dependencia a la heroína

Fuerte a favor	El tratamiento de sustitución de opiáceos se asocia con una reducción en el riesgo de nuevas infecciones del VIH entre personas que se inyectan drogas.
Débil a favor	Una mayor prevención de la infección por VIH entre las personas que se inyectan drogas podría estar asociada con una duración más larga en el tratamiento de sustitución con metadona. Las asesorías para mejorar la adherencia terapéutica han reportado ventajas en el apego al tratamiento antirretroviral.
Buena práctica clínica	Se recomienda dar asesoría sobre el riesgo de adquirir el VIH a todos los usuarios de heroína y ofrecerles la prueba de detección del VIH.

A nivel mundial, el uso de drogas inyectables es el segundo factor de riesgo para adquirir y transmitir el VIH.

6.1. Introducción

El uso de drogas inyectables es el segundo factor de riesgo para adquirir y transmitir el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) a nivel mundial. Entre 5 y 10% de todos los casos de infección por VIH en el mundo están asociados al consumo de drogas inyectables (UNAIDS, 2003). En México el consumo de drogas inyectables ha sido la vía de contagio en 2% del total de casos.

La transmisión del VIH entre personas que se inyectan drogas es resultado de dos factores principales: compartir equipos de inyección contaminados y la transmisión sexual. A éstos se suman otros factores estructurales y ambientales más amplios, como la vivienda, los patrones de consumo de drogas, el trabajo sexual, así como la disponibilidad y la naturaleza de las intervenciones dirigidas a reducir los riesgos (Strathdee et al., 2010).

El VIH ataca el sistema inmunológico infectando los linfocitos T CD4+, que son las células encargadas de organizar la respuesta inmunológica del organismo, generando un proceso viral activo que, en las personas sin tratamiento, se asocia a la inmunodeficiencia progresiva, la cual se traduce en complicaciones graves. La replicación continua del virus provoca una disminución gradual y, finalmente, la destrucción de la inmunidad celular, lo que predispone a la aparición de enfermedades oportunistas.

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (sida), constituye el estadio más avanzado de esta enfermedad y es una comorbilidad frecuente en los usuarios de drogas por vía parenteral en todo el mundo. Se considera que entre 60 y 80% de las personas que se inyectan drogas tienen VIH, y 67% desarrollan sida. Entre los padecimientos relacionados con el sida se encuentran: la tuberculosis pulmonar (en 70-90% de los casos), y la tuberculosis diseminada en 40-80%. La neumonía por *N. jirovecii* incide en más de 20% de los casos de sida (Fernández Miranda, 2008).

6.2. Alcance y objetivos

El objetivo de este capítulo es brindar a los profesionales de la salud las bases para atender a los pacientes con dependencia a la heroína que tienen la infección por VIH, ofreciéndoles elementos científicos para tomar decisiones en cuanto al tratamiento de mantenimiento con metadona, consideraciones clínicas dependientes de la carga viral y las interacciones entre la metadona y los medicamentos antirretrovirales.

Este capítulo incluye una evaluación de los principales beneficios de la terapia de mantenimiento con metadona en la reducción del riesgo de contagio de VIH en pacientes dependientes a la heroína.

La presente Guía tiene un enfoque nacional, por lo que no aborda temas organizativos, pero sí propone recomendaciones explícitas que faciliten el tratamiento de los pacientes adictos a la heroína.

6.3. Tratamiento antirretroviral utilizado en pacientes con VIH

El desarrollo de diversas terapias antirretrovirales ha transformado la enfermedad del VIH de una enfermedad mortal a una enfermedad crónica. Los medicamentos potentes contra el VIH, administrados en combinación, se conocen como tratamiento antirretroviral altamente activo (TARAA), y se utilizan habitualmente en el tratamiento a largo plazo de la enfermedad. El TARAA consiste de un inhibidor de proteasa (IP) o un inhibidor no nucleósido de la transcriptasa inversa (INNTR) o un inhibidor de integrasa (II) o entrada, en combinación con dos inhibidores análogos nucleósidos de la transcriptasa reversa (INTR).

Actualmente el tratamiento antirretroviral (TAR) reduce el riesgo de progresión de la enfermedad y permite la recuperación del sistema inmunológico.

Está recomendado indicar el TAR a todas las personas que viven con VIH, independientemente de la cuenta de células CD4 y de la presencia o no de síntomas. En las personas que se inyectan drogas, el TAR puede tener éxito, pero presenta desafíos especiales que incluyen:

- 1. Comorbilidades médicas y de salud mental.** Los usuarios de drogas intravenosas tienen mayor prevalencia de enfermedades hepáticas, renales, neurológicas, gastrointestinales y trastornos hematológicos; condiciones comórbidas que deben ser tomadas en cuenta al seleccionar el TAR en esta población.
- 2. Acceso limitado a la atención del VIH.**
- 3. Adherencia inadecuada a la terapia.** El consumo de drogas ilegales se ha asociado con depresión, la cual se considera uno de los predictores más fuertes de una mala adherencia y resultados pobres del tratamiento.
- 4. Efectos secundarios de los medicamentos y toxicidades.** Las personas que se inyectan drogas experimentan un aumento en la frecuencia de efectos secundarios y la toxicidad asociados al TAR.
- 5. Tratamiento para el abuso de sustancias.** Se ha demostrado que la eficacia del TAR en los usuarios de drogas ilícitas es similar a la observada en otras poblaciones, siempre que no estén utilizando activamente esas drogas.
- 6. Interacciones con medicamentos que pueden complicar el tratamiento del VIH.** La metadona es el tratamiento farmacológico usado para la adicción a los opiáceos. Debido al metabolismo de la metadona y sus efectos farmacológicos, son frecuentes las interacciones con agentes antirretrovirales. Estas interacciones pueden disminuir la eficacia de una o ambas terapias.

Primero se abordarán las ventajas y desventajas de iniciar la terapia antirretroviral en pacientes dependientes a la heroína con VIH. Ver Tabla 1.

Tabla 1. Ventajas y desventajas potenciales del inicio temprano de la terapia antirretroviral	
Ventajas	Desventajas
Disminuye la activación inmune y el estado inflamatorio crónico.	Es un tratamiento de por vida.
Minimiza: 1. Desgaste del sistema inmune. 2. Evolución del VIH. 3. Diseminación del VIH a reservorios celulares y en órganos santuarios.	Requiere un óptimo cumplimiento en su toma y en caso de NO tener buena adherencia: • Favorece el desarrollo de falla virológica y resistencia viral. • Limita las opciones terapéuticas subsiguientes. • Transmisión de cepas virales resistentes. • Evolución viral hacia mayor virulencia.
Disminuye la incidencia de enfermedades no definitivas del SIDA: • Cardiovasculares • Renales • Hepáticas • Neurológicas • Oncológicas	Riesgo de efectos secundarios y tóxicos de los medicamentos*: • Gastrointestinales • Cardiovasculares • Renales • Hepáticos • Cutáneos
Evita la presencia de infecciones oportunistas y neoplasias asociadas al sida.	Percepción de menor riesgo de transmitir o de reinfectarse por el VIH y el no cumplimiento de relaciones sexuales protegidas.**
Alarga la expectativa de supervivencia.	Percepción de que la terapia es meramente un método de “sexo seguro” para tener relaciones sexuales no protegidas.
Evita la pérdida de pacientes de la cadena de atención médica.	Representa un mayor costo inmediato para el sistema de salud, aunque a la larga se traduce en importantes ahorros monetarios.
Disminuye la posibilidad de transmisión del VIH.	

* Debe ponderarse que el aumento del riesgo para enfermedad cardiovascular, daño renal y óseo puede imputarse sólo de forma parcial a potenciales efectos adversos a los medicamentos, pues también contribuye en su patogenia la propia replicación permanente del virus y el estado inflamatorio crónico, fenómenos que justamente se tratan de minimizar con la terapia antirretroviral.

** Debe insistirse en adoptar prácticas sexuales protegidas para evitar la transmisión del VIH, así como de brotes con cepas resistentes.

6.4. Tratamiento de mantenimiento con metadona en dependientes a la heroína con VIH

La metadona se administra para tratar la dependencia a los opiáceos y se da en combinación con fármacos antirretrovirales en pacientes que además tienen VIH. Sin embargo, la administración a menudo se complica. La metadona tiene interacciones farmacológicas adversas significativas con muchos agentes terapéuticos antirretrovirales, por lo que su administración conjunta puede contribuir a la no adherencia y a obtener pobres resultados clínicos.

La metadona se elimina predominantemente por la oxidación catalizada por varias enzimas del citocromo P450 (CYP), principalmente CYP3A4 y CYP2B6. Se ha demostrado que muchos agentes antirretrovirales afectan los

niveles plasmáticos de la metadona, principalmente a través de la inhibición o la inducción de las enzimas oxidativas.

Con el uso de nevirapina a finales de los años noventa se empezaron a describir las interacciones significativas entre la metadona y los antirretrovirales. El efavirenz apareció posteriormente con menor poder de inducción. No es necesario modificar las dosis de nevirapina ni de efavirenz, pero sí las de metadona, ajustándola individualmente dependiendo del paciente.

Se sugiere incrementar la dosis de metadona de 50% a 100%, con fraccionamiento cada 12 horas en el caso de combinarla con nevirapina, y aumentar de 20 a 50% la dosis en el caso de efavirenz (no suele ser necesario fraccionar la dosis). Otros fármacos como los inhibidores de la proteasa tienden a disminuir los niveles de metadona, pero la relevancia clínica suele ser insignificante, no exigiendo modificar la dosis de antirretrovirales ni de metadona. La metadona reduce ligeramente los niveles en sangre de didanosina (DDI) o estavudina (D4t), si bien esta interacción no requiere modificar las dosis (Fernández Miranda, 2008).

Los fármacos antirretrovirales con interacciones farmacológicas menores o no significativas se prefieren para el tratamiento del VIH en los pacientes que dependen de la heroína (ver Tabla 2).

Tabla 2. Combinación de antirretrovirales recomendados en el inicio de la terapia en adultos con VIH y en tratamiento con metadona sin tratamiento previo

	Eje de análogos de nucleótidos	Tercer componente	Comentarios
Los esquemas requieren autorización de un comité especializado	TDF ¹ /FTC	RAL	TDF/FTC y RAL no tiene efecto clínicamente significativo en el perfil farmacocinético de la metadona.
	TDF ¹ /FTC o ABC/3TC ²	DGT	ABC disminuye concentraciones de metadona sin requerir ajuste de dosis. 3TC no tiene interacciones significativas. No es necesario ajustar la dosis de metadona cuando se administra en combinación con DTG. No presenta interacciones.
	TDF ¹ /FTC	MVC	Se debe determinar un tropismo viral antes de iniciar el tratamiento con un inhibidor del receptor CCR5 (MVC).

¹ Contraindicación a TDF: insuficiencia renal crónica con depuración de creatinina <50 ml/min.

² En dos estudios el ABC/3TC se asoció a un mayor riesgo de falla virológica comparado con TDF/FTC. En uno de ellos, en pacientes con carga viral del VIH >100,000 copias/ml.

Dolutegravir se podrá utilizar cuando estén disponibles en el Cuadro Básico Sectorial.

TDF: tenofovir; FTC: emtricitabina; 3TC: lamivudina; ABC: abacavir; RAL: raltegravir; DGT: dolutegravir; MVC: maraviroc.

Los programas de tratamiento con metadona deben asegurarse de que los pacientes con VIH accedan a atención médica especializada.

Los programas de tratamiento con metadona deben asegurarse de que los pacientes VIH positivos tengan acceso a la atención médica especializada de VIH para que la salud general del paciente pueda ser monitoreada y cuente con el tratamiento adecuado siempre que sea necesario (NSW, 2011).

En general, los pacientes que son VIH positivos son capaces de cumplir con los requisitos y condiciones del programa; sin embargo, las consecuencias médicas, psicológicas y sociales de la infección por VIH pueden hacer necesaria la prestación de servicios adicionales (NSW, 2011). Las dosis de metadona deben ser monitoreadas debido a la posibilidad de interacción entre la metadona y los medicamentos para el VIH, así como los síntomas de las enfermedades relacionadas (Henry-Edwards, 2003).

Recomendación fuerte a favor: Cuando existe un número significativo de pacientes dependientes a la heroína con comorbilidad por VIH, hepatitis o tuberculosis, es recomendable integrar el tratamiento de mantenimiento con opiáceos a los servicios médicos para ambas condiciones (WHO, 2009).

6.5. Principales interacciones entre la metadona y los antirretrovirales

Los esquemas antirretrovirales recomendados para los usuarios de drogas (Tabla 2) de la guía de manejo TAR de las personas con VIH 2014, se deben ajustar a las interacciones con metadona que se muestran en la Tabla 3.

Tabla 3. Interacciones entre la metadona y los medicamentos antirretrovirales		
Clase	Medicamento	Tipo de efecto con Metadona
INNTR	Nevirapina (NVP)	50% ↓↓↓ ²
	Efavirenz (EFV)	52% ↓↓↓ ²
	Etravirina (ETV)	6% ↑ ¹
INTR	Zidovudina (ZDV)	↑↑* ¹
	Lamivudina (LAM o 3TC)	Sin efecto
	Abacavir (ABC)	↓ ¹
	Didanosina (DDI)	Sin efecto
	Emtricitabina (FTC)	Sin efecto
	Tenofovir (TDF)	Sin efecto
	Emtricitabina/tenofovir (FTC/TDF)	Sin efecto

Inhibidor de integrasa	Raltegravir (RAL)	Sin efecto
	Dolutegravir (DTG)	Sin efecto
	Elvitegravir/cobisistat (EV-G/c)	7% ↑ ³
Inhibidores de proteasa*	Saquinavir (SQV)	19%↓↓↓ ^{3,*}
	Lopinavir/ritonavir (LPV/r)	53%↓↓↓ ²
	Fosamprenavir (FPV)	18%↓↓ ¹
	Atazanavir (ATV)	↓ ^{1,*}
	Darunavir (DRV)	16%↓↓ ¹
Inhibidor de fusión/entrada	Maraviroc (MVC)	Sin efecto

¹ Posible interacción que requiere ajuste de dosis o estrecha vigilancia.

² Posibles interacciones que se prevé que sean de baja intensidad (<2 AUC veces o AUC <50%). No se recomienda ajuste de dosis *a priori*.

³ Su coadministración está contraindicada.

^a Su coadministración puede prolongar el intervalo QT. Requiere monitoreo con ECG.

* Aumenta la exposición al TAR (Conasida, 2014).

Una consideración especial respecto al tratamiento de mantenimiento con metadona en pacientes con VIH en terapia antirretroviral es la prevalencia de la prolongación del intervalo QTc. Los factores de riesgo de dicha prolongación en esta población son la cirrosis crónica inducida por la hepatitis C, las dosis de metadona más altas y no haber recibido tratamiento con antirretrovirales.

Recomendación débil a favor. Se sugiere el monitoreo electrocardiográfico para minimizar la morbilidad y mortalidad cardiovascular (por prolongación del intervalo QTc) en pacientes con VIH en terapia de mantenimiento con metadona (Vallecillo et al., 2013).

Poco se conoce acerca de la mortalidad de los consumidores de opiáceos que asisten a tratamiento de mantenimiento con metadona y que tengan VIH. En un estudio en China que incluyó a 306,786 pacientes, de marzo de 2004 a abril de 2011, se observó que la tasa de mortalidad para todos los pacientes fue de 11.8/1,000 personas-año y 57.2/1000 para los pacientes VIH positivos (n=18,193). Un aumento en la dosis media de metadona de >75 mg/día se asoció con una reducción de 24% en la mortalidad (HR=0,76; IC, 0,70 hasta 0,82) (Liu et al., 2013).

Recomendación débil a favor. Una dosis diaria más alta de metadona se asocia con una menor mortalidad en pacientes con VIH y sin VIH, independientemente del tratamiento antirretroviral (Liu et al., 2013).

En general, el tratamiento sustitutivo con metadona es independiente del estado de la infección por VIH.

6.6. Dosis de metadona en pacientes dependientes a la heroína con VIH que están en tratamiento antirretroviral

Pueden requerirse dosis de metadona más altas si los medicamentos contra el VIH aumentan el metabolismo de la metadona, por ejemplo, con el ritonavir (Henry-Edwards, 2003).

Se debe prestar atención a los problemas específicos, tales como la reducción de la tolerancia a la metadona durante los periodos más activos de la enfermedad y el riesgo de sobredosis en caso de alteraciones de la memoria (Verster, 2000).

Recomendación fuerte a favor. Para los pacientes dependientes a los opiáceos con tuberculosis, hepatitis o VIH, los agonistas opioides deben administrarse junto con otros tratamientos médicos. No hay necesidad de esperar a lograr la abstinencia a los opioides para comenzar la medicación antituberculosis, el tratamiento para la hepatitis o la medicación antirretroviral (WHO, 2009).

6.7. Consideraciones para el tratamiento de mantenimiento con metadona según la carga viral del paciente VIH positivo

En general, el tratamiento sustitutivo con metadona es independiente del estado de la infección por VIH. Incluso, se considera que la metadona puede reducir los comportamientos de riesgo que podrían perjudicar más al sistema inmunológico, además, de disminuir el estrés y mejorar la salud general del paciente. Se recomienda tener una vigilancia estrecha de la disminución de la tolerancia durante los periodos de enfermedad y el riesgo de sobredosis en casos de alteraciones en la memoria asociadas al deterioro cognitivo que se observa en algunos pacientes en las fases avanzadas de la infección (Fernández Miranda, 2008).

El recuento de linfocitos CD4 es un criterio imprescindible para el diagnóstico de sida. Es recomendable que la evaluación diagnóstica y el tratamiento se realice en servicios especializados (Fernández Miranda, 2008).

El tratamiento antirretroviral está recomendado en todas las personas que viven con VIH, independientemente de la cuenta de células CD4 y la presencia o no de síntomas, con la meta de disminuir la progresión de la enfermedad y la transmisión (Conasida, 2014). En la Tabla 1 se especifican las ventajas y desventajas del inicio de tratamiento antirretroviral.

Puede requerirse flexibilidad en los arreglos de dosificación si los pacientes no pueden asistir a recibir su dosis diaria de metadona debido a una enfermedad.

En las fases terminales del sida, los proveedores de servicios de metadona pueden tener que trabajar con los servicios de cuidados paliativos en la gestión del tratamiento (Henry-Edwards, 2003).

Los pacientes con un historial de uso de drogas intravenosas están en mayor riesgo de coinfección por VIH y virus de hepatitis C (VHC). La preva-

lencia del VHC entre los pacientes con VIH/sida es tres veces mayor cuando la infección por VIH se adquiere por el consumo de drogas inyectables. El VIH acelera la progresión de la hepatitis C, por lo que los pacientes con VIH experimentan una progresión más rápida de la enfermedad hepática. Los pacientes coinfectados con un recuento de células CD4 inferior a 200/ml están en mayor riesgo de enfermedad hepática en estado terminal. Los pacientes coinfectados tienen más probabilidades de desarrollar fibrosis hepática, cirrosis, cáncer de hígado y una descompensación hepática con menor supervivencia.

La hepatitis es tratable, incluso en pacientes con VIH/sida. La enfermedad hepática en etapa terminal se puede prevenir en muchos pacientes, por lo que es fundamental que se ofrezcan las pruebas de detección de VIH y hepatitis B y C a todos los pacientes con factores de riesgo para enfermedades de transmisión sexual e infecciones transmitidas por la sangre, así como ofrecerles el diagnóstico y el tratamiento temprano para retrasar la progresión de estas enfermedades.

El tratamiento de los pacientes coinfectados es complejo. Ambas infecciones deben ser tratadas y, para cada una, la elección de medicamentos, la duración y el tiempo del tratamiento son críticos. Los médicos que proporcionan tratamiento a los pacientes coinfectados necesitan formación específica y continua.

La terapia estándar para personas con infección crónica por VHC incluye el uso de interferón pegilado (PegINF) y ribavirina (RBV). Este tratamiento produce tasas de respuesta viral sostenida variables, dependiendo del genotipo viral. Sin embargo, la probabilidad de alcanzar una respuesta viral sostenida (RVS) es menor en personas coinfectadas por VIH/VHC que en quienes presentan monoinfección por VHC, lo cual se explica por varios factores como: el efecto inmunomodulador que ejerce el VIH, la mayor carga viral de VHC en las personas, el grado mayor de fibrosis, los efectos adversos del tratamiento que son mayores en las personas que viven con VIH y el elevado número de pastillas que conducen a un alto nivel de abandono de la terapia.

En la actualidad se encuentran en investigación varios regímenes libres de interferón compuestos por dos o tres agentes antivirales directos. En ensayos clínicos se ha observado que estos regímenes tienen mayores tasas de RVS, mayor cobertura de genotipos, menos efectos secundarios, así como menos resistencias virales, menor duración del tratamiento y menor número de tabletas.

Todas las personas con VIH y VHC son potenciales candidatas a la terapia antiviral. Quienes más se benefician del tratamiento son quienes tienen mayor riesgo de progresión de la enfermedad hepática. Es importante conocer el grado de compromiso hepático para determinar el tiempo adecuado de inicio del tratamiento o evaluar si puede diferirse. Más aún, teniendo en cuenta el costo y los potenciales efectos adversos, permite valorar la probabilidad de respuesta al tratamiento y su posterior seguimiento. La biopsia es el método tradicional para diagnosticar la fibrosis hepática, sin embargo, su uso en la actualidad es debatido debido a los riesgos que implica por ser un método invasivo y por la disponibilidad de métodos no invasivos como la elastografía o los biomarcadores serológicos.

Todas las personas con VIH y VHC son potenciales candidatas a la terapia antiviral.

El consumo de opiáceos se ha identificado como un factor de riesgo en la falta de adherencia al tratamiento antirretroviral.

6.8. Reducción del riesgo de contagio por VIH relacionado con el tratamiento de mantenimiento con metadona

La terapia de mantenimiento con metadona ha sido recomendada como un tratamiento de sustitución para la dependencia a la heroína en los Estados Unidos desde 1965 (Dole & Nyswander, 1965). Se ha demostrado que es una de las estrategias más eficaces de reducción de daños y para disminuir la incidencia del VIH (Kerr, Marsh, Li, Montaner, & Wood, 2005; Ward, Hall, & Mattick, 1999).

Se recomienda que todos los usuarios de heroína accedan a asesoría sobre el riesgo de VIH y que se les ofrezca la prueba de detección de VIH. Las embarazadas que son VIH positivas pueden reducir la incidencia de VIH en el niño mediante la administración de antivirales durante el embarazo. El médico debe alentar a todas las mujeres embarazadas a hacerse la prueba de VIH, pues se ha demostrado que el tratamiento con zidovudina durante el embarazo reduce el riesgo de transmisión perinatal del VIH. Si se han identificado factores de riesgo para contraer el VIH dentro del año anterior, debe repetirse la prueba de VIH cada trimestre y en el parto (Stephenson, 2008).

Según datos reportados por un estudio multicéntrico elaborado por los Centers for AIDS Research Network of Integrated Clinical Systems (CNICS), que incluyó a 3,413 pacientes con VIH, en cuatro ciudades de Estados Unidos (Seattle, Birmingham, San Diego y Boston) entre diciembre de 2005 y abril de 2010.

Se concluyó que el uso de drogas inyectadas se relacionó con la falta de adherencia al tratamiento antirretroviral y las relaciones sexuales sin protección (Mimiaga et al., 2013).

El consumo de opiáceos se ha identificado como un factor de riesgo en la falta de adherencia al tratamiento antirretroviral, con el riesgo de desarrollar la consiguiente resistencia viral a los medicamentos (Gonzalez, Mimiaga, Israel, Bedoya, & Safren, 2013; Wang et al., 2008). Se pueden obtener excelentes resultados en los pacientes que reciben tratamiento de mantenimiento con agonista opioide (Lucas, Gebo, Chaisson, & Moore, 2002). Los resultados del tratamiento de mantenimiento con metadona en pacientes con tuberculosis y hepatitis son similares, considerando que las clínicas que atienden a pacientes con tuberculosis deben evaluar los riesgos de propagación de la tuberculosis de paciente a paciente, sobre todo cuando los pacientes inmunocomprometidos se mezclan con los pacientes con tuberculosis.

Un número importante de ensayos clínicos controlados han demostrado que los pacientes dependientes de sustancias son más propensos a asistir para recibir atención médica si se les proporciona el tratamiento *in situ*. También se ha sugerido el enfoque alternativo de proporcionar un tratamiento de mantenimiento con agonistas opiáceos en las clínicas médicas. Para mejorar el cumplimiento, el tratamiento de observación directa del VIH y la tuberculosis debe ser integrado con el tratamiento de mantenimiento con agonistas opiáceos, y siempre en el mismo lugar (WHO, 2009).

Recomendación fuerte a favor: Hay evidencia de estudios publicados y observacionales de que el tratamiento de sustitución de opiáceos se asocia con una reducción media de 54% en el riesgo de nuevas infecciones del VIH entre usuarios de drogas inyectables (MacArthur et al., 2012).

Recomendación débil a favor: Una mayor prevención de la infección por VIH entre las personas que se inyectan drogas podría estar asociada con una duración más larga del tratamiento de sustitución con metadona (MacArthur et al., 2012).

Algunas medidas que pueden ayudar a las personas que se inyectan drogas a reducir la propagación del VIH incluyen: el acceso a equipo de inyección limpio, preservativos, medicamentos antirretrovirales y otros tratamientos; servicios psicosociales y de atención médica. Los pacientes que dejan el consumo de heroína antes del tratamiento antirretroviral tienen tasas más altas de adherencia. Los pacientes sin un periodo libre de drogas también tienen niveles aceptables de respuesta al tratamiento antirretroviral y no debería existir el requisito de que los pacientes estén libres de drogas antes de comenzar el tratamiento de la infección por VIH (WHO, 2009).

La información que se debe proporcionar a las personas que se inyectan drogas debe incluir los siguientes componentes:

- Prácticas de inyección más seguras (incluyendo la disponibilidad de material de inyección estéril).
- Prácticas sexuales más seguras.
- Acceso a servicios de la salud y tratamientos para el manejo de trastornos por uso de alcohol y drogas.
- Prevención, detección y tratamiento de otras infecciones de transmisión sexual.
- Asesoría durante el embarazo para las mujeres.
- Asesoría previa y posterior a la prueba de detección de VIH (Health, 2012).

Recomendación débil a favor: Cuando existen, deben proveerse servicios especializados para el tratamiento de VIH, hepatitis y tuberculosis (WHO, 2009).

Es importante comentar que el estigma social relacionado con la adicción recae de forma más clara sobre las personas que tienen menos recursos para resistirlo (por ejemplo, aquellos con múltiples condiciones: adicción, enfermedad mental, VIH/sida, encarcelamiento, condición de minoría, pobreza, falta de vivienda y envejecimiento), y cuando estas condiciones son percibidas como contrarias a los roles vinculados con el género (por ejemplo, las mujeres embarazadas con adicciones) las personas experimentan mayor estigma y son menos propensas a buscar tratamiento para la adicción (William L. White, 2010).

Cuando existan, deben proveerse servicios especializados para el tratamiento de VIH, hepatitis y tuberculosis.

Las asesorías de adherencia terapéutica combinan terapias de motivación y orientación conductual-cognitiva, alrededor de seis sesiones con una duración de 30 minutos cada una. Aunque mejoran la adherencia a los medicamentos antirretrovirales, no presentan mejoría en la carga viral (Cooperman et al., 2012).

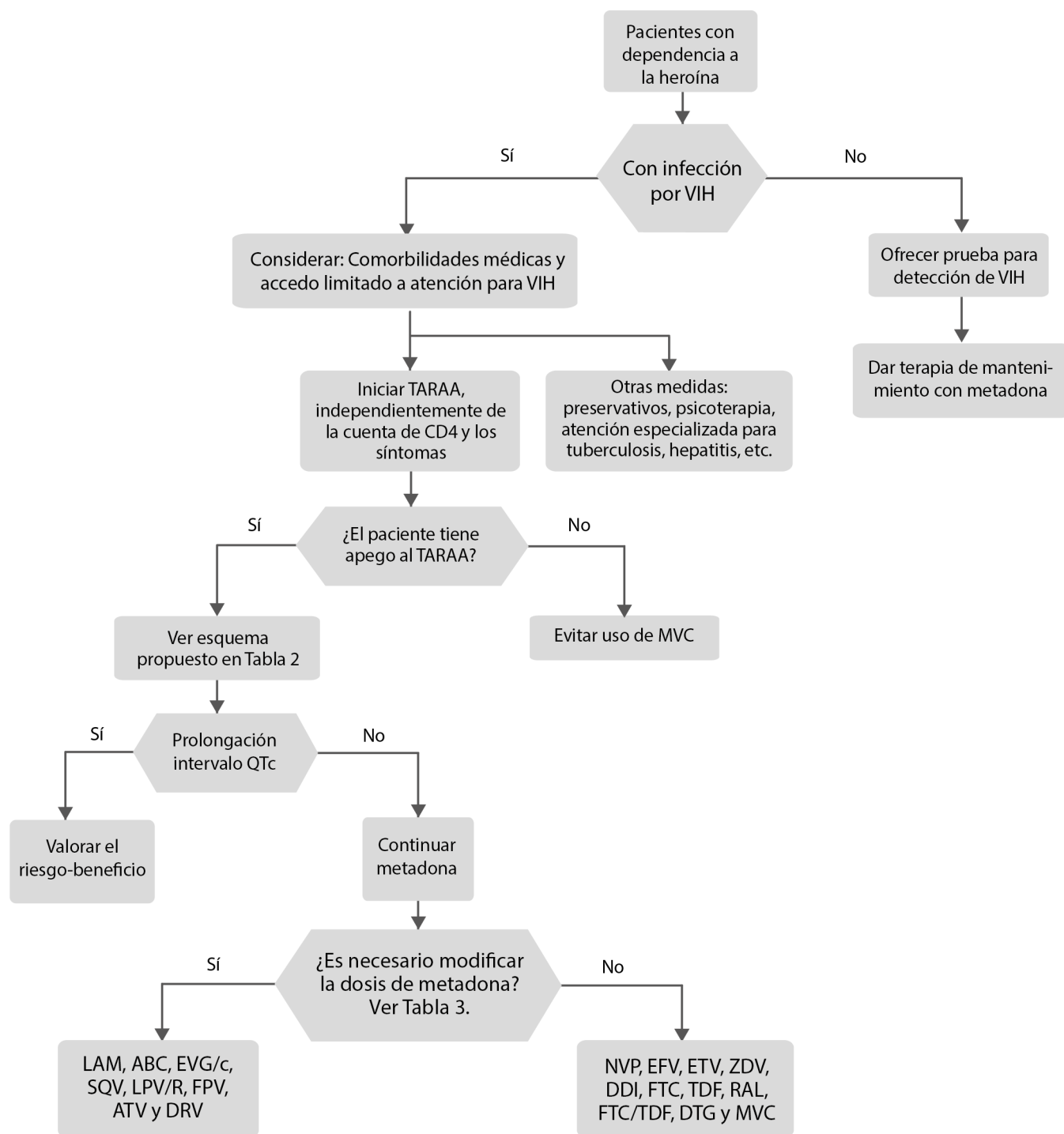
Recomendación débil a favor: Las asesorías para mejorar la adherencia terapéutica han reportado ventajas en el apego al tratamiento antirretroviral (Cooperman et al., 2012).

Las asesorías para mejorar la adherencia terapéutica han reportado ventajas en el apego al tratamiento antirretroviral.

6.9. Recomendaciones para la investigación

- ✓ Evaluar el impacto de aplicar pruebas de detección de VIH y hepatitis B y C en las personas que se inyectan drogas.
- ✓ Estimar la implementación de un tratamiento integral a los pacientes con dependencia a heroína, que incluya la atención del trastorno por uso de sustancias y las comorbilidades médicas, por ejemplo, infección por VIH, hepatitis, tuberculosis, etc.
- ✓ Considerar la creación de un sistema de farmacovigilancia donde se reporten los efectos adversos presentados por los pacientes con infección por VIH por el uso de metadona, la terapia antirretroviral y la combinación de ambas.
- ✓ Desarrollar un ensayo clínico que evalúe el efecto del uso de medicamentos antirretrovirales que tengan nulas o mínimas interacciones con la metadona.
- ✓ Crear estrategias de apoyo psicosocial para fomentar el apego a la terapia antirretroviral y al tratamiento con metadona.
- ✓ Considerar el impacto de realizar una evaluación cardiológica antes de iniciar el tratamiento con metadona y antirretrovirales, así como evaluaciones de seguimiento, las cuales incluyen electrocardiogramas.
- ✓ Realizar un estudio de costo-efectividad en nuestra población sobre el uso de metadona en pacientes con infección por VIH y dependencia a la heroína.
- ✓ Evaluar las repercusiones médicas y sociales de implementar programas donde se brinde información sobre prácticas de inyección, prácticas sexuales más seguras, acceso a servicios de salud en adicciones y medicina general, prevención y tratamiento de infecciones de transmisión sexual, asesoría previa y posterior a la prueba de detección de VIH.

6.10. Algoritmo de tratamiento de mantenimiento con metadona en pacientes con VIH



Abreviaturas: TARAA (tratamiento antirretroviral altamente activo), VIH (virus de inmunodeficiencia humana), Nevirapina (NVP), Efavirenz (EFV), Etravirina (ETV), Zidovudina (ZDV), Lamivudina (LAM o 3TC), Abacavir (ABC), Didanosina (DDI), Emtricitabina (FTC), Tenofovir (TDF), Emtricitabina/tenofovir (FTC/TDF), Raltegravir (RAL), Dolutegravir (DTG), Elvitegravir/cobisistat (EVG/c), Saquinavir (SQV), Lopinavir/ritonavir (LPV/r), Fosamprenavir (FPV), Atazanavir (ATV), Darunavir (DRV), Maraviroc (MVC).

7. Intervenciones psicológicas de apoyo

Preguntas a responder

Intervenciones psicológicas

- ¿Se han aplicado intervenciones psicológicas en personas con dependencia a la heroína?

Principales intervenciones psicológicas aplicadas en personas con dependencia a la heroína

- ¿Cuáles son las intervenciones psicológicas más utilizadas para tratar pacientes con dependencia a heroína?

Consideraciones clínicas a tomar en cuenta para aplicar intervenciones psicológicas a pacientes con dependencia a la heroína

- ¿Qué consideraciones clínicas se deben tener en cuenta para aplicar intervenciones psicológicas a pacientes con dependencia a la heroína?
- ¿Qué intervenciones psicológicas son más eficaces para el manejo de pacientes dependientes a la heroína?

Tiempo recomendable de mantenimiento del tratamiento psicológico en pacientes con dependencia a la heroína

- ¿Por cuánto tiempo es recomendable mantener el tratamiento psicológico en pacientes con dependencia a la heroína?

Efectividad de la combinación del tratamiento psicológico y farmacológico en pacientes con dependencia a la heroína

- ¿Es efectivo combinar el tratamiento psicológico y farmacológico en pacientes con dependencia a la heroína?

Recomendaciones de la GPC

Principales intervenciones psicológicas aplicadas en personas con dependencia a la heroína

Buena práctica clínica	Los estudios de intervenciones psicosociales para el tratamiento de trastornos por uso de sustancias han mostrado, en general, resultados positivos.
Fuerte a favor	El <i>neurofeedback</i> es un método terapéutico que mejora significativamente la psicopatología general, la apetencia (<i>craving</i>) a la heroína y la actividad eléctrica cerebral.
Débil a favor	Los enfoques de manejo de contingencias (por ejemplo incentivos monetarios) tienen las mayores estimaciones del tamaño del efecto, seguidos por la prevención de recaídas y otros enfoques de terapia cognitivo-conductuales.

Débil a favor	La mejoría en la terapia cognitivo-conductual se observa en la capacidad de resistir el impulso de consumir heroína.
Débil a favor	Las personas que reciben intervenciones de refuerzo comunitario tienen más probabilidades de ser abstinentes, pero es difícil para los pacientes establecer una red de apoyo, lo que ocurre también en la terapia familiar.
Débil a favor	La consejería individual del medicamento no representó un beneficio adicional en los pacientes en desintoxicación.

Consideraciones clínicas a tomar en cuenta para aplicar intervenciones psicológicas a pacientes con dependencia a la heroína

Débil a favor	Es necesario contar con tratamientos psicológicos, con atención especial en las mujeres, debido a que a una edad menor, reportan una salud mental más precaria que los hombres.
Buena práctica clínica	Las personas con antecedentes de dependencia a la heroína tienen peor salud y funcionamiento en comparación con sus contrapartes en la población general.

Tiempo recomendable de mantenimiento del tratamiento psicológico en pacientes con dependencia a la heroína

Débil a favor	La intervención breve de tipo Terapia cognitivo-conductual (TCC), en cinco sesiones, mejora la confianza en la capacidad de resistir el impulso de consumir heroína en situaciones interpersonales estresantes. Sin embargo, esta intervención no tuvo efecto significativo para mejorar la confianza en la capacidad de manejar situaciones intrapersonales de consumo de heroína.
Buena práctica clínica	Las intervenciones psicológicas a corto plazo no fueron eficaces para mantener la abstinencia a la heroína debido al fuerte potencial de esta sustancia para activar las vías cerebrales de recompensa.

Efectividad de la combinación del tratamiento psicológico y farmacológico en pacientes con dependencia a la heroína

Fuerte a favor	La combinación de metadona con psicoterapia reduce significativamente el uso de opiáceos durante el tratamiento, el seguimiento y en las ausencias a las consultas durante el tratamiento.
Buena práctica clínica	Al comparar el tratamiento farmacológico solo (metadona o buprenorfina) y la combinación del fármaco más la intervención psicológica, se demostró que la combinación reduce significativamente los abandonos terapéuticos.

La dependencia a la heroína es una condición psiquiátrica crónica y recurrente.

7.1. Introducción

La dependencia a la heroína es una condición psiquiátrica crónica y recurrente (Stine SM, 1999). El comportamiento adictivo se entiende como un proceso mal adaptativo para encarar los estresores o demandas de la vida, y los déficits de habilidades son vistos como un factor de riesgo individual importante que predispone al abuso de sustancias (Monti et al., 1990).

Las explicaciones etiológicas de la adicción a la heroína son múltiples y se dividen en cinco grupos: biológicas, de personalidad, comportamiento, psicosociales y socioculturales. Estas explicaciones indican por qué las intervenciones psicológicas y sociales son muy variadas en sus objetivos, metodología y evaluación de resultados. Las teorías de la personalidad han intentado mostrar la existencia de una “personalidad adictiva” para explicar por qué algunas personas se convierten en adictos y otras no. Sin embargo, la teoría de que una “personalidad adictiva” precede al abuso de drogas ha sido rechazada por muchos investigadores (Gendreau P., 1970).

Generalmente, la desintoxicación de los opiáceos en los sistemas de salud se centra en la farmacológica. Muchos programas de desintoxicación, sobre todo en unidades especializadas, también incluyen un componente psicosocial. Las Guías de consenso recientes del Reino Unido y de los Estados Unidos sugieren que los intentos para tratar la dependencia a los opiáceos mediante la desintoxicación farmacológica han demostrado altas tasas de recaída en el consumo. Una consecuencia obvia de un tratamiento de desintoxicación “fracasado” es la posibilidad de generar pesimismo en el personal de salud y los usuarios de dichos servicios. Si los resultados del tratamiento se pueden mejorar a través de la calidad del medio ambiente terapéutico, la disponibilidad de intervenciones psicosociales adyuvantes y, en consecuencia, la mejora de la interacción con el personal, este pesimismo puede ser impugnado de manera efectiva (NICE, 2008).

Por lo anterior, la desintoxicación puede presentar una oportunidad real para intervenir y animar a los pacientes adictos a la heroína a hacer cambios que mejoren su salud y logren su recuperación. El objetivo psicosocial principal durante la desintoxicación debe ser construir una alianza terapéutica y motivar al usuario del servicio a entrar en un tratamiento de largo plazo. Este proceso debe comenzar incluso cuando el usuario del servicio se está estabilizando médicamente (Onken, 1997).

7.2. Alcance y objetivos

El objetivo de este capítulo es proporcionar a los profesionales sanitarios encargados de atender a los pacientes con dependencia a la heroína una herramienta que les permita tomar las mejores decisiones respecto de las intervenciones psicológicas de apoyo. Este capítulo incluye las principales intervenciones psicológicas aplicadas a pacientes que se encuentran en tratamiento de mantenimiento con metadona, así como el tiempo recomendable de aplicación. Además, contiene las consideraciones clínicas que se deben tomar en cuenta en la psicoterapia de los pacientes dependientes a los opiáceos.

Al tener la presente Guía un enfoque nacional, no aborda temas organizativos, pero sí propone recomendaciones explícitas que faciliten el tratamiento de los pacientes adictos a la heroína.

7.3. Intervenciones psicológicas de apoyo

Algunos rasgos de comportamiento que se han asociado con el abuso de sustancias son: dificultad para controlar los impulsos, dificultad para hacer frente al estrés, egocentrismo y conductas antisociales (Schilit, 1991). Wikler y Rasor (1953) sugirieron que los sujetos con distintos tipos de personalidad consiguen objetivos diferentes con el uso de la heroína. Sin embargo, los rasgos y comportamientos exhibidos por los dependientes a la heroína pueden ser el resultado de su adicción y no la causa (Wikler & Rasor, 1953).

Una teoría conductual de la adicción a la heroína indica que ésta es producto del condicionamiento instrumental, porque cada inyección o ingestión de heroína refuerza el comportamiento de búsqueda de la droga, proporcionando un refuerzo inmediato, poderoso y positivo. Algunos autores explican la alta tasa de retorno a la heroína en individuos desintoxicados como una consecuencia de la extinción incompleta de esa conducta de búsqueda (Wikler, 1965). Sin embargo, este planteamiento se ha cuestionado, ya que se ha observado que una vez que los sujetos desarrollan tolerancia a la heroína, los efectos eufóricos de la droga son mínimos (Seibel, 1976).

Las teorías socioculturales destacan el papel de la comunidad, su historia, instituciones y tradiciones entre las causas de la adicción a la heroína. El entorno sociocultural determina la disponibilidad de las drogas y el grado de acceso. Diversos estudios han demostrado que la disponibilidad de drogas en ciertos grupos es un factor importante para determinar quién puede convertirse en adicto (O'Donnell, 1967). En una muestra de dependientes a la heroína en remisión, más del 50% reportó abandonar el consumo debido a la falta de disponibilidad de la sustancia (Schasre, 1966). Otros autores encontraron que convertirse en un consumidor de heroína fue resultado de la presión del grupo de pertenencia y la socialización gradual con los amigos consumidores de drogas, en lugar de patologías individuales (Plant, 1974).

La adicción a la heroína es especialmente frecuente en los barrios urbanos desfavorecidos, perturbados y empobrecidos, con pocas oportunidades de obtener metas. También se ha sugerido que las familias que viven en tales condiciones influyen necesariamente para que los hijos desarrollen un ego débil, con falta de aspiraciones adecuadas, fracaso para establecer metas a largo plazo, así como una desconfianza en las instituciones sociales tradicionales. Considerando los factores socioeconómicos, se incluyó en esta Guía el apoyo social con el resto de las intervenciones psicológicas.

7.3.1. Principales intervenciones psicológicas aplicadas en personas con dependencia a la heroína

En los últimos 30 años, ha habido un progreso significativo en el desarrollo y la validación de los tratamientos psicosociales para el abuso y dependencia de sustancias, con un enfoque predominante en la validación de los tratamientos cognitivo-conductuales. Destacan entre estos enfoques las intervenciones de manejo de contingencias e intervenciones que enfatizan las estrategias para el cambio de las situaciones de mayor riesgo para el consumo de drogas, ya sea en la prevención de recaídas o en otros formatos cognitivo-conductuales (Carroll, 2005). El término “intervención psicosocial” se define aquí como:

Los rasgos y actitudes de los dependientes a la heroína pueden ser el resultado de su adicción y no la causa.

cualquier intervención psicológica o social formal y estructurada con un plan y metas de tratamiento claramente definidas, a diferencia del asesoramiento o psicoeducación (NICE, 2008).

Grado de recomendación: débil a favor. Los estudios de intervenciones psicosociales para el tratamiento de trastornos por uso de sustancias han mostrado, en general, que los pacientes que se someten a estos tratamientos consiguen resultados positivos en cerca de 67% de los casos, en comparación con los pacientes que no reciben estas intervenciones. Los enfoques de manejo de contingencias tienen las mayores estimaciones del tamaño del efecto, seguidos por la prevención de recaídas y otros enfoques de terapia cognitivo-conductuales. A menudo, las terapias de manejo de contingencia implican incentivos monetarios y pruebas frecuentes de detección de drogas, pero son poco viables en nuestra población.

Los pacientes que se someten a intervenciones psicosociales consiguen resultados positivos en cerca de 67% de los casos.

7.3.1.1. Terapia cognitivo conductual (TCC)

La TCC parte de la hipótesis de que el consumo de drogas se debe a creencias distorsionadas sobre el poder de las drogas, por lo que se usan para hacer frente a situaciones de estrés. Las intervenciones con TCC generalmente aumentan un sentido de autoeficacia para mantener la abstinencia en situaciones de alto riesgo, disminuyen las expectativas positivas del consumo de drogas, y aumentan las expectativas sobre los beneficios de la abstinencia (Finney, Noyes, Coutts, & Moos, 1998). La mayoría de los programas de TCC imparten habilidades cognitivas y conductuales de afrontamiento que los clientes pueden utilizar para evitar el uso de sustancias en situaciones previamente asociadas con el consumo de drogas (Monti et al., 1990).

Grado de recomendación: débil. Los consumidores de heroína que recibieron cinco sesiones de TCC tuvieron mayor mejoría en la capacidad de resistir el impulso de consumir heroína en comparación con el grupo control. No hubo mejoría en la confianza en el manejo de situaciones intrapersonales relacionadas con el consumo de heroína. Los sujetos en el grupo de intervención recibieron cinco sesiones de TCC, que se centraron en la adquisición de habilidades dirigidas a reducir el consumo de drogas (Yen, Wu, Yen, & Ko, 2004).

7.3.1.2. Prevención de recaídas en la terapia cognitivo-conductual

Esta terapia difiere de la TCC convencional en que pone un mayor énfasis en el desarrollo de habilidades para identificar las situaciones o estados en que los pacientes son más vulnerables al consumo de drogas, para evitar situaciones de alto riesgo, y utilizar una serie de estrategias cognitivas y conductuales para enfrentar eficazmente estas situaciones (Carroll & Onken, 2005).

7.3.1.3. Neurofeedback (NF)

El NF es una técnica que entrena a los pacientes a modificar y entrenar su actividad cerebral a medida que reciben información acerca de los patrones de comportamiento de sus ondas cerebrales. Este método de tratamiento intenta mejorar las experiencias emocionales, cognitivas, físicas y conductuales (Demos, 2005). Los patrones anormales de la actividad cerebral pueden identificarse a través de registro electroencefalográfico (LaVaque, 2003). El NF parece ser una alternativa muy prometedora para reducir los síntomas de dependencia y mejorar las variables psicológicas (Scott, Kaiser, Othmer, & Sideroff, 2005; Sokhadze, Cannon, & Trudeau, 2008). La dependencia a las sustancias incluye una compleja serie de trastornos psicopatológicos con comorbilidades frecuentes y alteraciones del electroencefalograma de varios tipos (Egorov & Tikhomirov, 2004). Algunos estudios en los que se aplicó el NF han corroborado la eficacia del entrenamiento en la dependencia al alcohol y las drogas, principalmente en parámetros neuropsicológicos (Saxby & Peniston, 1995; Scott et al., 2005; Sokhadze et al., 2008).

Grado de recomendación: fuerte a favor. En una comparación de dos grupos de pacientes (uno experimental y un grupo control), se encontró que al aplicar 30 sesiones de NF al grupo experimental, éste mostró una mejoría significativa al disminuir la psicopatología, experimentar menor apetencia (*craving*) a la heroína y en la actividad eléctrica cerebral. En el Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R), la mejora se observó en hipocondría, obsesión, sensibilidad interpersonal, agresión, psicosis e índices sintomáticos generales. En el Heroin Craving Questionnaire (HCQ), la mejora fue encontrada en la anticipación al resultado positivo, el deseo de usar la sustancia, y la puntuación media total. Por último, el Electroencefalograma cuantitativo (EEGc) mostró cambios positivos en la actividad frontal, delta central y parietal, frontal y theta central, alfa parietal y frontal. Este estudio sugiere que el NF se puede usar como un método terapéutico para mejorar anomalías relacionadas con trastornos de dependencia a los opiáceos. Los resultados destacan la importancia de las intervenciones neuropsicológicas en el tratamiento de los trastornos derivados de la dependencia a las sustancias (Arani, Rostami, & Nostratabadi, 2010).

Grado de recomendación: débil a favor. El NF es efectivo en el trastorno de la dependencia a los opiáceos, en complemento a la terapia de mantenimiento con metadona o buprenorfina. Los pacientes que recibieron 30 sesiones de NF presentaron mejoría en sus síntomas somáticos, depresión, salud mental en general, en el menor deseo de usar opiáceos y en la ansiedad relacionada con el síndrome de abstinencia, en comparación con el grupo control. El tratamiento consistió en entrenamiento del ritmo motor sensorial en Cz, seguido de un protocolo de alfa-theta en Pz (Dehghani-Arani, Rostami, & Nadali, 2013).

El neurofeedback es efectivo en el trastorno de la dependencia a los opiáceos, en complemento a la terapia de mantenimiento con metadona.

El manejo de contingencias es un sistema de incentivos diseñado para que el uso de drogas sea menos atractivo.

7.3.1.4. El manejo de contingencias

El manejo de contingencias se considera un sistema de refuerzos o incentivos diseñado para hacer que el uso de drogas sea menos atractivo para el paciente y la abstinencia más atractiva (Griffith, Rowan-Szal, Roark, & Simpson, 2000). Los elementos de un programa de manejo de contingencias son: una definición clara de la conducta deseable (por ejemplo, la abstinencia de opiáceos); el control regular de la presencia o ausencia de la conducta deseada (por ejemplo, análisis de orina regulares); recompensas específicas para el comportamiento deseado (por ejemplo, dinero, vales, las dosis de metadona para llevar a casa o billetes de lotería), y retroalimentación positiva para el comportamiento deseado por parte del personal. El manejo de contingencias puede ser administrado por personal con relativamente poca formación. Los asesores deben estar al tanto de los enlaces a los servicios sociales disponibles u otros recursos sociales en la comunidad (WHO, 2009).

Grado de evidencia: débil a favor. Las personas que reciben el manejo de contingencias tienen más probabilidades de ser abstinentes al final del tratamiento y de completar el tratamiento. Este efecto se observó para las intervenciones a corto plazo (dos semanas) y los de mayor duración (seis meses) (NICE, 2008). No se cuenta con estudios en población mexicana.

7.3.1.5. Enfoque de refuerzo comunitario

Se pone énfasis en las contingencias ambientales y en aspectos de la vida como el trabajo, la recreación, la participación familiar para promover un estilo de vida más gratificante que el abuso de drogas. En casi todos los estudios, el enfoque de refuerzo comunitario con personas que utilizan drogas ilegales se lleva a cabo en combinación con el manejo de contingencias (Roozen et al., 2004).

Grado de evidencia: débil a favor. Las personas que reciben 36 sesiones de refuerzo comunitario durante un periodo de 18 semanas tienen más probabilidades de ser abstinentes al final del tratamiento, en comparación con el grupo control. Sin embargo, no se encontraron diferencias entre las redes sociales y las intervenciones de los grupos de control para completar el tratamiento. Esto se explica, en cierta medida, por la dificultad de algunos de los participantes en el grupo de refuerzo comunitario para establecer una red de apoyo. Muchos de los participantes abandonaron el tratamiento en una etapa temprana. Se necesitan investigaciones adicionales para establecer la eficacia de esta intervención (Galanter et al., 2004).

7.3.1.6. Las intervenciones familiares

Las intervenciones familiares son los procesos terapéuticos de tipo psicológico que se derivan de un modelo de procesos de interacción en las familias. Estas intervenciones están dirigidas a ayudar a los participantes a comprender los efectos de las interacciones familiares, así como los factores que intervienen en el desarrollo y/o mantenimiento del consumo de drogas. El objetivo es

cambiar la naturaleza de las interacciones de modo que puedan desarrollar relaciones que sean de apoyo y con menos conflictos (NICE, 2008).

Grado de evidencia: débil. Se reporta abstinencia posterior a 12 meses de seguimiento, con 16 sesiones totales de terapia familiar. Los participantes en el grupo de intervención familiar tienen más probabilidades de ser abstinentes en comparación con el grupo control (14.6% vs 7.5%). Nótese que los porcentajes de mejoría fueron bajos aún en el grupo de terapia familiar (Yandoli, Eisler, Robbins, Mulleady, & Dare, 2002).

7.3.1.7. Consejería individual

La consejería individual comprende la evaluación de las necesidades del individuo, la provisión de información y la derivación a servicios para satisfacer estas necesidades (incluyendo las intervenciones psicosociales, el tratamiento de mantenimiento con metadona y la rehabilitación residencial). No se intenta participar en una intervención psicológica en concreto.

Grado de evidencia: débil en contra. La consejería individual del medicamento fue evaluada en un estudio y duró tres sesiones durante la tercera semana de desintoxicación y se comparó con la condición de control. Esta intervención no se asoció con una mejor abstinencia o apego al tratamiento en comparación con el grupo de control, por lo tanto, se sugiere que no hay beneficio adicional de esta intervención durante la desintoxicación (Rawson, Mann, Tennant, & Clabough, 1983).

7.3.1.8. La terapia interpersonal

Es una intervención estructurada limitada en el tiempo. Fue desarrollada originalmente para tratar la depresión, y se centra en cuestiones interpersonales donde el terapeuta y el usuario colaboran para identificar las áreas problemáticas relacionadas con los conflictos interpersonales, transiciones de rol, las pérdidas, las habilidades sociales y sus repercusiones sobre el uso indebido de drogas actual. Los pacientes intentan reducir los problemas de abuso de drogas aprendiendo a afrontar o resolver áreas problemáticas interpersonales (Weissman, 2000).

7.3.1.9. Apoyo psicosocial

La expresión “apoyo psicosocial” se utiliza para referirse a una amplia gama de intervenciones a nivel social y psicológico. Las intervenciones a nivel social incluyen la asistencia a las necesidades básicas como: alimento, ropa, alojamiento y empleo; así como la atención básica a la salud, y a cuestiones afectivas como la amistad, la búsqueda de la felicidad y la participación en la comunidad.

El apoyo psicosocial puede ayudar a educar a los pacientes acerca de la clase de síntomas de abstinencia que experimentarán, proporcionarles estrategias útiles para minimizar los síntomas de retirada y les ayudará a interpretar los fenómenos de abstinencia actuales. También puede facilitar el traslado

El apoyo psicosocial abarca una amplia gama de intervenciones a nivel social y psicológico.

a las opciones de tratamiento de mantenimiento y ayudar con la reintegración a la sociedad. Para quienes desean abandonar el consumo de opioides, la asistencia psicosocial y farmacológica combinada aumenta las posibilidades de lograr estos objetivos (WHO, 2009).

7.3.1.10. Psicoterapia de grupo

La terapia de grupo con un enfoque interpersonal o psicodinámico puede ser eficaz en el tratamiento de la dependencia a heroína, en combinación con la medicación de mantenimiento. Estos grupos deben flexibilizarse y centrarse en el desarrollo de la relación interpersonal, la autocomprensión, la reflexión y la discusión. En este tipo de psicoterapia, los pacientes deben ser cuidadosamente seleccionados y deberán ser capaces de comprometerse con el proceso. El tratamiento en grupo debe proporcionar acompañamiento al abordar problemas. Esta inclusión en un grupo es, a menudo, un primer paso para que los pacientes se sientan menos aislados y desarrollen nuevas estrategias de afrontamiento (CSAT, 2012).

7.3.2. Consideraciones clínicas para aplicar intervenciones psicológicas en pacientes con dependencia a la heroína

La mayoría de los programas considera las intervenciones psicosociales, principalmente la consejería individual, como una parte central del tratamiento con metadona. No obstante, las intervenciones psicológicas presentan algunas limitaciones como el hecho de que los pacientes en mantenimiento con metadona puedan tener necesidades individuales distintas y diversas respuestas al tratamiento. Por ello, se debe evaluar en cada paciente la necesidad de estas intervenciones. Algunos pacientes necesitan más ayuda que otros para ordenar su vida y la asesoría puede ser muy útil. Asimismo, algunos pacientes estables, sin grandes problemas, requerirán poco las intervenciones psicológicas.

La experiencia nos enseña que no todos los psicoterapeutas y consejeros son igualmente eficaces para lograr un cambio positivo en sus pacientes. Si el éxito de los terapeutas depende de su formación o de las características personales de los terapeutas, aún no se conoce. En cualquier caso, hay una necesidad de desarrollar protocolos y normas para la psicoterapia. Los pacientes con trastornos psiquiátricos podrían beneficiarse de la psicoterapia; sin embargo, no existen datos contundentes para creer que éste es un tratamiento para todas las personas dependientes a los opiáceos (Verster, 2000).

La mayoría de los programas considera las intervenciones psicosociales como una parte central del tratamiento con metadona.

Grado de recomendación: débil a favor. Las personas con antecedentes de dependencia a la heroína tienen peor salud y funcionamiento en comparación con sus contrapartes en la población general. A una edad más joven, las mujeres dependientes a la heroína reportaron una salud mental más precaria en comparación con los hombres. Los resultados de un estudio hecho en California señalan que es necesario contar con tratamientos psicológicos con atención especial para las mujeres. El estudio fue realizado entre los años 2005 y 2009, con una muestra de 914 participantes, 44.3% de los cuales eran mujeres. Los sujetos del estudio eran personas que fueron atendidas en clínicas de mantenimiento con metadona en los años setenta, pero la mayoría ya no consumía heroína al momento del estudio. Se aplicó el Inventario de depresión de Beck, obteniéndose calificaciones promedio de 10 a 18 puntos, que corresponde con un rango de depresión leve a moderada, aunque las mujeres puntuaron significativamente más alto que los hombres y fueron más propensas a reportar pensamientos o intentos suicidas y mayores puntuaciones en los niveles de angustia en general (Grella & Lovinger, 2012).

7.3.3. Tiempo recomendable de mantenimiento del tratamiento psicológico en pacientes con dependencia a la heroína

Los consumidores de drogas tienden a rechazar la atención continua para sus problemas de abuso después de someterse al tratamiento de desintoxicación aguda (Whorley, 1996). Los programas de intervenciones psicológicas, principalmente de corto plazo, podrían modificar las actitudes hacia el consumo de drogas y aumentar su confianza en la capacidad de resistir el consumo de drogas (Rosen, 1981).

Grado de recomendación: débil a favor. La intervención breve de tipo TCC (cinco sesiones) es eficaz en la mejora de la confianza en la capacidad de resistir el impulso de consumir heroína en situaciones interpersonales estresantes. Sin embargo, esta intervención no tuvo efecto significativo en la mejora de la confianza en la capacidad de manejar situaciones intrapersonales relacionadas con el consumo de heroína. Una posible explicación de este resultado es el fuerte potencial de la heroína para activar las vías cerebrales de recompensa, induciendo fuertes deseos de volver a utilizarla, lo que requerirá intervenciones psicológicas más prolongadas (Yen et al., 2004).

Las intervenciones psicodinámicas a corto plazo se derivan de un modelo psicodinámico/psicoanalítico en el que: a) El terapeuta y el paciente exploran y ganan conocimiento acerca de los conflictos y cómo éstos se representan en situaciones y relaciones actuales, incluyendo la relación terapéutica. b) A los pacientes se les da la oportunidad de explorar los sentimientos y conflictos conscientes e inconscientes originados en el pasado, con el enfoque técnico en interpretación y el trabajo a través de la resolución de los conflictos. c) El tratamiento no es directivo y a los pacientes no se les enseñan habilidades

La experiencia enseña que no todos los psicoterapeutas son igualmente eficaces para lograr un cambio positivo en sus pacientes.

específicas como el monitoreo del pensamiento, reevaluación o resolución de problemas. El tratamiento generalmente consiste de 16 a 30 sesiones (Leichs-enring, Rabung, & Leibing, 2004).

7.3.4. Efectividad de la combinación del tratamiento psicológico y farmacológico en los pacientes con dependencia a la heroína

Las terapias de mantenimiento con metadona pueden ayudar a los usuarios dependientes a la heroína a reducir los síntomas fisiológicos de la abstinencia. Sin embargo, los síntomas psicológicos pueden aparecer durante la desintoxicación y pueden ser muy angustiantes. Las condiciones psicológicas que participaron en que una persona se vuelva dependiente a la heroína, como la dificultad para lidiar con el estrés, pueden todavía estar presentes cuando los síntomas de abstinencia física a la droga han sido eliminados, lo que hace que la terapia psicosocial tenga un papel muy importante (Amato, 2014).

Las investigaciones realizadas en la década de los setenta encontraron actitudes y creencias ambivalentes sobre el uso de la metadona en el tratamiento de la dependencia a los opiáceos. Algunas investigaciones contemporáneas han usado orientaciones “basadas en la abstinencia” (creencias de que el uso de metadona deben ser por tiempo limitado) y han encontrado un efecto negativo en la retención de los pacientes. Por otra parte, el personal de salud con menor nivel educativo y de especialización fue más propenso a apoyar modelos de tratamiento de sólo abstinencia y, por el contrario, los terapeutas con mayor nivel educativo y experiencia tuvieron actitudes más positivas hacia el uso de medicamentos como la metadona (Caplehorn, Irwig, & Saunders, 1996).

Los síntomas psicológicos pueden aparecer durante la desintoxicación y pueden ser muy angustiantes.

Grado de recomendación: fuerte a favor. Al comparar el tratamiento farmacológico solo, (metadona o buprenorfina) con la combinación del fármaco más intervención psicológica, se demostró que la combinación reduce significativamente los abandonos terapéuticos RR 0.71 (IC del 95%: 0.59 a 0.85), el uso de opiáceos durante el tratamiento, RR 0.82 (IC del 95%: 0.71 a 0.93), durante el seguimiento RR 0.66 (IC del 95%: 0.53 hasta 0.82) y la ausencia a las consultas durante el tratamiento RR 0.48 (IC del 95%: 0.38 a 0.59). La evidencia disponible en la actualidad, no provee datos que apoyen solo enfoque psicosocial en específico. Estos resultados se obtuvieron de una revisión de 11 ensayos clínicos aleatorizados y no aleatorizados, que incluyeron a 1,592 participantes, considerando cinco intervenciones psicosociales diferentes y dos tratamientos farmacológicos (metadona y buprenorfina) (Amato, 2014).

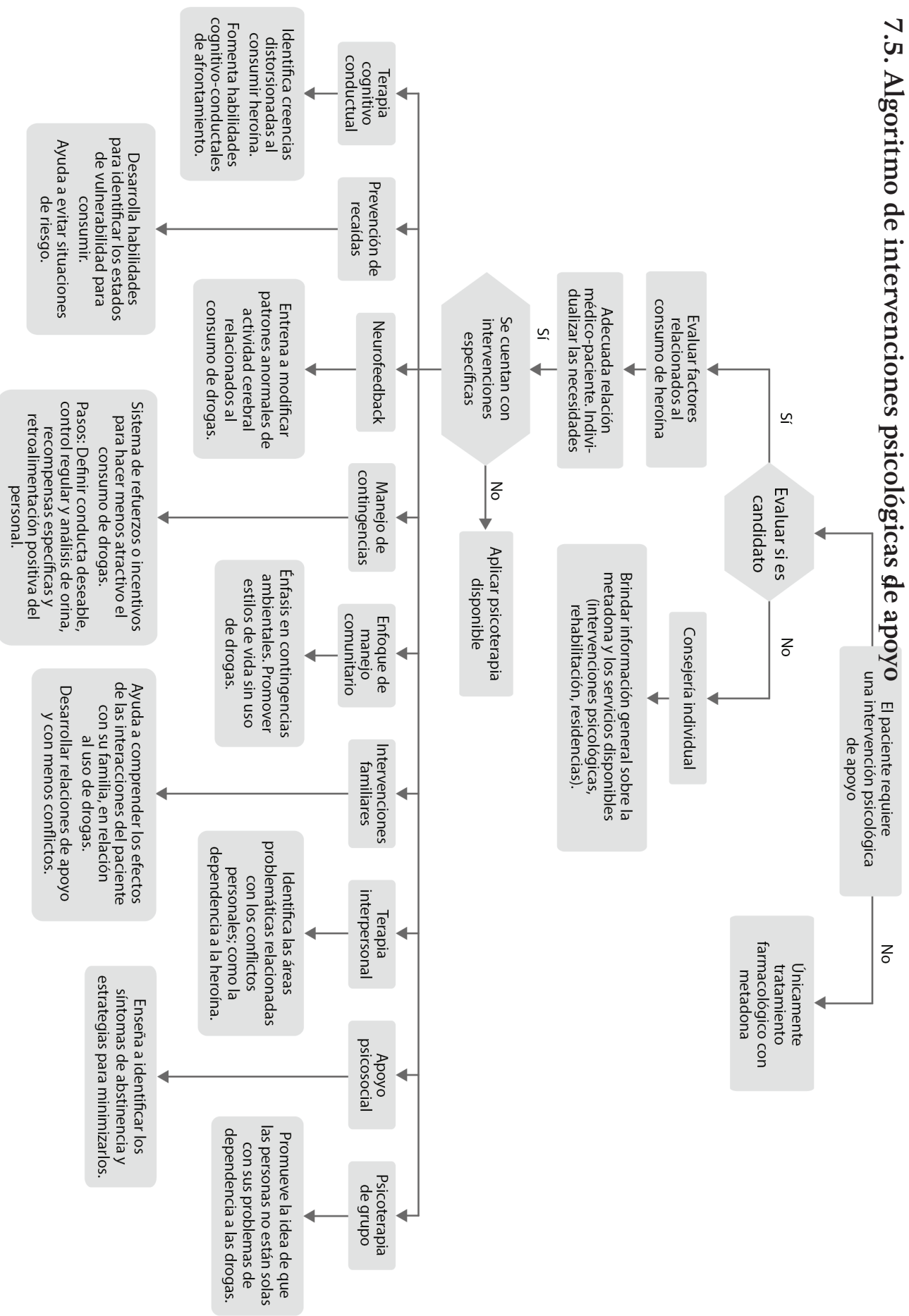
Grado de recomendación: débil a favor. Los pacientes en terapia de mantenimiento ambulatorio con metadona y el personal de salud que los atiende tienen actitudes más positivas hacia el uso de metadona, mientras que sus contrapartes en entornos residenciales tuvieron evaluaciones neutrales o negativas. Por otro lado, las evaluaciones hacia el uso de buprenorfina fueron relativamente neutras y negativas para el uso de clonidina e ibogaína. Se considera que las percepciones acerca de los compañeros de tratamiento en la terapia pueden jugar un papel crítico en el uso de medicamentos para tratar la dependencia a los opiáceos. Este estudio sobre actitudes, preferencia de las intervenciones y percepción de las normas sociales fue llevado a cabo en 376 consejeros y 1,083 pacientes en terapia de mantenimiento con metadona, buprenorfina, clonidina e ibogaína (Rieckmann, Daley, Fuller, Thomas, & McCarty, 2007).

En los trastornos por uso de sustancias, las intervenciones psicológicas tienen mejores resultados si son constantes y por tiempos prolongados.

7.4. Recomendaciones para la investigación

- ✓ Es necesario contar con ensayos clínicos aleatorizados en población mexicana sobre las intervenciones psicológicas de apoyo en combinación con el uso de metadona. Se debe priorizar aquellas intervenciones que presenten mayor nivel de evidencia sobre su eficacia; por ejemplo, el *neurofeedback*.
- ✓ Considerar la aplicación de intervenciones psicológicas de apoyo de maneras específicas a los consumidores de heroína, dependiendo de las características individuales de los pacientes. Asimismo, contar con indicadores para precisar en qué momento es necesario referir a los pacientes a psicoterapia y las características que deben tener para ser candidatos a recibir estas intervenciones.
- ✓ Al momento de aplicar las intervenciones psicológicas de apoyo, tomar en cuenta las características especiales de los pacientes con dependencia a la heroína como: peor salud en general y un funcionamiento más deteriorado en comparación con pacientes con otros trastornos psiquiátricos.
- ✓ Es conveniente considerar que las intervenciones psicológicas en los trastornos por uso de sustancias tienen mejores resultados si son constantes y por tiempos prolongados.
- ✓ Contar con estudios de costo-efectividad que comparen el uso de metadona como monoterapia contra la combinación de metadona e intervenciones psicológicas de apoyo en pacientes con dependencia a la heroína.
- ✓ Desarrollar políticas de salud pública encaminadas a aplicar mejoras en las situaciones adversas de tipo social específicas de los pacientes dependientes a la heroína y sus familias.

7.5. Algoritmo de intervenciones psicológicas de apoyo



8. Tratamiento con metadona en mujeres embarazadas

Preguntas a responder

Consumo de heroína en mujeres embarazadas

- ¿Es frecuente el consumo de heroína en mujeres durante el embarazo?
- ¿Qué tan frecuente es la dependencia a la heroína en las mujeres durante el embarazo?

Consideraciones especiales en el manejo de la abstinencia a la heroína en mujeres embarazadas

- ¿Qué consideraciones se tienen que tomar en cuenta en el manejo de la abstinencia a la heroína en mujeres embarazadas?

Seguridad de indicar metadona como tratamiento sustitutivo en mujeres embarazadas

- ¿Es seguro indicar la metadona como tratamiento sustitutivo en mujeres embarazadas?

Riesgo que puede tener el consumo de metadona para el producto

- ¿Qué riesgo puede tener el consumo de metadona para el producto?

Consideraciones terapéuticas que se deben tomar en cuenta durante el embarazo y la lactancia en mujeres que consumen heroína

- ¿Qué consideraciones terapéuticas se deben tener en el tratamiento sustitutivo con metadona en mujeres embarazadas?
- ¿Qué consideraciones terapéuticas se deben tener en la lactancia en mujeres que consumen heroína?

Recomendaciones de la GPC

Consumo de heroína en mujeres embarazadas

Buena práctica clínica	Las mujeres que consumen opiáceos suelen presentar una alta incidencia de estresores en la infancia y edad adulta, incluyendo acoso, violaciones y violencia física. El trastorno de estrés postraumático es común y otros diagnósticos de salud mental deben ser evaluados.
Fuerte	Los beneficios de la terapia de mantenimiento con metadona durante el embarazo incluyen la mejora en la atención prenatal y la estabilidad social, por lo tanto, en cuanto se confirme el embarazo, se considera prioritario iniciar la terapia de mantenimiento con metadona.

Consideraciones especiales en el manejo de la abstinencia a la heroína en mujeres embarazadas

Fuerte a favor	En vista del riesgo, el mantenimiento con metadona es el tratamiento de elección para la dependencia a los opiáceos durante el embarazo.
Débil a favor	Es probable que en el futuro la buprenorfina pueda ser un tratamiento de mantenimiento alternativo para las mujeres embarazadas con dependencia a los opiáceos; sin embargo, los estudios realizados hasta la fecha no son concluyentes.
Buena práctica clínica	Es importante que las mujeres embarazadas no estén expuestas a la abstinencia de opiáceos, principalmente durante el primer y el tercer trimestre de embarazo.

Seguridad de indicar metadona como tratamiento sustitutivo en mujeres embarazadas

Fuerte a favor	Se considera que las pacientes embarazadas dependientes a los opiáceos cursan embarazos de alto riesgo y deben ser manejadas por médicos con experiencia adecuada.
Fuerte a favor	En el tercer trimestre del embarazo puede ser necesario dividir las dosis de metadona.
Buena práctica clínica	Los ciclos de intoxicación y abstinencia a la heroína pueden afectar a la madre y dañar al feto o precipitar un parto prematuro o aborto involuntario.

Riesgo que puede tener el consumo de metadona para el producto

Débil a favor	La metadona atraviesa la barrera placentaria, pero no existen evidencias de que sea teratogénica.
Débil a favor	El síndrome de abstinencia neonatal se asocia comúnmente con la exposición durante el embarazo a la metadona.
Débil a favor	Hasta la fecha no existen estudios publicados que hayan identificado consecuencias negativas de la metadona en los niños expuestos a la metadona durante el embarazo.
Buena práctica clínica	El tratamiento sustitutivo con metadona permite, de manera indirecta, la estabilización del consumo de drogas y del estilo de vida de la madre. Además, reduce o elimina el uso ilícito de drogas opioides y puede ayudar a estabilizar el medio ambiente intrauterino, facilita el acceso a la atención prenatal y postnatal integral.

Consideraciones terapéuticas que se deben tomar en cuenta durante la lactancia en mujeres consumidoras de heroína

Fuerte a favor	Los niveles de metadona en la leche materna son bajos, pero pueden ayudar a reducir los síntomas del síndrome de abstinencia neonatal.
Buena práctica clínica	En general, se debe alentar el mantener el tratamiento sustitutivo con metadona durante la lactancia (salvo contraindicación).

8.1. Introducción

Las mujeres embarazadas con dependencia a los opiáceos están en mayor riesgo de complicaciones obstétricas y médicas, incluyendo prematuridad y bajo peso al nacer, lo que lleva a tasas más altas de morbilidad y mortalidad infantil (Alberta, 2014).

Muchas embarazadas que buscan el tratamiento de mantenimiento con metadona para la dependencia a los opiáceos se sienten culpables por ello. Estos sentimientos se derivan de una variedad de creencias y conceptos erróneos, promovidos y aprobados por la sociedad, e incluso por proveedores de servicios médicos no familiarizados con el tratamiento de las adicciones.

Las pacientes pueden creer que realmente no deberían estar en recuperación con metadona y que deberían mantener la abstinencia por sí mismas. Incluso, es posible que sus amigos y familia no las acepten si consumen metadona, porque consideran que ésta es perjudicial para su salud o la del bebé, y que la suspensión de la metadona es peor que dejar de consumir heroína. Además, las mujeres embarazadas a menudo se sienten muy culpables por usar heroína y desean estar libres de medicación para aliviar esta culpa (Stephenson, 2008).

8.2. Alcance y objetivos

El objetivo de este capítulo es contribuir a que el personal de salud encargado de atender a las mujeres embarazadas con dependencia a la heroína cuente con las herramientas básicas para disminuir los efectos deletéreos inherentes a los trastornos por abuso de sustancias en la mujer y el producto.

Este capítulo abarca una revisión metodológica sobre las consideraciones que se deben tomar en cuenta al brindar la terapia de mantenimiento con metadona a mujeres durante el embarazo, el puerperio y la lactancia. Además, este capítulo evalúa los riesgos y beneficios de indicar metadona a las mujeres durante el embarazo, así como las precauciones particulares en este proceso.

La presente Guía tiene un enfoque nacional, por lo que no aborda temas organizativos, pero sí propone mecanismos que faciliten la implementación de las recomendaciones.

8.3. Consumo de heroína en mujeres embarazadas

El consumo de heroína se asocia con una amplia gama de complicaciones obstétricas, como retraso del crecimiento intrauterino, parto prematuro, desprendimiento de la placenta, paso intrauterino de meconio, síndrome de abs-

Las mujeres embarazadas con dependencia a los opiáceos están en mayor riesgo de complicaciones obstétricas y médicas.

El embarazo puede ser un momento ideal para iniciar un tratamiento que beneficie a las pacientes que consumen heroína.

tinencia neonatal, muerte fetal y neonatal. Estos riesgos pueden estar relacionados con la exposición repetida del feto a la abstinencia de opiáceos, así como los efectos de la abstinencia sobre la función placentaria. Por otro lado, es posible que las mujeres embarazadas se sientan motivadas a modificar su comportamiento, lo que hace del embarazo un momento ideal para iniciar un tratamiento que las beneficie a ellas y a los hijos por nacer (Arunogiri, Foo, Frei, & Lubman, 2013).

8.3.1. Evaluación inicial

La tarea más importante del médico durante la entrevista de admisión es establecer una buena relación con la paciente. Si esto no se logra, la paciente no podrá recibir información vital para la planificación del tratamiento y puede no estar dispuesta a seguir adelante con las futuras citas o las recomendaciones terapéuticas. El médico debe estar libre de prejuicios y apoyar la decisión de entrar al tratamiento. El médico tiene la obligación de revisar el historial de consumo de sustancias de la paciente, preguntando específicamente sobre las distintas drogas ilícitas, así como el alcohol, el exceso de medicamentos de venta libre y la nicotina.

Los problemas de salud mental son un área importante de investigación; por ejemplo, las enfermedades mentales son especialmente frecuentes en los pacientes con adicción a los opiáceos. En particular, las mujeres que consumen opiáceos suelen presentar una alta incidencia de estresores en la infancia y edad adulta, incluyendo acoso, violaciones y violencia física (Greig, Ash, & Douiri, 2012). El trastorno de estrés postraumático es común y otros diagnósticos de salud mental deben ser evaluados. Se considera que los trastornos psiquiátricos no tratados son factores de riesgo para el uso continuo de drogas. Está indicado brindar atención especial a las enfermedades relacionadas con la adicción, así como a las infecciones por VIH, hepatitis B y C, y otras enfermedades de transmisión sexual (Stephenson, 2008).

Grado de recomendación: fuerte a favor. Los beneficios de la terapia de mantenimiento con metadona durante el embarazo incluyen la mejora de la atención prenatal y la estabilidad social, por lo tanto, en cuanto se confirme el embarazo, se considera prioritario el inicio de la terapia de mantenimiento con metadona (Alberta, 2014).

Una historia obstétrica debe tener en cuenta el uso de alcohol y otras drogas durante embarazos previos, el resultado de cada embarazo, y las complicaciones durante el embarazo y el parto (Amato, Minozzi, Davoli, & Vecchi, 2011). Se debe obtener la información sobre la edad y situación de custodia de los niños anteriores. El médico indagará si el embarazo actual fue planeado, los sentimientos de la paciente hacia su condición, si el padre está involucrado en el embarazo y si se cuenta con una red de apoyo (Stephenson, 2008).

Si la paciente se muestra ambivalente sobre el embarazo, es necesario referirla a una unidad de apoyo psicológico para ayudarla a considerar todas sus opciones y tomar una decisión con la que se sienta cómoda. Es posible que las pacientes expresen la intención de interrumpir el embarazo, en cuya situa-

ción, deben contar con el apoyo y las referencias apropiadas. El médico debe verificar que la paciente tiene apoyo ginecoobstétrico para su cuidado prenatal regular y, de preferencia, se debe obtener un consentimiento por escrito de la paciente. La atención obstétrica incluye el asesoramiento nutricional específico para el embarazo, el papel de las vitaminas prenatales y de hierro (Kahan, Wilson, Mailis-Gagnon, & Srivastava, 2011). Además, el cuidado prenatal comprende un examen físico completo, toma de citología cervical y detección de enfermedades de transmisión sexual. Los estudios de laboratorio recomendados son: hemograma completo, química sanguínea, electrolitos séricos, perfil hepático y detección de VIH, hepatitis B, hepatitis C, sífilis, examen general de orina, examen toxicológico y (de ser necesario) una prueba de embarazo en suero u orina (Stephenson, 2008).

Se debe realizar una prueba cutánea de PPD en las pacientes embarazadas a menos de que tenga antecedentes de resultados positivos, en cuyo caso el médico debe realizar una revisión de los síntomas y considerar el solicitar una radiografía de tórax. Si la paciente se encuentra asintomática y se considera de bajo riesgo, la radiografía de tórax se puede retrasar hasta el segundo trimestre. Se aplicará la vacuna contra el tétanos si la paciente no ha recibido una dosis de refuerzo en los últimos 10 o 5 años si se evidencia un absceso o una herida sucia (Stephenson, 2008).

Si las pacientes continúan consumiendo heroína y comparten agujas, el riesgo de adquirir VIH, hepatitis e infecciones de los tejidos blandos se incrementa. Las consecuencias de la abstinencia de opiáceos durante el embarazo también deben ser discutidas: el bebé experimenta el estrés de los estados cíclicos de abstinencia que comprometen el crecimiento; el músculo del útero puede llegar a ser hiperactivo, lo que puede resultar en un aborto involuntario o parto prematuro; la apetencia (*craving*) a la heroína puede hacer que sea muy difícil para la mujer evitar su consumo; las náuseas pueden suprimir el apetito, lo que puede resultar en desnutrición y agotamiento materno; los vómitos y la diarrea pueden conducir a la deshidratación. El estilo de vida asociado con el consumo de drogas aumenta el riesgo de traumatismos, enfermedades de transmisión sexual, la falta de atención prenatal y la pérdida de la custodia del bebé. Es necesario que esta información se repita en las visitas posteriores, ya que muchas mujeres son poco receptivas a estos comentarios al momento de la admisión (Stephenson, 2008).

Las mujeres embarazadas que, además de tener dependencia a los opiáceos, tienen dependencia al alcohol, benzodiazepinas, barbitúricos u otros sedantes, deben ser evaluadas por el médico de admisión para determinar si la desintoxicación debe ser en un ambiente hospitalario con monitoreo fetal. El tratamiento con metadona se debe iniciar antes de la hospitalización, para que la abstinencia a los opiáceos no complique la desintoxicación de los sedantes (Ordean, Kahan, Graves, Abrahams, & Boyajian, 2013).

Se debe advertir a las pacientes que, de no tomar el tratamiento de mantenimiento con metadona, el bebé estará experimentando episodios repetidos de abstinencia durante los periodos de abuso de opioides de acción corta de la madre, y que una dosis adecuada de metadona durante el embarazo eliminará esta abstinencia fetal intrauterina.

El médico debe tomarse el tiempo para explorar las creencias y preocupaciones acerca de la metadona de la paciente y hacerles frente. Cuando una

Las consecuencias de la abstinencia de opiáceos durante el embarazo deben ser discutidas.

Es importante no retirar la metadona durante el primer y tercer trimestres del embarazo.

paciente no se sienta cómoda de estar en el tratamiento con metadona, puede ocultar información acerca de los síntomas del síndrome de abstinencia, con la esperanza de evitar aumentos en la dosis. También, puede tratar de retirarse del tratamiento antes de tiempo o puede pasar por alto dosis, pensando que es beneficioso para reducir al mínimo su exposición a la metadona (Blinick, Wallach, & Jerez, 1969; Blinick, Wallach, Jerez, & Ackerman, 1976; Naeye, Blanc, Leblanc, & Khatamee, 1973).

8.3.2. Consideraciones especiales en el manejo de la abstinencia a la heroína en mujeres embarazadas

La alternativa menos preferida es la abstinencia total a cualquier opiáceo, debido a que puede dar lugar a episodios de consumo de opiáceos ilícitos por los síntomas de abstinencia aguda. La retirada súbita de heroína en las embarazadas se ha asociado con un mayor riesgo de hipoxia fetal, aspiración de meconio y muerte fetal (Albright et al., 2011).

La abstinencia de opiáceos en el primer trimestre del embarazo se cree que está asociada con un mayor riesgo de aborto involuntario. La abstinencia de opiáceos en el tercer trimestre del embarazo puede estar asociada con sufrimiento fetal y la muerte. Por lo anterior, es importante no retirar la metadona durante el primer y tercer trimestres del embarazo (Henry-Edwards, 2003).

Grado de recomendación: fuerte a favor. En vista del riesgo, el mantenimiento con metadona es el tratamiento de elección para la adicción a los opiáceos durante el embarazo, y la dosis de metadona debe suprimir por completo los síntomas de abstinencia a los opiáceos (Metz et al., 2011; Stephenson, 2008).

Grado de recomendación: débil a favor. Es probable que en el futuro la buprenorfina pueda ser un tratamiento de mantenimiento alternativo para las mujeres embarazadas con dependencia a los opiáceos. En este momento, la buprenorfina no está aprobada para su uso durante el embarazo debido a la insuficiencia de los estudios que demuestren su seguridad; sin embargo, los estudios realizados hasta la fecha son prometedores (Benningfield et al., 2012; Bogen et al., 2013; Holbrook et al., 2013; Minozzi, Amato, Bellisario, Ferri, & Davoli, 2013; Stephenson, 2008; Unger et al., 2011).

8.3.2.1. Determinación de la dosis de metadona

El tratamiento con metadona se asocia con una mejor atención obstétrica, menores tasas de infección por VIH, disminución del riesgo de preeclampsia, y la reducción de la exposición del feto a los ciclos de la intoxicación por heroína y abstinencia (Jones, Finnegan, & Kaltenbach, 2012). Se considera el tratamiento estándar de oro para las mujeres embarazadas dependientes a los opiáceos (Arunogiri et al., 2013; Stine et al., 2009).

La dosificación de la metadona puede generar controversias, ya que algunos obstetras suelen utilizar dosis bajas o, incluso, suspenden la metadona para evitar los riesgos de síndrome de abstinencia neonatal (Winklbaur-Hausknost et al., 2013). Sin embargo, la relación entre dosis y síndrome de abs-

tinencia neonatal no es concluyente (Jones et al., 2010). Lo que sí se ha establecido, es que la administración de metadona se asocia con un menor uso de drogas ilícitas, mayor asistencia al control prenatal y apego terapéutico a más largo plazo. No se ha determinado que los bebés expuestos a dosis más altas de metadona en el útero tengan un mayor riesgo de resultados adversos (Jones, O'Grady, Malfi, & Tuten, 2008; Stephenson, 2008).

Una dosis inicial habitual de metadona para una mujer que informe consumir medio gramo de heroína o más por día, es de 30 a 40 mg. En algunas jurisdicciones, por ejemplo, bajo la regulación de California, no es legal administrar más de 30 mg de una sola vez en el primer día de dosificación. En el primer día se puede administrar metadona adicional, pero solamente debe hacerse después de un periodo de observación por el médico. La paciente debe ser advertida de que la dosis del primer día no va a aliviar todos los síntomas durante las 24 horas, es decir, los síntomas pueden regresar cuando los niveles de metadona en sangre disminuyan (alrededor de 5 horas después de la dosis), pero estos síntomas tienden a desaparecer cuando el nivel de metadona en sangre se ha estabilizado (alrededor de 5 días) (Stephenson, 2008).

Si los síntomas de abstinencia no se resuelven por completo dentro de las primeras 5 horas luego de la primera administración del primer día, la dosis debe aumentarse en 5-10 mg en el segundo día, y la dosis debe ser evaluada en los días posteriores hasta que los síntomas de abstinencia se supriman completamente entre las 3 y 5 horas después de la dosificación, cuando el nivel de metadona en sangre alcanza su máximo. En este punto, los nuevos aumentos deberían retrasarse durante 3 a 5 días para permitir que se alcance el estado de equilibrio.

Si hay alguna duda acerca de la adecuación de la dosis, el médico debe evaluar a la mujer en busca de signos de abstinencia antes de la dosificación. Si los síntomas persisten después de 5 días, la dosis debe ser elevada. Las pupilas dilatadas (>4 mm) son un indicador específico y fiable de la abstinencia a los opiáceos. En caso de que se puedan solicitar, los niveles en sangre de metadona pueden ser útiles para determinar un horario de dosis terapéutica (Stephenson, 2008).

Berghella y colaboradores (2003) estudiaron a 100 pares de madre-bebé en dosis por encima y por debajo de 80 mg diarios, e hicieron una comparación de cuatro variables: 1) las tasas de uso de drogas ilícitas antes de la prescripción de metadona, 2) las puntuaciones en las escalas para síndrome de abstinencia neonatal, 3) la necesidad de tratamiento para el síndrome de abstinencia neonatal y 4) la duración del tratamiento. Este estudio encontró que las puntuaciones en la escala de síndrome de abstinencia neonatal, las necesidades de tratamiento para el síndrome y la duración del tratamiento fueron similares para los dos grupos (de dosis altas y bajas). Sin embargo, las mujeres que tuvieron dosis inferiores a 80 mg tuvieron una incidencia mayor de consumo de drogas ilícitas (Berghella et al., 2003).

McCarthy y colaboradores (2005) estudiaron a 81 pares de madre-bebé que recibieron dosis altas de metadona (>100 mg con una media de 132 mg) vs. dosis bajas (<100 mg con una media de 62 mg). Esta investigación encontró que las dosis altas de metadona no se asociaron con mayores tasas de síntomas, síndrome de abstinencia neonatal o más días de hospitalización infantil. Sin embargo, las dosis altas de metadona se asociaron con menores

La administración de metadona se asocia con un menor uso de drogas ilícitas y mayor asistencia al control prenatal.

El embarazo aumenta el metabolismo de la metadona en muchas pacientes y, a menudo, se requieren dosis más altas o dosis divididas.

tasas de consumo de drogas ilícitas maternas al momento del parto, a pesar de las historias más largas de abuso de opiáceos entre las mujeres de alta dosis de metadona (McCarthy, Leamon, Parr, & Anania, 2005).

Grado de recomendación: fuerte a favor. Dos estudios (mencionados en el párrafo anterior) en los que se emplearon dosis altas de metadona en embarazadas, no mostraron asociación entre la gravedad de la abstinencia neonatal y la dosis de metadona o el nivel de ésta en el suero materno (Stephenson, 2008).

En caso de que se desee reducir la dosis de metadona o desintoxicar, es más seguro que se realicen los ajustes durante el segundo trimestre del embarazo, con las siguientes condiciones:

- Las reducciones de dosis sólo deben ocurrir si el embarazo es estable.
- La magnitud y la tasa de reducción tiene que ser flexible y sensible a los síntomas experimentados por la mujer.
- Se debe evitar los síntomas de abstinencia tanto como sea posible, ya que provocan una considerable angustia para el feto.
- Durante la reducción de la dosis debe llevarse a cabo un monitoreo cuidadoso del feto.
- En la mayoría de los casos, reducir la dosis de 2.5 mg a 5 mg por semana se considera seguro (Henry-Edwards, 2003).

Grado de recomendación: fuerte a favor. El embarazo aumenta el metabolismo de la metadona en muchas pacientes y, a menudo, se requieren dosis más altas o dosis divididas. Con el fin de mantener la estabilidad, se tendrá que ajustar la dosis de metadona según la respuesta durante todo el embarazo y en el periodo del posparto (Alberta, 2014; Welle-Strand, Skurtveit, Jones, et al., 2013).

En una situación ideal, una paciente embarazada podría recibir una dosis inicial de metadona y permanecer en observación para ser reevaluada luego de 4 horas, por si persisten los síntomas de abstinencia y requiere dosis adicionales de metadona. Esta evaluación se repetirá cada 3 o 4 horas hasta que la paciente ya no muestre ningún síntoma de abstinencia. Además, se recomiendan reevaluaciones diarias durante la primera semana de tratamiento. Desafortunadamente, muchos programas no pueden proporcionar este nivel de atención (Stephenson, 2008).

A las mujeres embarazadas que continúan utilizando drogas inyectables o que son demasiado caóticas en la administración de la dosis diaria se les debe ofrecer tratamiento hospitalario, mientras que la metadona pueda lograr la abstinencia (Stephenson, 2008).

Algunos conceptos erróneos que las pacientes pueden tener sobre la metadona durante el embarazo incluyen la proyección de rasgos adictivos hacia el feto. Por ejemplo, algunas pacientes dicen: “Mi bebé está comiendo mi metadona”, cuando requieren dosis más altas, o “Mi bebé nació adicto a la metadona”, cuando su bebé experimenta síndrome de abstinencia neonatal.

Por lo tanto, se les tiene que explicar los cambios en el volumen de sangre y los efectos de la dilución y diferenciar la dependencia física de la adicción. Otra idea falsa es que los malestares de la última etapa del embarazo, tales como contracciones de Braxton Hicks, sugieren síntomas de abstinencia a los opiáceos. Tratar estos temas en consulta con la paciente le ayudará a diferenciar la fuente de su malestar (Stephenson, 2008).

8.3.3. Seguridad de indicar metadona como tratamiento sustitutivo en mujeres embarazadas

Las complicaciones relacionadas con el uso de heroína en el embarazo son: atención prenatal inadecuada, factores de estilo de vida como el tabaquismo, mala alimentación y altos niveles de estrés; los ciclos de intoxicación y abstinencia que pueden dañar al feto o precipitar un parto prematuro o aborto involuntario (Burns, Mattick, Lim, & Wallace, 2007; Henry-Edwards, 2003).

Grado de recomendación: fuerte a favor. Se considera que las pacientes embarazadas dependientes a los opiáceos cursan embarazos de alto riesgo y deben ser manejadas por médicos con experiencia adecuada (Alberta, 2014).

Todas las mujeres en edad de procrear que se encuentran en mantenimiento con metadona deben recibir asesoría adecuada sobre los métodos anticonceptivos, los riesgos y beneficios de quedar embarazadas, mientras que se encuentran en tratamiento (Alberta, 2014).

Grado de recomendación: fuerte a favor. En el tercer trimestre del embarazo puede ser necesario considerar el dividir las dosis de metadona, ya que las pacientes pueden presentar síntomas de abstinencia debido a la disminución en los niveles séricos de metadona por el aumento del volumen del plasma, un incremento en las proteínas del plasma que se unen a la metadona y el metabolismo de la metadona en la placenta (Henry-Edwards, 2003).

Durante el posparto los requerimientos de metadona materna suelen disminuir. La dosis debe reducirse de entre 5 a 10 mg semanales hasta alcanzar una nueva dosis estable. Algunos estudios recomiendan mantener la dosis sin cambios hasta la sexta semana después del parto (Albright et al., 2011). La reducción de la dosis puede hacer innecesarias las dosis divididas. Se aconseja que durante el puerperio inmediato el contacto entre el médico y la paciente sea más frecuente; puede incluir visitas domiciliarias y contacto por teléfono o por correo electrónico (Alberta, 2014).

En cuanto al parto, es importante mencionar que la metadona no proporciona alivio adecuado del dolor y debe considerarse el uso de analgesia adicional. La dosis regular de metadona se debe continuar y no se considera como parte del plan de manejo del dolor (Alberta, 2014).

Durante el posparto los requerimientos de metadona materna suelen disminuir.

Los bebés de madres que han estado en tratamiento con metadona pueden experimentar un síndrome de abstinencia.

8.3.4. Riesgo que puede llevar el consumo de metadona para el producto

La metadona está clasificada como una droga C en el embarazo debido al riesgo potencial de depresión respiratoria en el recién nacido y la probabilidad de síndrome de abstinencia neonatal. Con respecto a esto:

- La depresión respiratoria no es un problema importante en los bebés nacidos de madres dependientes a los opiáceos que reciben tratamiento de mantenimiento con metadona.
- Los bebés nacidos de madres que han estado en tratamiento de mantenimiento con metadona pueden experimentar un síndrome de abstinencia. La evidencia disponible da poco apoyo a la existencia de una relación entre la gravedad del síndrome de abstinencia neonatal y la dosis de metadona de la madre durante el parto, y su aparición es impredecible. Los beneficios del tratamiento de mantenimiento con metadona para la madre y el bebé son mayores que cualquier riesgo de síndrome de abstinencia neonatal (Henry-Edwards, 2003; Salisbury et al., 2012).
- Una mayor duración en la terapia de mantenimiento con metadona y la abstinencia de sustancias se asocia con un mayor peso durante la gestación y menores complicaciones en el parto (Peles, Schreiber, Bloch, Dollberg, & Adelson, 2012).

Grado de recomendación: débil a favor. La metadona atraviesa la placenta pero no se ha encontrado que sea teratogénica. El síndrome de abstinencia neonatal se asocia comúnmente con la exposición durante el embarazo a metadona y a otros agonistas opioides o agonistas parciales (Henry-Edwards, 2003).

Grado de recomendación: débil a favor. Hasta la fecha, no existen estudios a largo plazo que hayan identificado consecuencias negativas en los niños expuestos a la metadona durante el embarazo (Stephenson, 2008).

Grado de recomendación: débil en contra. La naloxona no debe usarse en mujeres embarazadas, ya que puede ocasionar trabajo de parto prematuro o aborto involuntario (Henry-Edwards, 2003).

El tratamiento sustitutivo con metadona disminuye, de manera indirecta, los riesgos médicos para el producto, debido a que permite la estabilización del consumo de drogas y estilo de vida de la madre; reduce o elimina el uso ilícito de opioides y puede ayudar a estabilizar el medio ambiente en el útero (McCarthy, Leamon, Stenson, & Biles, 2008); facilita el acceso a la atención prenatal y postnatal integral y, posiblemente, reduce la ansiedad de la madre (Buckley, Razaghi, & Haber, 2013; Coyle et al., 2012; Henry-Edwards, 2003).

Si una mujer embarazada es hepatitis C positiva, puede haber un riesgo de hasta 5% de transmisión del virus al niño. Las mujeres embarazadas que dan positivo para hepatitis C deben ser asesoradas acerca de este riesgo y se recomienda asegurarse que un pediatra esté al tanto del posible diagnóstico

en el niño, principalmente de los 12 a los 18 meses de edad, o antes si existen indicios de la enfermedad. La presencia de anticuerpos específicos contra la hepatitis C en los niños menores de un año de edad pueden ser de la madre. La historia natural del virus de hepatitis C adquirido en el periodo perinatal no es del todo conocida, pero la enfermedad parece ser menos grave, con una progresión más lenta y menos frecuente a la cirrosis (Stephenson, 2008).

La detección de hepatitis B ofrece la oportunidad de brindar vacunación a las mujeres ya no inmunes para proteger a sus bebés. El médico debe alentar a todas las mujeres embarazadas a hacerse la prueba de VIH pues se ha demostrado que el tratamiento con zidovudina durante el embarazo reduce el riesgo de transmisión perinatal del VIH. Si se han identificado factores de riesgo dentro del año anterior, la prueba del VIH debe repetirse en cada trimestre y antes del parto (Stephenson, 2008).

8.3.5. Consideraciones terapéuticas durante la lactancia en mujeres que consumen heroína

La leche materna contiene sólo pequeñas cantidades de metadona y las madres pueden practicar la lactancia independientemente de la dosis de metadona que reciban; ello bajo la condición de que no se estén usando otras drogas (Pritham, 2013). Las concentraciones de metadona en plasma y leche materna de las mujeres que amamantan a sus bebés más allá de los seis meses son bajas, lo que contribuye a la recomendación de continuar la lactancia materna en las mujeres en tratamiento con metadona (Jansson, Choo, Velez, Lowe, & Huestis, 2008).

La lactancia materna puede atenuar el síndrome de abstinencia neonatal, ya que los bebés amamantados presentan menores probabilidades de requerir tratamiento farmacológico para este síndrome (McQueen, Murphy-Oikonen, Gerlach, & Montelpare, 2011; O'Connor, Collett, Alto, & O'Brien, 2013; Welle-Strand, Skurtveit, Jansson, et al., 2013).

Grado de recomendación: fuerte a favor. En general, se debe alentar el mantener el tratamiento sustitutivo con metadona durante la lactancia (salvo contraindicación). Los niveles de metadona en la leche materna son bajos, pero pueden ayudar a reducir los síntomas del síndrome de abstinencia neonatal (Alberta., 2014).

8.3.5.1. Síndrome de abstinencia neonatal

El síndrome de abstinencia neonatal suele aparecer en las primeras 48 a 72 horas después del nacimiento y, en función de si la madre consumió metadona, el síndrome puede durar desde una hasta varias semanas (Strategy, 2006). Los bebés de las mujeres que usan heroína en el embarazo desarrollan síndromes de abstinencia neonatal más graves y requieren una hospitalización más prolongada que los bebés de las mujeres que utilizan sólo metadona (Fajemirokun-Odudeyi et al., 2006).

La aparición y la gravedad de la abstinencia neonatal es muy impredecible. Las dosis maternas más altas de metadona se asocian con una mayor incidencia del síndrome de abstinencia neonatal (Dryden, Young, Hepburn, &

El síndrome de abstinencia neonatal suele aparecer en las primeras 48 a 72 horas después del nacimiento.

En un pequeño número de casos, los síntomas de abstinencia neonatal pueden aparecer hasta los 7 o 14 días.

Mactier, 2009; Lim, Prasad, Samuels, Gardner, & Cordero, 2009). La gravedad de la abstinencia puede disminuir si los recién nacidos pueden ser mantenidos con sus madres en lugares tranquilos en vez de la sala de cuidados neonatales intensivos, que es más estresante y sobreestimulante. Sin embargo, esto no siempre es posible. Todos los bebés nacidos de madres dependientes a los opiáceos deben ser observados por personal con experiencia para detectar síntomas de abstinencia (Blandthorn, Forster, & Love, 2011; Cleary et al., 2012; Henry-Edwards, 2003).

De Castro y colaboradores (2011) encontraron una correlación entre las concentraciones de metadona en el cordón umbilical y las dosis de metadona, lo cual indica que las concentraciones de metadona pueden ayudar a predecir la gravedad del síndrome de abstinencia neonatal (De Castro et al., 2011). Ver la Tabla 1.

Por otro lado, la restricción del crecimiento intrauterino en embarazos de madres dependientes a los opiáceos, está relacionada con el índice de masa corporal de la madre, más que con las dosis de opiáceos, consumo de nicotina o el sexo del bebé. El índice de masa corporal puede ser, en sí mismo, un marcador indirecto de otros determinantes genéticos, nutricionales y/o sociales de la restricción del crecimiento intrauterino (Liu, Sithamparanathan, Jones, Cook, & Nanan, 2010).

Los síntomas comunes de abstinencia neonatal incluyen:

- Irritabilidad y trastornos del sueño
- Estornudos
- Succión del puño
- Un grito agudo
- Heces acuosas
- Hiperactividad general
- Succión ineficaz
- Poco aumento de peso
- Malestar marcado provocado por las luces brillantes
- Temblores
- Aumento de la frecuencia respiratoria

Los signos menos comunes incluyen:

- Bostezos
- Vómitos
- Aumento de la producción de moco
- Aumento de la respuesta al sonido
- Convulsiones (poco frecuente)

Los síntomas de abstinencia comienzan generalmente dentro de las 48 horas después del parto, pero pueden aparecer hasta los 7 o 14 días en un pequeño número de casos. Cuando los síntomas aparecen tardíamente, se debe sospechar de la combinación de metadona con benzodiazepinas ilícitas (Henry-Edwards, 2003).

El tratamiento con opiáceos debe ser considerado en los bebés que presentan síntomas de abstinencia graves. Indicaciones para el tratamiento:

- Convulsiones
- La pérdida de peso (falta de apetito, diarrea y vómitos, deshidratación)
- Sueño insuficiente
- Fiebre

El tratamiento con opiáceos puede deprimir la respiración y debe ser utilizado con extrema precaución. Las opciones a considerar incluyen (Henry-Edwards, 2003):

- Preparación oral de morfina: 2 mg/ml (puede ser más diluida)
- Tintura de opio: 0.4 mg dilución/ml
- Metadona

Ebner y colaboradores refieren que la morfina es preferible para los recién nacidos que sufren síndrome de abstinencia neonatal debido a la abstinencia de opiáceos (Ebner et al., 2007).

8.3.5.2 Cambios en la madre posteriores al parto

Después del parto, muchas mujeres se sienten agotadas y adoloridas, se molestan con facilidad y se encuentran emocionalmente inestables (Hoflich et al., 2012). Algunas experimentan episodios frecuentes y graves de sudoración. Estos síntomas recuerdan a muchas mujeres los síntomas de abstinencia a los opiáceos, por lo tanto, es vital platicar con ellas sobre estos cambios antes del parto para prevenir que se conviertan en ansiedad y los síntomas en una razón para la recaída.

Para muchas mujeres, la experiencia de estar embarazadas les ofrece una fuerte motivación para evitar el uso de drogas, pero en el postparto, algunas vuelven a apetecer los opiáceos, sobre todo para intentar hacer frente a las exigencias que conlleva el nuevo bebé. La depresión posparto también pone a las pacientes en riesgo de recaídas.

Por lo anterior, el diagnóstico oportuno en este grupo de pacientes es prioritario. Debido a los cambios que están ocurriendo en el cuerpo de una mujer después del parto, lo mejor es evitar reducir la dosis de metadona durante las primeras 6 semanas posteriores al parto, a menos que la paciente refiera sueño intenso con esa dosis. También se considera mantener las dosis divididas a lo largo del día durante las siguientes 6 semanas después del parto hasta que se reanude el metabolismo normal de la metadona. Algunas mujeres pueden ser metabolizadoras rápidas y requerirán dosificación dividida para permanecer estables incluso después de las 6 semanas del parto (Stephenson, 2008).

No se recomienda reducir la dosis de metadona en la mujer durante las primeras 6 semanas posteriores al parto.

Tabla 1: Síndrome de abstinencia neonatal

HOSPITAL		Área del hospital _____								
		Nombre _____								
		Apellidos _____								
		Otros nombres _____								
		Sexo _____								
SISTEMA	SIGNOS Y SÍNTOMAS	PUNTAJE	FECHA Y HORA							
ALTERACIONES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL	Llanto muy agudo	2								
	Llanto muy agudo continuo	3								
	Duerme <1 hora después de comer	3								
	Duerme <2 horas después de comer	2								
	Duerme <3 horas después de comer	1								
	Agitación temblores leves	1								
	Agitación temblores de moderados-graves	2								
	Temblores leves sin agitación	3								
	Temblores moderados-graves sin agitación	4								
	Tono muscular aumentado	2								
	Escoriación (especifique el área)	1								
	Convulsiones mioclónicas	3								
Convulsiones generalizadas	5									
ALTERACIONES RESPIRATORIAS METABÓLICAS/VASOMOTORAS	Fiebre (37.3o-38.3o C)	1								
	Fiebre (38.4oC y más alto)	2								
	Bostezos frecuentes (>3-4 veces)	1								
	Congestión nasal	1								
	Estornudos (>3-4 veces)	1								
	Aleteo nasal	2								
	Frecuencia respiratoria >60 min	1								
Frecuencia respiratoria >60 min con retracciones	2									
ALTERACIONES GAS-TROINTESTINALES	Succión excesiva	1								
	Alimentación deficiente/pobre	2								
	Regurgitación	2								
	Vómito en proyectil	3								
	Heces blandas	2								
Deposiciones líquidas	3									
PUNTAJE TOTAL										
INICIALES DEL EVALUADOR										

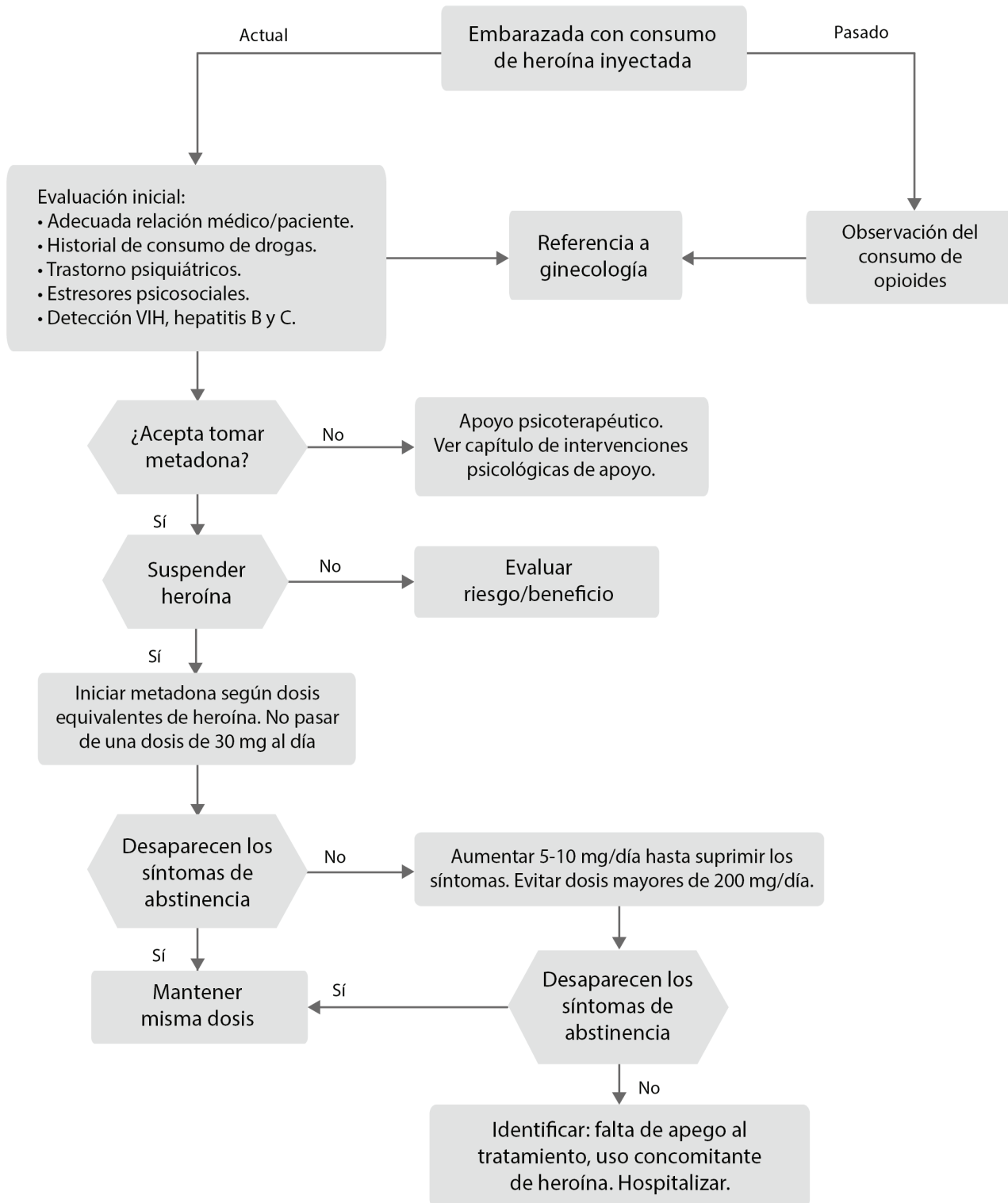
SINDROME DE ABSTINENCIA NEONATAL (INFANTES A TERMINO)

Fuente: NSW Methadone Maintenance Treatment Clinical Practice Guidelines. Utilizado con autorización.

8.4. Recomendaciones para la investigación

- ✓ Es necesario contar con ensayos clínicos aleatorizados bien planteados en pacientes embarazadas dependientes a la heroína. Tomar en cuenta los cambios en las dosis de metadona en los diferentes trimestres del embarazo, en el parto y la lactancia.
- ✓ Generar conciencia entre el personal de salud, pacientes y familiares sobre la necesidad de indicar metadona en las pacientes embarazadas dependientes a la heroína, con los objetivos de disminuir/suspender el consumo de heroína, mejorar la atención prenatal y la estabilidad social.
- ✓ Institucionalizar un manejo conjunto entre los servicios de ginecología y medicina para el tratamiento de las mujeres embarazadas dependientes a la heroína y sus productos.
- ✓ Realizar ensayos clínicos aleatorizados donde se compare el uso de metadona y buprenorfina en embarazadas dependientes a la heroína.
- ✓ Contar con estudios a largo plazo donde se evalúen los efectos de la metadona sobre los hijos de madres que la utilizaron durante el embarazo.
- ✓ Contar con protocolos de detección y manejo hospitalario del síndrome de abstinencia neonatal.

5. Algoritmo de tratamiento con metadona en mujeres embarazadas



9. Tratamiento con metadona en la población que se encuentra en prisión

Preguntas a responder

- ¿Por qué la población en prisiones se considera vulnerable?
- ¿Cuáles son los aspectos específicos a considerar en el tratamiento de sustitución con metadona en la población que se encuentra en prisión?

Recomendaciones de la GPC

Buena práctica clínica	El trabajo en prisiones debe incluir la educación en estrategias de reducción de daños enfocadas al adecuado uso de jeringas, y evitar el contagio de enfermedades y lesiones derivadas del consumo.
Débil	Para fortalecer el tratamiento, incluir a comunidades terapéuticas integradas por usuarios, personal de salud y personal de cuidado penitenciario. Los servicios de asesoría facilitarán el desarrollo de habilidades para el tratamiento y su seguimiento.

9.1. Introducción

Según algunos autores, la condición cautiva de la población que se encuentra en las prisiones favorece la implementación de estrategias de salud, principalmente el tratamiento de sustitución con metadona y estrategias de reducción del daño para usuarios de drogas intravenosas como la heroína. La contención del usuario permite mantenerlo fuera del contexto en el cual —por diversas situaciones— no ha tenido acceso a tratamiento (Markez, Iñigo, 2012; Trigg & Dickman, 2012).

9.2. Vulnerabilidad de la población en prisiones

Ubicar a esta población como vulnerable implica argumentar las condiciones que se derivan de la marginalidad en que se encuentra, incluso antes de su reclusión. Algunas de esas condiciones son la prevalencia de trastornos mentales, la recurrencia de conductas delictivas y las asociadas al acceso a tratamiento.

En el ámbito de la salud, esta población presenta un mayor riesgo de contraer enfermedades infectocontagiosas derivadas del consumo de drogas por vía intravenosa, como la hepatitis A, B o C, la tuberculosis y el VIH. Al realizar búsquedas de información con respecto a estos usuarios, es recurrente el reporte de la pertinencia de implementar estrategias de salud por el alto índice de contagio de las enfermedades antes mencionadas (Linares 2003).

El estigma que rodea a la población en prisión dificulta el acceso a tratamiento de las adicciones.

Los estereotipos y el estigma que rodean a la población que se encuentra en las prisiones generan barreras y dificultan el acceso a tratamiento de las adicciones y las diferentes condiciones de salud-enfermedad (Cravioto 2003).

De acuerdo con la información disponible, sabemos que 60% de los sujetos en reclusión cumplen condenas menores a tres años, lo que significa que su ingreso se debe a delitos menores. La reincidencia de conductas delictivas se presenta hasta en 35% de la población (INEGI, 2011, Pérez 2012).

La vida en la cárcel genera situaciones que promueven alteraciones en el ámbito emocional y social, y como respuesta, el consumo de drogas se continúa o, en otros casos, se inicia. La disponibilidad de drogas en las cárceles es amplia. Los mismos usuarios refieren que su consumo se continúa por la alta disponibilidad de sustancias; sin embargo, y particularmente en el caso de drogas intravenosas, éstas se usan con medidas poco sanitarias como uso de jeringas reutilizadas o compartidas, además de que es frecuente que haya prácticas sexuales sin protección entre hombres.

No obstante, cuando esta población tiene acceso al tratamiento con metadona dentro de la cárcel, se presentan beneficios que son referidos por los propios usuarios. Entre los beneficios reportados están aquellos que impactan de manera significativa en el manejo del síndrome de abstinencia, el mejoramiento de las relaciones familiares y que los familiares ya no deban introducir a la prisión heroína para el consumo del usuario. Otros aspectos son la percepción de mayor control sobre sus vidas, la disminución de muertes por sobredosis y de actos violentos al interior de la cárcel (Wickersham, Marcus, Kamarulzaman, Muhsin y Altice, 2013; Huang, Kuo, Lew-Ting, Tian, Yang, Tsai, Gange & Nelson, 2011; Carlin, 2005). Asimismo, el tratamiento con metadona disminuye la reincidencia de ingreso a los reclusorios y, al interior de los reclusorios, el entorno mejora, pues se disminuye la búsqueda de drogas y conductas violentas propias de esta subcultura (World Health Organization, 2007).

En términos generales, el tratamiento de sustitución con metadona para dependientes de heroína en situación de cárcel, genera los siguientes beneficios:

- Reducción de la demanda de heroína.
- Reducción del síndrome de abstinencia a la heroína.
- Acercamiento de servicios de salud, incluso para atender otras enfermedades, principalmente las relacionadas con el consumo de drogas.
- Disminución de la recidiva.
- Estabilización del usuario física y socialmente, incrementando su motivación para participar en otros programas de apoyo.
- Creación de las bases para la participación de los adictos a la heroína en el trabajo, la educación y el entrenamiento relacionado.

Grado de recomendación: muy baja. La población en reclusión reporta beneficios secundarios al tratamiento de sustitución con metadona que impactan la relación con sus familias.

Fuente: World Health Organization, 2007; Wickersham, Marcus, Kamarulzaman, Muhsin y Altice, 2013; Carlin, 2005.

9.3. Aspectos específicos en el tratamiento de sustitución con metadona en la población que se encuentra en prisión

Los programas y estudios realizados en esta población discuten la relevancia y la pertinencia de combinar estrategias dirigidas no sólo al manejo de la adicción a las drogas inyectadas, sino también a aquellas conductas asociadas al consumo al interior de la cárcel que tienen impacto en su entorno más cercano (Markez e Iñigo, 2012; Trigg & Dickman, 2012; Scherbaum, Spec-ka, Schifano, Bombeck & Marrziniak, 2010; Navadeh, Mirzazadeh, Mehdi, Farnia, Alasvand, Haghoost, 2009; World Health Organization, 2007).

Sobre el tratamiento, se describe la importancia de su acceso en tres momentos específicos (Western Australian Alcohol and Drug Authority, 2014; WHO, 2007).

1. Para los usuarios que ingresan sin tratamiento, éstos iniciarán durante su estancia en cárcel.
2. En los usuarios que ya estaban en tratamiento con metadona antes de entrar a la cárcel, la institución penitenciaria deberá favorecer su continuidad en el tratamiento, dentro o fuera según la situación.
3. Para los usuarios que son liberados, se les facilitará la información necesaria y el acceso a servicios de tratamiento externo.

Cuando el usuario ya se encuentre en tratamiento por sustitución con metadona, las estrategias de reducción del daño a implementar serán fundamentales y específicas y deberán incluir la psicoeducación sobre los siguientes aspectos (McKeganey, Morris, Neale & Robertson, 2004; Asl, Eshrati, Dell, Taylor, Afshar, Kamali, & Mirzazadeh, 2013):

1. Manejo adecuado de jeringas (ver Tabla 1).
2. Información sobre las zonas de inyección y lesiones que pueden presentar (ver Tabla 2).
3. Enfermedades y lesiones más comunes en las personas que se inyectan drogas (ver Tabla 3).
4. Beneficios del tratamiento por sustitución con metadona.
5. Prevención del acoso policial y favorecimiento de la seguridad (ver Cuadro 1).

Las estrategias recomendadas deben estar dirigidas no sólo a los usuarios, sino también al personal de salud y al personal más cercano a los usuarios. Las autoridades del reclusorio deberán ser capacitadas en los temas relacionados con el tratamiento. La intención fundamental de la inclusión del personal y los usuarios, es la creación de comunidades terapéuticas que permitan una mejor respuesta al proceso de tratamiento (Mitchell, Wilson, MacKenzie, 2006), con los siguientes objetivos:

1. Supervisión del cumplimiento del programa de tratamiento.
2. Monitoreo del cumplimiento de las reglas y normas establecidas.
3. Mantenimiento de la unidad de tratamiento.
4. Resolución de disputas.
5. Brindar soporte entre los miembros para la realización de cambios positivos.
6. Crear una filosofía que sustente que la adicción y su tratamiento no es el problema en sí, sino otros factores que deben atenderse en la comunidad.

El tratamiento con metadona disminuye la reincidencia de ingreso a los reclusorios y mejora el entorno al interior de éstos.

Las comunidades terapéuticas estarán conformadas por personal de salud y usuarios.

El entrenamiento para estas comunidades terapéuticas deberá dirigirse a la educación y desarrollo de estrategias correspondientes a las dosis recomendadas, los efectos secundarios de la metadona, la interacción farmacológica y la logística para el suministro del medicamento, aspectos generales de cuidado para los usuarios en tratamiento, y el curso y seguimiento del tratamiento.

La inclusión de estrategias de mantenimiento y posteriores al tratamiento, son indicadas y deberán incluir como principal elemento el conocimiento y formación de redes de apoyo profesionales y cercanas al entorno del sujeto para favorecer la continuidad de los objetivos alcanzados.

Entre otras estrategias, se recomienda la disponibilidad de asesoría al usuario a través del apoyo de grupos con principios fundamentados en los programas de 12 pasos, quienes participarán en el entrenamiento de habilidades para la vida, educación sobre drogas y educación básica para adultos.

El impacto de estos programas facilita el manejo y resolución de problemas en grupo. Los grupos estarán conformados por personal de salud y usuarios (World Health Organization, 2007).

Grado de recomendación: débil. Combinar estrategias de reducción del daño que consistirán en la educación del adecuado manejo de jeringas, la educación sobre enfermedades o lesiones por el uso de las mismas. Las distintas poblaciones como usuarios, personal de salud, custodios deberán ser instruidas en los distintos elementos requeridos para el tratamiento.

McKeganey, Morris, Neale & Robertson, 2004; Asl, Eshrati, Dell, Taylor, Afshar, Kamali, & Mirzazadeh, 2013).

Tabla 1. Manejo adecuado de jeringas

<p>Contagio de enfermedades por uso de jeringas compartidas</p>	<ul style="list-style-type: none"> • El uso de drogas intravenosas como la heroína incrementa el riesgo de contagio de enfermedades como el VIH, hepatitis B y C, debido a la exposición de los usuarios que comparten jeringas. La movilidad geográfica favorece la diseminación de estas enfermedades.
<p>Jeringas nuevas, reutilizables o compartidas</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Esta recomendación es muy simple y consiste en favorecer el uso de jeringas estériles o, en caso de ser reutilizadas, que éstas sean de uso personal y sean limpiadas. Evitar el uso de jeringas de otros usuarios y no compartir las propias. • Otros utensilios o material para la inyección como cucharas, agua, tapas, algodones, etc., también pueden contener agentes de tipo infeccioso. • En las cárceles se recomiendan las estrategias de intercambio de jeringas que consisten en dar jeringas nuevas a cambio de las usadas.
<p>Sobre el espacio físico de inyección</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se recomienda higienizar la superficie en donde se coloquen los materiales de inyección con la finalidad de eliminar desechos que puedan contaminar las jeringas.

Sobre la limpieza de las jeringas	<ul style="list-style-type: none"> • Una de las alternativas para los usuarios es limpiar las jeringas antes de usarlas. Aunque esto no garantice la ausencia de contagio, reduce las probabilidades de que ocurra. Así, se recomienda: <ul style="list-style-type: none"> - Posterior a su uso, enjuagar las jeringas con agua limpia tan pronto sea posible, para eliminar residuos de sangre. - Se puede utilizar cloro, succionando y agitando el contenido durante unos segundos. Repetir el procedimiento varias veces. - Limpiar nuevamente con agua.
Sobre el llenado de jeringas	<ul style="list-style-type: none"> • Se recomienda usar algodón, a manera de filtro, para que durante el llenado se impida la succión de partículas no disueltas que tapen la aguja.
Limpieza de la zona del cuerpo sobre la que se inyecta	<ul style="list-style-type: none"> • La limpieza de las manos, así como de la zona del cuerpo en la cual se introduce la jeringa, elimina las bacterias que pueden favorecer el contagio de una enfermedad. • La limpieza adecuada se realiza con un algodón, frotando la zona de inyección, iniciando por el centro y en forma circular hacia afuera.
Sobre el cuidado de las venas	<ul style="list-style-type: none"> • Se sugiere inyectar sobre venas dilatadas, que se ven favorecidas por el calor, el cual se puede lograr con el uso de trapos o agua caliente. Esta forma permite disminuir el daño en las venas comprometidas. Otro aspecto relevante es la elección de agujas pequeñas. • Sobre el uso del torniquete, se sugiere no sea elástico, de manera que sea fácil retirarlo para lesionar en menor medida las venas.
Recolección de jeringas no utilizadas	<ul style="list-style-type: none"> • Se deberá evitar recolectar o usar jeringas provenientes de depósitos de basura, de la calle o de los espacios de consumo, ya que pueden ser contagiosas. • De igual manera, cuando el usuario deseche alguna jeringa, ésta deberá ser cortada para evitar que sea reutilizada.
Sobre la atención a los aspectos anteriores y su impacto en la salud	<ul style="list-style-type: none"> • Atender las recomendaciones previas favorecerá la disminución del riesgo de contagio en estos usuarios.

Fuente: Adaptado de Magis y Barrientos 2009; Fernández, J., Pereiro, C., 2007

Las venas de las manos se dañan más rápido que las de los brazos por ser más delgadas.

Tabla 2. Zonas de inyección y lesiones que pueden presentar

Cuello	Generalmente se inyecta en la yugular, lo que resulta altamente peligroso por la rápida vía de diseminación y el riesgo de perforación de las venas y arterias.
Brazos	Son la zona de inyección más común y pertinente. Las lesiones en estas áreas son fáciles de localizar, lo que permite un mejor cuidado y evita recurrir a otros puntos de inyección.
Manos	Al ser más delgadas, las venas de las manos se dañan más rápido que las de los brazos.
Ingle	El riesgo de este punto es muy alto y considerado peligroso, ya que favorece el desarrollo de trombosis y úlceras difíciles de sanar.
Abdomen	Es una zona poco utilizada y tiene una seguridad relativa, pues la inyección se realiza en el tejido graso subcutáneo.
Piernas	La circulación es más lenta en las piernas, con riesgo de trombosis e infecciones difíciles de sanar. Se recomienda usar agujas más delgadas con inyección en el músculo.
Pies	Tienen venas muy delgadas, de circulación lenta y débil, lo que favorece el riesgo de infección y la difícil cicatrización de lesiones. Por la densidad de las venas, las agujas deben ser más delgadas.

Fuente: Adaptado Magis y Barrientos 2009; Fernández, J. Pereiro, C., 2007.

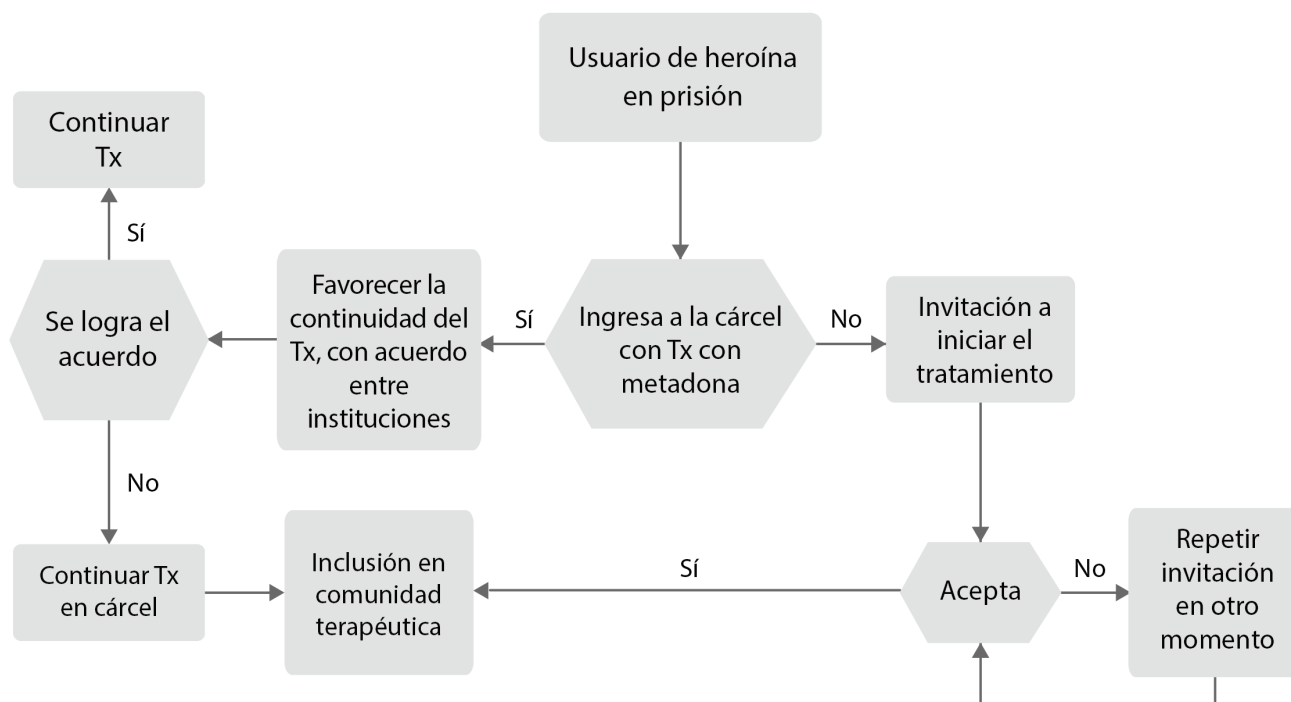
Tabla 3. Enfermedades y lesiones más comunes en las personas que se inyectan drogas

VIH/sida	El Virus de Inmunodeficiencia Adquirida se transmite por la sangre y ataca las células del sistema inmunológico. Cuando esto sucede, se desarrolla el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida que se manifiesta a través de un conjunto de enfermedades infecciosas provocadas por el deterioro del sistema inmune.
Hepatitis B y C	Son enfermedades contagiosas adquiridas por la vía sanguínea, afectan al hígado y pueden ser mortales.
Endocarditis bacteriana	Es una enfermedad del corazón que es resultado del uso de jeringas con mala higiene, por la exposición a la bacteria o por lamer la zona en la que se inyecta o las jeringas mismas.
Trombosis	Es la obstrucción de las venas o arterias por la formación de coágulos. Esto puede ser producto de las lesiones causadas por el uso de agujas.
Úlceras en la piel	Se presentan como lesiones rugosas y abultadas que facilitan la entrada de infecciones. Son resultado de inyecciones repetidas en las mismas zonas del cuerpo y de la falta de higiene.
Gangrena	Con las inyecciones repetidas se provoca daño en las venas hasta lograr la muerte del tejido. Esto puede ocasionar la amputación.
Septicemia	La falta de higiene en el momento de la inyección puede infectar la sangre e incluso ocasionar la muerte.
Abscesos	La zona de inyección se inflama y acumula pus debido a la falta de higiene.

Fuente: Adaptado de Magis y Barrientos 2009; Fernández, J. Pereiro, C., 2007.

Las úlceras en la piel, resultado de inyecciones repetidas en la misma zona, facilitan la entrada de infecciones.

9.4. Algoritmo de aspectos específicos para el tratamiento con metadona en la población que se encuentra en prisión



10. Tratamiento con metadona en la población migrante

Preguntas a responder

- ¿Por qué la población migrante se considera vulnerable?
- ¿Cuáles son los aspectos específicos a considerar en el tratamiento de mantenimiento con metadona en la población migrante?

Recomendaciones de la GPC

Buena práctica clínica	A los migrantes que soliciten el tratamiento de mantenimiento con metadona se les permitirá acceder a esta medicación, sin importar su estatus migratorio. El personal de salud de las clínicas deberá proporcionar al usuario la información necesaria que lo capacite como promotor de la salud para su población. La información brindada deberá incluir aspectos relacionados con el adecuado uso de jeringas, las lesiones por vía de administración y enfermedades relacionadas con el consumo de drogas intravenosas.
Débil	La participación del usuario como promotor de la salud favorece el apego terapéutico y permite difundir información que favorezca la reducción del daño en otros usuarios.

10.1. Introducción

Autores como Bronfman, Leyva, Negroni, Rueda, Kageyama y Hernández (2004) señalan que en México se ubican distintas categorías de movilidad poblacional que perfilan diversas condiciones migratorias. Por un lado, se encuentran los residentes en las fronteras, cuya movilidad responde a necesidades de trabajo, así como a encuentros familiares, entre otras actividades. Está también la movilidad periódica o desplazamiento estacional, generalmente de flujo rural, en donde los jornaleros se movilizan según las cosechas y retornan a su lugar de origen, al término de las mismas.

Asimismo, se describe la movilidad por periodos prolongados y por distintos motivos, aunque con retorno a los lugares de origen. En otros casos, el reclutamiento para el trabajo, generalmente de tipo doméstico o sexual, involucra el desplazamiento de personas concentradas en puntos fronterizos y cuya estancia es indeterminada.

Los transportistas son considerados como una población de carácter móvil cuya permanencia en el lugar de llegada se determina según las actividades de intercambio comercial que requiere de su transportación. Finalmente, se

La movilidad de los migrantes los convierte en una población vulnerable para el consumo de drogas.

encuentran los migrantes de paso, generalmente ilegales, que se desplazan a un segundo o tercer país de destino.

En todos estos casos se involucra la aculturación como un proceso facilitador y transversal que demanda la modificación conductual y la incorporación de nuevas prácticas sociales, mismas que participan como salvedades adaptativas ante los nuevos contextos socioculturales (Bermúdez, 2012). Sin embargo, algunas de estas conductas implican prácticas de riesgo, en particular cuando involucran el consumo de drogas por vía intravenosa y prácticas sexuales asociadas a ese consumo, entre las que se puede mencionar el sexo sin protección, las experiencias sexuales con distintas parejas, el intercambio de sexo por drogas, y el intercambio de jeringas para el consumo de drogas.

La Organización Mundial de la Salud (2008) solicitó el apoyo de las instancias adscritas para promover la sensibilización sobre mejores respuestas para la salud de los migrantes, principalmente en la promoción del acceso equitativo a estrategias de prevención y atención a enfermedades, el acceso a la divulgación de información sobre mejores prácticas clínicas que satisfagan las necesidades de esta población y, sobre todo, la gestión de la cooperación de los países implicados en los procesos migratorios.

10.2. Población migrante como población vulnerable

La movilidad de los migrantes los convierte en una población vulnerable para el consumo de drogas y el contagio de VIH/SIDA, aspectos que sugieren la implementación de estrategias específicas para atender su salud.

El aumento de casos de VIH/SIDA en el mundo, ha requerido identificar las principales poblaciones que requieren atención a la salud y, entre ellas, están los migrantes que utilizan drogas intravenosas, pues representan un factor de riesgo para el contagio de enfermedades transmitidas por el intercambio de jeringas y otras prácticas de riesgo (Magis-Rodriguez C., Lemp G, Hernández M.A., Sánchez MA, Estrada F, Bravo Garcia E 2009; Esquivel, Magis y Ortiz, 2005).

Algunos autores como Guarino, Deren, Kang, Mino, Shedlin (2010) y Selly, Sung-Yeon, Milton, Guarino (2013) refieren que los pacientes migrantes en programas de tratamiento de sustitución con metadona son candidatos a participar como promotores de la reducción del daño de forma transversal a su proceso de tratamiento, si cuentan con el entrenamiento adecuado.

Para lograr la participación de los migrantes en estos programas, es necesario que tengan acceso al tratamiento, ya que son muchas las dificultades relacionadas con la disponibilidad de metadona en esta población. Estas dificultades sugieren la necesidad de cambios en las prácticas sociales y culturales específicas del personal de salud hacia los migrantes (Banati, 2007). Al respecto, algunos autores refieren que se debe proveer atención sanitaria a los migrantes indocumentados, por lo que se sugiere flexibilidad para hacerlo a través de la disposición del personal y las instancias de salud. Ante esto se expone como toma de decisiones del personal médico el proveer del medicamento a los migrantes sin importar su estatus migratorio (Coyte, 2003). Otros autores como Hart (2007), señalan que el acceso al tratamiento en esta población es una cuestión de derechos humanos, los cuales deben ser respetados por el personal de salud.

El apoyo social se señala como la estrategia principal, lo que demanda cambios de actitud respecto al trato de las minorías que se encuentran vulnerables por su condición migrante, y lo que esto representa en términos de riesgo para la salud del usuario y de otros durante su movilidad (Zaller, Bazar, Velazquez, Rich, 2009).

Lo anterior responde a dos finalidades; por un lado, la participación de los migrantes como promotores facilita su permanencia en el tratamiento, logrando disminuir la frecuencia del consumo y modificar las conductas relacionadas con el uso de inyecciones.

Una vez que se logra el acceso al tratamiento, se sugiere incorporar a esta población a un entrenamiento en la formación como promotores y educadores de la salud, esto por participación voluntaria, lo que además fortalece su proceso terapéutico.

La principal intención de incluir a los migrantes como promotores y educadores de salud y facilitadores culturales, es crear redes sociales de apoyo para los pacientes migrantes, ya que por su condición ellos no cuentan con grupos de este tipo.

La población migrante presenta dificultades relacionadas con el acceso a servicios de salud, con el estrés resultado del proceso de transición, la barrera del lenguaje y la inequidad social. Otros aspectos que deben ser considerados son las diferencias culturales que pueden afectar el curso del tratamiento, y donde el uso de sustancias puede verse como estrategia para disminuir el estrés por la adaptación al nuevo contexto.

Dadas las características móviles de la población, se ha reportado la eficacia de la formación de usuarios como promotores de la salud como actividades complementarias al tratamiento de sustitución con metadona, que a su vez fortalece el apego terapéutico.

10.3. Migrantes usuarios de drogas como promotores de salud

La Organización Mundial de la Salud (2008) define la Promoción de la Salud como un proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud. Esta práctica requiere de un enfoque de participación entre personas, organizaciones, comunidades e instituciones que construyen estrategias dirigidas a garantizar la salud y el bienestar.

Desde esta perspectiva, se generan cambios en el contexto que facilitan la promoción y la protección de la salud a través de modificaciones en las comunidades y los sistemas. La promoción de la salud involucra a la población, es participativa, es intersectorial, está circunscrita al contexto y opera en sus distintos niveles de participación.

Entre los aspectos que pueden ser considerados en los migrantes, está su potencial como mediadores culturales entre otros usuarios y el sistema de salud, a través de estrategias que faciliten el acceso a la educación e información sobre el uso de jeringas con ajuste a su cultura de consumo; asimismo, su participación como orientadores sociales a nivel informal.

La intención de incluir a los migrantes como promotores de salud, es crear redes sociales de apoyo para otros migrantes.

Entre los migrantes, las experiencias de otros sirven como guía en la adquisición de las prácticas de consumo.

10.3.1. ¿Cómo sería la participación de los migrantes como promotores de la salud?

La intención principal es lograr la divulgación de información desde y para los usuarios de drogas intravenosas como la heroína. Desde los espacios de tratamiento y de forma transversal, se proporciona la información al momento en que asisten por medicación. Aprovechar estos espacios facilita una mayor cercanía con el paciente a quien se le brindará información respecto de algunos elementos que pueden favorecer la reducción del daño derivado de su consumo.

Precisar la información más relevante, será uno de los principales objetivos, recomendando que ésta se realice a través de pláticas breves con contenido informativo. La información que deber ser proporcionada se muestra a continuación en el Cuadro 1.

Cuadro 1. Contenido informativo para las pláticas breves durante el tratamiento

- Sobre la migración y los riesgos asociados al uso de drogas intravenosas.
- Sobre el riesgo de la inyección de drogas y el contagio de enfermedades como el VIH y otras.
- Sobre el manejo adecuado de jeringas.
- Sobre los riesgos físicos asociados con el lugar de inyección.
- Sobre las enfermedades más comunes por el uso de jeringas.
- Sobre la difusión de alternativas para la búsqueda de ayuda.

Grado de recomendación, muy baja. Se recomienda incluir temas de salud de forma breve pero precisa. La información debe ser básica, a fin de que pueda ser difundida por el promotor de manera breve y eficaz.

Guarino, Deren, Mino, Kang, Shedlin, 2010; Deren S, Kang S, Mino, Guarino, 2013.

10.3.2. Aspectos específicos a considerar en el tratamiento de mantenimiento con metadona en la población migrante

La movilidad del usuario migrante puede ser un elemento clave en las estrategias de reducción del daño. Los usuarios de drogas suelen considerar válida la información que otros usuarios les proporcionan por el hecho de compartir la experiencia y la característica de usar drogas. En estos grupos, las experiencias de otros sirven como guía en la adquisición de las prácticas de consumo, pero también en lo relativo a la rehabilitación y el tratamiento, elementos que se observan también en los grupos de Alcohólicos Anónimos.

La validación del otro como usuario más experto, puede ser un elemento a rescatar en las poblaciones que ya se encuentran en procesos de rehabilitación y tratamiento, de tal manera que el mensaje transmitido por los más expertos se valida desde la pertenencia.

Aprovechando este fenómeno que se observa en usuarios de drogas, el usuario en tratamiento por sustitución de metadona se convierte en un elemento clave para la promoción de la salud de los usuarios de drogas activos.

10.3.3. Capacitación a migrantes como promotores de salud

Se ha descrito la eficacia de la capacitación en temas específicos en migrantes en dos puntos importantes: primero está el efecto en la modificación de las propias conductas adictivas, ya que se fortalece el proceso terapéutico y, en segundo lugar, está la construcción de redes sociales de apoyo en estos grupos cuyo estrés es alto y frecuente por los procesos de transición, la barrera del lenguaje y la inequidad social que dificulta su acceso a la atención a la salud y, particularmente, al tratamiento (Guarino, Deren, Mino, Kang, Shedlin 2010; Deren, Kan, Mino, Guarino 2013).

Los puntos a incluir deben considerar aspectos de la migración y su asociación con el uso de drogas, el uso adecuado de jeringas que disminuya la probabilidad del contagio de enfermedades infecciosas, las barreras culturales y el acceso a la atención a la salud, potenciando la importancia de las redes sociales de apoyo. También, se abordarán las alternativas para la atención a la salud, así como el reconocimiento de los efectos de la inyección inadecuada en distintas partes del cuerpo. Finalmente, se abordará la importancia de reconocer los síntomas de sobredosis que ponen en riesgo la vida del usuario.

A consideración del personal de atención, esta información deberá ser proporcionada a todos los usuarios en tratamiento. Los contenidos pueden ser reforzados a través de la repetición de las charlas durante el periodo de tratamiento (ver Tabla 1).

La migración supone la puesta en práctica de nuevas conductas propias del contexto de llegada.

Tabla 1. La migración y su efecto en el consumo de drogas

La movilidad de la población	La migración promueve procesos de aculturación debido a la necesidad de adaptación. Esto supone la incorporación y puesta en práctica de nuevas conductas propias del contexto de llegada. Estas conductas pueden incluir el consumo de sustancias tóxicas, y si éstas ya eran consumidas, se adquieren nuevos estilos o prácticas de uso. Si la droga es nueva para el usuario, éste incorpora las prácticas ya establecidas. Todo consumo de drogas implica prácticas de riesgo para la salud.
El acceso a la atención para la salud	Al carecer de un empleo fijo, los migrantes tienen dificultades para acceder a los servicios de salud, por lo tanto, la atención de su salud se limita a los servicios privados. Así, la atención a sus enfermedades se da bajo prácticas informales o de automedicación, con baja probabilidad de atención a las enfermedades nuevas.

Los migrantes deben contar con información sobre los riesgos asociados a las zonas de inyección.

Grado de recomendación: muy baja. Los aspectos anteriores deberán considerarse como características que son resultado de la movilidad de esta población y sus efectos en la salud. Al proporcionar esta información al usuario en tratamiento éste contará con elementos básicos relacionados con el uso de sustancias y el contagio.

Arias, F., Castillo, C., Roncero, C., Rovira, M. y Secades, R., 2008; Magis, C., Barrientos, H., 2009.

10.3.4. Riesgos asociados al uso de jeringas en zonas específicas de inyección

Es importante que los migrantes cuenten con información sobre los riesgos asociados a las zonas de inyección. Se han documentado tres formas de administración de las drogas inyectadas: intramusculares, subcutáneas e intravenosas. Esta última es la que usan preferentemente los consumidores de drogas (ver Tabla 2). Asimismo, deben tener información sobre el uso adecuado de jeringas (ver Tabla 3) y sobre las enfermedades o lesiones más comunes en personas que se inyectan drogas (ver Tabla 4).

Tabla 2. Zonas de inyección y lesiones que pueden presentar

Cuello	Generalmente se inyecta en la yugular, lo que resulta altamente peligroso por la rápida vía de diseminación y el riesgo de perforación de las venas y arterias.
Brazos	Son la zona de inyección más común y pertinente. Las lesiones en estas áreas son fáciles de localizar, lo que permite un mejor cuidado y evita recurrir a otros puntos de inyección.
Manos	Al ser más delgadas, las venas de las manos se dañan más rápido que las de los brazos.
Ingle	El riesgo de este punto es muy alto, considerado peligroso ya que favorece el desarrollo de trombosis y úlceras difíciles de sanar.
Abdomen	Es una zona poco utilizada y tiene una seguridad relativa, pues la inyección se realiza en el tejido graso subcutáneo.
Piernas	La circulación es más lenta en las piernas, con riesgo de trombosis e infecciones difíciles de sanar. Se recomienda usar agujas más delgadas con inyección en el músculo.
Pies	Tienen venas muy delgadas, de circulación lenta y débil, lo que favorece el riesgo de infección y la difícil cicatrización de lesiones. Por la densidad de las venas, las agujas deben ser más delgadas.

Fuente: Adaptado de CENSIDA, 2008; Fernández, J., Pereiro, C., 2007.

Grado de recomendación: baja. Los puntos de inyección mencionados son los más comunes, sin embargo, representan distintos grados de lesión según su ubicación. Conocer estos elementos permite conocer los riesgos específicos, según la zona de inyección y detectar signos y síntomas que permitan disminuir la probabilidad de daño severo.

Fuente: Arias, F., Castillo, C., Roncero, C., Rovira, M. y Secades, R., 2008; Magis, C., Barrientos, H., 2009.

Tabla 3. Manejo adecuado de jeringas

Contagio de enfermedades por uso de jeringas compartidas	El uso de drogas intravenosas como la heroína incrementa el riesgo de contagio de enfermedades como el VIH, hepatitis B y C, debido a la exposición de los usuarios que comparten jeringas. La movilidad geográfica favorece la diseminación de estas enfermedades.
Jeringas nuevas, reutilizables o compartidas	Esta recomendación es muy simple y consiste en favorecer el uso de jeringas estériles o, en caso de ser reutilizadas, que éstas sean de uso personal y sean limpiadas. Evitar el uso de jeringas de otros usuarios y no compartir las propias. Otros utensilios o material para la inyección como cucharas, agua, tapas, algodones, etc., también pueden contener agentes de tipo infeccioso.
Sobre el espacio físico de inyección	Se recomienda higienizar la superficie en donde se coloque los materiales de inyección con la finalidad de eliminar desechos que puedan contaminar las jeringas de uso.
Sobre la limpieza de las jeringas	Una de las alternativas para los usuarios es limpiar las jeringas antes de usarlas. Aunque esto no garantice la ausencia de contagio, reduce las probabilidades de que ocurra. Así, se recomienda: <ul style="list-style-type: none"> • Posterior a su uso, enjuagar las jeringas con agua limpia tan pronto sea posible, para eliminar residuos de sangre. • Se puede utilizar cloro, succionando y agitando el contenido durante unos segundos. Repetir el procedimiento varias veces. Limpiar nuevamente con agua.
Sobre el llenado de jeringas	Se recomienda el uso de algodón, a manera de filtro, para que durante el llenado se impida la succión de partículas no disueltas que tapen la aguja.

Limpieza de la zona del cuerpo sobre la que se inyecta	La limpieza de las manos, así como de la zona del cuerpo en la cual se introduce la jeringa, elimina las bacterias que pueden favorecer el contagio de una enfermedad. La limpieza adecuada se realiza con un algodón, frotando la zona de inyección, iniciando por el centro y en forma circular hacia afuera.
Sobre el cuidado de las venas	Se sugiere inyectar sobre venas dilatadas, que se ven favorecidas por el calor, el cual se puede lograr con el uso de trapos o agua caliente. Esta forma permite disminuir el daño en las venas comprometidas. Otro aspecto relevante es la elección de agujas pequeñas. Sobre el uso del torniquete, se sugiere que no sea elástico, de manera que sea fácil retirarlo para lesionar en menor medida las venas.
Recolección de jeringas no utilizadas	Se deberá evitar recolectar o usar jeringas provenientes de depósitos de basura, de la calle o de los espacios de consumo, ya que pueden ser contagiosas. De igual manera, cuando el usuario deseche alguna jeringa, ésta deberá ser cortada para evitar que sea reutilizada.
Sobre la atención a los aspectos anteriores y su impacto en la salud	Atender las recomendaciones previas favorecerá la disminución del riesgo de contagio en estos usuarios.

Fuente: Adaptado de Ramos, 2011; CENSIDA, 2008; Fernández, J., Pereiro, C., 2007.

Grado de recomendación: muy baja. Usar jeringas para el consumo de drogas es una vía potencial de contagio de enfermedades; por lo tanto, implementar medidas de limpieza y desecho resulta relevante para reducir el contagio.

Fuente: Arias, F., Castillo, C., Roncero, C., Rovira, M. y Secades, R., 2008; Magis, C., Barrientos, H., 2009.

Tabla 4. Enfermedades y lesiones más comunes en personas que se inyectan drogas

VIH/sida	El Virus de Inmunodeficiencia Adquirida se transmite por la sangre y ataca las células del sistema inmunológico. Cuando esto sucede, se desarrolla el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida que se manifiesta a través de un conjunto de enfermedades infecciosas provocadas por el deterioro del sistema inmune.
----------	---

Hepatitis B y C	Son enfermedades contagiosas adquiridas por la vía sanguínea, afectan al hígado y pueden ser mortales.
Endocarditis bacteriana	Es una enfermedad del corazón que es resultado del uso de jeringas con mala higiene, por la exposición a la bacteria o por lamer la zona en la que se inyecta o las jeringas mismas.
Trombosis	Es la obstrucción de las venas o arterias por la formación de coágulos. Esto puede ser producto de las lesiones causadas por el uso de agujas.
Úlceras en la piel	Se presentan como lesiones rugosas y abultadas que facilitan la entrada de infecciones. Son resultado de inyecciones repetidas en las mismas zonas del cuerpo y de la falta de higiene.
Gangrena	Con las inyecciones repetidas se provoca daño en las venas hasta lograr la muerte del tejido. Esto puede ocasionar la amputación.
Septicemia	La falta de higiene en el momento de la inyección puede infectar la sangre e incluso ocasionar la muerte.
Abscesos	La zona de inyección se inflama y acumula pus debido a la falta de higiene.

Hay poca información sobre las necesidades específicas de los migrantes que usan drogas inyectables.

Fuente: Adaptado de Ramos, 2011; CENSIDA, 2008; Fernández, J. Pereiro, C., 2007.

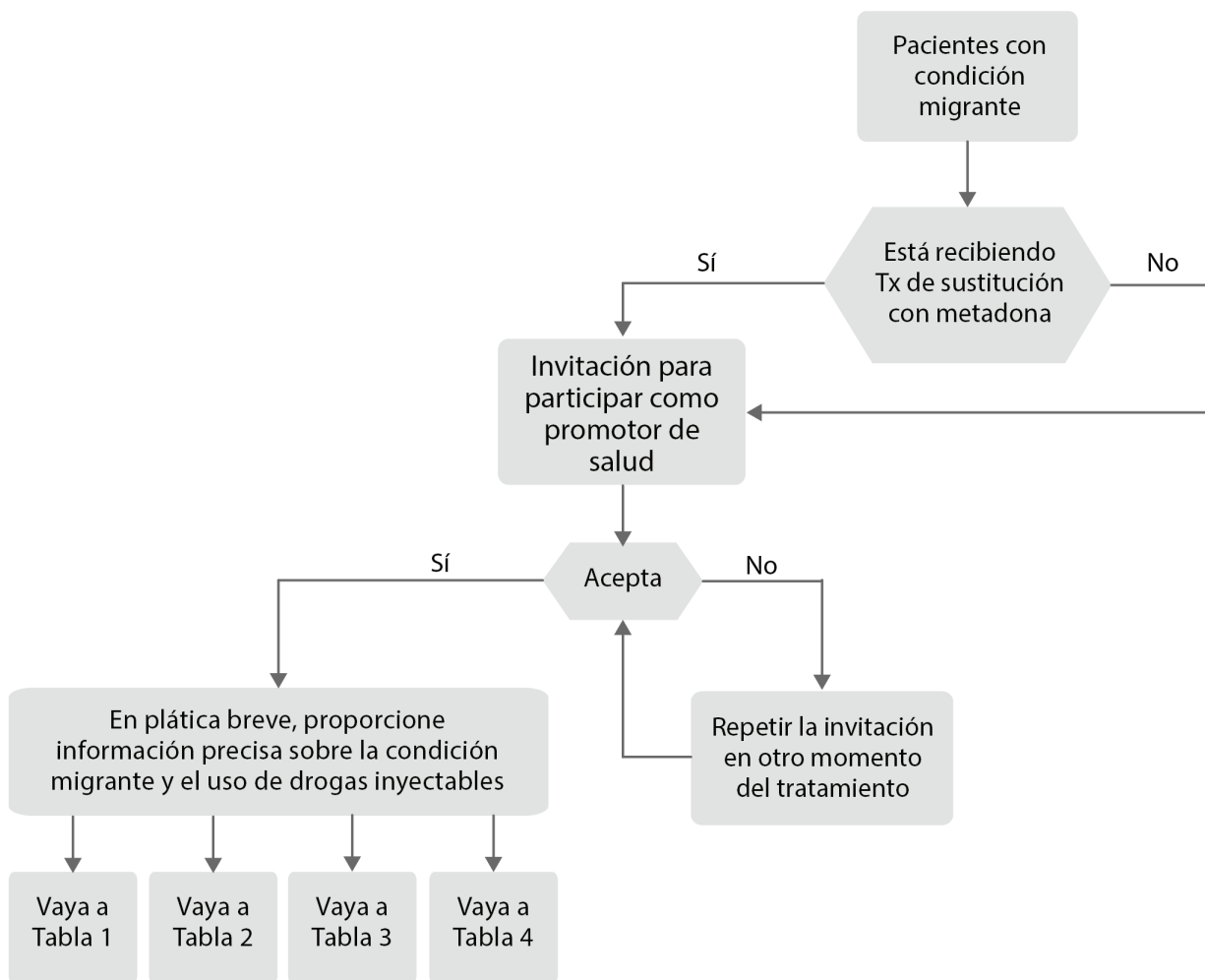
Grado de recomendación: muy baja. Recomendar medidas de higiene en jeringas y cuerpo, así como la revisión médica ante síntomas de malestar. Reforzar el conocimiento sobre la participación del contagio por sangre en el desarrollo de enfermedades, así como de la peligrosidad de las lesiones ocasionadas por las inyecciones repetidas. Referir la importancia de las recomendaciones sobre el uso adecuado de jeringas.

Fuente: Arias, F., Castillo, C., Roncero, C., Rovira, M. y Secades, R., 2008; Magis, C., Barrientos, H., 2009.

Recomendación para la investigación

Se recomienda realizar estudios sobre el uso de metadona en esta población, con la finalidad de identificar aspectos relacionados con las necesidades específicas en el curso de las trayectorias migratorias, y la eficacia del tratamiento por sustitución en la población migrante. La información respecto a esta población es escasa.

10.4. Algoritmo de aspectos específicos para el tratamiento con metadona en población migrante



11. Valoración del paciente

Programa de Tratamiento para Opiáceos

Folio

Apellidos
Nombres
Dirección
Teléfono



Nombre del médico

Sexo <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	Contacto en caso de emergencia
Fecha de nacimiento	Permiso para llamar a contacto
Lugar de nacimiento	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Es de origen indígena	Nombre del contacto
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Parentesco
Lengua materna	Dirección
Estado civil	
No. de seguro social	Teléfono

2. Presentación

Fecha

Evaluado por (listar)

Referido por

Motivos por los que se presenta en esta ocasión

.....

.....

.....

.....

3. Historia de consumo

Descripción breve

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Resumen de drogas de uso

Tipo de droga	Número de días de consumo en el último mes	Cantidad/ veces al día	Vía de administración	Fecha de último consumo	Edad en que inicia el consumo regular	Periodo de abstinencia de mayor duración

4. Tratamiento previo por uso de alcohol y otras drogas

<input type="checkbox"/> Desintoxicación hospitalaria	<input type="checkbox"/> Consejería/psicoterapia	<input type="checkbox"/> Tratamiento con Metadona
<input type="checkbox"/> Desintoxicación ambulatoria	<input type="checkbox"/> Narcóticos anónimos	<input type="checkbox"/> Tratamiento con Buprenorfina
<input type="checkbox"/> Rehabilitación residencial	<input type="checkbox"/> Otra _____	

Historia de tratamiento para alcohol y otras drogas

Tratamiento	Fecha	Duración	Institución	Comentarios

5. Problemas relacionados con el uso de drogas

<input type="checkbox"/> Relación con la pareja	Comentarios _____ _____ _____ _____ _____ _____
<input type="checkbox"/> Familiares	
<input type="checkbox"/> Sociales	
<input type="checkbox"/> Médicos	
<input type="checkbox"/> Psicológicos	
<input type="checkbox"/> Económicos	
<input type="checkbox"/> Legales	
<input type="checkbox"/> Sobredosis	

6. Historia médica

Gastrointestinal (hepatitis, enfermedad del hígado, ulceración péptica, función intestinal, otros síntomas)

Cardiovascular (hipertensión, endocarditis, otros síntomas)

Respiratorios (asma, bronquitis, otros síntomas)

Neurológicos (convulsiones, dolor de cabeza, otros síntomas)

Genito-uritarios (embarazo, ETS, disfunción sexual, alteraciones menstruales, anticoncepción, otros síntomas)

Endocrinos (diabetes, enfermedad tiroidea, otros síntomas)

Otros (dolor crónico, músculo esqueléticos como trauma o artritis, dermatológicos)

Prescripciones médicas

Condiciones clave

(completar al término de la historia)

- Embarazo
- VIH positivo
- Hepatitis C positivo
- Infección de Hepatitis B crónica
- Enfermedad del hígado
- Enfermedad cardiovascular
- Enfermedad respiratoria
- Enfermedad renal
- Dolor crónico
- Alergias a drogas
- Uso de anticonceptivos

7. Conductas de riesgo de infecciones

Frecuencia de uso compartido de jeringas, en los últimos tres meses (por día, semana o mes).

Uso de blanqueador (cloro) para limpiar las jeringas, antes de su uso (siempre, algunas veces, nunca, no reutiliza jeringas).

Jeringas compartidas con otros usuarios, en los últimos tres meses.

Número de parejas sexuales, en los últimos tres meses.

Número de veces en que la aguja fue utilizada antes de compartir.

Número de veces en que la aguja fue utilizada después de compartir.

Número de parejas con las cuales no utilizó protección durante la penetración, en los últimos tres meses.

8. Historia psiquiátrica

- Depresión
- Ansiedad
- Manía
- Psicosis
- Intento suicida
- Tratamiento psiquiátrico previo

Especificar

9. Historia familiar

- Trastornos psiquiátricos
- Problemas médicos
- Problemas con el uso de alcohol
- Problemas con las relaciones familiares
- Violencia intrafamiliar

Especificar

10. Historia personal y social

Factores de estrés cotidiano (pérdidas, problemas con las relaciones interpersonales, problemas económicos, problemas legales, desempleo o problemas de vivienda)

Eventos de vida significativos

- Historia de abuso
- Pérdidas u otros significativos
- Otros eventos traumáticos

Situaciones sociales actuales o relaciones significativas

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Soltero | <input type="checkbox"/> Está separado de sus hijos | <input type="checkbox"/> Tiene familiares de apoyo |
| <input type="checkbox"/> Casado o en una relación | <input type="checkbox"/> Tiene hijos dependientes de él/ella | <input type="checkbox"/> Padres abusivos |
| <input type="checkbox"/> Separado o divorciado | <input type="checkbox"/> Tiene amigos de apoyo | <input type="checkbox"/> Vive con otros adictos |

Formación profesional y habilidades

Ingreso y empleo

Historia legal

- Cargos actuales
- Reclusión previa
- Sentencia asignada

11. Exploración psicológica

Apariencia general y comportamiento (atuendo, higiene, movimientos como agitación o letargo, discurso, actitud ante la exploración)

Afectos y estado de ánimo (calidad del afecto, fluctuaciones, adecuación; estado de ánimo)

Pensamiento (tiempo, forma, contenido, ideación suicida, ideación homicida)

Percepciones (alucinaciones, ilusiones, distorsión perceptual)

Cognición (orientación, memoria, atención, concentración)

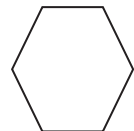
Insight

12. Examen médico

Presión sanguínea	Pulso	Temperatura	Peso
-------------------	-------	-------------	------

Cabeza y cuello

Abdomen



Cardiovascular

Ganglios linfáticos

Respiratorio

Sistema Nervioso Central

Periférico

Evidencia de uso de drogas inyectadas (indique dónde)

- Marcas de jeringas _____
- Lesiones en las venas _____
- Flebitis _____

Evidencia de intoxicación

Opioides (puntos pupilares, sedación, presión sanguínea baja, pulso bajo, picazón/hormigueo/rascaduras)

Benzodiazepinas (dificultad para hablar, ataxia, sedación, nistagmos, baja presión sanguínea, babeo, desinhibición)

Anfetaminas (hiperactividad, desinhibición, presión sanguínea alta, temblor, taquicardia)

Alcohol (ataxia, dificultad para hablar, presión sanguínea baja, olor a alcohol)

Evidencia de abstinencia de opioides

Historia (tensión muscular/dolor, dolores de huesos, moretones, náusea, problemas para dormir, cuerpo frío, escalofríos, moretones abdominales, palpitaciones)

Durante el examen (lagrimeo, rinorrea, bostezos, carne de gallina, piloerección, sudoración, dilatación pupilar, presión sanguínea y pulso elevados, vómito, diarrea, espasmos musculares, nerviosismo)

13. Evidencia de dependencia a los opioides

<input type="checkbox"/> Tolerancia	
<input type="checkbox"/> Síndrome de abstinencia	
<input type="checkbox"/> Uso de opioides en grandes cantidades o por periodos prolongados, más allá de lo esperado	
<input type="checkbox"/> Deseo persistente o intentos fallidos para reducir el uso de opioides	
<input type="checkbox"/> Mucho tiempo dedicado para obtener, usar y recuperarse por el uso de opioides	
<input type="checkbox"/> Actividades sociales, ocupacionales y de ocio reducidas por el uso de opioides	
<input type="checkbox"/> El uso de opiáceos continúa a pesar de conocer los efectos físicos exacerbados o tener problemas psicológicos	

14. Plan de tratamiento

Conveniencia para el tratamiento de mantenimiento con metadona

<input type="checkbox"/> Dependencia a opioides	
<input type="checkbox"/> No hay dependencia primaria a otra droga	
<input type="checkbox"/> Tiene 16 años o más	
<input type="checkbox"/> Es competente para dar su consentimiento	

<input type="checkbox"/> Está apto para el tratamiento de mantenimiento con metadona
<input type="checkbox"/> No es apto para el tratamiento de mantenimiento con metadona. Plan de tratamiento alternativo:

Otros estudios

- Prueba de orina para opioides
- Serología hepática
- Prueba de VIH
- Prueba de función hepática

.....

.....

.....

.....

Información proporcionada al paciente

- Objetivo del tratamiento
- Efectos de la metadona

Precauciones

- Sobredosis
- Uso de vehículos

Responsabilidades de rutina del paciente

- Citas
- Reporte de uso de otras drogas
- Reporte de síntomas de abstinencia
- Proporcionar muestras de orina
- Asistir a consejería/psicoterapia
- Consecuencias por incumplimiento

Motivos de baja del tratamiento

- Violencia
- Alteración de la dosis
- No tomar la dosis
- Venta de la droga

Otros

- Servicio de apoyo disponible
- Proceso de revisión y apelación
- Reducción del comportamiento de riesgo infeccioso

Plan de tratamiento inicial Mantenimiento con metadona

Fecha de inicio y dosis

Plan de seguimiento temprano

Estrategias de reducción del daño

Plan para el manejo del caso

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Lista de verificación

- Información impresa proporcionada
- Consentimiento informado para el tratamiento
- Carta de consentimiento para firma
- Aplicación de pruebas para la prescripción
- Descripción física documentada
- Hoja de tratamiento con las instrucciones y prescripción médica

12. Convenio de tratamiento

Condiciones para el tratamiento con metadona

Uso de la droga

Los pacientes trabajarán con los profesionales de salud y el encargado del caso para realizar los cambios de vida necesarios para cesar el uso de opiáceos y otras drogas ilegales, incluyendo el abuso de drogas legales.

Comportamiento

Los pacientes deben contribuir a mantener un ambiente seguro para los profesionales de la salud y de otros pacientes, al no ser tratados con violencia física y verbal, sin dañar la propiedad y manteniendo el ambiente libre de humo de cigarro y de la presencia de animales.

Los pacientes no participarán en disturbios en los alrededores de la clínica. Además, no permanecerán más tiempo de lo establecido, conforme a las citas.

Los pacientes cooperarán con el equipo de trabajo o deberán informar de forma clara y precisa sobre su deseo de no participar.

Los pacientes no ofrecerán, venderán drogas o distribuirán la metadona además de no consumir en el entorno cercano a la clínica.

Citas/reglas del servicio

- ✓ Los pacientes se apegarán a las reglas del programa de metadona del que son parte.
- ✓ Los pacientes procurarán asistir a sus citas como le sean asignadas o informarán al trabajador si necesitan cancelar.
- ✓ Los pacientes proveerán muestras de orina como les sean solicitadas.
- ✓ Los pacientes aceptan la dosis de metadona asignada.

Dosis de consumo externo

Es responsabilidad del cliente adherirse a las políticas y conocimiento del mal uso del medicamento para uso externo, pues esto podría resultar en la revocación de este privilegio.

El medicamento para uso externo no es un privilegio para todos los pacientes en tratamiento. Deberá ser proporcionado a consideración del que la prescribe, con fundamento en la necesidad, conveniencia y estabilidad del cliente. Es ilegal ofrecer o vender estas dosis.

Derechos del paciente

El paciente tiene derecho a:

- Recibir el cuidado de la salud con consideración y respeto, sin prejuicios o discriminación, reconociendo de este modo su dignidad personal en todo momento.
- Estar seguro de que se respetará su privacidad en la entrevista y en la exploración, y que, ante cualquier discusión o consulta, será manejado con discreción y confidencialidad.
- Ser informado por los clínicos de forma clara, en términos concisos que pueda entender. Recibir información completa y al día relacionada con su condición –incluyendo el tratamiento, pronóstico, riesgos, efectos secundarios o posteriores y cualquier tratamiento alternativo o procedimientos.
- Recibir información adecuada para estar en condiciones de dar el consentimiento informado para el tratamiento y los procedimientos.
- Rechazar los servicios de residente y a no participar en una investigación si no lo desea.
- Recibir el servicio de un intérprete entrenado, si así lo requiere.
- Conocer la identidad, estatus profesional y aptitudes de quienes le provean el cuidado y a saber qué persona es la responsable primaria de su cuidado.
- Buscar cuidado de la salud alternativo o una segunda opinión; rechazar el tratamiento o retirar su consentimiento en cualquier momento, en la medida que lo marque la ley.
- Esperar seguridad razonable en ambos entornos y prácticas y, buscar apoyo legal si se percibe daño ocurrido como resultado de negligencia del servicio.
- Nombrar a un miembro de la familia, amigo o abogado para participar en las decisiones relacionadas con su cuidado de la salud.

Los pacientes no podrán ofrecer o vender la dosis.

Los pacientes no se inyectarán las dosis.

Los pacientes se asegurarán que las dosis de metadona de uso externo son guardadas con seguridad, de tal manera que no sean accesibles a niños u otras personas vulnerables.

Prueba de orina

Se requerirá a los pacientes que proporcionen al azar una muestra de orina, conforme al criterio del equipo de trabajo. Si las personas no están en condiciones de brindar la muestra, deberá ser proporcionada al siguiente día de la dosificación.

Planes de tratamiento

Todos los pacientes participarán en el desarrollo de un Plan de Tratamiento que es elaborado en colaboración con el que médico que prescribe, quien maneja el caso. Ese plan fijará los objetivos a corto, mediano y largo plazos para el tratamiento. Este plan incluirá el progreso de salud, asuntos relacionados con el estilo de vida, necesidades educacionales y de entrenamiento, y el involucramiento de la familia.

- Recibir información y asesoría relacionada con el tratamiento, antes del mismo.
- Quejarse y ser informado sobre los procesos de presentación de quejas.

Proveedor del servicio/Responsabilidad clínica

Éstas son las responsabilidades del equipo de trabajo con el paciente:

- Obtener consentimiento informado para el tratamiento de metadona del paciente previo a que él o ella inicie el tratamiento.
- Desarrollar y documentar el Plan de Tratamiento en colaboración con el paciente siguiendo los puntos iniciales.
- Desarrollar un Plan de Tratamiento más detallado en colaboración con el paciente después de 4 semanas en tratamiento y revisar el plan al menos cada tres meses.
- Proveer un cuidado competente.
- Tratar al paciente con dignidad, respeto y cortesía.
- Proveer servicios libres de abuso físico o mental, coacción, acoso y discriminación.
- Proveer servicios que tomen en cuenta las necesidades culturales, religiosas, sociales y étnicas, valores y creencias de los clientes.
- Identificar y mencionar cualquier barrera que el paciente pueda tener para la participación informada del tratamiento con metadona, tales como: literatura, intoxicación y riesgos.
- Proveer dosis de uso externo sólo después de una valoración cuidadosa de la estabilidad y la seguridad del paciente.
- Proveer educación sobre el riesgo de sobredosis, particularmente del riesgo de combinación con otras drogas (incluyendo el alcohol) con metadona y las estrategias para evitar y manejar la sobredosis.
- Proveer información y estrategias para mejorar las capacidades del paciente para abandonar la metadona.

- Ayudar en el derecho del paciente para presentar quejas y lograr la resolución de conflictos al:
- Proporcionar a todos los pacientes la información sobre el acceso a procedimientos para el manejo de quejas y resolución de conflictos.
- Estar familiarizado con los procedimientos de quejas y mejores prácticas para el manejo de quejas.
- Un clínico experimentado será quien revise el progreso del tratamiento de todos los pacientes, al menos cuatro veces al año.

Los clientes que no cumplan con las condiciones del tratamiento con metadona serán sujetos a evaluación para su permanencia

Las siguientes acciones serán tomadas de forma secuencial cuando el cliente no cumpla con las condiciones del tratamiento:

1. Se les dará una advertencia formal.
2. Se realizarán cambios en las condiciones del tratamiento, incluyendo la suspensión de las dosis de uso externo y el requerimiento para atender a citas con mayor frecuencia.
3. Transferir a una mayor supervisión para los ajustes convenientes al tratamiento.

4 Suspensión del tratamiento:

Ciertas acciones como violencia o intento de violencia dirigida al personal que labora en la clínica o hacia otros pacientes, daño a la propiedad o robo de metadona, venta de drogas dentro de la clínica o a sus alrededores, o bien el mal uso de la metadona, serán motivos inmediatos para la suspensión del tratamiento con metadona.

Cliente

Entiendo los derechos y responsabilidades mencionadas en este acuerdo y he recibido la siguiente información:

- Información correspondiente al Tratamiento de sustitución con metadona.
- Información para el paciente.

Entiendo que este acuerdo es provisional y que será completado después de cuatro semanas de tratamiento.

Firma :

Fecha:

Personal clínico

Entiendo los derechos y responsabilidades mencionados en este acuerdo y he proporcionado la siguiente información:

- Información correspondiente al Tratamiento de sustitución con metadona.
- Información para el paciente.

Firma :

Fecha:

Se anexa plan de tratamiento: Sí No

13. Formato de evaluación de pertinencia de distribución de metadona para consumo externo

Identificación del paciente: _____ Fecha: _____

Prescripción referida: _____

Notas:

1. La pertinencia de distribución de metadona para uso externo, deberá ser evaluada en cada revisión.
2. La guía de interpretación para estos criterios se encuentra disponible en la Guía clínica para el tratamiento con metadona.

Todos los que prescriban deberán completar el Apartado Uno de este formato al inicio del tratamiento y en cada revisión del mismo.

El Apartado Dos de este formato es recomendado si el nivel de riesgo presentado por el paciente es medio (ver la explicación a continuación).

Nivel de riesgo	Explicación
Alto	Si la respuesta es “Sí, en los últimos 3 meses” en cualquiera de las preguntas del Apartado Uno o es inexperto en el manejo de metadona para uso externo, la lista de verificación del Apartado Dos deberá ser completada.
Medio	Si la respuesta es “Sí, en los últimos 12 meses” en cualquiera de las preguntas del Apartado Uno, se recomienda la lista de verificación del Apartado Dos.
Bajo	Si la respuesta es “No” para todas las preguntas del Apartado Uno y: <ul style="list-style-type: none"> • Hay reportes favorables recientes sobre los puntos de dosificación. • Sólo se han provisto dosis individuales de metadona para uso externo (2 o 3 por semana). • La dosis del paciente es de rango bajo (<100 mg). • El paciente tiene empleo regular, educación o responsabilidades familiares. Un menor escrutinio es necesario, pero las dosis de uso externo deberán ser siempre prescritas con precaución.

Preguntas del Apartado Uno	Sí, en los últimos 3 meses	Sí, en los últimos 12 meses	No	Comentarios
¿El paciente es nuevo en el tratamiento?				
¿Existe evidencia de uso de drogas ilegales (marcas de uso, toxicología de orina, intoxicación)?				
¿Habilidades parentales comprometidas?				
¿Problemas legales?				
Uso de dosis altas (>150 mg diarios) o más de 4 dosis de uso externo por semana?				
¿Comportamiento caótico o autodestructivo?				
Si la respuesta es Sí en cualquiera de las respuestas en los últimos 3 meses, deberá completarse el Apartado Dos.				
Si la respuesta es Sí en cualquiera de las respuestas en los últimos 12 meses, se recomienda el Apartado Dos.				

Apartado Dos	Sí	No	Comentarios
Contraindicaciones para el suministro de dosis para uso externo			
Intoxicación repetida al presentarse por la dosis			
Preocupación de los padres			
Presenta comportamiento impredecible o caótico			
Que sea evaluado con riesgo alto de autoagresión			
Uso peligroso de drogas incluido el alcohol y benzodiazepinas			
Si la respuesta es "Sí" en cualquiera de las anteriores, la dosis de uso externo no debe ser proporcionada. La decisión puede ser valorada en cada visita médica para determinar si la elegibilidad del paciente ha cambiado.			
Uso de la droga	Sí	No	Comentarios
El paciente ha modificado la dosis en los últimos 3 meses			
Hay evidencia de uso continuo de drogas ilegales en los últimos 3 meses (prueba de orina, inyección)			
Si la respuesta es "Sí" en cualquiera de las anteriores, se deberá recurrir al criterio médico para determinar la pertinencia de la dosis de metadona para uso externo.			
Estabilidad psicosocial	Sí	No	Comentarios
El paciente asiste a su cita clínica y cumple con el tratamiento			
El paciente demuestra comportamiento aceptable (no agresivo)			
El paciente muestra evidencia de actividad laboral/educativa/familiar			
El paciente reporta condiciones de vivienda estables			
Salud mental y física estable			
Si la respuesta es "No" en cualquiera de las preguntas anteriores, se deberá recurrir al criterio médico para determinar la pertinencia de la dosis de uso externo.			
Problemas de acceso (se deberá mencionar la evidencia)	Sí	No	Comentarios
¿Los compromisos laborales, académicos y parentales o las dificultades de traslado interfieren con la asistencia diaria al lugar de la dosificación?			
Los problemas para el acceso son razones insuficientes para prescribir las dosis de uso externo, aunque contribuyan en la determinación de la frecuencia de las dosis.			
Hijos en riesgo o daño: deberá ser completado si existen hijos de 0 a 16 años que vivan en la misma casa	Sí	No	Comentarios
¿Hay algunas observaciones que haya hecho en los últimos tres meses que indiquen que la parentalidad se encuentra comprometida?			
¿Se ha evaluado a los hijos que residen con el paciente, en los últimos tres meses?			

Declaración de seguridad para los hijos

He informado al paciente sobre los requerimientos para mantener sus medicamentos en un recipiente cerrado, guardado bajo llave y alejado del alcance de los hijos. He referido que el medicamento es peligroso, particularmente si es ingerido por niños.

Firma del que prescribe:

Fecha:

14. Recomendaciones para el médico si el paciente pierde, vomita u omite una dosis

A continuación se describe cómo los médicos deben administrar una dosis omitida, perdida o vomitada. Cuando existe incertidumbre acerca si una dosis había sido perdida, vomitada u omitida, es importante recordar que el riesgo de muerte por sobredosis es mucho mayor que el riesgo de afectación por los síntomas de abstinencia. En este sentido, es esencial una comunicación efectiva y colaboración entre el médico y el usuario. Hay que recordar que la disminución de la tolerancia a la metadona requiere un manejo cuidadoso de las dosis faltantes ya que un mal ajuste de la dosis puede ocasionar muerte por sobredosis.

Recomendaciones:

1. Las dosis vomitadas sin testigos no deben ser reemplazadas, a menos que existan signos y síntomas de abstinencia.
2. Las dosis vomitadas, perdidas u omitidas deben ser registradas en el expediente médico del paciente.
3. Si el paciente pierde 1 dosis y asiste al día siguiente, no es necesario un cambio en la dosis o la prescripción, pero debe ser considerada.
4. Si el paciente pierde 2 dosis consecutivas, se debe cancelar la receta o provisión y dar una nueva, indicando una reducción de 25% en la dosis.
5. Si el paciente pierde 2 de cada 7 dosis de manera no consecutiva, el paciente debe ser reevaluado por el médico.
6. Si el paciente pierde 3 o más dosis, la receta o provisión debe ser cancelada y el paciente debe ser reevaluado por el médico para considerar la reducción de la dosis por lo menos en 50% o el reinicio del esquema farmacológico de metadona.
7. Las dosis de reemplazo se deben dar sólo si se presencié la ingestión.
8. Si el paciente tiene vomito después de tomar la metadona, el médico no debe sustituir la dosis, a menos que el vómito haya sido presenciado por personal de salud u otro testigo confiable, y si se produjo dentro de los primeros 15 minutos después de la ingesta. La dosis de reemplazo no debe ser más de 50% de la dosis regular.
9. Debe existir una comunicación efectiva entre el médico y el usuario por todas las dosis perdidas, independientemente de la causa, duración o número así como su registro en el expediente clínico.

Referencia bibliográfica

College of Physicians & Surgeons of Alberta (2014). Alberta Standards & Guidelines for Methadone Maintenance Treatment for Dependence Alberta, Canadá.

15. Consideraciones para el usuario de metadona

- **¿Por qué hay que tomar siempre la metadona a la misma hora?**

Para mantener niveles estables de metadona en la sangre.

- **¿Por qué a veces se toma la metadona en una sola dosis y otras veces en dos?**

Por su vida media larga es suficiente tomarla en una sola dosis, pero cuando estamos tomando algún tratamiento médico como antirretrovirales, que hacen que la metadona se elimine más rápidamente, el médico indica la dosis de metadona en dos mitades que se toman, una por la mañana, y otra por la tarde-noche, siempre a la misma hora.

- **¿En qué condiciones alimenticias hay que tomar la metadona?**

No hay ninguna recomendación especial sobre si hay que tomarla con el estómago lleno o vacío, salvo que exista algún problema a nivel gastrointestinal que recomiende tomarla de una determinada manera. Hay personas que si la toman con el estómago vacío vomitan.

- **¿Qué hacer si se me olvida una dosis?**

Si nos retrasamos en la toma unas horas, la tomaremos cuando nos demos cuenta e intentaremos recuperar el horario anterior. Si se nos olvida una dosis y ya está cerca la toma de la siguiente dosis lo mejor es esperar para no cambiar el horario.

- **¿Qué hacer si por error me tomo dos dosis en un mismo día?**

Decírselo a algún familiar o amigo para que vigile si aparece somnolencia o dificultades para respirar, y en este caso acudir a un hospital.

- **¿Qué hacer si una persona por error se toma mis dosis?**

Debemos custodiar las dosis de manera adecuada para evitar que este tipo de accidentes ocurran. Una persona que no esté habituada a tomar metadona puede tener consecuencias muy graves, incluyendo la muerte.

- **¿Qué hago si vomito después de tomar la dosis de metadona?**

Si ha transcurrido más de 15 minutos desde la toma, la metadona ya se ha absorbido y no habría que tomarla más. Si vomitó dentro de los primeros 15 minutos la toma de metadona habría que tomar otra dosis.

- **¿Qué pasa si tomo metadona estando embarazada?**

El embarazo es un criterio de urgencia para ingresar en un programa de metadona. Esto es debido a que el feto sufre cuando la madre tiene el síndrome abstinencia a opiáceos (SAO). Durante el embarazo es conveniente mantener la dosis de metadona. En algunos casos será necesario aumentarla, sobre todo después del segundo trimestre, debido a los cambios fisiológicos propios de la gestación como el aumento de peso de la madre. Aunque no está demostrado que sea un tratamiento inocuo para el feto, es el más seguro. Es importante saber que según nazca el niño debe ser atendido en un hospital ya que presentará SAO.

- **Si me para la policía y llevo metadona ¿puedo tener algún problema?**

Es necesario que conserves una copia de tu receta médica.

- **¿Se puede llamar por teléfono si hay alguna duda sobre la toma de la metadona?**

Si tienes alguna duda sobre la toma de metadona, puedes llamar al teléfono del centro especializado donde llevas tu tratamiento.

16. Referencias bibliográficas

1. Introducción

- Bucardo, J., Brouwer, K.C., Magis-Rodríguez, C., Ramos, R., Fraga, M., Pérez, S.G., et al. (2005). Historical trends in the production and consumption of illicit drugs in Mexico: implications for the prevention of blood borne infections. *Drug Alcohol Depend*; 79(3):281-93.
- Centro de Integración Juvenil, Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el sida, Comisión de Salud Fronteriza México-Estados Unidos, Consejo Nacional Contra las Adicciones, Dirección General de Coordinación y Desarrollo contra las Adicciones, Dirección General de Epidemiología, Dirección General Técnica en Adicciones y Salud Mental, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. (2003). *El consumo de Drogas inyectadas y la Epidemia de VIH/sida en México. Un problema de Salud Pública. Documento de Posición*. México.
- Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el sida, Dirección de Atención Integral. (2015). *Cascada de atención por poblaciones clave*. Julio, México.
- Censida. (2008). *Manual para la prevención del VIH/sida en usuarios de drogas inyectadas* México, Censida. Disponible en: http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/biblioteca/manual_udi2008.pdf
- Conadic. (2003). *El consumo de drogas inyectadas y la epidemia del VIH/sida en México. Un problema de salud pública. Documento de posición*. México, Conadic. Disponible en: http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/udi/udi_doc_psi03-09.pdf
- De la Fuente, L., Bravo, M.J., Toro, C., Brugal, M.T., Barrio, G., Soriano, V., et al. (2006). Injecting and HIV prevalence among young heroin users in three Spanish cities and their association with the delayed implementation of harm reduction programmes. *J Epidemiol Community Health*; 60:537-542.
- Emmanuelli, J., Desenclos, J.S. (2005). Harm reduction interventions, behaviours and associated health outcomes in France, 1996-2003. *Addiction*; 100:1690-1700.
- Gurney, K. (2015). Producción de amapola en México abastece la creciente demanda de heroína en México. In SightCrime. Crimen organizado en las Américas. Open Society Foundations. Jueves 12 Febrero. Disponible en: <http://es.insightcrime.org/analisis/produccion-de-amapola-en-mexico-abastece-la-creciente-demanda-de-heroina-en-estados-unidos>
- IGIA. (2000). *Gestionado las drogas. Conferencia de consenso sobre reducción de daños relacionados con las drogas: cooperación e interdisciplinariedad*. Barcelona, España: Ed. IGIA.
- Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; Instituto Nacional de Salud Pública; Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Adicciones 2011: Reporte de Drogas. Villatoro-Velázquez JA, Medina-Mora ME, Fleiz-Bautista C, Téllez-Rojo MM, Mendoza-Alvarado LR, Romero-Martínez M, Gutiérrez-Reyes JP, Castro-Tinoco M, Hernández-Ávila M, Tena-Tamayo C, Alvear Sevilla C y Guisa-Cruz V. México DF, México: INPRFM; 2012. Disponible en: www.inprf.gob.mx, www.conadic.gob.mx, www.cenadic.salud.gob.mx, www.insp.mx
- Kerr, T.I., Tyndall, M.W., Lai, C., Montaner, S.J., Wood, E. (2006). Drug-related overdoses within a medically supervised safer injection facility. *International Journal of Drug Policy*; 17:436-441.
- Kleber, H.D. (2008). Methadone maintenance 4 decades later: thousands of lives saved but still controversial. *JAMA*; 300:2303-2305.
- Logan, D., Marlatt, A. (2010). Harm reduction therapy: a practice-friendly review of research. *J Clin Psychol*; 66(2):201-214.
- Magis-Rodríguez, C. (2000). Uso de drogas inyectadas y VIH/SIDA en dos cárceles de la frontera norte de México. Forum 2000. I Fórum e II Conferência de Cooperación Técnica Horizontal de América Latina e do Caribe em HIV/Aids e DST. Brasil; II:223.

- Magis-Rodríguez, C., Marques, L.F., Touzé, G. (2002). HIV and injection drug use in Latin America. *AIDS*; 16(suppl 3):34-41.
- Marlatt, G.A. (1996). Harm reduction: come as you are. *Addict Behav*; 21(6):770-788.
- Marlatt, G.A. (1998). Highlight of harm reduction. A personal report from the first national harm reduction conference in the United States. En: Marlatt GA: *Harm reduction: pragmatic strategies for managing high-risk behaviors*. New York: Ed. Guildford Press.
- Mathers, B.M., Degenhardt, L., Bucello, C., Lemon, J., Wiessing, L., Hickman, M. (2013). Mortality among people who inject drugs: a systematic review and meta-analysis. *Bull World Health Organ*; 91:102-123.
- Organización de los Estados Americanos, Secretaría de Seguridad Multidimensional, Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas. *Informe sobre Uso de Drogas en las Américas 2015*. Washington, D.C.
- Romero, M., Magis-Rodríguez, C. (2016). *¿Qué sabemos y qué necesitamos para el tratamiento sustitutivo de metadona en México?* En prensa.
- Romero, M., Magis-Rodríguez, C., Bravo, E., Villatoro, J. (2016). *Trayectoria de dos epidemias: hombres y mujeres que consumen heroína en México*. En prensa.
- Secretaría de Salud, Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/sida, Consejo Nacional contra las Adicciones. (2008). *Manual para la Prevención del VIH/sida en usuarios de drogas inyectadas*. México.
- Secretaría de Salud, Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el sida. (2014). *Informe Nacional de Avances en la Respuesta al VIH y el sida*. México.
- Stratdhee, S., Pollini, R.A. (2007). A 21st century Lazarus: the role of safer injection sites in harm reduction and recovery. *Addiction*; 102:848-849.
- Strathdee, S., Vlahov, D. (2001). The effectiveness of needle exchange programs. A review of the science and policy. *AIDScience*; 1:1-13.
- United Nations Office on Drugs and Crime. (2016). *World Drug Report 2016* (United Nations publication, Sales No. E.16.XI.7).
- Wodak, A., Cooney, A. (2006). Do needle syringe programs reduce HIV infection among injecting drug users: a comprehensive review of the international evidence. *Subst Use Misuse*; 41:777-813.
- Wood, E., Tyndal, M.W., Zhang, R., Montaner, J.S., Kerr, T. (2007). Rate of detoxification service use and its impact among a cohort of supervised injecting facility users. *Addiction*; 102:916-919.
- Wu, Z., Clark, N. (2013). Scaling up opioid dependence treatment in low-and middle-income settings. *Bull World Health Organ*; 91:82-82A.

2. Método

- Andrews, J., Guyatt, G., Oxman, A.D., Alderson, P., Dahm, P., Falck-Ytter, Y., et al. (2013). GRADE guidelines: 14. Going from evidence to recommendations: the significance and presentation of recommendations. *J Clin Epidemiol*; 66(7):719-25. doi:10.1016/j.jclinepi.2012.03.013
- Atkins, D., Best, D., Briss, P., Eccles, M., Falck-Ytter, Y., Flottorp, S. (2004). Grading quality of evidence and strength of recommendations. The GRADE Working Group. *BMJ*, June; 328(7454):1490.
- Balshem, H., Helfand, M., Schünemann, H.J., Oxman, A.D., Kunz, R., Brozek, J., et al. (2011). GRADE guidelines: 3. Rating the quality of evidence. *J Clin Epidemiol*; 64(4):401-6. doi:10.1016/j.jclinepi.2010.07.015
- Guyatt, G.H., Oxman, A.D., Kunz, R., Atkins, D., Brozek, J., Vist, G., et al. (2011). GRADE guidelines: 2. Framing the question and deciding on important outcomes. *J Clin Epidemiol*; 64(4):395-400. doi:10.1016/j.jclinepi.2010.09.012
- Guyatt, G.H., Oxman, A.D., Kunz, R., Falck-Ytter, Y., Vist, G.E., Liberati, A., et al. (2008). Going from evidence to recommendations. *BMJ*; 336(7652):1049-51. doi:10.1136/bmj.39493.646875.AE
- Guyatt, G., Oxman, A.D., Akl, E.A., Kunz, R., Vist, G., Brozek, J., et al. (2011). GRADE guidelines: 1. Introduction-GRADE evidence profiles and summary of findings tables. *J Clin Epidemiol*; 64(4):383-94. doi:10.1016/j.jclinepi.2010.04.026

3. Evaluación y diagnóstico de los trastornos por uso de heroína

- Alberta Methadone Maintenance Treatment. *Standards and Guidelines for Dependence*. (2014). College of Physicians and Surgeons of Alberta. Canada.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed). Washington, D.C: American Psychiatric Press.
- Atkinson, M.J., Sinha, A., Hass, S.L., Colman, S.S., Kumar, R.N., Brod, M., et al. (2004). Validation of a general measure of treatment satisfaction, the Treatment Satisfaction Questionnaire for Medication (TSQM), using a national panel study of chronic disease. *Health Qual Life Outcomes*; 2:1-13.
- Barbosa-Leiker, C., McPherson, S., Mamey, M.R., Burns, G.L., Roll, J. (2014). Psychometric properties of the adjective rating scale for withdrawal across treatment groups, gender, and over time. *J Subst Abuse Treat*. Feb; 46(2):251-6. doi:10.1016/j.jsat.2013.08.020.
- Becerra, B., Ortega-Soto, H.A., Torner, C. (1992). Validez y reproductibilidad del examen cognoscitivo breve (Mini-mental State Examination) en una entidad de ciudades especiales de un hospital psiquiátrico. *Salud Mental*; 15(4):41-45).
- Becerra, M., Calleja, J., Lozano, M.E., Sosa, A.L., Trujillo de los Santos, Z. (2010). *Guía de Consulta para el Médico de Primer Nivel de Atención. Alteraciones de la Memoria en la Persona Adulta Mayor*. Programa Nacional de Atención al Envejecimiento. Secretaría de Salud. México.
- Bickel, W.K., Stitzer, M.I., Bigelow, G.E., Liebson, I.A., Rasinki, D.R., Johnson, R.E. (1988). A clinical trial of buprenorphine: Comparison with methadone in the detoxification of heroin addicts. *Clin Pharmacol Ther*; 43:72-78.
- Bobes, J., Bascarán, M.T., Bobes-Bascarán, T., Carballo, J.L., Díaz, E.M., Flórez, G., et al. (2007). Valoración de la gravedad de la adicción: Aplicación a la gestión clínica y monitorización de los tratamientos. España: *Socidrogalcohol*, Ed. Oviedo.
- Brogly, S., Mercier, C., Bruneau, J., Palepu, A., Franco, E. (2003). Towards more effective public health programming for injection drug users: Development and evaluation of the Injection Drug User Quality of Life Scale. *Subst Use Misuse*; 38:965-992.
- Brown, B.S., O'Grady, K.E., Battjes, R.J., Katz, E.C. (2004). The Community Assessment Inventory--client views of supports to drug abuse treatment. *J Subst Abuse Treat*. Oct; 27(3):241-51.
- CASAA Research Division. Inventario Sobre las Consecuencias del Uso de Drogas (InDUC-2L). Disponible en: [http://casaa.unm.edu/inst/InDUC-2L%20\(Spanish\).pdf](http://casaa.unm.edu/inst/InDUC-2L%20(Spanish).pdf)
- Cacciola, J.S., Alterman, A.I., DePhillippis, D., Drapkin, M.L., Valadez, C. Jr., Fala, N.C., et al. (2013). Development and initial evaluation of the Brief Addiction Monitor (BAM). *J Subst Abuse Treat*. Mar; 44(3):256-63. doi: 10.1016/j.jsat.2012.07.013.
- Caraveo, A.J., Martínez, N., Rivera, E. (1998). Un modelo para estudios epidemiológicos sobre la salud mental y la morbilidad psiquiátrica. *Salud Mental*; 21(1):48-57.
- Center for Substance Abuse Treatment. (2005). *Medication-Assisted Treatment for Opioid Addiction in Opioid Treatment Programs. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 43*. HHS Publication No. (SMA) 12-4214. Rockville, MD: Subst Abuse and Mental Health Services Administration.
- Chang, C.W., Huang, C.W., Wu, W.H., Wang, B.E., Liu, Y.L., Shen, H.C., et al. (2011). Psychometric properties of the Chinese craving beliefs questionnaire for heroin abusers in methadone treatment. *BMC Psychiatry*. Mar 9; 11:39. doi:10.1186/1471-244X-11-39.
- Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y problemas relacionados con la salud. 10a. Revisión (CIE 10) (1995). Washington, D.C: Organización Panamericana de la Salud.
- Community Pharmacotherapy Program. (2014). Community Program for Opioid Pharmacotherapy (CPOP). Use of Methadone and Buprenorphine. In Western Australian Alcohol and Drug Authority (WAADA Ed.), (3rd ed.).
- Conner, K.R., Ross, M.E., Baciewicz, G., Sworts, L.M., Meldrum, S.C. (2009). Reliability of the Lifetime Inventory of Drug Use Consequences (INDUC) in methadone maintenance patients. *J Psychoactive Drugs*. Mar; 41(1):93-8.
- Darke, S., Hall, W., Wodak, A., Heather, N., Ward, J. (1992). Development and validation of a multi-dimensional instrument for assessing outcome of treatment among opiate users: the Opiate Treatment Index. *Br J Addict*; 87: 733-742.

- Day, E., Best, D., Cantillano, V., Gaston, R.L., Nambamali, A., Keaney, F. (2008). Measuring the use and career histories of drug users in treatment: reliability of the Lifetime Drug Use History (LDUH) and its data yield relative to clinical case notes. *Drug Alcohol Rev.* Mar; 27(2):171-7. doi: 10.1080/09595230701829504.
- Feelemeyer, J.P. (2014). Changes in quality of life (WHOQOL-BREF) and addiction severity index (ASI) among participants in opioid substitution treatment (OST) in low and middle income countries: an international systematic review. *Drug Alcohol Depend*; 134:251-8. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2013.10.011.
- Fernández, J., Arias, F., Castillo, C., Roncero, C., Rovira, M., Secades, R. (2008). *Opiáceos. Guías Clínicas Socidrogalcohol basadas en la evidencia científica*. Valencia, España: Socidrogalcohol.
- Ford, C., Halliday, K., Lawson, E., Browne, E., Modern, N., Lowe, C., et al. (2011). *Guidance for the use of substitute prescribing in the treatment of opioid dependence in primary care*. Reino Unido: RCGP Drug & Alcohol Misuse Training Programme RCGP Sex, Drugs and HIV Task Group. Royal College of General Practitioners.
- Goldberg, D.P., Hillier, V.F. (1979). A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychol Med*; 9:139-145.
- González-Saiz, F., Lozano, O.M., Ballesta, R., Silva, T., Brugal, M.T., Bilbao, I., et al. (2008). Validity of the Severity of Dependence Scale (SDS) construct applying the item response theory to a non-clinical sample of heroin users. *Subst Use Misuse*; 43(7):919-35. doi: 10.1080/10826080701801543.
- González-Saiz, F., García-Valderrama, T. (2012). The Opiate Treatment Index (OTI) clinical interview: New evidence of its reliability and validity. *Heroin Addict Relat Clin Probl*; 14(2):19-34.
- Gossop, M. (1990). The development of a short opiate withdrawal (sows) scale. *Addict Behav*; 15:487-490. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/030646039090036W>
- Gossop, M., Darke, S., Griffiths, P., Hando, J., Powis, B., Hall, W., et al. (1995). The Severity of Dependence Scale (SDS): psychometric properties of the SDS in English and Australian samples of heroin, cocaine and amphetamine users. *Addiction*; 90:607-614.
- Handelsman, L., Cochrane, K.J., Aronson, M.J., Ness, R., Rubinstein, K.J., Kanof, P.D. (1987). Two new rating scales for opiate withdrawal. *Am J Drug Alcohol Abuse*; 13(3):293-308.
- Hasin, D., Trautman, K., Endicott, J. (1996). Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders (PRISM): reliability for substance abusers. *Am J Psychiatry*; 153:1195-1201.
- Hasin, D.S., Fenton, M.C., Beseler, C., Park, J.Y., Wall, M.M. (2012). Analyses related to the development of DSM-5 criteria for substance use related disorders: 2. Proposed DSM-5 criteria for alcohol, cannabis, cocaine and heroin disorders in 663 substance abuse patients. *Drug Alcohol Depend.* Apr 1; 122(1-2):28-37. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2011.09.005.
- Heinz, A.J., Epstein, D.H., Schroeder, J.R., Singleton, E.G., Heishman, S.J., Preston, K.L. (2006). Heroin and cocaine craving and use during treatment: measurement validation and potential relationships. *J Subst Abuse Treat*; 31(4):355-364.
- Heinze, G., Sheehan, D., Cortés, J. (2000). *Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): Spanish version (South and Central America) 5.0.0. DSM-IV*. México, DF: Instituto Nacional de Psiquiatría.
- Henry-Edwards, S., Gowing, L., White, J., Ali, R. (2003). *Clinical Guidelines and Procedures for the Use of Methadone in the Maintenance Treatment of Opioid Dependence*. Commonwealth of Australia: Australia Government, National Drug Strategy. Publication number: 3263 (JN7616).
- Hesse, M., Rasmussen, J., Pedersen, M.K. (2008). Standardized assessment of personality – a study of validity and reliability in substance abusers. *BMC Psychiatry*. Jan 25; 8:7. doi: 10.1186/1471-244X-8-7.
- Iraurgi-Castillo, I. (2008). Escala de Calidad de Vida en Usuarios de Drogas Inyectadas (IDUQoL): Valoración psicométrica de la versión española. *Adicciones*; 20(3):281-294. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2696806>
- Joe, G.W., Simpson, D.D., Greener, J.M., Rowan-Szal, G.A. (2004). Development and validation of a Client Problem Profile and Index for drug treatment. *Psychol Rep.* Aug; 95(1):215-34.

- Kellogg, S.H., McHugh, P.F., Bell, K., Schluger, J.H., Schluger, R.P., LaForge, K.S., et al. (2003). The Kreek-McHugh-Schluger-Kellogg scale: a new, rapid method for quantifying substance abuse and its possible applications. *Drug Alcohol Depend.* Mar 1; 69(2):137-50.
- Lawrinson, P., Copeland, J., Indig, D. (2005). Development and validation of a brief instrument for routine outcome monitoring in opioid maintenance pharmacotherapy services: the brief treatment outcome measure (BTOM). *Drug Alcohol Depend.* Oct 1; 80(1):125-33.
- Leavitt, S., Shinderman, M., Maxwell, S., Eap, C., Paris, P. (2000). When "Enough Is Not Enough: New Perspectives on Optimal Methadone Maintenance Dose. *Mt Sinai J Med*; 67:404-411.
- Lehman, A.F. (1995). *Evaluating quality of life for persons with severe mental illness: Assessment toolkit*. Cambridge, MA: Evaluation Center at Health Services Research Institute.
- McLellan, A.T., Luborsky, L., Woody, G.E., O'Brien, C.P. (1980). An improved diagnostic evaluation instrument for substance abuse patients. The Addiction Severity Index. *J Nerv Mental Dis*; 168(1):26-33.
- Mental Health and Drug & Alcohol Office (2011). *New South Wales Opioid Treatment Program: Clinical guidelines for methadone and buprenorphine treatment of opioid dependence*. Sidney, Australia: NSW Department of Health.
- Mills, K.L., Lynskey, M., Teesson, M., Ross, J., Darke, S. (2005). Post-traumatic stress disorder among people with heroin dependence in the Australian treatment outcome study (ATOS): prevalence and correlates. *Drug Alcohol Depend.* Mar 7; 77(3):243-9.
- Moran, P., Leese, M., Lee, T., Walters, P., Thornicroft, G., Mann, A. (2003). Standardised Assessment of Personality - Abbreviated Scale (SAPAS): preliminary validation of a brief screen for personality disorder. *Br J Psychiatry*; 183(3):228-232.
- National Collaborating Centre for Mental Health (2008). *The Nice Guideline. Drug misuse: Opioid detoxification*. London: The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists.
- Pérez-Moreno, P., Lozano-Rojas, O.M., Rojas-Tejada, A.J. (2009). Propiedades psicométricas del GHQ-28 en pacientes con dependencia a opiáceos. *Adicciones*; 22(1):65-72.
- Queensland Health. (2012). *Queensland Opioid Treatment Program: Clinical Guidelines 2012*. Brisbane: Drugs of Dependence Unit, Health Protection Directorate, Division of the Chief Health Officer, Queensland Health.
- Robins, L.N., Wing, J., Wittchen, H.U., Helzer, J.E., Babor, F.F., Burke, J., et al. (1988). The Composite International Diagnostic Interview: An epidemiologic instrument suitable for use in conjunction with different diagnostic systems and in different cultures. *Arch Gen Psychiatry*; 45(12):1069-1077.
- Romero-Mendoza, M., Medina-Mora, M. (1987). Validez de una versión del cuestionario general de salud, para detectar psicopatología en estudiantes universitarios. *Salud Mental*; 10(3):90-97.
- Secretaría de Salud (1994). *Norma Oficial Mexicana nom-025-SSA2-1994, Para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria medico-psiquiátrica*. México.
- Secretaría de Salud (2009a). *Norma Oficial Mexicana nom-028-SSA2-2009, Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones*. México.
- Secretaría de Salud. (2009b). *Guía de Práctica Clínica. Diagnóstico y Tratamiento del Trastorno depresivo*. Consejo de Salubridad General. México.
- Secretaría de Salud. (2009c). *Guía de Práctica Clínica. Diagnóstico y Tratamiento de los Trastornos del Trastorno Bipolar*. Consejo de Salubridad General. México.
- Secretaría de Salud. (2009d). *Guía de Práctica Clínica. Diagnóstico y Tratamiento de la Esquizofrenia en el Primer y Segundo Nivel de Atención*. Consejo de Salubridad General. México.
- Secretaría de Salud (2010a). *Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-2010, Para la prevención y el control de la infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana*. México.
- Secretaría de Salud. (2010b). *Guía de Práctica Clínica. Diagnóstico y Tratamiento de los Trastornos de Ansiedad en el Adulto*. Consejo de Salubridad General.
- Secretaría de Salud (2011). *Guía de Práctica Clínica. Diagnóstico y Tratamiento del Estrés Postraumático*. Consejo de Salubridad General. México.
- Secretaría de Salud (2012). *Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico*. México.

- Sheehan, D.V., Lecrubier, Y., Sheehan, K.H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., et al. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry*; 59 (Suppl 20):22-33.
- Singleton, E.G. (1998). HCQ-Now-SF-14R: Revised version of the Heroin Craving Questionnaire-Brief (HCQ-Now-SF-16R). Unpublished research, Johns Hopkins University, Baltimore, MD.
- Skevington, S.M., Lotfy, M., O'Connell, K.A. (2004). The World Health Organization's WHO-QOL-BREF quality of life assessment: Psychometric properties and results of the international field trial. A Report from the WHOQOL Group. *Qual Life Res*; 13(2):299-310.
- Stephenson, D.K. (2008). *Guideline for Physicians Working in California Opioid Treatment Programs*. San Francisco: Stephenson E.D.K., editor. California Society of Addiction Medicine.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2013). Federal Guidelines for Opioid Treatment.
- The WHOQOL Group. (1998). World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. *Soc Sci Med*; 46(12):1569-85.
- Torrens, M., Serrano, D. (2004). Diagnosing comorbid psychiatric disorders in substance abusers: validity of the Spanish versions of the Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders and the Structured Clinical Interview for DSM IV. *Am J Psychiatry*; 161:1231-1237.
- Trujols, J., Iraurgi, I., Siñol, N., Portella, M.J., Pérez, V., Pérez de Los Cobos, J. (2012). Satisfaction with methadone as a medication: psychometric properties of the Spanish version of the treatment satisfaction questionnaire for medication. *J Clin Psychopharmacol*. Feb; 32(1):69-74. doi: 10.1097/JCP.0b013e3182401e09.
- Urzúa, M-A., Caqueo-Urizar, A. (2013). Estructura Factorial y valores de referencia del WHOQoL-Bref en población adulta chilena. *Rev Med Chile*; 141(12): 1547-1554.
- Vélez-Moreno, A., González-Saiz, F., Ramírez, J., Torrico, E., Fernández, F., Rojas, A., et al. (2013). Adaptación al español de la Substance Dependence Severity Scale: resultados preliminares. *Adicciones*; 25:339-347. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4659785>
- Wasserman, D.A., Sorensen, J.L., Delucchi, K.L., Masson, C.L., Hall, S.M. (2006). Psychometric evaluation of the Quality of Life Interview, Brief Version, in injection drug users. *Psychol Addict Behav*. Sep; 20(3):316-21.
- Wesson, D.R., Ling, W. (2003). The Clinical Opiate Withdrawal Scale (COWS). *J Psychoactive Drugs*; 35(2):253-259.
- World Health Organization. (1992). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders. Clinical description and diagnostic guidelines*, Ginebra, WHO Press.
- World Health Organization. (2009). *Guidelines for the Psychosocially Assisted Pharmacological Treatment of Opioid Dependence*. Geneva: WHO Press.
- Wright, F.D. (2003). *Craving beliefs questionnaire*. In *Cognitive Therapy of Substance Abuse*. Edited by: Beck, A.T., Wright, F.D., Newman, C.F., Liese, BS. New York: Guilford Press.

4. Uso de metadona en pacientes con dependencia a la heroína

- Albion, C., Shkrum, M., Cairns, J. (2010). Contributing factors to methadone-related deaths in Ontario. *Am J Forensic Med Pathol*; 31(4):313-9. doi:10.1097/PAF.0b013e3181ca4b1e
- Appel, P.W., Joseph, H., Richman, B.L. (2000). Causes and rates of death among methadone maintenance patients before and after the onset of the HIV/AIDS epidemic. *Mt Sinai J Med*; 67(5-6):444-51. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11064496>
- Bargagli, A.M., Hickman, M., Davoli, M., Perucci, C.A., Schifano, P., Buster, M., et al. (2006). Drug-related mortality and its impact on adult mortality in eight European countries. *Eur J Public Health*; 16(2):198-202. doi:10.1093/eurpub/cki168
- Baxter, L.E., Campbell, A., Deshields, M., Levounis, P., Martin, J.A., McNicholas, L., et al. (2013). Safe methadone induction and stabilization: report of an expert panel. *J Addict Med*; 7(6):377-86. doi:10.1097/01.ADM.0000435321.39251.d7

- Bell, J., Digiusto, E., Byth, K. (1992). Who should receive methadone maintenance? *Br J Addict*; 87(5):689–94. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1591519>
- Bell, J.R., Butler, B., Lawrance, A., Batey, R., Salmelainen, P. (2009). Comparing overdose mortality associated with methadone and buprenorphine treatment. *Drug Alcohol Depend*; 104(1-2):73–7. doi:10.1016/j.drugalcdep.2009.03.020
- Benyamin, R., Trescot, A.M., Datta, S., Buenaventura, R., Adlaka, R., Sehgal, N., et al. (2008). Opioid complications and side effects. *Pain Physician*; 11(2 Suppl):S105–20. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18443635>
- Calsyn, D.A., Malcy, J.A., Saxon, A.J. (2006). Slow tapering from methadone maintenance in a program encouraging indefinite maintenance. *J Subst Abuse Treat*; 30:159–163. doi:10.1016/j.jsat.2005.11.007
- Chou, R., Cruciani, R.A., Fiellin, D.A., Compton, P., Farrar, J.T., Haigney, M.C., et al. (2014). Methadone safety: a clinical practice guideline from the American Pain Society and College on Problems of Drug Dependence, in collaboration with the Heart Rhythm Society. *J Pain*; 15(4):321–37. doi:10.1016/j.jpain.2014.01.494
- Darke, S., Kaye, S., Duflou, J. (2006). Systemic disease among cases of fatal opioid toxicity. *Addiction*; 101(9):1299–305. doi:10.1111/j.1360-0443.2006.01495.x
- De Maeyer, J., Vanderplasschen, W., Camfield, L., Vanheule, S., Sabbe, B., Broekaert, E. (2011). A good quality of life under the influence of methadone: a qualitative study among opiate-dependent individuals. *Int J Nurs Stud*; 48(10):1244–57. doi:10.1016/j.ijnurstu.2011.03.009
- De Vos, J.W., Geerlings, P.J., van den Brink, W., Ufkes, J. G., van Wilgenburg, H. (1995). Pharmacokinetics of methadone and its primary metabolite in 20 opiate addicts. *Eur J Clin Pharmacol*; 48(5):361–6. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8641323>
- Degenhardt, L., Bucello, C., Mathers, B., Briegleb, C., Ali, H., Hickman, M., et al. (2011). Mortality among regular or dependent users of heroin and other opioids: a systematic review and meta-analysis of cohort studies. *Addiction*; 106(1):32–51. doi:10.1111/j.1360-0443.2010.03140.x
- Degenhardt, L., Hall, W. (2012). Extent of illicit drug use and dependence, and their contribution to the global burden of disease. *Lancet*; 379(9810): 55–70. doi:10.1016/S0140-6736(11)61138-0
- Degenhardt, L., Hall, W., Lynskey, M., Warner-Smith, M. (2004). Illicit drug use. In: Ezzati, M., Lopez, A.D., Rodgers, A., Murray, R. (Eds.) (Ed.), *Comparative quantification of health risks: Global and regional burden of disease attributable to selected major risk factors*, 2. Geneva: World Health Organization.
- Des Jarlais, D.C., Semaan, S. (2008). HIV prevention for injecting drug users: the first 25 years and counting. *Psychosom Med*; 70(5):606–11. doi:10.1097/PSY.0b013e3181772157
- Dole, V.P., Nyswander, M. (1965). A Medical Treatment for Diacetylmorphine (Heroin) Addiction. A Clinical Trial with Methadone Hydrochloride. *JAMA*; 193:646–650.
- Dole, V.P. (1988). Implications of methadone maintenance for theories of narcotic addiction. *JAMA*; 260(ISSN: 0098-7484 (print)):3025–3029.
- Dole, V.P., Nyswander, M.E., Kreek, M.J. (1991). Narcotic blockade. *J Psychoactive Drugs*; Apr-Jun;23(0279-1072 (Print)):following 232.
- Dyer, K.R., White, J.M. (1997). Patterns of symptom complaints in methadone maintenance patients. *Addiction*; 92(11):1445–1455.
- Eap, C.B., Cuendet, C., Baumann, P. (1990). Binding of d-methadone, l-methadone, and dl-methadone to proteins in plasma of healthy volunteers: role of the variants of alpha 1-acid glycoprotein. *Clin Pharmacol Ther*; 47(3): 338–46. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2311335>
- Eap, C.B., Buclin, T., Baumann, P. (2002). Interindividual variability of the clinical pharmacokinetics of methadone: implications for the treatment of opioid dependence. *Clinical Pharmacokinetics*; 41(14):1153–93. doi:10.2165/00003088-200241140-00003
- Ezzati, M., Lopez, A.D., Rodgers, A., Vander Hoorn, S., Murray, C.J.L. (2002). Selected major risk factors and global and regional burden of disease. *Lancet*; 360(9343):1347–60. doi:10.1016/S0140-6736(02)11403-6

- Faggiano, F., Vigna-Taglianti, F., Versino, E., Lemma, P. (2003). Methadone maintenance at different dosages for opioid dependence. *Cochrane Database Syst Rev* (Online); (3):CD002208.
- Fareed, A., Vayalapalli, S., Byrd-Sellers, J., Casarella, J., Drexler, K., Amar, R., et al. (2010). Onsite QTc interval screening for patients in methadone maintenance treatment. *J Addict Dis*; 29(1):15–22. doi:10.1080/10550880903436044
- FDA. (2007). Death, narcotic overdose, and serious cardiac arrhythmias: information for healthcare professionals on methadone. *J Pain Palliat Care Pharmacother*; 21(2):69–71.
- Ferrari, A., Coccia, C.P.R., Bertolini, A., Sternieri, E. (2004). Methadone-metabolism, pharmacokinetics and interactions. *Pharmacol Res*; 50(6): 551–9. doi:10.1016/j.phrs.2004.05.002
- Foster, D.J., Somogyi, A.A., Bochner, F. (1999). Methadone N-demethylation in human liver microsomes: lack of stereoselectivity and involvement of CYP3A4. *Br J Clin Pharmacol*; 47(4):403–12. doi:10.1046/j.1365-2125.1999.00921.x
- Fredheim, O.M.S., Moksnes, K., Borchgrevink, P.C., Kaasa, S., Dale, O. (2008). Clinical pharmacology of methadone for pain. *Acta Anaesthesiol Scand*; 52(7):879–89. doi:10.1111/j.1399-6576.2008.01597.x
- Garrido, M.J., Trocóniz, I.F. (1999). Methadone: a review of its pharmacokinetic/pharmacodynamic properties. *J Pharmacol Toxicol Methods*; 42(2):61–6. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10924887>
- Garrido, M.J., Aguirre, C., Trocóniz, I.F., Marot, M., Valle, M., Zamacona, M. K., et al. (2000). Alpha 1-acid glycoprotein (AAG) and serum protein binding of methadone in heroin addicts with abstinence syndrome. *Int J Clin Pharmacol Ther*; 38(1):35–40. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10667835>
- Gibson, A., Degenhardt, L., Mattick, R.P., Ali, R., White, J., O'Brien, S. (2008). Exposure to opioid maintenance treatment reduces long-term mortality. *Addiction*; 103(3):462–8. doi:10.1111/j.1360-0443.2007.02090.x
- Gossop, M., Stewart, D., Treacy, S., Marsden, J. (2002). A prospective study of mortality among drug misusers during a 4-year period after seeking treatment. *Addiction*; 97(1):39–47. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11895269>
- Henry-Edwards, S., Gowing, L., White, J., Ali, R. (2003). *Clinical Guidelines and Procedures for the Use of Methadone in the Maintenance Treatment of Opioid Dependence*. Commonwealth of Australia: Australia Government, National Drug Strategy. Publication number: 3263 (JN7616).
- Huang, C.L.C., Lee, C.W. (2013). Factors associated with mortality among heroin users after seeking treatment with methadone: a population-based cohort study in Taiwan. *J Subst Abuse Treat*; 44(3):295–300. doi:10.1016/j.jsat.2012.08.003
- Inturrisi, C.E., Verebely, K. (1972). The levels of methadone in the plasma in methadone maintenance. *Clin Pharmacol Ther*; 13(5): 633–7. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/5053808>
- Inturrisi, C.E., Verbely, K. (1972). Disposition of methadone in man after a single oral dose. *Clin Pharmacol Ther*; 13(6):923–30.
- Joseph, H., Stancliff, S., Langrod, J. (2000). Methadone Maintenance Treatment (MMT): A Review of Historical and Clinical Issues. *Mt Sinai J Med*; 67(5/6): 347–364.
- Judis, J. (1977). Binding of codeine, morphine, and methadone to human serum proteins. *J Pharm Sci*; 66(6):802–6. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/874779>
- Karch, S.B., Stephens, B.G. (2000). Toxicology and pathology of deaths related to methadone: retrospective review. *West J Med*; 172(1):11–14.
- Kendler, K.S., Jacobson, K.C., Prescott, C.A., Neale, M.C. (2003). Specificity of genetic and environmental risk factors for use and abuse/dependence of cannabis, cocaine, hallucinogens, sedatives, stimulants, and opiates in male twins. *Am J Psychiatry*; 160(4):687–695.
- King, N.B., Fraser, V., Boikos, C., Richardson, R., Harper, S. (2014). Determinants of increased opioid-related mortality in the United States and Canada, 1990–2013: a systematic review. *Am J Public Health*; 104(8):e32–42. doi:10.2105/AJPH.2014.301966
- Krantz, M.J., Mehler, P.S. (2004). Treating opioid dependence. Growing implications for primary care. *Arch Inter Med*; 164(3):277–88. doi:10.1001/archinte.164.3.277

- Krebs, E., Kerr, T., Montaner, J., Wood, E., Nosyk, B. (2014). Dynamics in the costs of criminality among opioid dependent individuals. *Drug Alcohol Depend*; 144:193–200. doi:10.1016/j.drugalcdep.2014.09.007
- Kreek, M. J. (2000). Methadone-related opioid agonist pharmacotherapy for heroin addiction. History, recent molecular and neurochemical research and future in mainstream medicine. *Ann N Y Acad Sci*; 909:186–216. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10911931>
- Kristensen, K., Christensen, C.B., Christrup, L.L. (1995). The mu1, mu2, delta, kappa opioid receptor binding profiles of methadone stereoisomers and morphine. *Life Sci*; 56(2):PL45–50. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7823756>
- Kristensen, K., Blemmer, T., Angelo, H.R., Christrup, L.L., Drenck, N.E., Rasmussen, S. N., et al. (1996). Stereoselective pharmacokinetics of methadone in chronic pain patients. *Ther Drug Monit*; 18(3):221–7. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8738759>
- Ksouda, K., Bloch, V., Dugarin, J., Dupuy, G., Laqueille, X., Lépine, J.P., et al. (2013). Stratégies d'arrêt du traitement de substitution par méthadone. *Presse Med*; 42(1):e28–e36. doi:10.1016/j.lpm.2012.04.011
- Lepakhin, V. (2002). *Safety of medicines: a guide to detecting and reporting adverse drug reactions*. Geneva: World Health Organization. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_EDM_QSM_2002.2.pdf
- Lintzeris, N., Nielsen, S. (2009). Benzodiazepines, methadone and buprenorphine: interactions and clinical management. *Am J Addict*; 19(1):59–72. doi:10.1111/j.1521-0391.2009.00007.x
- Madden, M.E., Shapiro, S.L. (2011). The methadone epidemic: methadone-related deaths on the rise in Vermont. *Am J Forensic Med Pathol*; 32(2):131–5. doi:10.1097/PAF.0b013e3181e8af3d
- Maremmani, I., Pacini, M., Lubrano, S.L.M. (2003). When “enough” is still not “enough”. Effectiveness of high-dose methadone in the treatment of heroin addiction. *Heroin Add & Rel Clin Probl*; 5(1):17–32. Disponible en: <http://wgmhhdq.smmgp.org.uk/download/othernewsletters/europad/heroin-addiction-05-1.pdf#page=19>
- Martell, B.A., Arnsten, J.H., Krantz, M.J., Gourevitch, M.N. (2005). Impact of methadone treatment on cardiac repolarization and conduction in opioid users. *Am J Cardiol*; 95(7):915–8. doi:10.1016/j.amjcard.2004.11.055
- Mattick, R.P., Breen, C., Kimber, J., Davoli, M. (2009a). Methadone maintenance therapy versus no opioid replacement therapy for opioid dependence. *Cochrane Database Syst Rev*; (3):CD002209. doi:10.1002/14651858.CD002209.pub2
- Mattick, R.P., Breen, C., Kimber, J., Davoli, M. (2009b). Methadone maintenance therapy versus no opioid replacement therapy for opioid dependence. *Cochrane Database Syst Rev* (Online); (3):CD002209. doi:10.1002/14651858.CD002209.pub2
- Mattick, R.P., Breen, C., Kimber, J., Davoli, M. (2014). Buprenorphine maintenance versus placebo or methadone maintenance for opioid dependence. *Cochrane Database Syst Rev*; 2:CD002207. doi:10.1002/14651858.CD002207.pub4
- McCance-Katz, E. (2010). Drug interactions of clinical importance among the opioids, methadone and buprenorphine, and other frequently prescribed medications: a review. *Am J Addict*; 19(1):4–16. doi:10.1111/j.1521-0391.2009.00005.x
- McCance-Katz, E.F., Jatlow, P., Rainey, P.M. (2010). Effect of cocaine use on methadone pharmacokinetics in humans. *Am J Addict*; 19(1):47–52. doi:10.1111/j.1521-0391.2009.00009.x
- Meresaar, U., Nilsson, M.I., Holmstrand, J., Anggård, E. (1981). Single dose pharmacokinetics and bioavailability of methadone in man studied with a stable isotope method. *Eur J Clin Pharmacol*; 20(6):473–478.
- Meyer, M.R., Maurer, H.H. (2011). Absorption, distribution, metabolism and excretion pharmacogenomics of drugs of abuse. *Pharmacogenomics*; 12(2): 215–33. doi:10.2217/pgs.10.171
- Modesto-Lowe, V., Brooks, D., Petry, N. (2010). Methadone deaths: risk factors in pain and addicted populations. *J Gen Intern Med*; 25(4):305–9. doi:10.1007/s11606-009-1225-0
- National Collaborating Centre for Mental Health (2008). *The Nice Guideline. Drug misuse: Opioid detoxification*. London: The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists.
- NICE. (2007). Methadone and buprenorphine for the management of opioid dependence.

- Novick, D. M., Richman, B.L., Friedman, J.M., Friedman, J.E., Fried, C., Wilson, J. P., et al. (1993). The medical status of methadone maintenance patients in treatment for 11–18 years. *Drug Alcohol Depend*; 33(3):235–45. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8261888>
- Olsen, G.D. (1973). Methadone binding to human plasma proteins. *Clin Pharmacol Ther*; 14(3):338–43. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/4121479>
- Oppenheimer, E., Tobutt, C., Taylor, C., Andrew, T. (1994). Death and survival in a cohort of heroin addicts from London clinics: a 22-year follow-up study. *Addiction*; 89(10):1299–1308. doi:10.1111/j.1360-0443.1994.tb03309.x
- Overholser, B.R., Foster, D.R. (2011). Opioid pharmacokinetic drug-drug interactions. *Am J Manag Care*; 17 Suppl 1(september):S276–87. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21999760>
- Pani, P.P., Trogu, E., Maremmanni, I., Pacini, M. (2013). QTc interval screening for cardiac risk in methadone treatment of opioid dependence. *Cochrane Database Syst Rev*; 6(6):CD008939. doi:10.1002/14651858.CD008939.pub2
- Pappagallo, M. (2001). Incidence, prevalence, and management of opioid bowel dysfunction. *Am J Surg*; 182(5A Suppl):11S–18S. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11755892>
- Peles, E., Schreiber, S., Domany, Y., Adelson, M. (2014). Impact of lifetime psychiatric diagnosis on long-term retention and survival of former opiate addicts in methadone maintenance treatment. *World J Biol Psychiatry*; (February):1–7. doi:10.3109/15622975.2014.942359
- Pollini, R.A., Gallardo, M., Hasan, S., Minuto, J., Lozada, R., Vera, A., et al. (2010). High prevalence of abscesses and self-treatment among injection drug users in Tijuana, Mexico. In *J Infect Dis*; 14 Suppl 3(1201):e117–22. doi:10.1016/j.ijid.2010.02.2238
- Praveen, T., Law, F., Melichar, J. (2011). Opioid dependence. *BMJ Clin Evid*; 9:1–44.
- Ribalta, E., Terrades, L., Casas, M. (1993) Tratamiento de desintoxicación de opiáceos. En: Cavalpach, J. y Casas, M. (Eds). *El paciente heroinómano en el Hospital General*. Bilbao PNSD.
- Romach, M.K., Piafsky, K.M., Abel, J.G., Khouw, V., Sellers, E.M. (1981). Methadone binding to orosomucoid (alpha 1-acid glycoprotein): determinant of free fraction in plasma. *Clin Pharmacol Ther*; 29(2):211–7. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7193106>
- Saxon, A.J., Hser, Y.I., Woody, G., Ling, W. (2013). Medication-assisted treatment for opioid addiction: methadone and buprenorphine. *J Food Drug Anal*; 21(4):S69–S72. doi:10.1016/j.jfda.2013.09.037
- Shields, L.B.E., Hunsaker Iii, J.C., Corey, T.S., Ward, M.K., Stewart, D. (2007). Methadone toxicity fatalities: a review of medical examiner cases in a large metropolitan area. *J Forensic Sci*; 52(6):1389–95. doi:10.1111/j.1556-4029.2007.00565.x
- Smith, H.S. (2009). Opioid metabolism. *Mayo Clinic Proc*; 84(7):613–24. doi:10.1016/S0025-6196(11)60750-7
- Srivastava, A., Kahan, M. (2006). Methadone induction doses: are our current practices safe? *J Addict Dis*; 25(3):5–13. doi:10.1300/J069v25n03_02
- Sullivan, H.R., Due, S.L. (1973). Urinary metabolites of dl-methadone in maintenance subjects. *J Med Chem*; 16(8):909–13. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/4745834>
- Tocque, B., Pontikis, R., Nam, N.H., Hoellinger, H., Leroux, Y. (1980). Morphine and methadone binding to human serum proteins. *J Pharm Pharmacol*; 32(10):729–31. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6107357>
- Toombs, J.D., Kral, L.A. (2005). Methadone treatment for pain states. *Am Fam Physician*; 71(7):1353–8. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15832538>
- United Nations Office on Drugs and Crime. (2008). *World Drug Report 2008*. Vienna: United Nations Publication.
- Volkow, N. D., Wang, G.J., Fowler, J.S., Tomasi, D. (2012). Addiction circuitry in the human brain. *Annu Rev Pharmacol Toxicol*; 52:321–36. doi:10.1146/annurev-pharmtox-010611-134625
- Wall, R., Rehm, J., Fischer, B., Brands, B., Gliksman, L., Stewart, J., et al. (2000). Social costs of untreated opioid dependence. *J Urban Health*; 77(4):688–722.
- Wang, J., DeVane, C.L. (2003). Involvement of CYP3A4, CYP2C8, and CYP2D6 in the metabolism of (R)- and (S)-methadone in vitro. *Drug Metab Dispos*; 31(6):742–7. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12756206>

- Webster, L.R., Cochella, S., Dasgupta, N., Fakata, K.L., Fine, P.G., Fishman, S. M., et al. (2011). An analysis of the root causes for opioid-related overdose deaths in the United States. *Pain Med*; 12 Suppl 2:S26–35. doi:10.1111/j.1526-4637.2011.01134.x
- Wolff, K., Hay, A.W., Raistrick, D., Calvert, R. (1993). Steady-state pharmacokinetics of methadone in opioid addicts. *Eur J Clin Pharmacol*; 44(2):189–94. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8453965>
- Wolff, K. (2002). Characterization of methadone overdose: clinical considerations and the scientific evidence. *Ther Drug Monit*; 24(4):457–470.
- World Health Organization. (1973). *Handbook of resolutions and decision of the World Health Assembly and Executive Board Geneva*. WHA16.36. Clinical and pharmacological evolution of drugs; 27: 476–480.
- World Health Organization. (2002). *The world health report 2002: reducing risks, promoting healthy life*. Geneva: World Health Organization. Disponible en: http://www.who.int/whr/2002/en/\nhttp://educationforhealth.net/EfHArticleArchive/1357-6283_v16n2s2_713665198.pdf
- World Health Organization. (2009). *Guidelines for the Psychosocially Assisted Pharmacological Treatment of Opioid Dependence*. Geneva: World Health Organization.
- Zimmermann, R., Marcus, U., Schäffer, D., Leicht, A., Wenz, B., Nielsen, S., et al. (2014). A multi-centre sero-behavioural survey for hepatitis B and C, HIV and HTLV among people who inject drugs in Germany using respondent driven sampling. *BMC Public Health*; 14:845. doi:10.1186/1471-2458-14-845.

5. Comorbilidades psiquiátricas en pacientes dependientes de la heroína

- Astals, M., Domingo-Salvany, A., Buenaventura, C.C., Tato, J., Vazquez, J. M., Martin-Santos, R., et al. (2008). Impact of substance dependence and dual diagnosis on the quality of life of heroin users seeking treatment. [Comparative Study Multicenter Study Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Subst Use Misuse*; 43(5):612–632. doi: 10.1080/10826080701204813
- Department of Health, The Scottish Office Department of Health, Welsh Office, Department of Health and Social Services. (1999). *Drug Misuse and Dependence—Guidelines on Clinical Management*. Northern Ireland.
- Fernández, J., Arias, F., Castillo, C., Roncero, C., Rovira, M., Secades, R. (2008). *Opiáceos. Guías Clínicas Socidrogalcohol basadas en la evidencia científica*. Valencia, España: Socidrogalcohol.
- Green, A.I. (2006). Treatment of schizophrenia and comorbid substance abuse: pharmacologic approaches. [Research Support, Non-U.S. Gov't Review]. *J Clin Psychiatry*; 67 Suppl 7:31–35; quiz 36–37.
- Green, A.I., Drake, R.E., Brunette, M.F., Noordsy, D.L. (2007). Schizophrenia and co-occurring substance use disorder. *Am J Psychiatry*; 164(3):402–408.
- Henry-Edwards, S., Gowing, L., White, J., Ali, R. (2003). *Clinical Guidelines and Procedures for the Use of Methadone in the Maintenance Treatment of Opioid Dependence*. Commonwealth of Australia: Australia Government, National Drug Strategy. Publication number: 3263 (JN7616).
- Hubbard, J.R., Martin, P.R. (2001). *Substance Abuse in the Mentally and Physically Disabled*. New York: Marcel Dekker, Inc.
- Jariani, M., Saaki, M., Nazari, H., Birjandi, M. (2010). The effect of Olanzapine and Sertraline on personality disorder in patients with methadone maintenance therapy. [Comparative Study Randomized Controlled Trial]. *Psychiatr Danub*; 22(4):544–547.
- Neufeld, K.J., Kidorf, M.S., Kolodner, K., King, V.L., Clark, M., Brooner, R.K. (2008). A behavioral treatment for opioid-dependent patients with antisocial personality. [Randomized Controlled Trial Research Support, N.I.H., Extramural]. *J Subst Abuse Treat*; 34(1):101–111. doi: 10.1016/j.jsat.2007.02.009
- Ochoa, E. (2001). Uso de antipsicóticos en drogodependientes. *Actas Esp Psiquiatr*; 29(3):172–185.
- Rubio, G., Jiménez-Arriero, M.A., Ponce, G. (2001). Consideraciones éticas en las desintoxicaciones ultracortas. *Trastornos adictivos*; 3(monográfico 1):73–77.
- Stephenson, E.D.K. (2008). *Guideline for Physicians Working in California Opioid Treatment Programs*. San Francisco: Stephenson E.D.K., editor. California Society of Addiction Medicine.

6. Tratamiento de mantenimiento con metadona en pacientes con VIH

- Conasida. (2014). *Guía de manejo antirretroviral de las personas con VIH*. México: Secretaría de Salud (Ed.). Disponible en: www.salud.gov.mx/conasida
- Cooperman, N.A., Heo, M., Berg, K.M., Li, X., Litwin, A.H., Nahvi, S., et al. (2012). Impact of adherence counseling dose on antiretroviral adherence and HIV viral load among HIV-infected methadone maintained drug users. *AIDS Care*; 24(7):828-835. doi: Doi 10.1080/09540121.2011.644231
- Dole, V.P., Nyswander, M. (1965). A Medical Treatment for Diacetylmorphine (Heroin) Addiction. A Clinical Trial with Methadone Hydrochloride. *JAMA*; 193:646-650.
- Fernández, J., Arias, F., Castillo, C., Roncero, C., Rovira, M., Secades, R. (2008). *Opiáceos. Guías Clínicas Socidrogalcohol basadas en la evidencia científica*. Valencia, España: Socidrogalcohol.
- González, A., Mimiaga, M.J., Israel, J., Bedoya, C.A., Safren, S.A. (2013). Substance Use Predictors of Poor Medication Adherence: The Role of Substance Use Coping Among HIV-Infected Patients in Opioid Dependence Treatment. *AIDS Behav*; 17(1):168-173. doi: DOI 10.1007/s10461-012-0319-6
- Henry-Edwards, S., Gowing, L., White, J., Ali, R. (2003). *Clinical Guidelines and Procedures for the Use of Methadone in the Maintenance Treatment of Opioid Dependence*. Commonwealth of Australia: Australia Government, National Drug Strategy. Publication number: 3263 (JN7616).
- Kerr, T., Marsh, D., Li, K., Montaner, J., Wood, E. (2005). Factors associated with methadone maintenance therapy use among a cohort of polysubstance using injection drug users in Vancouver. *Drug Alcohol Depend*; 80(3):329-335. doi: DOI 10.1016/j.drugalcdep.2005.05.002
- Liu, E., Rou, K., McGoogan, J.M., Pang, L., Cao, X., Wang, C., et al. (2013). Factors associated with mortality of HIV-positive clients receiving methadone maintenance treatment in China. [Research Support, N.I.H., Extramural Research Support, Non-U.S. Gov't]. *J Infect Dis*; 208(3):442-453. doi: 10.1093/infdis/jit163
- Lucas, G.M., Gebo, K.A., Chaisson, R.E., Moore, R.D. (2002). Longitudinal assessment of the effects of drug and alcohol abuse on HIV-1 treatment outcomes in an urban clinic. *AIDS*; 16(5):767-774. doi: Doi 10.1097/00002030-200203290-00012
- MacArthur, G.J., Minozzi, S., Martin, N., Vickerman, P., Deren, S., Bruneau, J., et al. (2012). Opiate substitution treatment and HIV transmission in people who inject drugs: systematic review and meta-analysis. *BMJ*; 345. doi: Artn E5945 Doi 10.1136/Bmj.E5945
- Mimiaga, M.J., Reisner, S.L., Grasso, C., Crane, H.M., Safren, S.A., Kitahata, M.M., et al. (2013). Substance Use Among HIV-Infected Patients Engaged in Primary Care in the United States: Findings From the Centers for AIDS Research Network of Integrated Clinical Systems Cohort. *Am J Public Health*; 103(8):1457-1467. doi: Doi 10.2105/Ajph.2012.301162
- NSW Department of Health. (2011). *Clinical guidelines for methadone and buprenorphine treatment of opioid dependence*. North Sydney: New South Wales Opioid Treatment Program (Ed.)
- Queensland Health. (2012). *Queensland Opioid Treatment Program: Clinical Guidelines 2012*. Brisbane: Drugs of Dependence Unit, Health Protection Directorate, Division of the Chief Health Officer, Queensland Health.
- Stephenson, D.K. (2008). *Guideline for Physicians Working in California Opioid Treatment Programs*. San Francisco: Stephenson D.K., editor. California Society of Addiction Medicine.
- Strathdee, S.A., Hallett, T.B., Bobrova, N., Rhodes, T., Booth, R., Abdool, R., et al. (2010). HIV and risk environment for injecting drug users: the past, present, and future. [Research Support, N.I.H., Extramural Research Support, Non-U.S. Gov't Research Support, U.S. Gov't, Non-P.H.S.]. *Lancet*; 376(9737): 268-284. doi: 10.1016/S0140-6736(10)60743-X
- UNAIDS. (2003). *The Warsaw declaration: a framework for effective action on HIV/AIDS and injecting drug use*. Second international policy dialogue on HIV/AIDS. Poland: Open Society Institute, Health Canada, Canadian International Development Agency (Ed.).
- Vallecillo, G., Mojal, S., Roquer, A., Martinez, D., Rossi, P., Fonseca, F., et al. (2013). Risk of QTc prolongation in a cohort of opioid-dependent HIV-infected patients on methadone maintenance therapy. [Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Clin Infect Dis*; 57(8):1189-1194. doi: 10.1093/cid/cit467

- Verster, A., Buning, E. (2000). *Methadone Guidelines Euro-Methwork*. June; 34-35.
- Wang, H.H., He, G.P., Li, X.H., Yang, A.Y., Chen, X., Fennie, K.P., et al. (2008). Self-reported adherence to antiretroviral treatment among HIV-infected people in Central China. *AIDS Patient Care STDS*; 22(1):71-80. doi: DOI 10.1089/apc.2007.0047
- Ward, J., Hall, W., Mattick, R.P. (1999). Role of maintenance treatment in opioid dependence. *Lancet*; 353(9148):221-226. doi: Doi 10.1016/S0140-6736(98)05356-2
- William, L., White, M.A., Mojer-Torres, L. (2010). *Recovery-Oriented. Methadone Maintenance*. Great Lakes Addiction Technology Transfer Center, Philadelphia Department of Behavioral Health and Mental Retardation Services, Northeast Addiction Technology Transfer Center.
- World Health Organization. (2009). *Guidelines for the Psychosocially Assisted Pharmacological Treatment of Opioid Dependence*. Geneva: WHO Press.

7. Intervenciones psicológicas de apoyo

- Amato, L., Minozzi, S., Davoli, M., Vecchi S. (2014). Psychosocial and pharmacological treatments versus pharmacological treatments for opioid detoxification. *Cochrane Database Syst Rev*; 6.
- Arani, F.D., Rostami, R., Nostratabadi, M. (2010). Effectiveness of Neurofeedback Training as a Treatment for Opioid-Dependent Patients. *Clin EEG Neurosc*; 41(3):170-177.
- Caplehorn, J.R.M., Irwig, L., Saunders, J.B. (1996). Attitudes and beliefs of staff working in methadone maintenance clinics. *Subst Use Misuse*; 31(4):437-452. doi: Doi 10.3109/10826089609045820
- Carroll, K.M., Onken, L.S. (2005). Behavioral therapies for drug abuse. *Am J Psychiatry*; 162(8):1452-1460. doi: DOI 10.1176/appi.ajp.162.8.1452
- Center for Substance Abuse Treatment (CSAT) (2012). *Medication-Assisted Treatment For Opioid Addiction in Opioid Treatment Programs, A Treatment Improvement Protocol TIP 43*.
- Dehghani-Arani, F., Rostami, R., Nadali, H. (2013). Neurofeedback Training for Opiate Addiction: Improvement of Mental Health and Craving. *Appl Psychophysiol Biofeedback*; 38(2):133-141. doi: 10.1007/s10484-013-9218-5
- Demos, J.N. (2005). *Getting Started with Neurofeedback*. New York: Norton & Company.
- Egorov, A.Y., Tikhomirov, T.V. (2004). Profiles of brain functional asymmetry in patients with alcoholism and drug addiction. *J Evol Biochem Physiol*; 40(5): 557-562. doi: DOI 10.1007/s10893-005-0012-8
- Finney, J.W., Noyes, C.A., Coutts, A.I., Moos, R.H. (1998). Evaluating substance abuse treatment process models: I. Changes on proximal outcome variables during 12-step and cognitive-behavioral treatment. [Comparative Study]. *J Stud Alcohol*; 59(4):371-380.
- Galanter, M., Dermatis, H., Glickman, L., Maslansky, R., Sellers, M. B., Neumann, E., et al. (2004). Network therapy: Decreased secondary opioid use during buprenorphine maintenance. *J Subst Abuse Treat*; 26(4):313-318. doi: DOI 10.1016/j.jsat.2004.03.002
- Gendreau, P., Gendreau, L. (1970). The 'addiction-prone' personality: A study of Canadian heroin addicts. *Can J Behav Sci*; 2:18-25.
- Grella, C.E., Lovinger, K. (2012). Gender differences in physical and mental health outcomes among an aging cohort of individuals with a history of heroin dependence. *Addic Behav*; 37(3):306-312. doi: DOI 10.1016/j.addbeh.2011.11.028
- Griffith, J.D., Rowan-Szal, G.A., Roark, R.R., Simpson, D.D. (2000). Contingency management in outpatient methadone treatment: a meta-analysis. *Drug Alcohol Depend*; 58(1-2):55-66. doi: Doi 10.1016/S0376-8716(99)00068-X
- La Vaque, T.J. (2003). Neurofeedback, neurotherapy, and QEEG. In: Moss, D., Davies, T., McGrady, A., Wickramasekera, I., editors. *Handbook of Mind Body Medicine for Primary Care*. United States of America: Sage Publications, Inc.
- Leichsenring, F., Rabung, S., Leibing, E. (2004). The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy in specific psychiatric disorders - A meta-analysis. *Arch Gen Psychiatry*; 61(12):1208-1216. doi: DOI 10.1001/archpsyc.61.12.1208

- Monti, P.M., Abrams, D.B., Binkoff, J.A., Zwick, W.R., Liepman, M.R., Nirenberg, T.D., et al. (1990). Communication skills training, communication skills training with family and cognitive behavioral mood management training for alcoholics. [Comparative Study Research Support, U.S. Gov't, Non-P.H.S.]. *J Stud Alcohol*; 51(3):263-270.
- NICE. (2004). *Depression: Management of Depression in Primary and Secondary Care*. National Institute for Health and Clinical Excellence (Ed.) NICE Clinical Guideline no. 23.
- NICE. (2008). National Collaborating Centre for Mental Health, *The NICE Guideline, Drug Misuse. Psychosocial Interventions in Opioid Detoxification Vol. 7. Opioid detoxification*.
- O'Donnell, J. (1967). The rise and decline of a subculture. *Soc Probl*; 15:73-84.
- Onken, L.S., Blaine, J.D. Boren, J.J. (1997). Treatment for drug addiction: it won't work if they don't receive it. *NIDA Research Monograph*; 165:1-3.
- Plant, M.A., Reeves, C.E. (1974). The group dynamics of becoming a drug user. *Interpers*; 4:99-106.
- Rawson, R.A., Mann, A.J., Tennant, F.S., Clabough, D. (1983). Efficacy of Psychotherapeutic Counseling during 21-Day Ambulatory Heroin Detoxification. *Drug Alcohol Depend*; 12(2):197-200. doi: Doi 10.1016/0376-8716(83)90045-5
- Rieckmann, T., Daley, M., Fuller, B.E., Thomas, C.P., McCarty, D. (2007). Client and counselor attitudes toward the use of medications for treatment of opioid dependence. *J Subst Abuse Treat*; 32(2):207-215. doi: DOI 10.1016/j.jsat.2006.09.002
- Roozen, H.G., Boulogne, J.J., van Tulder, M.W., van den Brink, W., De Jong, C.A. J., Kerkhof, A.J.F.M. (2004). A systematic review of the effectiveness of the community reinforcement approach in alcohol, cocaine and opioid addiction. *Drug Alcohol Depend*; 74(1):1-13. doi: DOI 10.1016/j.drugalcdep.2003.12.006
- Rosen, A., Proctor, E.K. (1981). Distinction between treatment outcomes and their implications for treatment evaluation. *J Consult Clin Psychol*; 49:418-425.
- Saxby, E., Peniston, E.G. (1995). Alpha-Theta Brainwave Neurofeedback Training - an Effective Treatment for Male and Female Alcoholics with Depressive Symptoms. *J Clin Psychol*; 51(5):685-693. doi: Doi 10.1002/1097-4679(199509)51:5<685::Aid-Jclp2270510514>3.0.Co;2-K
- Scott, W.C., Kaiser, D., Othmer, S., Sideroff, S.I. (2005). Effects of an EEG biofeedback protocol on a mixed substance abusing population. *Am J Drug Alcohol Abuse*; 31(3):455-469. doi: Doi 10.1081/Ada-20056807
- Schasre, R. (1966). Cessation patterns among neophyte heroin users. *Int J Addict*; 1:23-32.
- Schilit, R., Gomberg, E. (1991). *Drugs and Behaviour: A Sourcebook for the Helping Professions*. United States of America: Sage Publications, Inc.
- Seibel, S.D. (1976). [Psychiatric aspects of modern drug addiction]. *Ann Med Psychol (Paris)*; 2(2):300-309.
- Sokhadze, T.M., Cannon, R.L., Trudeau, D.L. (2008). EEG biofeedback as a treatment for substance use disorders: Review, rating of efficacy, and recommendations for further research. *Appl Psychophysiol Biofeedback*; 33(1):1-28. doi: DOI 10.1007/s10484-007-9047-5
- Stine, S.M., Kosten, T.R. (1999). Opioids. In: Epstein, E.E., McCrady, B.S., editors. *Addictions: A Comprehensive Guidebook*. 2nd ed. United States of America: Oxford Univertity Press.
- Verster, A., Buning, E. (2000). Methadone Guidelines. *Euro-Methwork*; June: 41-42. Disponible en: <http://www.q4q.nl/methwork>.
- Weissman, M.M., Markowitz, J.C., Klerman, G.L. (2000). *Comprehensive Guide to Interpersonal Therapy*. New York: Basic Book.
- Whorley, L.W. (1996). Cognitive therapy techniques in continuing care planning with substance-dependent patients. *Addictive Behaviors*; 21(2):223-231. doi: Doi 10.1016/0306-4603(95)00053-4
- Wikler, A. (1965). Conditioning factors in opiate addiction and relapse. In: Wilner DI, Kassenbaum, GG editors. *Narcotics*. New York: McGraw-Hill.
- Wikler, A., Rasor, R.W. (1953). Psychiatric aspects of drug addiction. *Am J Med*; 14(5): 566-570.
- World Health Organization. (2009). *Guidelines for the Psychosocially Assisted Pharmacological Treatment of Opioid Dependence*. Geneva: WHO Press.
- Yandoli, D., Eisler, I., Robbins, C., Mulleady, G., Dare, C. (2002). A comparative study of family therapy in the treatment of opiate users in a London drug clinic. *J Fam Ther*; 24(4):402-422. doi: Doi 10.1111/1467-6427.00227

Yen, C.F., Wu, H.Y., Yen, J.Y., Ko, C.H. (2004). Effects of brief cognitive-behavioral interventions on confidence to resist the urges to use heroin and methamphetamine in relapse-related situations. [Research Support, Non-U.S. Gov't]. *J Nerv Ment Dis*; 192(11):788-791.

8. Tratamiento con metadona en mujeres embarazadas

- Alberta Methadone Maintenance Treatment. Standards and Guidelines for Dependence. (2014). College of Physicians and Surgeons of Alberta. Canada.
- Albright, B., de la Torre, L., Skipper, B., Price, S., Abbott, P., Rayburn, W. (2011). Changes in methadone maintenance therapy during and after pregnancy. [Research Support, Non-U.S. Gov't]. *J Subst Abuse Treat*; 41(4):347-353. doi: 10.1016/j.jsat.2011.05.002
- Amato, L., Minozzi, S., Davoli, M., Vecchi, S. (2011). Psychosocial and pharmacological treatments versus pharmacological treatments for opioid detoxification. *Cochrane Database Syst Rev* (9). doi: Artn Cd005031 Doi 10.1002/14651858.Cd005031.Pub4
- Arunogiri, S., Foo, L., Frei, M., Lubman, D.I. (2013). Managing opioid dependence in pregnancy -- a general practice perspective. [Case Reports Review]. *Aust Fam Physician*; 42(10):713-716.
- Benningfield, M.M., Dietrich, M.S., Jones, H.E., Kaltenbach, K., Heil, S.H., Stine, S. M., et al. (2012). Opioid dependence during pregnancy: relationships of anxiety and depression symptoms to treatment outcomes. *Addiction*; 107: 74-82. doi: DOI 10.1111/j.1360-0443.2012.04041.x
- Berghella, V., Lim, P.J., Hill, M.K., Cherpes, J., Chennat, J., Kaltenbach, K. (2003). Maternal methadone dose and neonatal withdrawal. *Am J Obstet Gynecol*; 189(2):312-317.
- Blandthorn, J., Forster, D.A., Love, V. (2011). Neonatal and maternal outcomes following maternal use of buprenorphine or methadone during pregnancy: findings of a retrospective audit. *Women Birth*; 24(1):32-39. doi: DOI 10.1016/j.wombi.2010.07.001
- Blinick, G., Wallach, R.C., Jerez, E. (1969). Pregnancy in narcotics addicts treated by medical withdrawal. The methadone detoxification program. *Am J Obstet Gynecol*; 105(7):997-1003.
- Blinick, G., Wallach, R.C., Jerez, E., Ackerman, B.D. (1976). Drug addiction in pregnancy and the neonate. *Am J Obstet Gynecol*; 125(2):135-142.
- Bogen, D.L., Perel, J.M., Helsel, J.C., Hanusa, B.H., Romkes, M., Nukui, T., et al. (2013). Pharmacologic evidence to support clinical decision making for peripartum methadone treatment. *Psychopharmacology*; 225(2):441-451. doi: DOI 10.1007/s00213-012-2833-7
- Buckley, V., Razaghi, A., Haber, P. (2013). Predictors of neonatal outcomes amongst a methadone-and/or heroin-dependent population referred to a multidisciplinary Perinatal and Family Drug Health Service. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*; 53(5):464-470. doi: Doi 10.1111/Ajo.12080
- Burns, L., Mattick, R.P., Lim, K., Wallace, C. (2007). Methadone in pregnancy: treatment retention and neonatal outcomes. [Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Addiction*; 102(2):264-270. doi: 10.1111/j.1360-0443.2006.01651.x
- Cleary, B.J., Eogan, M., O'Connell, M.P., Fahey, T., Gallagher, P.J., Clarke, T., et al. (2012). Methadone and perinatal outcomes: a prospective cohort study. *Addiction*; 107(8):1482-1492. doi: DOI 10.1111/j.1360-0443.2012.03844.x
- Coyle, M.G., Salisbury, A.L., Lester, B.M., Jones, H.E., Lin, H., Graf-Rohrmeister, K., et al. (2012). Neonatal neurobehavior effects following buprenorphine versus methadone exposure. *Addiction*; 107:63-73. doi: DOI 10.1111/j.1360-0443.2012.04040.x
- De Castro, A., Jones, H.E., Johnson, R.E., Gray, T.R., Shakleya, D.M., Huestis, M. A. (2011). Methadone, cocaine, opiates, and metabolite disposition in umbilical cord and correlations to maternal methadone dose and neonatal outcomes. [Clinical Trial Research Support, N.I.H., Extramural Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Ther Drug Monit*; 33(4):443-452. doi: 10.1097/FTD.0b013e31822724f0
- Dryden, C., Young, D., Hepburn, M., Mactier, H. (2009). Maternal methadone use in pregnancy: factors associated with the development of neonatal abstinence syndrome and implications for healthcare resources. *BJOG*; 116(5):665-671. doi: DOI 10.1111/j.1471-0528.2008.02073.x
- Ebner, N., Rohrmeister, K., Winklbaaur, B., Baewert, A., Jagsch, R., Peternell, A., et al. (2007). Management of neonatal abstinence syndrome in neonates born to opioid maintained women. *Drug Alcohol Depend*; 87(2-3):131-138. doi: DOI 10.1016/j.drugalcdep.2006.08.024

- Fajemirokun-Odudeyi, O., Sinha, C., Tutty, S., Pairaudeau, P., Armstrong, D., Phillips, T., et al. (2006). Pregnancy outcome in women who use opiates. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*; 126(2):170-175. doi: DOI 10.1016/j.ejogrb.2005.08.010
- Greig, E., Ash, A., Douiri, A. (2012). Maternal and neonatal outcomes following methadone substitution during pregnancy. *Arch Gynecol Obstet*; 286(4): 843-851. doi: DOI 10.1007/s00404-012-2372-9
- Henry-Edwards, S., Gowing, L., White, J., Ali, R. (2003). *Clinical Guidelines and Procedures for the Use of Methadone in the Maintenance Treatment of Opioid Dependence*. Commonwealth of Australia: Australia Government, National Drug Strategy. Publication number: 3263 (JN7616).
- Höfllich, A.S., Langer, M., Jagsch, R., Bawert, A., Winklbaaur, B., Fischer, G., et al. (2012). Peripartum pain management in opioid dependent women. *Eur J Pain*; 16(4):574-584. doi: DOI 10.1016/j.ejpain.2011.08.008
- Holbrook, A.M., Jones, H.E., Heil, S.H., Martin, P.R., Stine, S.M., Fischer, G., et al. (2013). Induction of pregnant women onto opioid-agonist maintenance medication: An analysis of withdrawal symptoms and study retention. *Drug Alcohol Depend*; 132(1-2):329-334. doi: DOI 10.1016/j.drugalcdep.2013.02.031
- Jansson, L.M., Choo, R., Velez, M.L., Lowe, R., Huestis, M.A. (2008). Methadone Maintenance and Long-Term Lactation. *Breastfeed Med*; 3(1):34-U43. doi: DOI 10.1089/bfm.2007.0032
- Jansson, L.M., Di Pietro, J.A., Elko, A., Williams, E.L., Milio, L., Velez, M. (2012). Pregnancies exposed to methadone, methadone and other illicit substances, and poly-drugs without methadone: A comparison of fetal neurobehaviors and infant outcomes. *Drug Alcohol Depend*; 122(3):213-219. doi: DOI 10.1016/j.drugalcdep.2011.10.003
- Jones, H.E., Finnegan, L.P., Kaltenbach, K. (2012). Methadone and buprenorphine for the management of opioid dependence in pregnancy. [Research Support, N.I.H., Extramural Review]. *Drugs*; 72(6):747-757. doi: 10.2165/11632820-000000000-00000
- Jones, H.E., Kaltenbach, K., Heil, S.H., Stine, S.M., Coyle, M.G., Arria, A.M., et al. (2010). Neonatal Abstinence Syndrome after Methadone or Buprenorphine Exposure. *N Engl J Med*; 363(24):2320-2331. doi: Doi 10.1056/Nejmoa1005359
- Jones, H.E., O'Grady, K.E., Malfi, D., Tuten, M. (2008). Methadone maintenance vs. methadone taper during pregnancy: maternal and neonatal outcomes. [Research Support, N.I.H., Extramural]. *Am J Addict*; 17(5):372-386. doi: 10.1080/10550490802266276
- Kahan, M., Wilson, L., Mailis-Gagnon, A., Srivastava, A. (2011). *Canadian guideline for safe and effective use of opioids for chronic noncancer pain: Clinical summary for family physicians. Part 2: special populations*. *Can Fam Physician*; 57(11):1269-1276.
- Lim, S., Prasad, M.R., Samuels, P., Gardner, D.K., Cordero, L. (2009). High-dose methadone in pregnant women and its effect on duration of neonatal abstinence syndrome. *Am J Obstet Gynecol*; 200(1). doi: ARTN 70.e1 DOI 10.1016/j.ajog.2008.08.041
- Liu, A.J.W., Sithamparanathan, S., Jones, M.P., Cook, C.M., Nanan, R. (2010). Growth restriction in pregnancies of opioid-dependent mothers. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed*; 95(4):F258-F262. doi: DOI 10.1136/adc.2009.163105
- McCarthy, J.J., Leamon, M.H., Parr, M.S., Anania, B. (2005). High-dose methadone maintenance in pregnancy: maternal and neonatal outcomes. *Am J Obstet Gynecol*; 193(3 Pt 1): 606-610. doi: 10.1016/j.ajog.2005.03.072
- McCarthy, J.J., Leamon, M.H., Stenson, G., Biles, L.A. (2008). Outcomes of neonates conceived on methadone maintenance therapy. *J Subst Abuse Treat*; 35(2):202-206. doi: DOI 10.1016/j.jsat.2007.09.009
- McQueen, K.A., Murphy-Oikonen, J., Gerlach, K., Montelpare, W. (2011). The impact of infant feeding method on neonatal abstinence scores of methadone-exposed infants. *Adv Neonatal Care*; 11(4):282-290. doi: 10.1097/ANC.0b013e318225a30c
- Metz, V., Jagsch, R., Ebner, N., Wurzl, J., Pribasnik, A., Aschauer, C., et al. (2011). Impact of treatment approach on maternal and neonatal outcome in pregnant opioid-maintained women. *Hum Psychopharmacol*; 26(6):412-421. doi: Doi 10.1002/Hup.1224
- Ministerial Council on Drug Strategy. (2006.). *National clinical guidelines for the management of drug use during pregnancy, birth and the early development years of the newborn*. North Sydney: NSW Department of Health.

- Minozzi, S., Amato, L., Bellisario, C., Ferri, M., Davoli, M. (2013). Maintenance agonist treatments for opiate-dependent pregnant women. [Meta-Analysis Review]. *Cochrane Database Syst Rev*; 12:CD006318. doi: 10.1002/14651858.CD006318.pub3
- Naeye, R.L., Blanc, W., Leblanc, W., Khatamee, M.A. (1973). Fetal complications of maternal heroin addiction: abnormal growth, infections, and episodes of stress. *J Pediatr*; 83(6):1055-1061.
- O'Connor, A.B., Collett, A., Alto, W.A., O'Brien, L.M. (2013). Breastfeeding Rates and the Relationship Between Breastfeeding and Neonatal Abstinence Syndrome in Women Maintained on Buprenorphine During Pregnancy. *J Midwifery Womens Health*; 58(4):383-388. doi: Doi 10.1111/Jmwh.12009
- Ordean, A., Kahan, M., Graves, L., Abrahams, R., Boyajian, T. (2013). Integrated care for pregnant women on methadone maintenance treatment: Canadian primary care cohort study. [Evaluation Studies Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Can Fam Physician*; 59(10):e462-469.
- Peles, E., Schreiber, S., Bloch, M., Dollberg, S., Adelson, M. (2012). Duration of methadone maintenance treatment during pregnancy and pregnancy outcome parameters in women with opiate addiction. [Research Support, Non-U.S. Gov't]. *J Addict Med*; 6(1):18-23. doi: 10.1097/ADM.0b013e318229bb25
- Pritham, U.A. (2013). Breastfeeding promotion for management of neonatal abstinence syndrome. [Review]. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, 42(5): 517-526. doi: 10.1111/1552-6909.12242
- Salisbury, A.L., Coyle, M.G., O'Grady, K.E., Heil, S.H., Martin, P.R., Stine, S. M., et al. (2012). Fetal assessment before and after dosing with buprenorphine or methadone. *Addiction*; 107:36-44. doi: DOI 10.1111/j.1360-0443.2012.04037.x
- Stephenson, D.K. (2008). *Guideline for Physicians Working in California Opioid Treatment Programs*. San Francisco: Stephenson E.D.K., editor. California Society of Addiction Medicine.
- Stine, S.M., Heil, S.H., Kaltenebach, K., Martin, P.R., Coyle, M.G., Fischer, G., et al. (2009). Characteristics of opioid-using pregnant women who accept or refuse participation in a clinical trial: screening results from the MOTHER study. [Comparative Study Research Support, N.I.H., Extramural]. *Am J Drug Alcohol Abuse*; 35(6):429-433. doi: 10.3109/00952990903374080
- Unger, A., Jagsch, R., Jones, H., Arria, A., Leitich, H., Rohrmeister, K., et al. (2011). Randomized controlled trials in pregnancy: scientific and ethical aspects. Exposure to different opioid medications during pregnancy in an intra-individual comparison. *Addiction*; 106(7):1355-1362. doi: DOI 10.1111/j.1360-0443.2011.03440.x
- Welle-Strand, G.K., Skurtveit, S., Jansson, L.M., Bakstad, B., Bjarko, L., Ravndal, E. (2013). Breastfeeding reduces the need for withdrawal treatment in opioid-exposed infants. [Research Support, N.I.H., Extramural Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Acta Paediatr*; 102(11):1060-1066. doi: 10.1111/apa.12378
- Welle-Strand, G.K., Skurtveit, S., Jones, H.E., Waal, H., Bakstad, B., Bjarko, L., et al. (2013). Neonatal outcomes following in utero exposure to methadone or buprenorphine: A National Cohort Study of opioid-agonist treatment of Pregnant Women in Norway from 1996 to 2009. *Drug Alcohol Depend*; 127(1-3):200-206. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2012.07.001
- Winklbaaur-Hausknost, B., Jagsch, R., Graf-Rohrmeister, K., Unger, A., Baewert, A., Langer, M., et al. (2013). Lessons learned from a comparison of evidence-based research in pregnant opioid-dependent women. *Hum Psychopharmacol*; 28(1):15-24. doi: Doi 10.1002/Hup.2275

9. Aspectos específicos para el tratamiento con metadona en población en prisión

- Asl, R., Eshrati, B., Dell, C., Taylor, K., Afshar, P., Kamali, M., et al. (2013). Outcome assessment of a triangular clinic as a harm reduction intervention in Rajae-Shahr Prison, Iran. *Harm Reduc J*; 10:41. doi:10.1186/1477-7517-10-41.
- Carlin, T. (2005). An exploration of prisoners' and prison staff's perceptions of the methadone maintenance programme in Mountjoy Male Prison, Dublin, Republic of Ireland. *Drugs (Abingdon Engl)*; 12(5):405-416.

- Community Pharmacotherapy Program. (2014). *Clinical Policies and Procedures for the Use of Methadone and Buprenorphine in the Treatment of Opioid Dependence*. Western Australian: Alcohol and Drug Authority (WAADA). Disponible en: http://www.dao.health.wa.gov.au/DesktopModules/Bring2mind/DMX/Download.aspx?Command=Core_Download&EntryId=166&PortalId=0&TabId=211
- Cravioto, P., Medina-Mora, M.E., De la Rosa, B., Galván, J., Tapia-Conyer, R. (2003). Patrones de consumo de heroína en una cárcel de la frontera norte de México; barreras de acceso a tratamiento. *Salud Pública Mex*; 45(3): 181-190.
- Fernández, J., Pereiro, C. (2007). Guía para el tratamiento de la dependencia de opiáceos. *Socidrogalcohol*: 1-118. Disponible en: http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_231209_EN_ES04_GuiaClinicaOpiaceos.pdf.
- Huang, Y., Kuo, H., Lew-Ting, C., Yang, C., Tsai, T., Gange, S., et al (2011). Mortality among a cohort of drug users after their release from prison: an evaluation of the effectiveness of a harm reduction program in Taiwan. *Addiction*; 106:1437-1445. doi:10.1111/j.1360-0443.2011.03443.x
- INEGI. (2011). *Estadísticas judiciales en materia penal de los Estados Unidos Mexicanos 2010*. México: Instituto Nacional de Estadística y Geografía.
- Linares, N. (2003). *El consumo de drogas inyectadas en México: apuntes de las últimas décadas*. *Salud drogas*; 3(2):17-35.
- Magis, C., Barrientos, H. (2009). *VIH/sida y Salud Pública. Manual para el personal de salud*. México: Secretaría de Salud-CENSIDA-Instituto Nacional de Salud Pública.
- McKeganey, N., Morris, Z., Neale, J. Robertson, M. (2004) What are drug users looking for when they contact drug services: abstinence or harm reduction? *Drugs (Abingdon Engl)*; 11(5):423-435.
- Markez, I., Iñigo, C. (2012). *Guía. Atención y tratamientos en prisión por el uso de drogas*. Madrid: OMEditorial. Disponible en: http://sesp.es/imagenes/O94/portada/atencion_y_trat_en_prision_por_uso_drogas_2012.pdf
- Mitchell, O., Wilson, D., MacKenzie, D. (2006). *The effectiveness of incarceration-based drug treatment on criminal behavior. A Systematic Review*. The Cambell Collaboration. doi.10.4073/csr.2006.11 Disponible en: <http://www.campbellcollaboration.org/lib/download/98/>
- Navadeh, S., Mirzazadeh, A., Mehdi, M., Farnia, M., Alasvand, R., Haghoost, A. (2009). HIV prevalence and related risk behaviours among prisoners in Iran: results of the national biobehavioural survey. *Sex Transm Infect*; 89:33-36. doi:10.1136/sextrans-2013-051295.
- Pérez, C., Azaola, E., Salgado, J., Pérez, G., Bergman, M., Vilalta, C., et al. (2012). *Primera Encuesta a Población Interna en Centros Federales de Readaptación Social – 2012*. México: Banco de Información para la Investigación Aplicada en Ciencias Sociales: Centro de Investigación y Docencia Económicas. Disponible en: <http://biiacs-dspace.cide.edu/handle/10089/16531>
- Scherbaum, N., Specka, M., Schifano, F., Bombeck, J., Marrziniak, B. (2010). Longitudinal Observation of a sample of german drug consumption facility clients. *Subst Use Misuse*; 45:176-189. doi:10.3109/10826080902873044.
- Trigg, B., Dickman, S. (2012). Medication-Assisted Therapy for Opioid-Dependent Incarcerated Populations in New Mexico: Statewide Effort to Increase Access. *Subst Abuse*; 33:76-84.
- Wichersham, J., Marcus, R., Kamarulzaman, A., Muhsin, M., Altice, F. (2013). Implementing methadone maintenance treatment in prisons in Malaysia. *Bull World Health Organ*, 91:124-129. doi:10.2471/BLT.12.109132
- World Health Organization. (2007). *Effectiveness of interventions to address HIV in prisons*. Geneva: United Nations Office on Drugs and Crime, UNAIDS. Disponible en: http://www.who.int/hiv/idu/OMS_E4Acomprehensive_WEB.pdf
- World Health Organization. (2007). *Interventions to address HIV in prisons: Drug Dependence treatment*. Geneva: United Nations Office on Drugs and Crime, UNAIDS. Disponible en: http://www.unodc.org/documents/hiv-aids/EVIDENCE%20FOR%20ACTION%202007%20drug_treatment.pdf

10. Aspectos específicos para el tratamiento con metadona en población migrante

- Banati, P. (2007). Risk Amplification: HIV in Migrant Communities. *Dev South Afr*; 24(1):205-223.
- Bermúdez, R. (2012). Salud y economía de los migrantes del centro y norte del país. En: Campos Y Covarrubias, G. (Comp.) *Visión multidisciplinaria sobre el fenómeno migratorio: Historias de vida*. México: Universidad Nacional Autónoma de México/Escuela Nacional de Trabajo Social.
- Bronfman, M., Leyva, R., Negroni, M., Rueda, C., Kageyama, M., Hernández, D. (2004). *Movilidad poblacional y VIH/sida: contextos de vulnerabilidad en México y Centroamérica*. México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- CENSIDA. (2008). *Manual para la prevención del VIH/sida en usuarios de drogas inyectadas*. México: Secretaría de Salud.
- Coyle, S. (2003). Ethics case study. Providing care to undocumented immigrant. *Hospitalist*; July/August:24-27. Disponible en: https://www.acponline.org/running_practice/ethics/case_studies/care_imm.pdf
- Esquivel, G., Magis, C., Ortiz, R. (2005). El uso de drogas inyectadas, su relación con el VIH: Estrategias de atención y prevención en el municipio de San Pedro de las Colonias, Coahuila. *Cuicuilco*; 12(33), enero-abril:79-92.
- Fernández, J., Arias, F., Castillo, C., Roncero, C., Rovira, M., Secades, R. (2008). *Opiáceos. Guías Clínicas Socidrogalcohol basadas en la evidencia científica*. Valencia, España: Socidrogalcohol.
- Fernández, J., Pereiro, C. (2007). Guía para el tratamiento de la dependencia de opiáceos. *Socidrogalcohol*: 1-118. Disponible en: http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_231209_EN_ES04_GuiaClinicaOpiaceos.pdf.
- Guarino, H., Deren, S., Mino, M., Kang, S.Y., Shedlin, M.G. (2010). Outreach : Training drug treatment patients to conduct peer-based HIV outreach: An Ethnographic Perspective on Peers' Experiences. *Subst Use Misuse*; 45(3). doi:10.3109/10826080903452439. Training
- Hart, W. (2007). *Report of the Methadone Maintenance Treatment Practices Task Force*. Ontario, Canada: Ministry of Health and Long-Term Care. Disponible en: http://www.health.gov.on.ca/en/common/ministry/publications/reports/methadone_taskforce/methadone_taskforce.pdf
- Magis-Rodriguez, C., Lemp, G., Hernandez, M.T., Sanchez, M.A., Estrada, F., Bravo-Garcia, E. (2009). Going North: Mexican migrants and their vulnerability to HIV. *J Acquir Immune Defic Syndr*; 51:S21-S25.
- Magis, C., Barrientos, H. (2009). *VIH/sida y Salud Pública. Manual para el personal de salud*. México: Secretaría de Salud-CENSIDA-Instituto Nacional de Salud Pública.
- Organización Mundial de la Salud. (2008). *61ª Asamblea Mundial de la Salud*. Ginebra. Disponible en: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA61-REC1/A61_REC1-sp.pdf
- Zaller, N., Bazazi, A., Velazquez, L., Rich, J. (2009). Attitudes toward Methadone among Out-to-Treatment Minority Injection Drug Users: Implications for Health Disparities. *Int J Environ Res Public Health*; 6(2):787-797.

*Guía para el uso de metadona en usuarios adultos con VIH dependientes de la heroína intravenosa, terminó de imprimirse en mayo de 2016 en los talleres de Groppe Imprenta, Calle Hospital #2295-B, Col. Ladrón de Guevara, Guadalajara, Jal. C.P. 44650.
El tiraje consta de 100 ejemplares.*

Esta Guía para el uso de metadona en usuarios adultos con VIH dependientes de la heroína intravenosa busca apoyar el trabajo de los prestadores de servicios de salud que atienden de manera cotidiana a estas personas.

La Guía ofrece una revisión bibliográfica extensa sobre las mejores prácticas de atención dirigidas a estos pacientes y brinda información clave para conocer los aspectos médicos, psicológicos y sociales que intervienen en el tratamiento de esta población, a fin de que quienes les brindan servicios de salud puedan tomar las mejores decisiones con base en la evidencia científica existente.