

**GUÍA DE MANEJO CLÍNICO AMBULATORIO DE PACIENTES CON
TRASTORNOS POR CONSUMO DE OPIOIDES A TRAVÉS DEL
PROGRAMA DE MANTENIMIENTO CON METADONA (PMM) DEL
DEPARTAMENTO DE NARIÑO**

AUTORES

DRA. MARIA ANTONIA NOGUERA.

Md. Esp. Toxicología Clínica

DRA. INDIRA PAUTT

Md. Esp. Psiquiatría

DR. MAURICIO DE LA ESPRIELLA

Md. Esp. Psiquiatría

DR. JOSE VICENTE MORÁN

Md. Esp. Salud Ocupacional

OCTUBRE 2022



MINSALUD

**GUÍA DE MANEJO CLÍNICO AMBULATORIO DE PACIENTES CON
TRASTORNOS POR CONSUMO DE OPIOIDES A TRAVÉS DEL PROGRAMA
DE MANTENIMIENTO CON METADONA (PMM) DEL DEPARTAMENTO DE
NARIÑO**

**Revisado por:
MARÍA EUGENIA ERASO TORRES
Líder de Dimensión de Convivencia Social y Salud Mental
INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NARIÑO**

OCTUBRE 2022

GUÍA DE MANEJO CLÍNICO AMBULATORIO DE PACIENTES CON TRASTORNOS POR CONSUMO DE OPIOIDES A TRAVÉS DEL PROGRAMA DE MANTENIMIENTO CON METADONA (PMM) DEL DEPARTAMENTO DE NARIÑO

1. INTRODUCCIÓN

Esta guía se desarrolla con base a la necesidad y la problemática asociada al consumo de sustancias psicoactivas tipo opioide, buscando una alternativa de manejo clínico y fácil acceso a la atención. Está dirigida a todo el personal del Sistema General de Seguridad Social en Salud que pertenece al departamento de Nariño.

El concepto de “droga” se puede entender a partir de la acción de una sustancia sobre el sistema nervioso central, que supone una construcción intersubjetiva, cultural y psicológicamente posible, la que resulta problemática por sus efectos. Es así como existen varias formas de referirse al consumo como son: “droga”, “sustancia psicoactiva (SPA)”, “estupefaciente”, “tóxico”, “alucinógeno”, “narcótico”, entre otros (1).

En el mundo, los opioides son objeto de consumo con fines no médicos ni justificados en la evidencia científica, por tanto, se presenta desvío y producción ilegal. El Reporte Mundial de Drogas 2019 de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC) reportó que cerca de 53 millones de personas consumieron opioides sin prescripción médica en 2017, cifra que ha venido en ascenso con respecto a los años anteriores.

En el caso de Colombia, los medicamentos tipo opioide, utilizados para el manejo del dolor son vigilados y controlados por el Ministerio de Salud y Protección Social a través del Fondo Nacional de Estupefacientes (FNE). Frente a la situación en el país respecto a su uso indebido, el Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas de 2013 señaló que el 1,07% de las personas declararon haber usado algún analgésico opioide sin prescripción médica, al menos una vez en su vida, adicionalmente, en el país se reconocen nueve (9) entidades territoriales con consumo de heroína: Bogotá, Medellín, Cali, Pereira y Dosquebradas, Armenia, Cúcuta, Santander de Quilichao y Pasto; se identificó que el programa de mantenimiento con metadona estaba disponible en siete (7) territorios y solo uno (1) se implementaba en servicios de salud. (2)

También, en el reporte de las Naciones Unidas contra la droga y el delito (UNODC) del año 2020, se estimó que alrededor de 269 millones de personas usaron drogas en todo el mundo en el año 2018, lo cual llevó a un aumento del

30% respecto al año 2009, mientras que más de 35 millones de personas sufren trastornos por el uso de drogas, adicionalmente, el aumento en el desempleo y la disminución de oportunidades causadas por el impacto del COVID-19, afectan de manera desproporcionada a las personas en mayor situación de pobreza, volviéndose más vulnerables al consumo de drogas, así como al tráfico y cultivo, de igual manera esto conlleva a la escasez de drogas en las calles, dando lugar a un incremento en los precios y a una reducción de la pureza. El cannabis fue la sustancia más utilizada en todo el mundo durante el 2018, con un estimado de 192 millones de personas consumidoras. Los opioides con un consumo de 58 millones de personas consumieron en ese mismo año, sin embargo, siguen siendo las drogas más perjudiciales, ya que, durante la última década, el total de muertes relacionadas con su consumo aumentó un 71%, con un incremento del 92% entre las mujeres, en comparación con el 63% entre los hombres.

En América del Norte, el consumo de opioides sintéticos (fentanilo), ha dado lugar a dos décadas de aumentos de las muertes por sobredosis de opioides. En 2018, el uso de fentanilo se asoció con dos tercios de las 67.367 muertes por sobredosis registradas en los Estados Unidos, de igual manera, los opioides sintéticos se consideran como un grupo de nuevas sustancias psicoactivas para el año 2020. (3).

Adicionalmente, esta población generalmente tiene afectaciones en la salud como infecciones respiratorias crónicas y graves, problemas cardiovasculares, metabólicos, comorbilidades y trastornos mentales; también experimentan altas tasas de morbilidad, tres a cinco veces más altas en comparación con la población general (3).

De igual manera, no se debe olvidar que existe una relación importante entre la comprensión del hombre y del mundo que una sociedad tiene, y que en ocasiones ha derivado en el empleo que la misma hace de las distintas sustancias psicoactivas, en donde se logran constituir los diferentes factores de protección y de riesgo que originan al uso, abuso y dependencia por parte de algunos individuos, que si se adiciona a una mayor desorganización comunitaria, social y familiar, presentará un incremento en los factores de riesgo y llevar a conductas de tipo delictivo y con ello el excesivo incremento en el consumo de sustancias psicoactivas, también está ampliamente demostrada la existencia de una relación inversa entre el riesgo percibido de una droga en particular y el consumo de la misma. Así, a mayor riesgo percibido, menor consumo, y viceversa, un ejemplo, el consumo de los diferentes opioides tanto de uso lícito como ilícito que, por un mayor riesgo de dependencia, su consumo no es tan elevado como el de cannabis.

Es ahí, donde los programas de reforzamiento comunitario se basan en la capacidad de proporcionar al sujeto con trastornos por consumo de sustancias psicoactivas, en este caso, de derivados del opio, diferentes herramientas dentro de su ambiente social y familiar para incrementar la probabilidad de que se mantenga libre del consumo de dichas sustancias, que le permitan la construcción de condiciones favorables para el mejoramiento de la calidad de vida a través del acompañamiento, la escucha, asistencia, formación y capacitación afrontando las

diversas demandas, cuyas claves para mantener abstinente a la persona se basan en:

- a) Abordaje de aspectos familiares y sociales que pueden limitar la adherencia al tratamiento, así como situaciones que evidencien el ejercicio de los derechos en salud e identificando los recursos disponibles para la promoción de la salud y la gestión del riesgo.
- b) Abordaje de dificultades laborales que puedan incrementar el riesgo de consumo de drogas y el desarrollo de programas y proyectos para la promoción en salud y gestión del riesgo en salud, con el desarrollo de habilidades individuales y familiares.
- c) Identificación de los antecedentes del consumo de sustancias psicoactivas y seleccionar alternativas o espacios saludables como entrenamientos en habilidades para trabajar los déficits que dificultan alcanzar la abstinencia o que aumentan la probabilidad de una recaída, evitando la deserción del tratamiento médico. (Becoña y Cortés, 2010)

2. Panorama del consumo de sustancias psicoactivas en el departamento de Nariño

Se llevó a cabo una caracterización poblacional acerca del consumo de sustancias psicoactivas (SPA) en el departamento de Nariño, entre los años 2018-2019 y 2020 según las diferentes bases de datos de SIVIGILA, RIPS y HUDN, donde se evidencia un predominio en el consumo de alcohol etílico, seguido de a cocaína y cannabinoides, con un patrón para sustancias nuevas en el registro como 2cb, barbitúricos, ketamina, hongos alucinógenos y éxtasis solo evidenciado para el año 2020, no asociado a policonsumo en una misma persona.

Adicionalmente, respecto al patrón de consumo de heroína y otros opiáceos, este se mantuvo estable durante los años 2018 y 2019, pero se evidencia un incremento para el año 2020 superior al 50%, asociado predominantemente a episodios agudos de síndromes de abstinencia con manejo con sustitutivo tipo metadona.

3. OBJETIVO GENERAL.

Brindar recomendaciones útiles y fácilmente adaptables a los diferentes servicios prestadores de salud del departamento de Nariño, para el adecuado manejo clínico de pacientes con diagnóstico asociado al trastorno por consumo de opioides y/o síndrome de abstinencia con el fin de evitar las diferentes complicaciones derivadas al uso de este grupo de sustancias.

3.1 Objetivos Específicos:

- Sensibilizar al talento humano que hace parte de los diferentes servicios de salud del departamento de Nariño, frente a la problemática de consumo de sustancias tipo opioides.
- Lograr las bases para la orientación en el diagnóstico y manejo clínico de los pacientes con trastorno por consumo de sustancias tipo opioides y/o riesgo de síndrome de abstinencia a través de la implementación del programa ambulatorio de mantenimiento con metadona (PMM) en los diferentes niveles de atención en salud.
- Facilitar el acceso a los servicios de salud, disminuyendo las barreras de atención médica, garantizando el cuidado de la salud de los pacientes con diagnóstico por trastorno de consumo de opioides y/o riesgo de abstinencia que acuden a las diferentes instituciones prestadoras de salud del departamento de Nariño.
- Realizar actividades de articulación intersectorial y comunitaria para la promoción y prevención del consumo de sustancias psicoactivas tipo opioides.

4. DEFINICIONES (4)

- **Opio:** Extracto o jugo desecado obtenido de las cápsulas de la planta *Papaver somniferum* (Amapola)
- **Opiáceos:** Sustancias derivadas del opio, ejemplo: morfina, codeína y heroína, etc.
- **Opioides:** Término genérico que se refiere a todas las sustancias que actúan en receptores opioides, tanto a opiáceos como a sus análogos sintéticos (principalmente prescripción u opioides farmacéuticos).
- **Analgésicos opioides:** Grupo de fármacos con gran actividad analgésica derivados del opio, mediados por vías y receptores a nivel del sistema nervioso central, a su vez, son controlados por autoridades sanitarias de distribución restringida, ya que su uso indiscriminado como primera línea en el manejo del dolor puede generar dependencia y abuso.
- **Sustancias psicoactivas:** es toda sustancia que, introducida en el organismo, por cualquier vía de administración, produce una alteración del funcionamiento del sistema nervioso central y es susceptible de crear dependencia, ya sea psicológica, física o ambas, con capacidad de modificar la conciencia, estado de ánimo o los procesos de pensamiento de la persona que las consume.
- **Heroína:** derivado de la morfina, su término químico es diacetilmorfina.

- **Síndrome de abstinencia:** Se presenta cuando se interrumpe o se suspende la administración de la droga o sustancia psicoactiva, en donde se rompe el vínculo droga-organismo y se caracteriza por manifestaciones clínicas de signos físicos como psíquicos y que ceden ante la nueva administración de la sustancia.
- **Intoxicación:** Se presenta durante consumo de la sustancia o poco tiempo después, asociado a un cambio en la dosificación de la misma lo que lleva a producir cambios psicológicos o del comportamiento por su acción sobre el sistema nervioso central, la cual puede ser de origen voluntario o involuntario.
- **Dependencia física:** También se denomina neuroadaptación, se caracteriza por la necesidad de mantener unos niveles determinados de una droga en el organismo, desarrollándose un vínculo droga-organismo.
- **Sobredosis:** Se presenta cuando se toma una cantidad mayor a lo normal o recomendado y puede provocar efectos dañinos e incluso la muerte.

5. FARMACOLOGÍA

Opiáceos y Clorhidrato de metadona

Mecanismo de acción

El sistema opioide endógeno tiene diversas funciones fisiológicas, incluyendo la regulación del dolor (inhibiendo la respuesta al estímulo doloroso), modulación de las funciones gastrointestinales, endocrinas, autonómicas, el aprendizaje y la memoria. Tiene un papel muy relevante en el circuito cerebral de recompensa y la adicción. Los opioides liberan dopamina en el núcleo accumbens, un fenómeno común de todas las drogas de abuso, principalmente mediante la inhibición de las interneuronas GABA del área tegmental ventral.

Los opiáceos ejercen sus efectos agonistas sobre los receptores opioides, los cuales están localizados sobre las superficies celulares, altamente liposolubles y su distribución por el sistema nervioso central y su acción central, produciendo sus efectos mediante estimulación del sistema de receptores opioides, de los cuales, se han aislado cuatro subtipos distintos:

- mu (μ , OP3, MOR)
- delta (δ , OP1, DOR)
- kappa (κ , OP2, KOR)
- nociceptina (nociceptina/orfanina FQ, OP4, NOR)

Aunque todos ellos presentan una gran similitud estructural, son receptores de membrana acoplados a proteína Gi y poseen distintos ligandos endógenos y producen algunas acciones similares.

Tras la estimulación de un receptor opioide se produce una inhibición de la actividad de la adenilciclase, con reducción de la concentración del AMPc y de la actividad de la proteinquinasa dependiente de AMPc o PKA, lo que resulta en una disminución de la fosforilación de proteínas.

Se produce además una facilitación del cierre de los canales de calcio en las neuronas presinápticas, por lo que se reduce la liberación de neurotransmisor, así como, la apertura de canales de potasio (GIRK) de las neuronas postsinápticas, lo que provoca una hiperpolarización de la membrana y como consecuencia una reducción de su activación.

La administración continuada de opioides produce cambios moleculares y de la expresión génica que son los responsables de los fenómenos de tolerancia, dependencia y abstinencia.

La neurotransmisión glutamatérgica vía receptores ionotróficos del N-metil-D-aspartato (NMDA 1) y el ácido α -amino-3-hidroxi-5-metil-isoxazol-4-propionico (AMPA1), así como receptores glutamato metabotróficos se encuentran relacionados con la plasticidad neuronal y conductual inducida por los opiáceos.

La unión de un agonista al receptor opioide MU resulta en afluencia de calcio (Ca^{2+}) vía receptores NMDA, con la subsecuente activación de segundos mensajeros calcio-dependientes tales como el óxido nítrico (NO-1), el cual es sintetizado por la óxido nítrico sintetasa (NOS- 1). Por esa razón genera tolerancia y dependencia a los opiáceos la que puede ser modulada por la cascada NMDA/NO.

Al realizar un retiro abrupto luego del consumo crónico de opiáceos, múltiples cambios adaptativos ocurren, incluyendo superactivación de adenilciclase con subsecuente elevación de cAMP, lo cual conlleva a una liberación excesiva de noradrenalina, seguido por la unión de noradrenalina a receptores noradrenérgicos en células y neuronas. Esta excesiva liberación de noradrenalina lleva a una sobreactivación del sistema nervioso autónomo. Los receptores alfa adrenérgicos y MU se encuentran frecuentemente localizados en neuronas y células de las que se cree son los sustratos neuranatómicos para los síntomas simpáticos de la abstinencia a los opiáceos. (5) Ver anexo 1 y 2.

Clorhidrato de metadona

Agonista opiáceo sintético que actúa fundamentalmente sobre los receptores mu.

Su efecto analgésico, es equivalente en potencia y duración a la morfina.

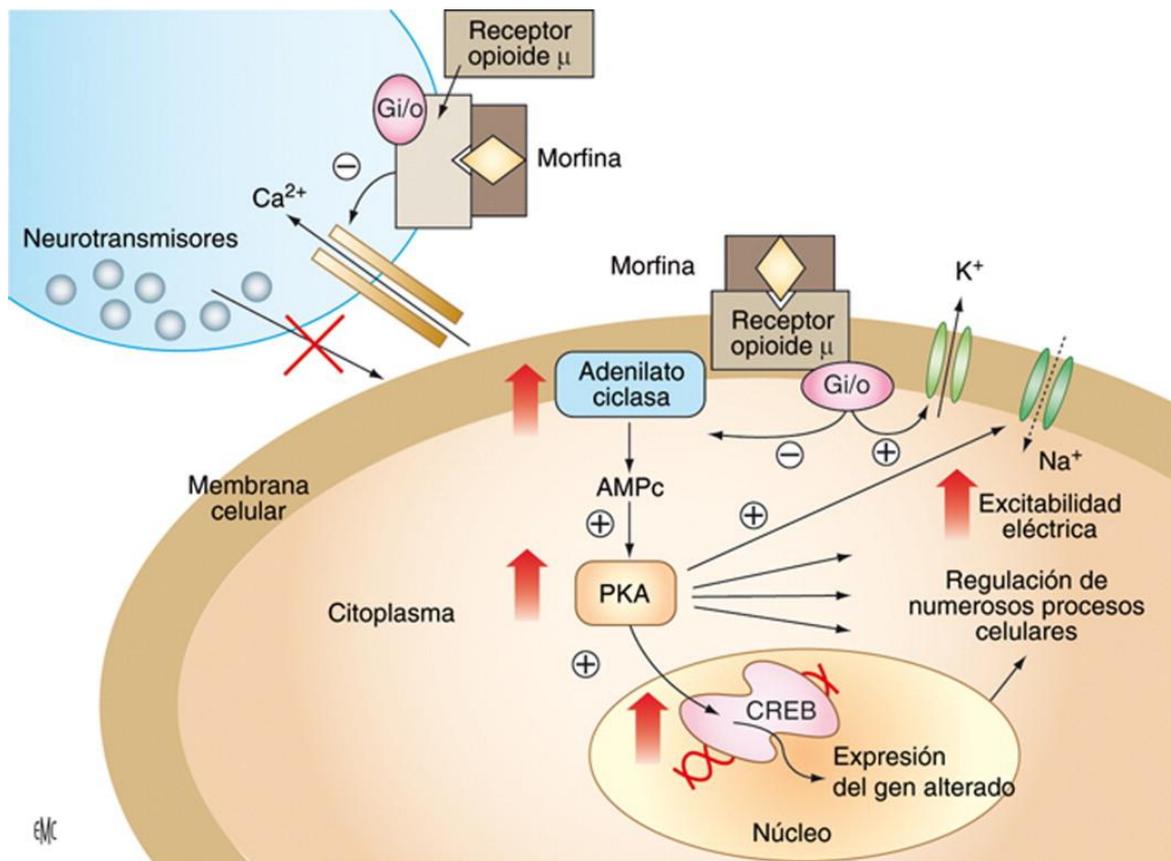
Se administra por vía oral, con una vida media en plasma entre 12 y 36 horas.

Se metaboliza en el hígado, siendo sus metabolitos eliminados por orina, sudor y heces, su amplia absorción y biodisponibilidad tras la administración oral y su gran capacidad de almacenamiento en los diferentes tejidos. Proporciona niveles plasmáticos durante más de 24 horas, permitiendo una sola toma diaria, lo que previene la aparición del síndrome de abstinencia a opioides, y suprime el deseo

intenso del consumo de narcóticos sin estar acompañado de efectos euforizantes o sedación.

Además de la acción analgésica y de sedación, el resto de los efectos de la metadona son similares a los de la morfina: disminución del peristaltismo intestinal, aumento del tono de las vías biliares y esfínteres, miosis, disminución de la libido, vasodilatación periférica que puede provocar hipotensión ortostática y a elevadas dosis produce depresión respiratoria.

De acuerdo con la Lista I de la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes, la metadona es una droga controlada, siendo la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE), es un medicamento monopolio del estado (MME), lo que indica que la producción, la comercialización, la distribución, la dispensación y las regulaciones que se dicten en esta materia, están a cargo del Estado colombiano en cabeza del Ministerio de Salud y Protección Social y del Fondo Nacional de Estupefacientes (FNE). (5-6).



6. MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Los opiáceos actúan a nivel de los siguientes sistemas dependiendo del receptor donde generan su efecto:

- Sistema nervioso central: analgesia sin pérdida de conciencia, somnolencia y cambios de status mental, euforia/disforia, náuseas/vómitos, miosis.
- Sistema respiratorio: depresión respiratoria ante una sobredosis de sustancia.
- Efectos cardiovasculares (escasos): liberación de histamina, hipotensión ortostática, hipotensión, hipoxia, vasodilatación cerebral/hipercarbia, toxicidad directa /hipersensibilidad a adulterantes.
- Efectos gastrointestinales: descenso de la motilidad intestinal (Ver Anexo Tabla n.2).

Adicionalmente, según el tipo de sustancia consumida y sus diferentes vidas medias, los pacientes puede ingresar bajo un cuadro de intoxicación aguda por la exposición a esta sustancia donde se puede evidenciar tres de sus principales características clínicas importantes como alteración del estado de conciencia, dificultad respiratoria y miosis, entre otros, también se puede evidenciar pacientes cursando con cuadro o episodio de abstinencia a opioides, cuyas manifestaciones clínicas y severidad se pueden interpretar mediante la valoración escala COWs. (Ver Anexo Tabla n.3, 4 y 5).

De igual manera, se debe tener en cuenta que los pacientes con trastorno por consumo de opioides generalmente tienen un funcionamiento social deteriorado, en donde no logran mantener trabajos ni relaciones sociales ni familiares, cuyo comportamiento puede asociarse a actividades ilegales (robos, prostitución), con el fin de financiar la sustancia de abuso (3).

Con el uso crónico de opioide por vía intravenosa (IV), se puede identificar signos de venopunción, como por ejemplo a nivel de los pliegues de los codos, como también entre los dedos de las manos y los pies, debajo de las uñas de las manos y los pies, en las axilas, venas mamarias y la vena dorsal del pene. Cabe recordar que al ser una sustancia de uso IV, esto puede conllevar al uso de una misma jeringa entre varios usuarios, por lo que se incrementa el riesgo de contraer ETS como VIH o Hepatitis B e incluso afectaciones cardíacas como la endocarditis bacteriana acarreado con ellos mayor morbimortalidad (6-7).

7. TRATAMIENTO AMBULATORIO DE LOS PROGRAMAS DE MANTENIMIENTO CON METADONA (PMM)

Para el manejo de los pacientes con trastorno por consumo de opioides, se cuenta con la estrategia de la administración agonistas opioides (metadona o buprenorfina) cuya dosis se ajustan según necesidad del paciente, al igual que el

uso de agonistas adrenérgicos alfa2 como lo es la clonidina para reducir los síntomas de abstinencia (1).

En esta guía se dará énfasis al manejo con agonistas opioides, bajo el esquema ambulatorio del Programa de Mantenimiento con Metadona que se desarrollará de acuerdo a los diferentes niveles de atención en salud, enfocados a la población del departamento de Nariño conjuntamente con la articulación del componente comunitario, en donde el principal objetivo de este componente es lograr la deshabitación, rehabilitación y reinserción de las personas con problemas de consumo de sustancias psicoactivas, por medio de un tratamiento integral, que comprenda intervenciones psicológicas, médicas y educativas.

Este dispositivo está dirigido a pacientes que habitualmente presentan una importante desestructuración psicológica, familiar y/o social que dificulta el

desarrollo de un tratamiento exitoso en su medio habitual y que han fracasado de forma repetida, dirigido no sólo al abandono del consumo de sustancias, sino a la modificación de un estilo de vida a través de las experiencias que proporciona el contexto interpersonal de la propia comunidad terapéutica. Es, por ende, que el objetivo de toda intervención debe ser ayudar a la persona a desarrollar un proyecto y un estilo de vida alternativo, que minimice sus dificultades y facilite su adaptación a un ambiente social normalizado.

Dentro del proceso desarrollado en la comunidad terapéutica se pueden distinguir tres fases, en función del momento y de los objetivos planteados: fase de acogida, fase de tratamiento y deshabitación y fase de inserción social, las actividades desarrolladas abarcan un amplio rango, respondiendo necesidades de tipo sanitario (patología dual), psicológico (manejo de conductas desadaptativas y adquisición de hábitos más saludables, autocontrol, habilidades sociales y asertividad, prevención de recaídas) educativas y ocupacionales.

Así mismo, la evaluación de un paciente que se encuentre en estado de abstinencia a opioides debe incluir una historia clínica completa y un examen físico centrado en los signos y síntomas asociados, en base a la Escala clínica de abstinencia de opioides (COWS) (Anexo tabla n.5)

6.1 Necesidades del tratamiento durante la etapa de cambio

Para iniciar el tratamiento del paciente y lograrlo involucrar hacia el Programa de Mantenimiento con metadona, debemos tener en cuenta las diferentes etapas de cambio y así lograr un adecuado manejo y concertación con el paciente (1):

Pre-contemplación	El paciente necesita información que relacione sus problemas con el abuso de sustancias. Es la oportunidad para educarlo acerca de las consecuencias negativas del abuso de sustancias.
--------------------------	---

<p>Contemplación</p>	<p>El paciente debe explorar sentimientos de ambivalencia y conflictos entre el abuso de sustancias y sus valores personales. La intervención breve podría incrementar la conciencia del paciente con respecto a las consecuencias de un continuo abuso de sustancias y a los beneficios de disminuir o detener dicho abuso.</p>
<p>Preparación</p>	<p>El paciente elige realizar acciones para fortalecer su compromiso. Una intervención breve podría darle al paciente una lista de opciones para su tratamiento.</p>
<p>Mantenimiento</p>	<p>El paciente requiere del acompañamiento profesional en la prevención de recaídas. Una intervención breve podría tranquilizar, evaluar acciones presentes y redefinir planes a largo plazo.</p>
<p>Recaída</p>	<p>El paciente vuelve a realizar el comportamiento que había cambiado o estaba en proceso de cambiar, vuelve a una etapa anterior. Se debe motivar y consolar al paciente para que la regresión se dé en una etapa lo más cercana posible a la acción y no debe tomarse como un fracaso.</p>

6.2 Tratamiento de sustitución con opiáceos: Programas de mantenimiento con metadona (PMM) y otros tratamientos con evidencia para el trastorno por uso de opioides en atención ambulatoria (6).

Los programas de mantenimiento con metadona (PMM), han sido usados por más de 40 años en personas con trastornos por consumo de opioides, disminuyendo variables como la morbilidad y reintegrando a los pacientes a un mejor bienestar social, familiar y comunitario, dado a que este tipo de programas han demostrado ser una de las opciones más adecuadas al momento del abordaje de estos pacientes.

La prescripción de terapias de sustitución reconoce que la dependencia es una condición de salud crónica y como muchas otras condiciones crónicas, requiere de un tratamiento continuo y de largo plazo. Las personas afectadas por dicha condición están en riesgo permanente de recaída a lo largo de su vida (ONUSIDA, 2016).

Según estimaciones realizadas por el instituto nacional sobre drogas de abuso (NIDA) en EEUU, han demostrado que el costo del tratamiento con metadona es menor que el costo asociado a los daños y cuidados del usuario activo de opioides. (3)

Los objetivos terapéuticos en los PMM abarcan desde lograr la abstinencia total hasta la reducción de riesgos y daños, que a su vez incluyen factores como el acceso sin barreras a la atención en salud, horarios, dosificación adecuada, apoyo del equipo clínico y apoyo psicosocial, generación de estilos de vida saludables,

todo esto enfocado en un componente clínico y comunitario, cuyas metas se enfocan en:

- a) Interrumpir el ciclo de intoxicación - síndrome de abstinencia y reducir el riesgo de muerte por sobredosis.
- b) Alcanzar una estabilización biopsicosocial y de otras patologías concomitantes para facilitar el proceso de recuperación a corto, mediano o largo plazo.
- c) Reducir conductas de riesgo y transmisión de infecciones mortales como VIH/SIDA y hepatitis B o C.
- d) Reducir las conductas ilícitas o en conflicto con la ley.
- e) Promover el apego al tratamiento y proporcionar información a los usuarios y a sus familias sobre prestaciones sociales y cualquier tipo de ayudas que puedan mejorar la situación familiar de los pacientes.
- f) Fomentar los derechos sexuales y reproductivos, con el fin de evitar la presentación de enfermedades de transmisión sexual, generando mayores complicaciones en los pacientes.

6.3 Recomendaciones generales para la implementación de los PMM (1)

- Los programas que han probado ser más efectivos son los que combinan la terapia asistida con agonistas opiáceos con intervenciones psicosociales.
- La metadona oral junto con la buprenorfina son las más comúnmente usadas en los PMM. Si se prescriben y usan en tratamientos de alta calidad, bien organizados y bajo supervisión, estos medicamentos logran interrumpir el ciclo de intoxicación y el síndrome de abstinencia, permitiendo que se reduzca de forma efectiva el uso de opiáceos ilícitos como la heroína, el comportamiento criminal, la reducción de transmisión de VIH y otras ETS y el riesgo de muerte por sobredosis.

- La metadona y la buprenorfina ofrecen buenos resultados en la mayoría de los casos. La metadona es el medicamento de preferencia porque muestra mejores resultados a menor costo, donde se inicia con dosis por debajo de los estándares recomendados (menores a 60 mg para mantenimiento para todos los casos), esto depende del grado de tolerancia que la persona haya desarrollado. La dosis debe ser ajustada y aumentada rápidamente cuando sobrevengan los síntomas del síndrome de abstinencia y reducida si existe otro tipo de sedación. De igual manera la metadona debe ser supervisada de manera muy cercana al principio del tratamiento y tal supervisión deberá ajustarse de acuerdo con el caso particular y la evolución.
- Debe darse un monitoreo clínico y toxicológico a cada caso.
- El apoyo psicosocial debe ofrecerse a todos los usuarios de PMM.
- La presencia de síntomas propios del síndrome de abstinencia se asocia con pobres resultados en el largo plazo. Sin embargo, si la persona desea el desmote definitivo es importante asistir con medicamentos para controlar los síntomas e ir reduciendo de manera controlada las dosis.
- La metadona puede ser usada de manera efectiva en entornos residenciales o ambulatorios. Aunque el tratamiento residencial puede ser más efectivo, es más costoso y es recomendable sólo para pacientes que presenten una comorbilidad en salud mental o sean dependientes de distintas SPA
- Aprobación del tratamiento por un tiempo limitado a 30 días
- Acceso al tratamiento en entornos clínicos y en unidades de salud mental
- El 80% de quienes abandonan el tratamiento recaen en la heroína, incluso aquellos que redujeron su uso estando en tratamiento. El mayor impacto registrado está en la reducción de la mortalidad, que al compararla con la mortalidad de usuarios que no están en tratamiento, es del 25%.
- La evidencia es clara en indicar que los PMM en los entornos comunitarios es efectiva en reducir la infección por VIH, reduce la frecuencia de inyección, el uso compartido de equipos y otras prácticas de riesgo asociadas. Además, respalda su efectividad a la hora de reducir el riesgo de sobredosis letal.

6.4 Recomendaciones de tratamiento farmacológico para trastorno por consumo de opiáceos (1):

Adultos:	
<p>Para los pacientes con trastorno por uso de opioides, se recomienda uno de los siguientes medicamentos, en este caso correspondiente a la guía se enfoca en el uso de metadona</p> <ul style="list-style-type: none"> - Buprenorfina / Naloxona - Metadona en un programa de tratamiento para opiáceos. 	<p>Calificación: Grade. Recomendación fuerte a favor de intervención</p>
<p>Para las personas que reciben tratamiento de mantenimiento con metadona se deben introducir programas de manejo de contingencia para reducir el consumo de drogas ilegales y/o promover el compromiso con los servicios. (Ver Anexo 3)</p>	
<p>Para pacientes con trastorno por uso de opioides para quienes el tratamiento con agonistas está contraindicado, inaceptable, o no disponible, y que han establecido abstinencia durante un período suficiente de tiempo, recomendamos ofrecer (Si está disponible):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Naltrexona inyectable de liberación prolongada. 	<p>GRADE Recomendación fuerte a favor de la intervención (60)</p>
<p>No hay pruebas suficientes para recomendar a favor o en contra la naltrexona oral para el tratamiento de trastornos por uso de opioides.</p>	<p>N/A (31)</p>

8. Programa de mantenimiento con metadona tipo de atención ambulatoria según niveles de complejidad en salud (7):

- Se debe realizar una serie de intervenciones adicionales en los pacientes con diagnóstico por trastorno de consumo de opiáceos, que en todos los servicios de complejidad de atención en salud se deben incluir:
 - Asesoría y prueba voluntaria para el VIH
 - Terapia antirretroviral (TAR) si presenta confirmación de enfermedad
 - Prevención y tratamiento de infecciones de transmisión sexual (ITS)
 - Programas de distribución de condones a los pacientes y sus parejas sexuales
 - Estrategias de información, educación y comunicación (IEC) para personas que se inyectan drogas y sus parejas sexuales
 - Prevención, vacunación, diagnóstico y tratamiento de las hepatitis virales
 - Prevención, diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis.

- Manejo conjunto y articulado con el componente comunitario, evitando la deserción al manejo médico.

- Paraclínicas iniciales para ingreso al programa de mantenimiento con metadona ambulatorio:

- Hemograma completo
- Función hepática: AST y ALT
- Función renal: Bun y creatinina sérica
- Pruebas de ETS: HIV, Sífilis y Hepatitis B
- Pruebas detección sustancias psicoactivas: opiáceos, cocaína, cannabis
- Prueba inmunológica de embarazo (mujeres en edad fértil)
- Electrocardiograma (QTc)

- **Primer nivel de atención o baja complejidad:**

Abarca a los efectores que brindan atención ambulatoria y se dedican a la atención, prevención y promoción de la salud, diagnóstico temprano del daño y son reconocidos por la población como referentes locales de salud.

Para cumplir con calidad con el objetivo de cobertura total de la población a cargo, el equipo de salud define sus tareas teniendo en cuenta las características de la población, dentro de este nivel están comprendidos: los centros de salud y unidades sanitarias, las salas de primeros auxilios, consultorios externos de hospitales de baja complejidad en zonas rurales, cuando tienen a su cargo un área programática.

- Se cuenta con la valoración del siguiente equipo en salud:
- Médico General entrenado en manejo de pacientes con trastorno por consumo de opiáceos: encargado del abordaje clínico y vigilancia de la evolución médica del paciente, realiza historia clínica completa. Realiza la remisión a especialidades de toxicología clínica y psiquiatría para su acompañamiento.
- Jefe de Enfermería: entrenada para manejo de pacientes con trastorno por consumo de opiáceos y vigilancia de muestras de laboratorio clínico. Realiza historia clínica completa de enfermería.
- Auxiliar de enfermería: Entrenada para realizar ingreso de pacientes y validar información, además de ser apoyo a jefe de enfermería
- Psicólogo clínico: entrenado en manejo de pacientes con diagnóstico de enfermedad adictiva, realiza historia clínica completa.
- Trabajador social: entrenado en manejo de pacientes con diagnóstico de enfermedad adictiva
- Regente de farmacia: encargado de la custodia del medicamento, almacenamiento y su correcta administración y suministro, vigilando los 10 correctos de administración de medicamentos, para que la administración del medicamento pueda otorgarse sin barreras.

- **Segundo nivel de atención o mediana complejidad**

Se trata de instituciones de salud, con internación en servicios básicos: Medicina Interna, Pediatría, Cirugía General, Anestesia, Ginecoobstetrica, además de la infraestructura necesaria para realizar exámenes complementarios y los diagnósticos básicos correspondientes a este nivel.

Se contará con los mismos servicios, pero se vigilará la administración y suministro de la metadona por parte de un químico farmacéutico.

Adicionalmente, se tendrá la consulta y valoración médica por parte de toxicología clínica y psiquiatría.

- **Tercer nivel de atención o alta complejidad**

Comprende las instituciones de salud equipadas con alta complejidad para la atención de problemas de salud que requieren mayor tecnología. Estas instituciones cuentan con salas de hospitalización, cirugía, clínica médica, especialidades

quirúrgicas específicas; (traumatología, neurocirugía, cirugía cardiovascular, y otras) infraestructura para la realización de estudios complementarios más complejos; unidad de terapia intensiva y unidades coronarias.

Una vez entendido los diferentes niveles de complejidad de atención en salud, se debe recordar que, para la atención de la población con diagnóstico de trastorno por consumo de opiáceos, se debe asegurar el tratamiento con periodicidad de 30 días y se debe contar con:

Atención Ambulatoria al consumidor de sustancias psicoactivas

Procedimiento	Periodicidad
<ul style="list-style-type: none"> - Consulta por primera vez medicina general entrenado en manejo de adicciones y seguimiento ambulatorio. - Consulta por primera vez medicina tradicional (comunidad indígena). - Retroalimentación para reducción de daño 	<ul style="list-style-type: none"> - Tres niveles de complejidad: Al ingreso y evaluación semanal las primeras 4 a 6 semanas hasta conseguir estabilización del paciente. - Tres niveles de complejidad: Después de la fase de estabilización, evaluación cada 2 o 4 semanas según requerimientos del paciente y control de síntomas de abstinencia. - Paraclínicos de ingreso reportados.

<ul style="list-style-type: none"> - Consulta de primera vez por medicina especializada en toxicología clínica o consulta virtual 	<ul style="list-style-type: none"> - Tres niveles de complejidad: Al ingreso al programa y evaluación cada 2 semanas el primer mes, posteriormente una evaluación mensual con paraclínicos de control según lo amerite
<ul style="list-style-type: none"> - Consulta de primera vez por medicina especializada en psiquiatría o consulta virtual 	<ul style="list-style-type: none"> - Tres niveles de complejidad: Al ingreso al programa y evaluación cada 2 semanas el primer mes, posteriormente una evaluación mensual con paraclínicos de control según lo amerite
<ul style="list-style-type: none"> - Consulta de primera vez por psicología 	<ul style="list-style-type: none"> - Tres niveles de complejidad: Al ingreso al programa y evaluación semanal por 4 a 6 semanas hasta conseguir fase de estabilización del paciente
<ul style="list-style-type: none"> - Heroína casete ACCON / Opiáceo - Electrocardiograma - Tamizaje VIH-VHB - Pruebas complementarias de laboratorio incluida test d embarazo 	<ul style="list-style-type: none"> - Tres niveles de complejidad: Al ingreso al programa, adicionalmente el electrocardiograma control mensual (QTc) Se realizará tamizaje de ETS al ingreso del programa Según resultados pruebas complementarias
<ul style="list-style-type: none"> - Drogas de abuso NCOC - Tamizaje en orina 	<ul style="list-style-type: none"> - Al ingreso del programa y mensual según lo evaluado en consultas
<ul style="list-style-type: none"> - Psicoterapia de grupo por psicología 	<ul style="list-style-type: none"> - Tres niveles de complejidad: Evaluación al ingreso y evaluación cada 2 semanas
<ul style="list-style-type: none"> - Psicoterapia individual por psicología (psicoeducación, entrevista motivacional, estrategias para la reducción y suspensión del consumo, estrategias para disminuir e 	<ul style="list-style-type: none"> - Tres niveles de complejidad: Evaluación al ingreso y una evaluación semanal según necesidades y estabilización del paciente, posteriormente una evaluación cada 2 a

impedir el daño por el consumo de spa y de apoyo a los cuidadores)	4 semanas según necesidad.
- Trabajador social con formación en adicciones	- Tres niveles de complejidad: Evaluación al ingreso, una evaluación semanal el primer mes y posteriormente cada mes
- Servicio de atención farmacéutica de complejidad baja, mediana y alta (Regente de Farmacia y/o Químico farmacéutico)	- Tres niveles de complejidad: Suministro de clorhidrato de metadona como tratamiento mensual a cargo del químico farmacéutico
- Terapia ocupacional	- Al ingreso y dos veces por semana el primer mes y posteriormente según necesidad
- Enfermería	- Psicoeducación que se dará la primera semana luego semanal y posteriormente una vez por mes
- Deporte y actividad física (Tecnólogo o encargado de la promoción del deporte según la población)	- Al ingreso y valoración quincenal el primer mes, luego una vez por mes

9. ADMINISTRACIÓN DEL MEDICAMENTO (METADONA)

- Toda prescripción medicamentos deberá ser otorgada por un médico general entrenado en manejo de pacientes con trastornos por consumo de opiáceos o especialista en toxicología clínica – psiquiatría - clínica de dolor con entrenamiento en manejo de pacientes con enfermedad adictiva
- *Se dejará constancia de consentimiento informado y carta de compromiso al momento de la entrega de la metadona, tanto por parte del paciente como familiar responsable. De igual manera se dejará por escrito que el paciente asume las condiciones de entrega y manejo del medicamento que será por parte de un familiar a cargo y que eso no generará conflictos ni conductas auto o heterolescivas.*

El medicamento sólo deberá administrarse dentro de la clínica autorizada en cualquier nivel de atención según contratación vigente y en el horario establecido para tal efecto.

La administración de metadona al paciente será otorgada por medio de un formulario especial del FNE y del fondo rotatorio del departamento de Nariño con una vigencia de 30 días.

Si el paciente acepta un manejo diario, se otorgará la medicación de metadona de forma día vigilando su correcta toma por parte del paciente y solo se darán dosis para que el paciente se lleve a casa durante el fin de semana, si se asegura su administración por parte de un familiar capacitado y responsable.

La duración del tratamiento será mientras se deriven beneficios para el paciente y no existan complicaciones y contraindicaciones.

Cuando el paciente y el médico responsable, junto con el equipo de apoyo médico y técnico lo juzguen conveniente, después de 2 a 3 años de tratamiento, se podrá proceder a intentar llegar a la abstinencia reduciendo gradualmente la dosis de metadona.

- El control y resguardo del clorhidrato de metadona, deberá apegarse según lineamientos del fondo nacional de estupefacientes FNE.
- Avalar con la firma correspondiente los registros de movimientos de entradas y salidas en los Libros de Control del suministro o administración de metadona.
- El responsable de salvaguardar el total de tabletas de metadona estará a cargo de un químico farmacéutico o regente de farmacia según niveles de atención y contratación de EAPB vigentes.
- El médico autorizado para expedir las recetas del medicamento, deberá llevar un adecuado control de las mismas, previendo posible mal uso del medicamento.
- Revisar el inventario físico de Metadona, de manera permanente y cotejar las existencias. En caso de haber diferencias, analizar las causas y tomar las medidas correctivas
- Realizar el balance de metadona, verificando que la cantidad existente corresponda con las entradas y salidas registradas en el libro de control de metadona.
- Seguir las indicaciones del productor de metadona en lo que se relaciona a las condiciones necesarias para su correcto almacenamiento y para no alterar las características de la misma.
- Verificar el buen estado, condiciones físicas de temperatura y humedad relativa a la Metadona, así como fecha de caducidad.
- La valoración de adolescentes y adulto joven, al igual que población maternal y ancianos se dará inicialmente por psiquiatría y toxicología antes de su ingreso al programa de mantenimiento con metadona.

9.1 Pautas de inducción y dosificación para la metadona (1 y 6)

- Evaluación Contraindicaciones comunes:

- Hipersensibilidad al hidrocloreto de metadona.
- Complicación respiratoria grave o enfermedad obstructiva.
- Insuficiencia respiratoria grave.
- Delirium tremens.
- Intoxicación aguda con alcohol.
- Riesgo preexistente de intervalo QT prolongado (hipertrofia cardíaca, uso concomitante de diuréticos, medicamentos concomitantes para prolongar el QT, hipocalcemia, hipomagnesemia), se requiere un monitoreo más intensivo.

- Evaluación inicial:

- Evaluación de salud física y mental (confirmar el diagnóstico de trastorno por consumo de opioides)
- Examen de drogas en orina (positivo para opioides, cocaína y cannabis, benzodiazepinas). Nota: una prueba de drogas opioides positivas no es un requisito previo para el tratamiento con agonistas opioides.
- Pruebas de laboratorio: hemograma completo; paneles de función renal y hepática; serología de VIH y hepatitis B; sífilis; prueba de embarazo (mujeres en edad fértil); y ECG
- Historial de adicciones, incluyendo evaluación del tabaco y otros trastornos por consumo de sustancias.
- Documentar el plan clínico y la justificación del mismo.
- Todos los pacientes que inicien tratamiento con agonistas a base de metadona deben recibir información y entrenamiento para la prevención y el manejo de sobredosis por opioides en el entorno comunitario, acorde al protocolo vigente en el país
- Según la evaluación clínica: pacientes con mayor riesgo de sufrir una sobredosis (personas que se inyectan drogas o que tienen dosis mayores a 50 mg/día de metadona), deben recibir prescripción de naloxona de manera periódica, según lo determine el médico tratante y acorde a las necesidades de uso de la persona, para tal fin, se requiere de evaluación integral y visita domiciliar; se debe registrar en la historia clínica la situación que llevó a la posible sobredosis, la forma en que fue utilizado el medicamento (reconocimiento del uso correcto) y respuesta de la persona que sufrió la posible sobredosis.
- Paciente no puede quedarse sin ingresar al pmm a la hora de formular la metadona y llevar un registro en Excel sencillo:

Nombre, apellidos, ingresado al programa de metadona si/no, fecha ingreso al programa , dosis inicial, dosis mantenimiento, fecha ultima formulación

- **Dosis perdidas:**

- La tolerancia se pierde rápidamente cuando se interrumpe el tratamiento con metadona y puede ocurrir en tan solo tres días, los farmacéuticos están obligados a notificar a los prescriptores de las dosis omitidas y los médicos deben documentar en la historia clínica esta información.
 - Faltan uno o dos días: no se requiere ningún cambio en la dosis, siempre que no haya otra razón para suspender la administración de metadona.
 - Faltan tres o cuatro días: farmacia dispensadora cancela la receta y notificar al médico tratante
 - Cinco o más días consecutivos perdidos: la dispensación de metadona debe mantenerse en espera de una reevaluación en persona y el resto de la receta debe cancelarse. Se reinicia a una dosis máxima de 30 mg/día con revaloración frecuente (cada 4 o 5 días) dependiendo del grado de abstinencia (Ver tabla anexo n. 5)

10. INSTALACIONES

El espacio físico debe contar con: servicios públicos necesarios (agua, luz, drenaje etc.) - unidad de consulta externa - Recepción - Consultorio Médico - Consultorio de psicología - Área administrativa - Área de dosificación - Área de seguridad para el resguardo de medicamentos (bóveda de almacenamiento) - Área de terapia grupal - Sanitarios para usuarios y personal - Área para recolección de orina (puede ser el sanitario).

Permanecer en perfectas condiciones de higiene.

Contar con contenedores de desecho con abundante agua para diluir los posibles residuos.

Verificar la existencia permanente de los siguientes materiales: Clorhidrato de metadona cantidad semestral/anual, las requeridas para cubrir las necesidades de tratamiento de los usuarios.

- Reactivos para la determinación de sustancias psicotrópicas en orina (para control de usuarios y personal cada 15 o 30 días).
- Recipientes para recolección de orina o Guantes o Vasos desechables (para administración de dosis)
- Los materiales y equipo necesarios para el registro médico, psicológico y para la adecuada dosificación de medicamento y la atención a los usuarios de dicho servicio.

11. RECURSOS HUMANOS

El establecimiento debe contar con los siguientes recursos humanos:

- ❖ Médico toxicólogo clínico
- ❖ Médico psiquiatra especialista en adicciones
- ❖ Tecnólogo o personal responsable de actividad física de la población.
- ❖ Médico general entrenado en el tema de adicciones
- ❖ Médico tradicional indígena
- ❖ Psicólogo Clínico
- ❖ Químico farmacéutico y/o regente de farmacia (depende del nivel de complejidad del establecimiento de salud)
- ❖ Enfermería
- ❖ Trabajador Social
- ❖ Terapia ocupacional
- ❖ Personal administrativo (Recepcionista, cajera y personal de archivo)
- ❖ Manejo interdisciplinario con el componente comunitario.
- ❖ Personal de aseo
- ❖ Personal de seguridad

El responsable sanitario del establecimiento deber ser un médico toxicólogo clínico o psiquiatra, en caso de no existir, la autoridad sanitaria del estado avalará la responsabilidad de otro médico capacitado para tal fin.

Contar con los expedientes actualizados de todo el personal que presta sus servicios en la clínica, con la documentación y constancias necesarias que avalen la capacidad y experiencia de cada uno, en el manejo de personas con trastornos por consumo de opiáceos.

Trabajadores con antecedentes de adicción, tendrán prohibido el manejo de la metadona o de cualquier otro medicamento.

Contar con un directorio de todo el personal que labora en el establecimiento

12.1 ATENCIÓN Y TRATAMIENTO A PACIENTES (ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN SEGÚN CICLO DE VIDA)

El manejo, atención y tratamiento a pacientes que ingresen al programa ambulatorio de mantenimiento con metadona, deberán ser evaluados de manera integral por las diferentes especialidades y disciplinas, para la decisión correspondiente, de igual forma, los pacientes admitidos contarán con los servicios del programa de atención como terapia individual, grupal o familiar, terapia de apoyo, orientación o, en su caso, derivación a otros servicios que no otorgue el PMM.

- Adolescencia

La adolescencia comprende desde los 12 a los 17 años, es una etapa importante donde ocurren múltiples cambios a nivel psicosocial, neurocognitivo, físico y sexual que repercuten en el desarrollo del adolescente, por lo tanto, las intervenciones en este momento vital se orientan a valorar el proceso de crecimiento y desarrollo de los mismos, identificando factores protectores y de riesgo, logrando generar estilos de vida saludables.

En este momento vital, antes del ingreso al programa de mantenimiento ambulatorio con metadona, debe ser valorado conjuntamente con psiquiatría y toxicología clínica para definir el manejo correspondiente e individualizado.

Valoración integral	Talento humano
Atención en salud por psiquiatría	Psiquiatra
Atención en salud por toxicología clínica	Toxicólogo clínico
Asesoría pre y post test VIH, prueba rápida VIH, prueba rápida treponémica, prueba rápida para hepatitis B y C	Profesional en medicina general y/o profesional en enfermería
Asesoría en anticoncepción y prueba de embarazo, suministro de preservativos	Profesional en medicina general y/o profesional en enfermería
Educación en salud promoción y prevención del consumo de sustancias psicoactivas individual, familiar y grupal	Profesional en psicología con énfasis en adicciones

- Adulto joven

Comprende desde los 18 hasta los 28 años de edad, etapa o momento de la vida donde se da la autonomía intelectual, física, moral, económica, social y cultural, que se evidencian con actitudes de seguridad, poder y dominio, es aquí donde se deben identificar los diferentes factores de riesgo y exposición hacia las diversas sustancias psicoactivas, especialmente aquellas derivadas del opio tanto lícita como ilícitamente, de esta manera prevenirlos y lograr consolidar prácticas de cuidado protectoras de la salud. En esta etapa del ciclo de vida, se puede iniciar la

valoración para el programa ambulatorio de mantenimiento con metadona por medio de médico general entrenado en manejo de adicciones y él cuál debe derivar a control por psiquiatría y toxicología clínica una vez da su ingreso y aval.

Valoración integral	Talento humano
Atención en salud por medicina general	Médico general entrenado en adicciones
Atención en salud por psiquiatría	Psiquiatra
Atención en salud por toxicología clínica	Toxicólogo clínico
Asesoría pre y post test VIH, prueba rápida VIH, prueba rápida treponémica, prueba rápida para hepatitis B y C	Profesional en medicina general y/o profesional en enfermería
Asesoría en anticoncepción, prueba de embarazo, citología vaginal, suministro de preservativos	Profesional en medicina general y/o profesional en enfermería
Educación en salud promoción y prevención del consumo de sustancias psicoactivas individual, familiar y grupal	Profesional en psicología con énfasis en adicciones

- Adultez

La adultez comprende entre los 29 a 59 años, aquí, se continúa con el desarrollo de las personas y se establecen metas, al igual que se da el aprovechamiento de oportunidades para nuevos aprendizajes y fortalecimiento de las capacidades adquiridas. En esta etapa, se puede iniciar la valoración para el programa ambulatorio de mantenimiento con metadona por medio de médico general entrenado en manejo de adicciones, él cuál debe derivar a control por psiquiatría y toxicología clínica una vez da su ingreso y aval.

Valoración integral	Talento humano
Atención en salud por medicina general	Médico general entrenado en adicciones
Atención en salud por psiquiatría	Psiquiatra especialista en adicciones

Atención en salud por toxicología clínica	Toxicólogo clínico
Asesoría pre y post test VIH, prueba rápida VIH, prueba rápida treponémica, prueba rápida para hepatitis B y C	Profesional en medicina general y/o profesional en enfermería
Asesoría en anticoncepción, prueba de embarazo, citología vaginal, suministro de preservativos	Profesional en medicina general y/o profesional en enfermería
Educación en salud promoción y prevención del consumo de sustancias psicoactivas individual, familiar y grupal	Profesional en psicología con énfasis en adicciones
Tamizaje cáncer de mama y cáncer de próstata, cáncer de pulmón y cáncer de cérvix.	Médico general entrenado en adicciones

- **Vejez**

Las intervenciones en este momento del ciclo de vida comprenden a partir de los 60 años en adelante, donde se debe fomentar la protección de las prácticas de cuidado de la salud y la identificación en la exposición a riesgos o la detección temprana de alteraciones con el fin de darles un manejo oportuno.

Se dará una valoración inicial por psiquiatría y toxicología clínica antes de su ingreso al programa ambulatorio de mantenimiento con metadona.

Valoración integral	Talento humano
Atención en salud por psiquiatría	Psiquiatra especialista en adicciones
Atención en salud por toxicología clínica	Toxicólogo clínico
Asesoría pre y post test VIH, prueba rápida VIH, prueba rápida treponémica	Profesional en medicina general y/o profesional en enfermería
Asesoría para realización de citología vaginal, suministro de preservativos	Profesional en medicina general y/o profesional en enfermería

Educación en salud promoción y prevención del consumo de sustancias psicoactivas individual, familiar y grupal	Profesional en psicología con énfasis en adicciones
Tamizaje para cáncer de mama y de cérvix, cáncer de próstata y cáncer de pulmón	Profesional en medicina general y/o profesional en enfermería

De manera general:

Se orientará e informará a los pacientes, de manera clara y con un lenguaje entendible, sobre la metadona, los objetivos que se persiguen en el programa y las precauciones que debe tener con el medicamento, para evitar posibles complicaciones clínicas y problemas legales.

Se deberá manejar un Modelo Integral Médico Psicoterapéutico que contemple el diagnóstico y tratamiento médico (complicaciones orgánicas y psiquiátricas); así como el diagnóstico y tratamiento psicológico

Se brindará servicios en forma ambulatoria

La farmacoterapia es un tratamiento básico.

Se brindará Psicoterapia, preferentemente Cognitivo/Conductual, a más de grupal y familiar en su caso.

El proceso de atención debe incluir integración de un diagnóstico temprano y plan de tratamiento.

Contar con diversos apoyos terapéuticos: psicoterapia, consejería, grupos psicoeducativos, grupos de ayuda mutua y terapias de comorbilidad, física/biológica

Un usuario será aceptado cuando: tengan edad mínima de 18 años y/o uso de heroína por más de un año.

- Con historia previa de desintoxicación, abandono de tratamiento y recaídas.
- Sea mujer embarazada adicta a opiáceos y será admitida aún sin cumplir con el requisito mínimo de 1 o 2 años de dependencia.
- Antecedente de cuadros agudos de abstinencia e intoxicación.
- A cada paciente se le determinará su dosis adecuada, de acuerdo con lo estipulado en el programa.

La rehabilitación de los pacientes mediante el mantenimiento con metadona es a largo plazo, por lo que en todo momento se les debe motivar a reintegrarse a sus actividades escolares o laborales, según sea el caso.

Los pacientes que no sean candidatos a este tratamiento, se les orientará y se les ofrecerán tratamientos alternativos

El trato hacia el paciente debe ser humanitario y de total respeto a su integridad como persona.

13. POBLACIÓN INDÍGENA

Es importante tener en cuenta que Colombia es un país pluriétnico y pluricultural, por lo tanto, se podrá encontrar una diversidad de conceptos o definiciones de lo que cada grupo étnico (gitanos; indígenas; afrodescendientes; raizales) respecto al manejo de salud mental en sus territorios, la cual estará muy relacionada con la forma en que estos grupos étnicos definen e interactúan con su entorno, con su vida espiritual y con la colectividad que conforma sus pueblos. En el caso de los pueblos indígenas (102 pueblos reconocidos a nivel nacional), se puede encontrar tantas definiciones como pueblos existen, no obstante, se identifican unos puntos comunes

relacionados con la integralidad que atraviesa el comportamiento y la regulación de los pueblos indígenas. Para los pueblos indígenas, implica trascender lo físico y lo mental para abarcar la relación con su entorno (territorio, ríos, selva, el universo, los cuatro elementos, la comunidad) y con su espiritualidad. “En este sentido, se tiene salud mental cuando se conserva la armonía entre estas aristas”

Para los indígenas, el consumo de sustancias psicoactivas se puede llamar como: «Vicio, toma trago, consume drogas, posesión de espíritu malo». De igual manera en cuanto a las manifestaciones clínicas derivadas del consumo de sustancias psicoactivas, para esta comunidad se definen como: cambios en el comportamiento, persona violenta, perezosa, que no ayuda en la casa y hace otras cosas como robar.

13.1 TRATAMIENTO AMBULATORIO

En el trabajo con pueblos indígenas, se debe respetar las instancias de coordinación y articulación (organizaciones indígenas; autoridades; mesas de diálogo, entre otros); manifestar respeto a las autoridades tradicionales y

sabedores, a sus conocimientos, definiciones y percepciones y generar espacios de diálogo intercultural.

Aclarar que en caso de tratarse de un integrante de una comunidad indígena, debe buscarse en primera instancia la valoración por parte un Médico tradicional, propio de su cultura, para que sea a partir de esta valoración que se tome la decisión del proceso de canalización a los servicios de salud mental y que, coloquialmente la base del tratamiento es “quita vicio, Mal camino, no está bien, no es correcto, es el camino del diablo, curar con planta del olvido”.

Reconocer que tanto la medicina tradicional indígena, como la alopática, tienen prácticas conciliables y compatibles, que procuran reducir el malestar de las personas. Sin embargo, es necesario comprender que las enfermedades propias de la naturaleza y las enfermedades espirituales son padecimientos que no pueden ser tratados desde la medicina occidental, sino que están dentro del ámbito de la medicina tradicional.

Los elementos fundamentales que se deben tener en cuenta en la adecuación sociocultural de los servicios de atención en salud mental de la población indígena para el programa de mantenimiento con metadona ambulatorio son:

1. La cosmovisión.
2. La cultura y el idioma.
3. La geografía del territorio.
4. La vivienda.
5. La organización social dentro de la familia y la comunidad.
6. Las autoridades indígenas.
7. La sabiduría ancestral.
8. La interculturalidad.
9. Las formas propias de atención en salud.
10. Las estrategias para la comunicación.

13.2 DE LOS PRINCIPIOS DE LAS COMUNIDADES INDÍGENAS EN NARIÑO

1. Cada ser tiene su espacio en el entorno.
2. Existe diversidad de seres en la naturaleza.
3. Respeto la diferencia.
4. Existen diversos saberes.
5. Hay distintas manifestaciones espirituales.

6. Existen diversos rituales para prevenir y curar.
7. Se encuentran diferentes experiencias de vida
8. Existen diferentes formas de expresión y de actuación
9. Hay un solo territorio, pero con diferentes espacios.
10. Son hijos de la selva y viven en ella.
11. La selva hace que tengan orgullo indígena.
12. La selva los protege, les presta seguridad y los alimenta.

13.3 ATENCIÓN Y TRATAMIENTO A PACIENTES

Evaluación complementaria por médico tradicional (si se considera necesaria)

- Observa si está aburrido con las cosas que hace.
- Observa si sufre de vicio.
- Evalúa si tiene una posesión del espíritu del vicio.
- Evalúa las causas para aconsejar.
- Pregunta a la familia o al paciente si ha cambiado el comportamiento.
- Pregunta a la familia y al paciente si es violento, no ayuda en la casa o roba.
- Pregunta si cuando toma ha tenido ganas de matarse, toma veneno o a intentado ahorcarse.
- Pregunta si hay peleas entre los familiares.
- Pregunta sobre la relación con pareja.
- Indaga sus pensamientos negativos frente a la vida.
- Pregunta si ha pasado después de las seis de la mañana o seis de la tarde por una quebrada.
- Pregunta si ha pasado por lugares sagrados sin hacer el ritual de pedir permiso, o se ha burlado de estos lugares.

- Pregunta si escucha voces y ve a personas junto a su cuerpo.

Posterior a la evaluación, el médico tradicional explica al paciente y a su familia la enfermedad encontrada:

- Explica por qué se ha mantenido la enfermedad.
- Utiliza rituales de curación y sanación.
- Utiliza el tratamiento de «quita vicio».
- Realiza sahumeros, rituales de armonización, limpieza de liberación, para quitar al espíritu malo.
- Realiza el tratamiento por tres días.
- Da recomendaciones para la casa, sobre su alimentación y hábitos durante el tratamiento.
- Limpia o armoniza al resto de la familia

Si el paciente mejora

Realiza recomendaciones para su cuidado en casa y mantenimiento de su salud. Según el caso, el médico tradicional remite a un centro de salud mental, para trabajo terapéutico articulado con psicología y médico general y demás especialistas.

Si el paciente no mejora

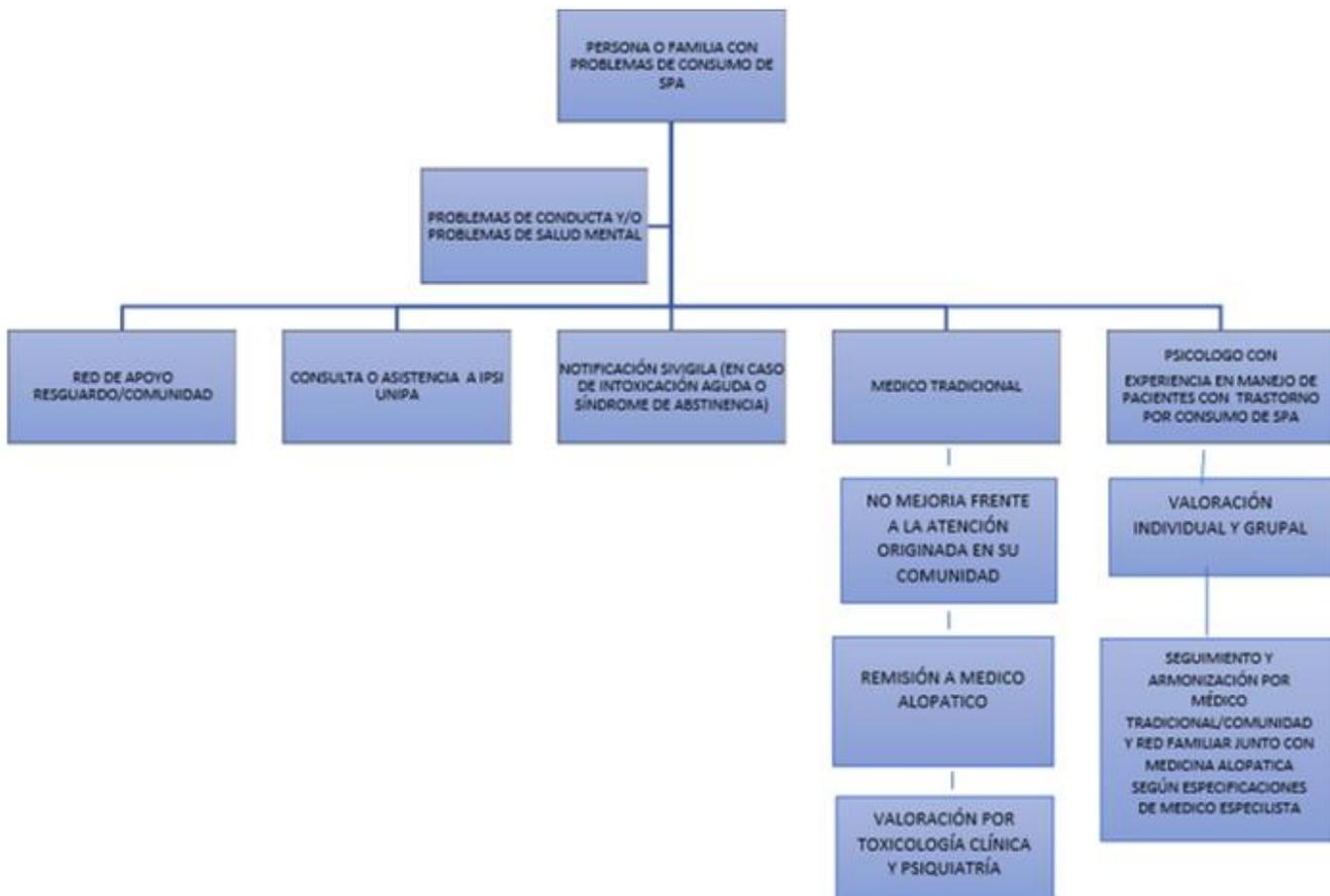
- Se realizará según ruta de atención comunitaria para personas con trastornos por consumo de sustancias psicoactivas (spa) en comunidad indígena AWA.
- Tener en cuenta que en el caso de que el paciente presente una mala conducta en la comunidad, él será penalizado por los mayores y/o gobernadores.

Hay que considerar que los médicos tradicionales realizan:

- Limpieza y armonización al paciente y a la familia (máximo de cuatro personas por médico tradicional indígena).
- Tomas y baños con plantas naturales.

- Purgar con plantas vomitivas para soltar ataduras o toma de yahé o toma de plantas que se puedan aplicar en bebidas preparadas, por nueve días, en las mañanas, para que el paciente aborrezca la bebida.
- Curaciones de pensamientos con varios mayores a través de «chupadas» en la cabeza, cuello y barriga, con plantas.
- Comer huevo de gallinazo recién puesto.
- Realizar «refrescamiento» a través de soplos o baños, desde la cabeza hasta la planta de los pies, por seis días, con botellas preparadas con nueve esencias de plantas.
- En pacientes agresivos se puede realizar «soplo» con planta de monte en la palma de las manos, para alejar el mal.

RUTA DE ATENCIÓN COMUNITARIA PARA MANEJO DE PACIENTES CON TRASTORNOS POR CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS (SPA) EN COMUNIDAD INDIGENA (AWA)



13. PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DE LOS TRASTORNOS POR USO DE SUSTANCIAS

De acuerdo a la resolución 089 del año 2019 del Ministerio de Salud de nuestro país que hace referencia a la Política Integral para la Prevención y Atención del Consumo de sustancias Psicoactivas, establece diferentes ejes de acción encaminados al abordaje de la problemática del consumo de sustancias y en lo que respecta a la prevención de los factores de riesgo reconoce claramente acciones que impactan el riesgo individual, familiar y comunitario enfocando el tema en la cantidad y tipo de sustancias que el sujeto consume para evitar así el escalonamiento de consumo problemático que afectaría los aspectos de la funcionalidad de la persona. Se considera que la intervención de la prevención debe darse por lo menos en dos o más entornos (hogar, educativo, laboral, comunitario, institucional) que deben darse de forma complementaria y coordinada. Pero por otro lado es necesario realizar la prevención selectiva donde se debe tenerse en cuenta en grupos poblacionales vulnerables como niños, adolescentes, etnias, personas en situación de calle, etc. Por lo tanto, las intervenciones de prevención en el consumo de sustancias deben ir encaminadas a la detección temprana, intervención motivacional y la remisión a los servicios de salud y servicios sociales teniendo en cuenta el contexto individual, cultural y social. Las líneas de acción deben diferenciarse de acuerdo con el curso de vida por lo tanto el enfoque y sus características en la primera infancia, infancia, adolescencia y juventud, adultez y adulto mayor.

Estos diferentes grupos poblacionales tienen líneas de acción que son compartidas como la detección temprana y otras relacionadas específicamente a el curso de vida que son diferentes. En términos generales las siguientes son algunas recomendaciones en el plano de la promoción y prevención en el consumo de sustancias psicoactivas y en específico con el uso de metadona.

- Ampliar las intervenciones de prevención de las sobredosis, en particular las provocadas por los opioides, promoviendo el acceso a la naloxona e impartiendo formación en tratamiento de las sobredosis a los posibles responsables de la respuesta inicial.
- Lograr alcanzar un equilibrio adecuado entre los siguientes elementos:
 - Prácticas de prescripción de opioides con fines médicos, incluido el uso de opioides para el tratamiento del dolor no oncológico a largo plazo
 - Programas de prevención que expliquen a los grupos de población en mayor situación de riesgo los daños resultantes del consumo no médico de productos farmacéuticos.

14. REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

- El médico tradicional indígena remite el paciente al médico alópata cuando en la entrevista descarta causa espiritual, y cuando no hay respuesta al tratamiento tradicional indígena.
- El médico alópata debe programar los seguimientos de la persona y, además, remite al médico tradicional en casos de síntomas atípicos.
- En los casos de pacientes que no hayan tenido valoración por médico tradicional indígena y tengan síntomas que no sean claros para el diagnóstico, explique que los síntomas que presentan pueden ser de una enfermedad espiritual y requieren una valoración de medicina tradicional.

15. RECOMENDACIONES

El Instituto Departamental de Salud de Nariño, pretende gestionar una adecuada prevención para disminuir el riesgo social y comunitario frente al consumo de sustancias psicoactivas tipo opioide, distinguiendo tanto los factores protectores como los de riesgo y disminuir así, la probabilidad de consumo en la población. Adicionalmente, hacer el llamado a mejorar la calidad de prestación de servicios, desde el momento de acceso al sistema de salud, como también del personal calificado e idóneo y lograr la adhesión del usuario.

- Se recomienda realizar adecuada capacitación:

1. Atención adecuada e integral a los pacientes con consumo de sustancias psicoactivas tipo opioide enfocada en la prevención y promoción de la salud de este tipo de población.
2. Realizar un manejo adecuado en base a la formulación de metadona de acuerdo a las indicaciones del programa de mantenimiento con metadona tipo ambulatorio y así, el manejo de comorbilidades como ETS y/o de patología dual.
3. Vincular a las diferentes EAPB que hacen parte del departamento de Nariño, en el proceso de formación y actualización del programa de mantenimiento con metadona tipo ambulatorio, conjuntamente con una adecuada política de salud pública, para lograr su implementación y manejo en pacientes con trastornos por consumo de opioides, disminuyendo las barreras de atención y facilitando su acceso a la prestación de servicios en salud.
4. Realizar procesos de capacitación al talento humano en salud y otros actores interesados para la atención de personas con trastornos por consumo de opioides a nivel de EAPB y su entorno comunitario, para el diagnóstico, manejo y acceso a la formulación de metadona.

BIBLIOGRAFÍA

1). Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de los trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos. Hospital universitario San Vicente fundación. Medellín (Ant) 2020.

2). TRATAMIENTO DE MANTENIMIENTO CON METADONA

Aproximación a los servicios de atención a personas con dependencia por consumo de opioides en Colombia, MINSALUD 2021

3). Resumen ejecutivo. World Drug Report. 2020.
https://www.unodc.org/documents/mexicoandcentralamerica/2020/Drogas/Resumen_Ejecutivo._Informe_Mundial_sobre_las_Drogas_2020.pdf

4). LINEAMIENTOS PARA LA ATENCIÓN A PERSONAS CON TRASTORNOS POR CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS Y CON DEPENDENCIA A OPIOIDES EN MANTENIMIENTO CON METADONA DURANTE LA EMERGENCIA SANITARIA POR COVID – 19.
<https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/Institucional/Procesos%20y%20procedimientos/GIPG22.pdf>

5). Farmacología de los opioides. Yolanda Álvarez, Magí Farré.
<https://www.redalyc.org/pdf/2891/289122022016.pdf>

6). LINEAMIENTOS TÉCNICOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE PROGRAMAS DE MANTENIMIENTO CON METADONA - PMM - EN COLOMBIA. 2018
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IGUB/lineamientos-pmm-metadona.pdf>

7). La Salud Como Derecho Social.

<https://sites.google.com/site/lasaludcomoderechosocial/niveles-de-atencion-medica>

8). Lineamientos Nacionales para el Funcionamiento de las Clínicas de Metadona.
https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/235018/Lineamientos_nacionales_para_funcionamientos_de_las_clinicas_de_metadonia.pdf

9) MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. RESOLUCIÓN NÚMERO 0000089 DE 2019.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-089-de-2019.pdf>

Anexos

1). Tabla 1:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IGUB/lineamientos-pmm-metadona.pdf>

2). Tabla 2: <https://www.redalyc.org/pdf/2891/289122022016.pdf>

3). Tabla n.3

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IGUB/lineamientos-pmm-metadona.pdf>

4). Tabla n. 4

<https://biadmin.cibersam.es/Intranet/Ficheros/GetFichero.aspx?FileName=OWS.pdf>

5) Tabla n. 5

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IGUB/lineamientos-pmm-metadona.pdf>



MINSALUD

ANEXOS

Tabla 1. Características de los receptores opioides (+/+++ = magnitud de la acción; - = no posee acción) ¹⁷.				
Nomenclatura	Mu (μ , OP3, MOR)	Delta (δ , OP1, DOR)	Kappa (κ , OP2, KOR)	Nociceptina (N/OFO, OP4, NOR)
Sistema efector	Proteína G	Proteína G	Proteína G	Proteína G
Ligando endógeno	β -endorfina, endomorfina	Enkefalinas (met y leu-enkefalina)	Dinorfina A	Nociceptina/ orfanina FO
Precursor	POMC (ACTH, MSH, β -lipotropina)	Proencefalina	Prodinorfina/ Dinorfina	Pronociceptina/ orfanina FO
Analgesia:				
Supraespinal	+++	—	-/hiperalgesia	hiperalgesia
Espinal	++	++	+	+
Periférica	++	—	++	
Depr. respiratoria	+++	++	—	
Miosis	++	—	+	
Reduc. motilidad digestiva	++	++	+	
Sedación	++	—	++	
Euforia	+++	—	—	
Disforia	—	—	+++	
Dependencia	+++	—	+	
Agonista	Morfina	Morfina	Pentazocina	Ro 64-6198
Antagonista	Naloxona	Naloxona	Naloxona	
<small>POMC = proopiomelanocortina; ACTH = corticotropina; MSH = melanotropina</small>				

Anexo Tabla 1. Tomada de Farmacología de los opioides. ADICCIONES (2005), VOL. 17, SUPL. 2

Tabla n.2 Efectos clínicos de los opioides según el receptor implicado		
μ1	Analgesia supraespinal	Codeína agonista débil Fentanilo Agonista Hidromorfona agonista Metadona agonista Meperidina agonista
	Analgesia periférica	
	Sedación	
	Euforia	
	Aumento de prolactina	
μ2	Analgesia espinal	Morfina agonista Oxicodona agonista Buprenorfina agonista parcial Naloxona antagonista Naltrexona antagonista
	Depresión respiratoria	
	Dependencia física	
	Disminución de motilidad intestinal	
	Prurito	
	Bradycardia	
	Liberación hormona de crecimiento	
κ1	Analgesia espinal	Hidromorfona agonista débil Morfina agonista débil Oxicodona agonista Naltrexona antagonista Naloxona antagonista Meperidina agonista
	Miosis	
	Diuresis	
κ2	Disforia	
κ3	Analgesia supraespinal	
Delta	Analgesia espinal y supraespinal	Codeína agonista débil Naloxona antagonista débil Naltrexona antagonista débil
	Modulación de la función del receptor μ	
	Inhibir la liberación de dopamina	
Nociceptina / orfanina FQ	Ansiolítico	
	Analgesia	

Anexo Tabla N.2. Efectos clínicos de los opiodes según receptor. Tomado y adaptado. Guía para trastornos por uso de opioides. Hospital Universitario San José. Año 2019.

Síntomas asociados a síndrome de abstinencia a opiáceos (heroína)			
Grado I (Primeras 4 – 8 horas)	Grado II (8- 12 hrs)	Grado III (12 -24 hrs)	Grado IV (24 -36 hrs)
<ul style="list-style-type: none"> - Deseo intenso por consumir la sustancia (craving) - Ansiedad - Inquietud - Irritabilidad - Bostezos - Diaforesis - Lagrimeo - Rinorrea - Insomnio 	<ul style="list-style-type: none"> - Síntomas grado I de mayor intensidad - Midriasis - Piloerección - Temblor - Mialgias y artralgias - Anorexia 	<ul style="list-style-type: none"> - Síntomas grado I y II de mayor intensidad - Hipertensión - Taquicardia - Hipertermia - Inquietud - Insomnio 	<ul style="list-style-type: none"> - Síntomas de anteriores grados mucho más intensos, más: - Náuseas, emesis y diarrea

Anexo Tabla N.3 Tomado y adaptado de Farmacología de los opioides. ADICCIONES (2005), VOL. 17, SUPL. 2

Manejo de síndrome de abstinencia a opioides bajo el régimen de Metadona			
Inducción	Efectos adversos	Precauciones	Cambio de medicamento
<p>Depende del nivel de dependencia física</p> <p>Dosis inicial: No exceder la dosis en las primeras 1 – 3 semanas 10 a 30 mg/día con reevaluación semanal</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Riesgo de sobredosis 	<ul style="list-style-type: none"> - Potencial arritmogénico: torsades de pointes (vigilar QTc prolongado) y demás eventos cardiovasculares : hipotensión, hipertensión, diaforesis, síncope - Si persistencia de QTc prolongado, cambiar a 	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluar antecedentes de origen cardiovascular o respiratorio 	<ul style="list-style-type: none"> - Efectos adversos intolerables al uso de metadona - Paciente no candidato para continuar con manejo por metadona - Se debe reducir la dosis de

<p>primeras 2 semanas: No exceder de 30 mg a 40 mg/día</p> <p>Dosis mantenimiento: 60 – 120 mg/día</p>	<p>buprenorfina</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tolerancia Farmacológica - Cefalea - Insomnio - Ansiedad - Estreñimiento - Disminución de la libido 		<p>metadona antes de generar el cambio a buprenorfina</p>
--	--	--	---

Anexo Tabla n. 4 Tomado y adaptado de lineamientos técnicos para la implementación de programas de mantenimiento con metadona (PMM) en Colombia (5)

<p>Escala clínica de abstinencia de opiáceos COWS</p>
<p>Frecuencia de pulso en reposo: registro de latidos por minuto</p>
<p>Medido después de que el paciente esté sentado o acostado durante un minuto</p> <p>0 = frecuencia de pulso 80 o inferior 1 = frecuencia de pulso 81-100 2 = frecuencia de pulso 101-120 4 = frecuencia de pulso mayor que 120</p>
<p>Diaforesis: durante media hora pasada no contabilizada por temperatura ambiente o actividad del paciente</p>
<p>0 = sin reporte de escalofríos o sofocos 1 = informe subjetivo de escalofríos o sofocos 2 = enrojecimiento o humedad observable en la cara 3 = gotas de sudor en la frente o la cara 4 = sudor saliendo de la cara</p>
<p>Observación de inquietud durante la evaluación</p>
<p>0 = capaz de permanecer quieto 1 = informa dificultad para sentarse quieto, pero puede hacerlo 3 = movimientos frecuentes o movimientos extraños de piernas / brazos 5 = No se puede quedar quieto por más de unos segundos</p>
<p>Tamaño de la pupila</p>
<p>0 = pupilas de tamaño normal a la luz ambiental 1 = pupilas posiblemente más grandes de lo normal para luz ambiental 2 = pupilas moderadamente dilatadas 5 = pupilas tan dilatadas que solo se ve el borde del iris</p>

Dolores óseos o articulares si el paciente tenía dolor anteriormente, solo se califica el componente adicional atribuido a la abstinencia de opiáceos

0 = no presente

1 = molestias difusas leves

2 = el paciente informa dolor intenso difuso de articulaciones / músculos

4 = el paciente se frota las articulaciones o los músculos y no puede quedarse quieto debido a las molestias

Secreción nasal o lagrimeo no contabilizados por síntomas de resfriado o alergias

0 = no presente

1 = congestión nasal u ojos inusualmente húmedos

2 = nariz goteando

4 = nariz corriendo constantemente o lágrimas cayendo por las mejillas

Malestar gastrointestinal: durante la última media hora

0 = sin síntomas gastrointestinales

1 = calambres estomacales

2 = náuseas o heces blandas

3 = vómitos o diarrea

5 = múltiples episodios de diarrea o vómitos

Observación de temblor con las manos extendidas

0 = sin temblor

1 = se puede sentir temblor, pero no se observa

2 = ligero temblor observable

4 = temblor fuerte o espasmos musculares

Observación de bostezo durante la evaluación

0 = no bosteza

1 = bosteza una o dos veces durante la evaluación

2 = bosteza tres o más veces durante la evaluación

4 = bosteza varias veces / minuto

Ansiedad o irritabilidad

0 = ninguna

1 = el paciente informa que aumenta la irritabilidad o la ansiedad

2 = paciente obviamente irritable / ansioso

4 = el paciente está tan irritable o ansioso que participa en la evaluación es difícil

Piloerección

0 = la piel es lisa

3 = se puede sentir la piloerección de la piel o los pelos erguidos sobre los brazos

5 = piloerección prominente

Puntuación:

5-12:Leve

13-24:Moderado

25-36:Moderadamente severo

Más de 36 = severo

Anexo tabla n.5 Tomado y adaptado de Instrumentos de evaluación para los trastornos debidos al consumo de sustancias psicotropas: alcohol y otras drogas

Anexo 6.

Protocolo sugerido para administrar dosis perdidas.

Días perdidos (consecutivo)	Dosis	Dosis de ajuste sugerido
1 - 2	A cualquier dosis.	No requiere cambio.
3 - 4	30 mg.	No requiere cambio.
	31 - 60 mg.	Reinicie a 30 mg. (dosis más baja si hay dudas de seguridad).
	> 60 mg.	Reiniciar al 50% de la dosis anterior.
5 o más	Cualquier dosis.	Reinicie a 5 - 30 mg. (dependiendo de la tolerancia).

Tomado de lineamientos técnicos para la implementación de programas de mantenimiento con metadona (PMM) en Colombia (6)