

“LINEAMIENTOS TÉCNICOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN  
DE PROGRAMAS DE MANTENIMIENTO CON  
METADONA - PMM - EN COLOMBIA”

2018



## **Ministerio de Justicia y del Derecho**

Dirección de Política de Drogas y Actividades Relacionadas

Martha Paredes Rosero

Subdirectora de Estrategia y Análisis

Jenny Fagua Duarte

Profesional Especializado

## **Ministerio de Salud y Protección Social**

Ana María Peñuela Poveda

Juan Camilo Martínez Urrego

## **Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito**

María Mercedes Dueñas

Disney Niño Castellanos

Colombia 2018

## **Cómo citar este documento (estilo Vancouver).**

Ministerio de Salud y Protección Social; Ministerio de Justicia y del Derecho en cooperación técnica con la Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito. Lineamientos técnicos para la implementación de programas de mantenimiento con metadona -PMM- en Colombia. Bogotá; 2018.

## Elaboración

**Ana María Cano Rentería, MD, psiquiatra.** Asesor clínico para el componente de reducción de riesgos y daños (UNODC).

## Revisión

**Disney Niño Castellanos,** Coordinadora en Tratamiento e Inclusión Social Área de Prevención del consumo de drogas (UNODC).

**Juan Camilo Martínez Urrego, MD.** Contratista Grupo Convivencia Social y Ciudadanía, Dirección de Promoción y Prevención, Ministerio de Salud y Protección Social.

**Lineamientos y fuentes de financiación:** Ministerio de Salud y Protección Social y Ministerio de Justicia y del Derecho

**Conflictos de interés:** los integrantes del grupo de elaboración y revisión declaran que no existe ningún conflicto de interés invalidante de tipo financiero, intelectual, de pertenencia o familiar, que hubiese afectado el desarrollo de este proyecto.

**Declaración de independencia editorial:** el presente documento se desarrolló de manera independiente, transparente e imparcial por parte de los integrantes previamente mencionados.

**Propiedad intelectual:** los derechos de autor del contenido de este documento son propiedad del Gobierno Nacional y la Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito. Lo anterior sin perjuicio de los derechos morales y las citas y referencias bibliográficas enunciadas.

**Corrección de estilo:** Diego Alejandro Soto Herrera.

# Contenido

Presentación .....	6
1. Justificación del proceso .....	7
2. Objetivo .....	9
2.1 Objetivo general .....	10
2.2 Objetivos específicos.....	10
3. Alcance .....	12
4. Antecedentes.....	13
5. Marco conceptual .....	15
6. Descripción diseño organizacional de PMM.....	18
6.1 Fase planeación.....	18
6.1.1 Datos sobre demanda y características de la población .....	18
6.1.2 Interacción con el entorno.....	19
6.1.3 Sostenibilidad financiera.....	19
6.1.4 Características de calidad.....	21
6.1.5 Equipo básico en salud.....	24
6.2 Fase de gestión y desarrollo .....	26
6.2.1 Rutas integrales de atención en salud -RIAS .....	27
6.2.2 Descripción de la ruta .....	29
6.2.3 Evaluación clínica integral .....	31
6.2.4 Planeación del tratamiento .....	32
6.2.5 Seguimiento clínico y técnico.....	44
6.2.6 Criterios de cambios de modalidad o alta .....	44
7. Indicadores, fuentes de verificación y supuestos.....	49

Bibliografía.....	51
Anexos.....	56
Anexo 1. Formulario sugerido de consentimiento informado para PMM.....	56
Anexo 2. Acuerdo de paciente para recibir la dosificación de tomar en casa (24).....	58
Anexo 3. Formato Anexo 16: ficha de control farmacodependientes UEA - FNE (44).....	59

## Lista de tablas

<b>Tabla 1.</b> Codificación de actividades con CUPS y frecuencias de uso .....	20
<b>Tabla 2</b> Requisitos de habilitación para atención ambulatoria al consumidor de sustancias psicoactivas, Resolución 2003 de 2014.....	22
<b>Tabla 3.</b> Conformación y requisitos del talento humano sugeridos.....	24
<b>Tabla 4.</b> Pauta de inicio para administración de metadona.....	35
Tabla 5. Protocolo sugerido para administrar dosis perdidas.....	38

## Lista de figuras

<b>Figura 1.</b> Rutas Integrales de Atención en Salud promoción y mantenimiento de la salud, en el marco del Modelo de Atención Integral en Salud.....	27
<b>Figura 2.</b> Ruta integral de atención en salud (RIAS), para trastornos asociados al uso de SPA. Visión general (1).....	28
<b>Figura 3.</b> Ruta integral de atención en salud (RIAS), para trastornos asociados al uso de SPA. Prestador de servicios (1).....	29

# Presentación

El presente documento técnico tiene como objetivo orientar a los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud en la atención integral a los consumidores de heroína y otros opiodes, en todos los niveles de atención en el marco del Plan Nacional para la Promoción de la Salud, la Prevención y la Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas 2014 – 2021.

Lo anterior corresponde al esfuerzo del Gobierno Nacional por promover la adaptación y aplicación de herramientas basadas en la evidencia en el componente de reducción de riesgos y daños, tales como la actualización de la guía de práctica clínica para el manejo de opiodes, así como el desarrollo de capacidades de profesionales de la salud que actualmente proveen servicios de salud a personas afectadas por el consumo de heroína y otras sustancias psicoactivas. Por lo anterior, se hace necesario el avance en la estandarización y socialización de herramientas concretas para orientar a las instituciones, profesionales y entidades territoriales, tanto en su práctica clínica como en procesos administrativos, técnicos y comunitarios, de acuerdo con lo que indica la evidencia y la mejor práctica; acorde a las necesidades de la población consumidora de heroína, promoviendo la capacidad integral de respuesta del sistema de salud.

Así las cosas, es de gran complacencia para los ministerios y la Oficina de Naciones Unidas contra la Drogas y el Delito (UNODC) presentar los “Lineamientos para la implementación de los programas de mantenimiento con metadona (PMM)”, que cuenta con 8 objetivos específicos que permiten que sea aplicable a todas las personas con patología adictiva a opiodes, población que esté afiliada a una EAPB, que tenga contrato vigente con el grupo operador del programa o aquellas personas que pertenezcan al régimen de vinculados.

# 1. Justificación del proceso

Colombia enfrenta retos cada vez mayores frente al consumo de sustancias psicoactivas, por lo cual el Estado ha fortalecido acciones que permitan avanzar hacia una respuesta eficaz y organizada. Por lo anterior, enmarcados por el Plan Decenal de Salud Pública (2) y en la Política Nacional para la Reducción del Consumo de Sustancias Psicoactivas y su Impacto (3), se encuentra el Plan Nacional para la Promoción de la Salud, la Prevención y la Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas 2014-2021 (4), relacionado con los componentes de tratamiento y de reducción de riesgos y daños, y teniendo en cuenta el aumento en el consumo de heroína en siete territorios del país, se ha establecido la necesidad de avanzar hacia el mejoramiento, la estandarización de las alternativas terapéuticas basadas en la evidencia (tratamiento asistido con metadona y otras opciones posibles en el ámbito clínico) y la cualificación del quehacer clínico con miras a obtener más y mejores resultados desde el tratamiento.

El Ministerio de Salud y Protección Social, el Ministerio de Justicia y del Derecho, junto con organismos de cooperación internacional como la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, vienen adelantando acciones para optimizar la prestación de servicios de atención a personas con trastornos por uso de sustancias psicoactivas. Estos esfuerzos van encaminados a suministrar herramientas para que todos los prestadores de servicios de salud cuenten con lineamientos, conocimiento de la normatividad vigente, comprensión de la ruta de atención y modelos de tratamiento para asegurar que al usuario se le brinden servicios con garantía de derechos y con los requerimientos de calidad (5).

Se cuenta con evidencia cada vez más contundente del consumo de heroína, expandiéndose en, por lo menos, siete departamentos del país, que coinciden con zonas de producción y de tráfico (6). En aquellos países en los que el consumo de heroína se ha propagado, la asociación con epidemias de VIH y otras infecciones transmitidas por sangre es evidente; de ahí que el componente

de tratamiento y reducción de riesgos y daños tiene un profundo compromiso en la atención de este fenómeno y en la disminución del impacto de estos consumos.

Se hace necesario asegurar que el país cuente con una infraestructura en servicios para atender apropiadamente las diversas manifestaciones y consecuencias de este fenómeno, con derroteros técnicos y clínicos claros, que orienten la adecuada práctica clínica con guías, protocolos de manejo y regulación de medicamentos como la metadona (medicamento de control especial y monopolio del Estado, esencial en el tratamiento del trastorno por uso de opioides).



## 2. Objetivo

En la actualidad, el país cuenta con un documento denominado “Guía de atención integral para los problemas relacionados con heroína y otros opioides: fortalecimiento nacional y local para la reducción de consumo de drogas en Colombia”, elaborado en 2011 por la Empresa Social del Estado Hospital Carisma -Centro de Atención y Rehabilitación Integral de Salud Mental en Antioquia-, apoyado en su desarrollo por el Ministerio de Salud y Protección Social y la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito -UNODC-. Posteriormente, el documento fue actualizado en 2013, recogiendo la experiencia local e internacional a partir de los programas de tratamiento existentes en los siete departamentos con consumo de heroína evidenciado (7).

La misma institución -E.S.E. Hospital Carisma- realizó una revisión de la guía inicial en agosto de 2016, como parte del desarrollo de programas institucionales. Si bien estos documentos han sido de gran utilidad para los clínicos y para las instituciones prestadoras de servicios de salud públicas y privadas, los avances que se han dado en el marco de la Política de Atención Integral en Salud -PAIS- (8,9), el marco operacional de esta política (Modelo Integral de Atención en Salud -MIAS-) (10) y sus rutas integrales de atención -RIAS-, hacen necesario el avance en la estandarización y socialización de herramientas concretas para orientar a las instituciones, a los profesionales y a las entidades territoriales, tanto en la práctica clínica como en los procesos administrativos, técnicos y comunitarios, y de acuerdo con lo que indica la evidencia y la mejor práctica acorde a las necesidades de la población consumidora de heroína, promoviendo la capacidad integral de respuesta del sistema de salud explicitada en resultados intermedios, finales, ganancias en salud o reducción de la discapacidad (8,9).

En Colombia se ha observado que la práctica clínica tiene diferentes enfoques no basados en la evidencia (11), que van desde el uso de la desintoxicación con metadona como única acción terapéutica por fuera de un manejo integral, el uso de dosis subterapéuticas y por periodos breves, la ausencia de evaluaciones integrales, el uso dentro de encuadres

pseudoterapéuticos (premio - castigo), hasta desconocimiento por parte de los diversos actores de la reducción del daño como enfoque y posibilidad dentro de las intervenciones terapéuticas y las rutas de atención existentes y exigibles como derecho en la Ley 1566 (12).

## 2.1 Objetivo general

Orientar a los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud, en la atención integral a los consumidores de heroína y otros opioides, en todos los niveles de atención en el marco del Plan Nacional para la Promoción de la Salud, la Prevención y la Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas (4) y el Modelo de Atención Integral para los Trastornos por Uso de Sustancias Psicoactivas (MAI-TUS) (8), el Plan Nacional de Respuesta al Consumo Emergente de Heroína y otras Drogas por Vía Inyectada (13), entre otros.

## 2.2 Objetivos específicos

- ⊙ Orientar una respuesta de atención a usuarios con abuso o dependencia a heroína y otros opioides, que incluya evaluación, diagnóstico y tratamiento en el marco del MAITUS (8).
- ⊙ Formular recomendaciones basadas en la evidencia para la atención de usuarios con abuso o dependencia de heroína y otros opioides (11).
- ⊙ Facilitar la implementación de políticas de tratamiento efectivo y programas para la dependencia de opioides.
- ⊙ Facilitar la accesibilidad de los usuarios con abuso o dependencia de heroína a la prestación de servicios de salud, en el marco del sistema general de seguridad social en salud.
- ⊙ Intervenir tempranamente los casos de trastornos por uso y abuso de opioides, dentro del marco de las rutas integrales de atención en salud - RIAS- (1) en los territorios donde se tenga evidencia de este consumo.
- ⊙ Fortalecer los programas ambulatorios de sustitución con metadona existentes en el territorio nacional entre los prestadores de servicios debidamente habilitados en los componentes de diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y reducción de riesgos y daños.

- ⊙ Mejorar la cobertura de atención a personas con problemas derivados del consumo de heroína, priorizando a población de jóvenes, gestantes, madres de menores de 5 años, poli consumidores y personas que se inyectan drogas.
- ⊙ Contribuir a la mejoría en la calidad del tratamiento farmacológico y de las intervenciones psicosociales. Entendidas estas como todas las actividades, procedimientos o atenciones en el ámbito de la salud, realizadas por los equipos profesionales que atienden personas que se inyectan drogas.

### 3. Alcance

Los lineamientos para la implementación de programas de mantenimiento con metadona (PMM) están dirigidos a los profesionales clínicos, administrativos y técnicos del área de la salud que trabajan en la atención a los trastornos por consumo de heroína y otros opioides: médicos generales en atención primaria o complementaria, médicos especialistas en adicciones, psiquiatras, toxicólogos, psicólogos clínicos, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales, enfermeros, químicos farmacéuticos hospitalarios, auditores en salud, coordinadores o planificadores de desarrollo de servicios, profesionales de la Rama Judicial e instituciones afines en el Sistema de Responsabilidad Penal para Adolescentes (SRPA). En consecuencia, aplicable a todas las personas con patología adictiva a opioides que estén afiliados a Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud (EAPB), que tenga contrato vigente con el grupo operador del programa o aquellas personas que pertenezcan al régimen de vinculados.

Se busca el máximo beneficio de los usuarios con abuso o dependencia de heroína y otros opioides en contextos de reducción de riesgos y daños, o tratamiento como atención clínica, urgencias de cualquier nivel de complejidad, consulta externa (prestadores primarios y complementarios), y sistema de salud carcelario.

## 4. Antecedentes

La historia de la amapola y sus derivados es extensa y compleja. En distintos momentos ha prometido efectos altamente valorados por la humanidad, entre ellos, el alivio del dolor, la conquista de la ensoñación, la “inmortalidad”, el placer intenso y la felicidad. Desde una perspectiva más científica, se reconoce en la heroína la posibilidad de lograr no solo alivio al malestar físico, sino indiferencia ante el dolor emocional y los estados de tensión. Por tanto, la automedicación ha sido el principal dinamizador de sus usos en el pasado y lo sigue siendo en la actualidad.

El uso de heroína y de drogas por vía inyectada genera sufrimiento y precariedad social. Buena parte de las consecuencias derivadas de estos usos, son provocadas por la alta estigmatización de estas prácticas en nuestro medio, que, a su vez, son producto de su condición de ilegalidad (6). En la Declaración de la Conferencia de Desarrollo de Consenso (17-19 de noviembre de 1997, No. 108, de los institutos nacionales de salud), el panel de expertos (14) concluye que:

- ⊙ La dependencia de opiodes es un trastorno médico relacionado con el cerebro, que puede tratarse de manera efectiva con beneficios significativos para el paciente y la sociedad.
- ⊙ La sociedad debe comprometerse a ofrecer un tratamiento eficaz para la dependencia de opioides, a todos los que lo necesiten.
- ⊙ Todas las personas dependientes de opioides, incluso aquellas bajo supervisión legal, deberían tener acceso a la terapia de mantenimiento con metadona, reduciendo barreras de acceso.
- ⊙ Es necesario mejorar la capacitación de los médicos y otros profesionales de la salud y las facultades de medicina en el diagnóstico y tratamiento de la dependencia de opioides.

El consenso de expertos también recalca la importancia de ofrecer orientación psicológica para el abuso de sustancias, terapias psicosociales y

otros servicios de apoyo al paciente, que fomenten la retención y el éxito de los programas de tratamiento de mantenimiento con metadona.

Durante las dos décadas anteriores, en la mayoría de los países europeos y norteamericanos los programas de mantenimiento con metadona han mostrado un notable desarrollo, englobando la estrategia de reducción de daños, programa que, además de buscar la abstinencia, lleva a efecto una política para el usuario de drogas de acercamiento al medio sanitario, en busca de disminuir los efectos negativos de esta droga, con intervenciones no solo en el ámbito asistencial sino también en el ámbito preventivo o rehabilitador.

Las transiciones de consumo interno en Colombia, muestran que la heroína se ha venido asentando como parte de los patrones de uso, en ciudades como Medellín, Pereira, Armenia, Cali, Bogotá, Cúcuta y Santander de Quilichao. La mayoría de ellas, cercanas a zonas de producción o tránsito de esta sustancia a otros mercados internos o externos. Sin embargo, en la dinámica de producción se han detectado otras zonas del país en las que este consumo, al menos hasta ahora, ha sido invisible; tal es el caso de los departamentos de Tolima, Huila, Nariño y la ciudad de Barranquilla. Asimismo, llama la atención que ciudades que en el pasado mostraron altos índices de prevalencia, en la actualidad parecen haber desaparecido de este mapa, esto es, Yopal, San José del Guaviare, Pamplona, entre otras, por lo que valdría la pena establecer si en efecto es así y por qué motivos (6).

La demanda de tratamiento y servicios de salud o desintoxicación por heroína o complicaciones derivadas de su consumo, ha aumentado en Colombia de manera exponencial en los últimos 10 años. Asimismo, la falta de lineamientos técnicos para el tratamiento y la atención de las personas que usan heroína y que se inyectan drogas, lleva a que las instituciones prestadoras de servicios de salud apliquen criterios que no necesariamente se ciñen a los estándares ampliamente difundidos por la Organización Mundial de la Salud, tal como se documentó en el plan nacional de respuesta al consumo emergente de heroína y otras drogas por vía inyectada (6).

## 5. Marco conceptual

### Definición de tratamiento

Según el Comité de Expertos de la Organización Mundial de la Salud en Farmacodependencia, el término “tratamiento” se aplica al:

“Proceso que comienza cuando los usuarios de sustancias psicoactivas entran en contacto con un proveedor de servicios de salud o de otro servicio comunitario y puede continuar a través de una sucesión de intervenciones concretas hasta que se alcanza el nivel de salud y bienestar más alto posible” (15).

### Programas de mantenimiento con metadona (PMM)

El tratamiento con metadona es el modelo más evaluado e investigado como programa de mantenimiento en personas adictas a opiodes, utilizado a lo largo de más de 40 años, demostrando eficacia y seguridad para tratar la adicción a los opiodes.

En cuanto a los costos, los Programas de Mantenimiento con Metadona son la opción de tratamiento más adecuado, además de ser altamente costo-efectiva. Estimaciones realizadas por el Instituto Nacional sobre Abuso de Drogas en Estados Unidos (National Institute on Drug Abuse -NIDA-), revelan que el costo del tratamiento de mantenimiento con metadona es menor que el costo que suponen para la sociedad los daños asociados y los cuidados de un consumidor de heroína no tratado (16–18).

Los objetivos terapéuticos en los PMM abarcan varios ítems del espectro de atenciones en salud, como en cualquier enfermedad crónica: desde la abstinencia total hasta la reducción de riesgos y daños, siendo necesaria la retención del paciente en tratamiento para lograr el éxito terapéutico, el cual está basado en diversos factores, tales como la accesibilidad, la flexibilidad de criterios, los horarios, la dosificación suficiente, el equipo terapéutico estructurado y el apoyo psicosocial para obtener mayores resultados (19). Las metas a alcanzar incluyen:

- a) Interrumpir el ciclo de intoxicación - síndrome de abstinencia.
- b) Alcanzar una estabilización biopsicosocial y de otras patologías concurrentes para facilitar el proceso de recuperación a corto, mediano o largo plazo.
- c) Reducir el riesgo de muerte por sobredosis.
- d) Reducir conductas de riesgo y transmisión de infecciones mortales como VIH/SIDA y hepatitis B o C.
- e) Reducir las conductas ilícitas o en conflicto con la ley.
- f) Promover el apego al tratamiento.
- g) Disminuir considerablemente el consumo de opiodes ilícitos, así como otras drogas.

## Clorhidrato de metadona

Es un agonista opiáceo sintético que actúa fundamentalmente sobre los receptores  $M\mu$ . Como 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 (SAO), 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. No obstante, tiene un amplio margen de seguridad médica (20).

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) la que regula los niveles



anuales de consumo nacional de esta sustancia, la cual sigue vigente; es decir, el clorhidrato de metadona, además de estar en la lista de medicamentos de control especial (MCE), también 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) (21).

Para operar estos lineamientos se tendrán en cuenta los siguientes elementos o herramientas:

- ⊙ Criterios diagnósticos de la clasificación internacional de enfermedades, versión 10 (CIE-10) (22).
- ⊙ Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5 (23).
- ⊙ Ruta de atención en salud para consumo de SPA (RIAS) (1).
- ⊙ Modelo de atención integral a trastornos por uso de SPA (MAI-TUS) (8).
- ⊙ Documento “Programas de Tratamiento Asistido con Metadona en Colombia – 2014” (11).
- ⊙ Guía de tratamiento farmacológico y asistencia psicosocial para dependencia a opioides.
- ⊙ Guía de Manejo Clínico de Trastornos por Uso de Opioides, Ministerio de Salud de Canadá y el British Columbia Centre on Substance Use (24).
- ⊙ Principios de tratamientos para la drogadicción: una guía basada en las investigaciones (25).

## 6. Descripción diseño organizacional de PMM

### 6.1 Fase planeación

Lo ideal es establecer un equilibrio entre los recursos especializados y los de atención primaria de la salud. De hecho, cuando existan limitaciones importantes de recursos, la infraestructura de atención primaria de la salud debe servir de base a los servicios. Sin embargo, cuando sea posible, es conveniente que se desarrolle algún tipo de actividad especializada para facilitar la formación de un núcleo local de expertos en el tratamiento de problemas de abuso de sustancias. Los especialistas constituyen una fuente valiosa de formación y apoyo de los equipos de medicina general a cargo de la atención primaria de la salud. En la práctica, los pacientes pueden pasar de los servicios especializados a los de atención primaria y viceversa (15).

#### 6.1.1 Datos sobre demanda y características de la población

En Colombia, a través del Ministerio de Salud y Protección Social, se han implementado mecanismos para sistematizar la información sobre personas que demandan atención en el sistema de salud, tal es el caso del SUICAD (Sistema Basado en Centros y Servicios a la Persona Consumidora de Sustancias Psicoactivas) (26,27).

Existen otras fuentes de información de aplicación en gran parte del territorio nacional, como el SIVIGILA (Sistema de Vigilancia de Salud Pública), que tiene como responsabilidad el proceso de observación y análisis objetivo, sistemático y constante de los eventos en salud, entre ellos la intoxicación por SPA, así como los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud (RIPS), de obligatorio diligenciamiento por parte de los prestadores en salud, pues proveen los datos mínimos y básicos que se requieren para hacer seguimiento al Sistema de Prestaciones de Salud en el SGSSS, en relación con el paquete obligatorio de servicios (POS y POSS) como soporte de la venta de servicios, consolidados y procesados epidemiológicamente en los entes de salud municipales o departamentales.

A partir del análisis de estos datos, las instituciones que aspiren a implementar un PMM pueden conocer, al menos parcialmente, realidades locales con respecto a los consumidores de sustancias psicoactivas, analizar información sobre características y perfiles epidemiológicos, así como geo referenciar los municipios o localidades de procedencia de aquellos consumidores que buscan atención por abuso o dependencia a opioides.

## 6.1.2 Interacción con el entorno

Los recursos de la comunidad son elementos importantes que se pueden aprovechar cuando se crean servicios de tratamiento del abuso de drogas. Su importancia es aún mayor en situaciones de escasez de recursos. En el caso de los servicios que se prestan en la comunidad, por ejemplo, centros de bajo umbral o zonas de escucha, la familia y los integrantes de esta forman parte del sistema de tratamiento y coadyuvan en gran medida a la planificación, la ejecución y la evaluación del programa. Es indispensable que, al implementar el programa de tratamiento, se tenga en cuenta el contexto cultural y el entorno en el que se prestan los servicios y conviene que se aprovechen algunas prácticas curativas tradicionales y se integre el nuevo servicio en la comunidad local, que probablemente ya haya iniciado sus propias formas de intervención.

Las acciones de sensibilización dirigidas a los actores en salud, comunidad, organizaciones de servicios sociales o policiales, usuarios y sus familias, son parte fundamental del éxito de un PMM. El contacto con líderes comunales, las ONG's, presentes en el entorno donde se despliega el PMM, ayudan a esclarecer temores, mitos y otras fuentes de estigma y discriminación. Igualmente, identificar y mapear la red de prestadores de servicios similares o relacionados y establecer un directorio actualizado de estas instituciones, sus referentes y contactos.

## 6.1.3 Sostenibilidad financiera

El Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) ha tenido un desarrollo normativo prolífico y es concebido en la Ley 100 de 1993 como el:

“Conjunto de instituciones, recursos y reglas de juego, dispuesto y organizado para garantizar que los usuarios disfruten de salud y calidad de vida y lograr el bienestar individual y de la comunidad, bajo la rectoría del Ministerio de Salud y Protección Social” (28).

En lo concerniente a la prestación de servicios y planes de beneficio, se ha formulado la clasificación de procedimientos en salud, manuales tarifarios, lineamientos de política de calidad en la prestación de los servicios que son aplicables a la implementación de los PMM, pues se encuentra bajo el paradigma de abordar el abuso o dependencia a opioides como una patología asimilable al modelo médico de enfermedad crónica planteado por la Organización Mundial de la Salud (8). De este modo, se toma en cuenta la Resolución 1132 de 2017 (29) del Ministerio de Salud y Protección Social, que adopta la Clasificación Única de Procedimiento en Salud (CUPS) como el ordenamiento lógico y detallado de los procedimientos y servicios en salud que se realizan en el país, en cumplimiento de los principios de interoperabilidad y estandarización de datos, utilizando, para tal efecto, la identificación por un código y una descripción validada por los expertos (30,31). En la siguiente tabla se muestra, a manera de sugerencia, cómo pueden codificarse las actividades con su respectivo CUPS y frecuencias de uso:

**Tabla 1.**  
Codificación de actividades con CUPS y frecuencias de uso.

Primer mes			
Semana 1			
CUPS	Procedimiento	Frecuencia de uso	**Valor tarifas SOAT vigentes o tarifa propia
890201	Consulta de primera vez medicina general o médico entrenado	1	
890202	Consulta de primera vez por medicina especializada	1	
890208	Consulta de primera vez por psicología	1	
S42200	Servicio de atención farmacéutica de complejidad mediana	6	
15180201070*	Heroína casete ACCON / Opiáceo	1	
905727	Drogas de abuso NCOC - Tamizaje en orina	1	
940100-8	Administración de perfil de adicción (MAP)	1	
944202	Psicoterapia de grupo por psicología	1	
Semana 2 a 4			
CUPS	Servicio	Frecuencia de uso	

S42200	Servicio de atención farmacéutica de complejidad mediana	24	
890302	Consulta de control o de seguimiento por medicina especializada mínimo	3	
943102	Psicoterapia individual por psicología	3	
944202	Psicoterapia de grupo por psicología	3	
<b>Segundo mes y posteriores</b>			
<b>CUPS</b>	<b>Procedimiento</b>	<b>Cantidad</b>	
890301	Consulta de control o de seguimiento por medicina general mínimo	1	
890302	Consulta de control o de seguimiento por medicina especializada	A necesidad	
943102	Psicoterapia individual por psicología	2	
S42200	Servicio de atención farmacéutica de complejidad mediana	26	
15180201070*	Heroína casete ACCON / Opiáceo	1	
905727	Drogas de abuso NCOC - Tamizaje en orina	1	
940100-8	Administración de perfil de adicción (MAP) / Bimensual	1	
990111	Educación grupal en salud por agente terapéutico	2	
990211	Educación individual en salud, por agente educativo - Gestión de casos	1	
944202	Psicoterapia de grupo por psicología	4	
890315	Consulta integral de control o de seguimiento por equipo interdisciplinario, mensual - Asistencia compartida con equipo de enlace / Identificación y seguimiento a casos de riesgo	Variable según casos a evaluar	
890202	Asesoría virtual por psiquiatría telemedicina	A necesidad	

\* La CUPS no indica código específico para detección de SPA en orina. Se signa un código comercial como ejemplo. \*\* El valor de cada actividad se determina a través de las tarifas SOAT vigentes o de las tarifas propias que cada institución de salud determine.

### 6.1.4 Características de calidad

El Ministerio de Salud y Protección Social, mediante Decreto 1011 de 2006 (32), establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SOGCS) y con ello una política que define los atributos de calidad en la atención, así:

**Accesibilidad:** posibilidad que tiene el usuario para utilizar los servicios de salud.

**Oportunidad:** posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud.

**Seguridad:** conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodología, que minimizan el riesgo de sufrir eventos adversos durante la atención.

**Pertinencia:** garantía de que los usuarios reciban los servicios que requieren.

**Continuidad:** garantía de que los usuarios reciban las intervenciones requeridas mediante la secuencia lógica y racional de actividades basadas en el conocimiento científico y sin interrupciones innecesarias.

**Satisfacción del usuario:** nivel del estado de ánimo del usuario o paciente y su familia al comparar la atención en salud con sus expectativas.

Los componentes del SOGCS son los siguientes: **1.** El Sistema Único de Habilitación. **2.** La Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud. **3.** El Sistema Único de Acreditación. **4.** El Sistema de Información para la Calidad (32).

Es fundamental para cualquier prestador de servicios contar con los requisitos de Habilitación enmarcados en la Resolución 2003 de 2014 (31), conocidos como el conjunto de normas, requisitos y procedimientos mediante los cuales se establece, registra, verifica y controla el cumplimiento de las condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico administrativa, indispensables para la entrada y permanencia en el Sistema, los cuales buscan dar seguridad a los usuarios frente a los potenciales riesgos asociados a la prestación de servicios y que son de obligatorio cumplimiento por parte de los Prestadores de Servicios de Salud y las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) (33), que en lo pertinente contempla las siguientes especificaciones en las modalidades de prestación:

### **Modalidad tipo Intramural / ambulatorios**

#### **Grupo: otros servicios**

**Servicio:** atención ambulatoria al consumidor de sustancias psicoactivas baja y mediana complejidad.

**Descripción del servicio:** es el servicio que presta atención a pacientes consumidores de sustancias psicoactivas, para su tratamiento y rehabilitación, bajo la modalidad ambulatoria de baja y mediana complejidad.

**En baja complejidad:** el servicio presta atención al paciente con consumo de sustancias psicoactivas que ha tenido bajo impacto, que se encuentra en una fase del tratamiento que no requiere de internación o que rechaza una internación, pero acepta un tratamiento ambulatorio.

**En mediana complejidad:** usuarios que requieren manejo psiquiátrico ambulatorio o manejo farmacológico con medicación diaria que se suministra en el servicio (como la metadona).

**Tabla 2** Requisitos de habilitación para atención ambulatoria al consumidor de sustancias psicoactivas, Resolución 2003 de 2014.

Fuente: (31).

### Atención Ambulatoria al consumidor de sustancias psicoactivas

Estándar	Criterio
<b>Talento Humano</b>	<p>Para baja complejidad: Cuenta con: 1. Profesional de la salud certificado de formación para la atención y el tratamiento del consumidor de sustancias psicoactivas y salud mental o posgrado en farmacodependencia, adicciones, psiquiatría o psicología clínica. 2. Psicólogo</p> <p>Disponibilidad de: trabajador social. Todo el talento humano anterior cuenta con certificado de formación para la atención y el tratamiento del consumidor de sustancias psicoactivas.</p> <p>Para mediana complejidad: Adicional a lo exigido en atención ambulatoria de sustancias psicoactivas de baja complejidad: Cuando en la institución se administre metadona, disponibilidad de: 1. Psiquiatra. 2. Enfermera. El psiquiatra y la enfermera cuentan con certificado de formación en soporte vital avanzado.</p>
<b>Infraestructura</b>	<p>Adicional a lo exigido en consulta externa general, cuenta con: Salón para uso múltiple que permita albergar a todos los usuarios participantes en el desarrollo de las terapias e intervenciones individuales, grupales y familiares, según modelo de atención utilizado.</p>

<b>Dotación</b>	Para baja complejidad: aplica lo exigido en consulta externa general. Para mediana complejidad: aplica lo exigido en consulta externa general. Cuando en la institución se administre metadona, cuenta con un carro de paro con equipo básico de reanimación.
<b>Medicamentos, dispositivos médicos e insumos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cuando realice manejo de medicamentos, aplica lo de todos los servicios.</li> <li>- Cuenta con kits de determinación de sustancias psicoactivas en orina.</li> </ul>
<b>Procesos prioritarios</b>	<p>Adicional a lo exigido en consulta externa general: Cuenta con:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Modelo de atención documentado y socializado.</li> <li>2. Protocolo para que todo usuario sea valorado por psiquiatría a su ingreso.</li> <li>3. Procedimientos para: <ul style="list-style-type: none"> <li>- El control de ingreso de sustancias psicoactivas.</li> <li>- Manejo y atención de usuarios con VIH/SIDA dentro de la institución, si aplica.</li> <li>- Manejo de desórdenes internos, agresiones físicas y psicológicas y/o abusos de cualquier índole entre usuarios y hacia y desde el personal administrativo - asistencial.</li> </ul> </li> <li>4. Guías, procedimientos y protocolos para el manejo de las principales patologías asociadas al consumo de sustancias psicoactivas. En caso de administración de metadona: guía y protocolo de programa de mantenimiento con metadona (PMM).</li> <li>6. Protocolo de reanimación cardiopulmonar.</li> </ol>
<b>Historia clínica y registros</b>	Aplica lo de todos los servicios.
<b>Interdependencia</b>	<p>Disponibilidad de:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Psiquiatría, para valoración de ingreso.</li> <li>2. Servicio farmacéutico, cuando administre metadona.</li> </ol>

## 6.1.5 Equipo básico en salud

### Formación del talento humano

En forma incipiente, en Colombia se viene trabajando en la cualificación del talento humano en salud mental, a través de estrategias como TREATNET II, Mh-GAP y actualmente se cuenta con una estrategia pedagógica para formación en el modelo de atención integral a trastornos por uso de SPA (MAITUS), que permita desplegar el papel del médico general en la atención a problemas por uso de SPA y entender mejor los mecanismos de “atención compartida” entre los organismos de medicina general y de tratamiento especializado. Igualmente, se cuenta con el desarrollo de guías de práctica clínica (GPC) por parte del Ministerio de Salud y Protección Social, que incluyen una amplia gama de patologías.



**Tabla 3.**

Conformación y requisitos del talento humano sugeridos.

Perfil profesional	Roles	Documentación / formatos utilizables
Médico general con formación específica	Lidera el proceso de tratamiento. Elabora historia clínica completa, define diagnóstico y manejo farmacológico. Evalúa mensualmente los casos con perfil de adicción de Maudsley (MAP) + test orina. Informa y acuerda con el usuario plan terapéutico.	Historia clínica. Formularios de MCE y Anexo No. 5 Resolución 1479 / 2006. Formato consentimiento informado.
Psicología con formación específica en adicciones	Elabora historia psicológica y dinámica familiar, realiza perfil de adicción de Maudsley inicial, seguimiento trimestral; realiza seguimiento mensual, terapias de intervención motivacional en adicciones, ya sea individuales y / o grupales; intervenciones familiares según el caso; conforma grupos de prevención de recaídas.	Formato de historia clínica psicológica. Formato MAP. Formato de reuniones terapéuticas que contengan fecha, número de participantes, temática desarrollada, metodología o dinámicas utilizadas.
Enfermería profesional con formación en adicciones con apoyo de auxiliar de enfermería con formación en adicciones	Revisa plan terapéutico y órdenes médicas. Elabora <i>kardex</i> y hoja de tratamiento. Registra diariamente la administración de metadona. Registra peso, semanal. Test de tamizaje de múltiples o única SPA en orina. Educación en salud grupal mensual, en reducción de conductas sexuales de riesgo, nutrición, estilos de vida saludables. Diligencia SUICAD SIVIGILA. Realiza APV para VIH, VHC, VHB, VDRL. Prueba de embarazo en mujeres en edad fértil. Informa novedades de pacientes al líder del equipo terapéutico. Identificación y seguimiento a eventos adversos.	Formato de evoluciones de enfermería. Hoja de tratamientos administrados. Actualiza base de datos de dosis administradas con firma del usuario. Formato de identificación y seguimiento a eventos adversos.
Trabajador social con formación en adicciones	Gestiona acceso a otras instituciones, a hospitalización en unidad de desintoxicación, salud mental, servicios de rehabilitación integral o la salida de ellos para retorno a PMM. Gestiona solicitudes de interconsultas a otras especialidades, paraclínicos, acceso a centros educativos. Gestiona asuntos con comisarías, defensoría, etc. Realiza geo referenciación. Realiza visitas domiciliarias laborales solicitadas por el líder. Los pacientes hospitalizados próximos a salir. Orienta casos en ruta de restitución de derechos. Educación grupal en salud mensual sobre derechos y deberes. Rutas de atención en otros servicios, articulación de ofertas institucionales y comunitarias con	Formato evolución de historia clínica. Formato de visitas domiciliarias o laborales. Directorio actualizado de actores socio institucionales con contactos y referente. Plano municipal para geo referenciación. Volantes de derechos y deberes. Reglamento de programa. Formato informes externos e internos.

	énfasis en actividades ocupacionales educativas.	
Servicio de información y atención al usuario SIAU	Verifica derechos y asigna citas. Aplica y procesa encuesta de satisfacción PQRs. Socializa derechos y deberes, rutas de atención en otros servicios. Apoyo a actividades administrativas.	Formatos de derechos y deberes. Reglamento del programa. Buzón de sugerencias. Formatos de encuestas de satisfacción y PQRs.
Psiquiatra profesional de enlace	Asesora, apoya y orienta al Equipo Básico de Salud. Atiende casos derivados desde otros servicios por patologías duales o complejidad de caso. Se encarga de la educación continuada, actualización de conceptos y análisis de indicadores de gestión, incluyendo eventos adversos. Ajusta plan terapéutico. Indica hospitalización en unidad de desintoxicación o de salud mental. Solicita interconsulta o remisión a otras especialidades. Elabora informes o respuestas a requerimientos de otras instituciones, incluyendo glosas de pertinencia.	Historia clínica. Formatos de remisión o interconsulta. Actas de reunión y formación. Consentimiento informado.
Químico farmacéuta	Elabora, revisa y valida base de datos de administración de medicamentos. Realiza consulta fármaco terapéutica y fármaco vigilancia.	Bases de datos formato con anexo N° 5 y anexo N° 16. Formato de requisiciones, de medicamentos y demás insumos médicos del programa.
Articulación y trabajo conjunto con operadores pares con formación / Grupos de auto ayuda o ayuda mutua.	Fomentan la participación de otros usuarios. Promueven cambio de comportamiento y actitudes más saludables en reuniones sociales, entornos alternativos, reuniones de grupo con énfasis en reducción de exposición a riesgos y la aparición de daños asociados al consumo. Facilitan el acercamiento de nuevos usuarios o usuarios “perdidos”. Orientan en la ruta de atención desde entorno comunitario. Apoyan actividades de uso de tiempo libre.	Hoja de primer contacto. Formatos derechos y deberes. Reglamento del programa. Formato de reuniones terapéuticas que contengan fecha, cantidad de participantes, temática desarrollada, metodología o dinámicas utilizadas. Formato de visitas comunitarias.

## 6.2 Fase de gestión y desarrollo

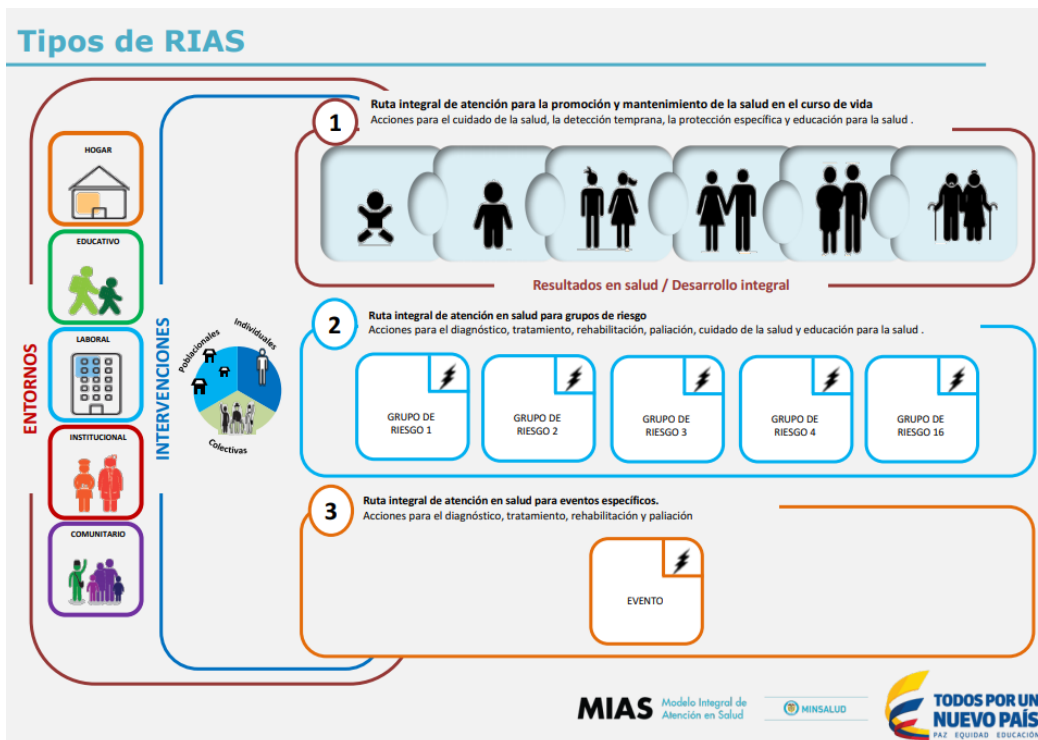
El desarrollo del PMM en el marco de la prestación de servicios ambulatorios

Los principios y procedimientos básicos pueden abarcar los siguientes aspectos:

- ⊙ Criterios de ingreso y alta de los pacientes.
- ⊙ Declaración de derechos.
- ⊙ Confidencialidad (historia clínica, etc.).
- ⊙ Política de calidad.

- ⊙ Política de seguridad en la atención.
- ⊙ Procedimientos definidos para la participación de los usuarios en el programa, presentación de reclamaciones, PQRs.
- ⊙ Entorno y personal del programa.
- ⊙ Política relativa a los visitantes o acompañantes.

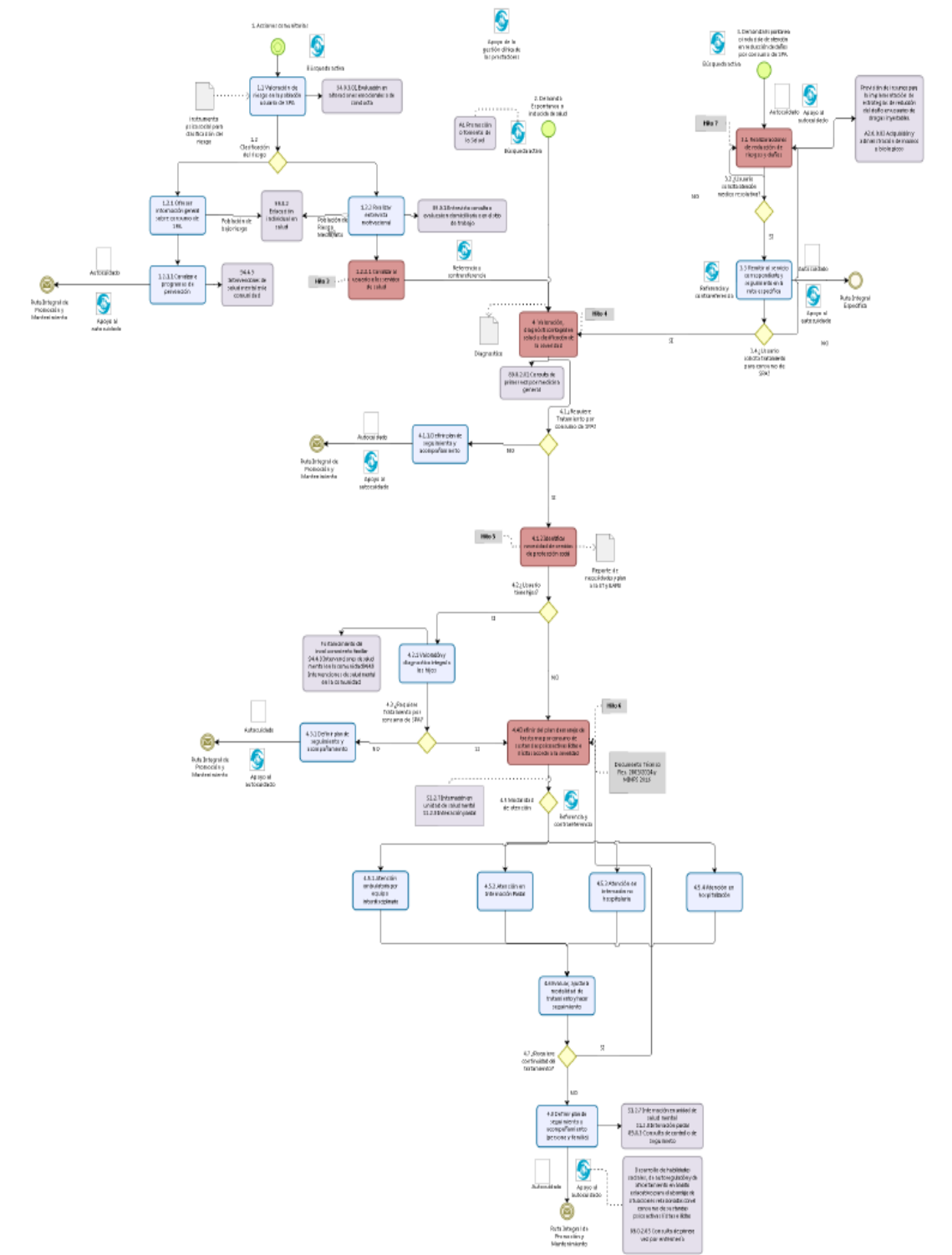
## 6.2.1 Rutas integrales de atención en salud -RIAS



**Figura 1.** Rutas Integrales de Atención en Salud, promoción y mantenimiento de la salud, en el marco del Modelo de Atención Integral en Salud.

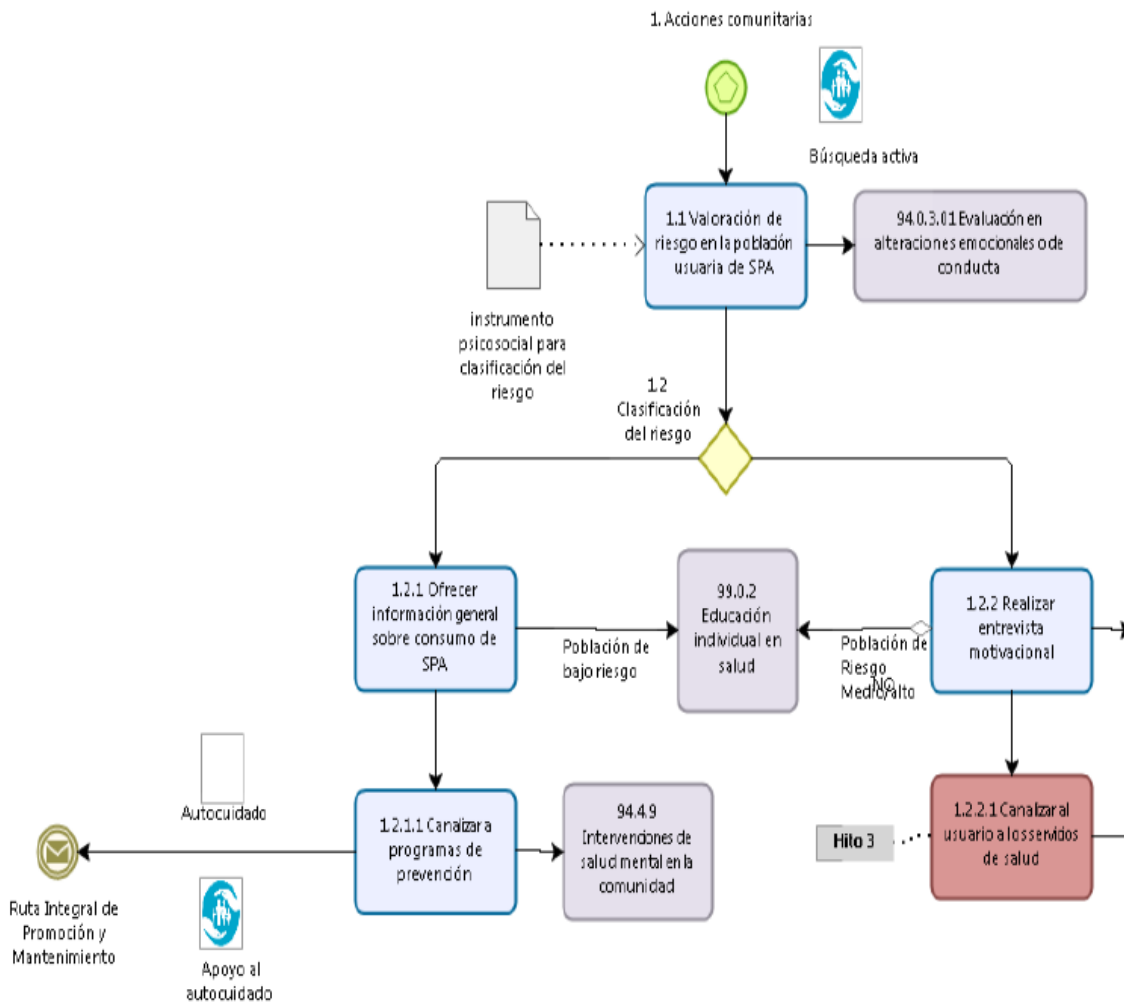
**Fuente:** (1).

## Ruta integral de atención para trastornos asociados al uso de sustancias psicoactivas



**Figura 2.** Ruta integral de atención en salud (RIAS), para trastornos asociados al uso de SPA. Visión general (1).

## Ruta integral de atención para trastornos asociados al uso de sustancias psicoactivas – prestador primario



**Figura 3.** Ruta integral de atención en salud (RIAS), para trastornos asociados al uso de SPA. Prestador de servicios (1).

### 6.2.2 Descripción de la ruta

Los usuarios pueden ser detectados a través de la red de urgencias por demanda espontánea, por remisión de otras instituciones de salud, centros de bajo umbral o entidades públicas o privadas del sector educativo, social, de justicia o similares.

De manera ágil debe ofrecerse asesoría y orientación para cada caso por trabajo social, enfermería y/o psicología, iniciando el proceso de identificación, verificación de derechos y de priorización de caso según formato (15).

La historia clínica completa, la identificación de otras patologías físicas, las ayudas diagnósticas y la evaluación de necesidades (American Society of Addiction Medicine -ASAM-) las realiza el médico general entrenado (34).

El psiquiatra establece si se requiere hospitalización en asistencia directa o por asistencia compartida, si puede continuar en la modalidad ambulatoria intensiva, o pasar a modalidad residencial según el plan terapéutico integral.

El equipo entrenado en atención básica de salud mental, conformado por el médico general, el psicólogo, el enfermero y el trabajador social, realizan la evaluación específica de su área de trabajo para cada caso, según el plan terapéutico integral.

Se deben ofrecer intervenciones psicosociales individuales y familiares, acordes a cada caso particular, buscando recuperar el equilibrio físico, psicológico y social del paciente y su grupo familiar, relacionados con el uso de heroína.

El trabajo en red también incluye cooperación con otras instituciones o instancias públicas y privadas, para disminuir las barreras de acceso a servicios de salud, cedulación, sisbenización, afiliación al sistema de salud, entre otros factores.

Las gestiones entre instituciones son parte integral del plan de manejo y seguimiento de casos para aquellos pacientes que requieran tratamientos o intervenciones complementarias, tipo comunidad terapéutica o acceso a otros programas como ITS, VIH, sida, salud sexual y reproductiva. Igualmente, la inclusión en actividades o planes de intervención colectiva -PIC-, orientación jurídica o asistencia social.

**1. Paciente de primera vez, espontáneo o familiar (sin remisión médica):** pasa a consulta de orientación y asesoría por trabajo social; se diligencia formato “Anexo IV” de priorización del documento “Abuso de drogas: tratamiento y rehabilitación. Guía práctica de planificación y aplicación. Nueva York: Naciones Unidas; 2003” (15). Se define si hay riesgo inminente para valoración inmediata por especialista o riesgo potencial; se divulga psicoeducación acerca del programa, metas y ruta de acceso; se asigna cita con cada uno de los profesionales de equipo terapéutico para continuar evaluación en un periodo máximo de 4 días.

**2. Paciente de primera vez, remitido de otras instituciones:** se le asigna cita en un tiempo no mayor a una semana con médico general entrenado, para luego iniciar la valoración por el resto del equipo terapéutico; se aplica MAP, se diligencia ficha SUICAD, consentimiento informado y se solicitan paraclínicos: cuadro hemático, test de embarazo en mujeres, transaminasas, pruebas rápidas de tamizaje para treponémicos, VIH, VHB y VHC; tamizaje de múltiples SPA en orina. Esta fase de evaluación se debe completar en la primera semana.

**3. Paciente control que ya viene siendo atendido ambulatoriamente o egresó de hospitalización:** psiquiatra en consulta de seguimiento revisa epicrisis o historia clínica; inicia encuadre terapéutico y ajusta plan terapéutico.

**4. Paciente que abandonó tratamiento y regresa después de una semana o más de ausencia:** pasa a asesoría por trabajo social o el miembro del equipo terapéutico que está más expedito; se aplica Anexo IV (15) y se activa ruta interna de atención descrita al inicio de esta sección.

### 6.2.3 Evaluación clínica integral

El equipo terapéutico, con los roles y las responsabilidades mencionados en la Tabla 2 de este documento, desarrolla las siguientes intervenciones:

- ® Orientación y asesoría a pacientes, familias o comunidades que la soliciten, para casos específicos con trabajo social, enfermera profesional o psicólogo.

- ® Evaluación diagnóstica inicial, que incluye elaboración de historia clínica psiquiátrica con énfasis en las patologías relacionadas, valoración médica general, médico general entrenado, evaluación diagnóstica por psicología, enfermería profesional o trabajo social.
- ® Análisis del caso y evaluación profunda por psiquiatría presencial o en asistencia compartida.
- ® Desarrollo de un plan global de intervenciones específicas para cada caso, por el equipo interdisciplinario en modalidad ambulatoria.
- ® En términos generales, el tratamiento incluye intervenciones farmacológicas, psicoterapéuticas individuales, grupales y familiares; cuidados de enfermería, desarrollo de gestiones interinstitucionales, visitas domiciliarias; derivación de casos a otras instituciones y gestión de riesgos en salud mental:

1. Riesgo de mortalidad representado por el riesgo de suicidio.
2. Riesgo de discapacidad asociada.
3. Riesgo de conducta desadaptativa (violencia, delincuencia, fracaso laboral y escolar, entre otros).
4. Riesgo de morbilidad asociada, representada por el consumo de alcohol o spa (poli consumo o consumo de alto riesgo).
5. Riesgo de secuelas emocionales derivadas de eventos vitales.
6. Riesgo de problemas de salud física.
7. Riesgos derivados del comportamiento y la interacción ciudadana (35).

## 6.2.4 Planeación del tratamiento

**Elementos de análisis:** sin menoscabo del criterio médico, la planeación del tratamiento debe incluir el análisis de elementos como la interpretación del MAP, los resultados de los paraclínicos y la evaluación de necesidades y riesgos, según modelo ASAM; ubicación y modalidades de tratamiento, teniendo en cuenta las recomendaciones para ello descritas en la Tabla 8; recomendaciones para la utilización de criterios ASAM para la ubicación de pacientes (36); terapia motivacional para adicciones (37); terapia farmacológica.



## Pautas de inducción y dosificación para la metadona (24)

### 1. Evaluación

#### Contraindicaciones comunes

- ⊙ Hipersensibilidad al hidrocloruro de metadona.
- ⊙ Actualmente toma inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO) o se usa en los últimos 14 días.
- ⊙ Complicación respiratoria grave o enfermedad obstructiva.
- ⊙ Insuficiencia respiratoria grave.
- ⊙ Delirium tremens.
- ⊙ Intoxicación aguda con alcohol.
- ⊙ Riesgo preexistente de intervalo QT prolongado (por ejemplo, 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.
- ⊙ CIE-10, DSM-5, confirmar el diagnóstico de trastorno por consumo de opioides (23).
- ⊙ Examen de drogas en orina (positivo para opioides, fentanilo, oxicodona o hidromorfona).

**Nota:** una prueba de drogas opioides positivas no es un requisito previo para el tratamiento con agonistas opioides. Por ejemplo, un individuo con antecedentes documentados de trastorno por uso de opioides, que actualmente se abstiene de los opiodes, pero tiene un alto riesgo de recaída, puede ser un candidato para el tratamiento.

- ⊙ Pruebas de laboratorio: hemograma completo; paneles de función renal y hepática; serología de VIH y hepatitis A, B, C; sífilis, gonorrea y serología para clamidia; tuberculosis; prueba de embarazo (mujeres en edad fértil); y ECG si está indicado (es decir, enfermedad cardíaca, antecedentes de arritmias, síncope u otros factores de riesgo de prolongación del QT).

- ⊙ Si está clínicamente indicado, la metadona puede iniciarse antes de que se informen las investigaciones.
- ⊙ Historial de adicciones, incluyendo evaluación del tabaco y otros trastornos por consumo de sustancias. En particular, el uso concomitante de alcohol, benzodiazepinas y/o sedantes (es decir, depresores del sistema nervioso central).
- ⊙ Documentar el plan clínico y la justificación del mismo. En Colombia no se dispone de otros tratamientos farmacológicos como buprenorfina o en combinación con naloxona (suboxone).
- ⊙ Se alienta a los médicos a que se contacten con la IPS de referencia, para hablar con un psiquiatra experto o especialista de enlace en medicina de adicciones, si tiene alguna pregunta o inquietud.
- ⊙ 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 (38).
- ⊙ Los consumidores con mayor riesgo de sufrir una sobredosis, como las 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 las posteriores prescripciones de naloxona, se requiere de evaluación integral y visita domiciliaria; 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. Se realizará reentrenamiento en estrategias para reducir el riesgo de sobredosis y su manejo en el entorno comunitario.

## 2. Iniciación

Durante el inicio, los pacientes deben ser vistos por lo menos semanalmente para monitorear cuidadosamente la respuesta al tratamiento.

Por razones de seguridad, siempre es necesaria una evaluación clínica en persona antes de ajustar las dosis de metadona, debido a las propiedades farmacocinéticas únicas de la metadona (semivida larga, bioacumulación lenta)

en comparación con otros opioides y el alto grado de variabilidad individual en las tasas de absorción, metabolismo, potencia y tolerancia cruzada con otros opioides.

Debido al riesgo de sobredosis asociadas a las interacciones entre medicamentos, el uso actual de sustancias, incluido el alcohol y los medicamentos recetados, debe revisarse con los pacientes en cada visita y consignar en historia clínica; si es necesario, se hace medición de SPA en orina (multi test).

Se recomienda encarecidamente el registro periódico en la farmacia dispensadora, para obtener información colateral sobre el bienestar del paciente (por ejemplo, intoxicación) y el cumplimiento de los requisitos de ingesta diaria observados.

## **Inducción**

Es necesario revisar los riesgos y beneficios del tratamiento, obtener el consentimiento informado y completar el acuerdo de tratamiento con metadona y el formulario de consentimiento (consulte el apéndice consentimiento informado metadona).

La dosis inicial no debe exceder 30 mg. / día. Las personas con mayor tolerancia a los opioides pueden comenzar con una dosis más alta que las personas con tolerancia baja o desconocida, como se muestra en la Tabla 4:

### **Tabla 4.**

*Pauta de inicio para administración de metadona.*

Nivel de tolerancia	Dosis inicial recomendada
<p><b>Sin tolerancia:</b> opioide simple o de acción menor. Alto riesgo de toxicidad. Incluye pacientes que han completado el manejo de la abstinencia y / o aquellos que actualmente no usan opioides, pero que están en riesgo de recaída. Tolerancia desconocida. Moderado riesgo de toxicidad; incluye pacientes que usan alcohol, benzodiazepinas y otras sustancias (recetadas y no recetadas).</p>	5 - 10 mg. / día.
<p><b>Tolerancia desconocida:</b> moderado riesgo de toxicidad. Incluye pacientes que usan alcohol, benzodiazepinas y otras sustancias (recetadas y no recetadas).</p>	10 - 20 mg. / día.
<p><b>Tolerancia conocida:</b> menor riesgo de toxicidad. Pacientes que usan opioides de manera activa.</p>	20 - 30 mg. / día.

### Escalada de dosis

- ⊙ Las dosis se deben aumentar lentamente de 5 a 10 mg. por vez.
- ⊙ La dosis se puede aumentar a una tasa de 5 a 10 mg. cada cinco o más días. Las titulaciones de dosis más rápidas solo deben intentarse bajo la supervisión cercana de un proveedor experimentado y/o en entornos de atención especializada que permitan una monitorización mejorada (por ejemplo, gestión de la retirada de pacientes hospitalizados o entornos de tratamiento residencial).
- ⊙ Después del aumento de la dosis, la metadona puede tardar varios días en alcanzar una concentración constante y un efecto terapéutico máximo, lo que también puede causar la aparición tardía de efectos adversos graves, como la depresión respiratoria.
- ⊙ Los pacientes deben evaluarse al menos semanalmente durante la intensificación de la dosis.
- ⊙ Si hay dudas sobre la toxicidad de la metadona, es necesario ver al paciente a las 3 horas después de la dosis.

Se recomienda una escalada de dosis más lenta para individuos que pueden estar en mayor riesgo de toxicidad por opiodes, incluidos individuos con pérdida reciente de tolerancia (por ejemplo, alta reciente del tratamiento de abstinencia, o en personas que estaban privadas de la libertad), enfermedad

respiratoria grave o enfermedad hepática descompensada; personas que usan alcohol, benzodiacepinas, sedantes o medicamentos recetados que afectan el metabolismo de la metadona (es decir, inhibidores e inductores de CYP); y adultos mayores (por ejemplo, mayores de 55 años).

### 3. Estabilización

Se alcanza una dosis efectiva de estabilización cuando los síntomas de abstinencia se controlan por más de 24 horas y se reduce o elimina la apetencia por consumo de opioides, sin causar una sedación excesiva u otros efectos secundarios intolerables. La mayoría de los pacientes logran estabilidad con dosis diarias de 60 a 120 mg., aunque se pueden requerir dosis más altas, si se tolera, para lograr objetivos terapéuticos.

### 4. Dosis perdidas

La tolerancia se pierde rápidamente cuando se interrumpe el tratamiento con metadona. La pérdida de tolerancia puede ocurrir en tan solo tres días, por lo que reiniciar a la dosis de estabilización anterior puede ser excesiva o peligrosa. Los farmacéuticos están obligados a notificar a los prescriptores de las dosis omitidas y los médicos deben documentar en la historia clínica esta información. Los médicos y los pacientes deben tener en cuenta que, si faltan tres dosis consecutivas, la farmacia dispensadora cancelará la receta y notificará al médico que prescribe.

- **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. Las razones de las dosis omitidas deben discutirse y documentarse en la próxima visita.
- **Faltan tres o cuatro días:** los prescriptores y los pacientes deben tener en cuenta que, si faltan tres dosis consecutivas, la farmacia dispensadora debe cancelar la receta y notificar al tratante.

Las razones de las dosis omitidas deben discutirse durante la visita clínica posterior y documentarse. Luego de una nueva evaluación en persona, los pacientes deben reiniciarse con una dosis reducida (ver Tabla 4), y una vez demostrada la tolerancia, la dosis puede ajustarse rápidamente a una velocidad

máxima de 10 mg. / por día, con frecuencia diaria o interdiaria; reevaluación clínica hasta que se haya restablecido una dosis de estabilización. Se recomienda una escalada de dosis más lenta para pacientes que no son clínicamente o socialmente estables, y aquellos que usan alcohol, benzodiazepinas u otros sedantes e hipnóticos.

- **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. Las razones de las dosis omitidas deben discutirse durante la visita clínica posterior y documentarse. Reiniciar una dosis máxima de 30 mg., luego valorar con una reevaluación frecuente hasta que sea estable.

**Tabla 5.**

*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).

### **Pruebas de drogas en orina (PDO)**

La prueba regular de drogas en orina (PDO) es el tratamiento estándar en los programas de agonistas opiodes y puede usarse para evaluar la adherencia al tratamiento, validar el uso auto informado de opiodes u otras sustancias, detectar el uso de otras sustancias que pueden afectar la seguridad (por ejemplo, benzodiazepinas) y evaluar la respuesta al tratamiento y los resultados (es decir, la abstinencia de heroína u otros opiodes).

La prueba de drogas en orina en el punto de atención es útil para proporcionar retroalimentación inmediata a los pacientes y para tomar decisiones de tratamiento oportunas (por ejemplo, prescribir dosis para llevar a casa), hasta un máximo de 26 PDO por paciente y por año. Por lo general, el PDO en el punto de atención se puede usar para detectar anfetaminas, benzodiazepinas, cocaína, opioides (morfina, codeína, metabolito de la heroína, opio y, en ocasiones, hidromorfona), oxicodona, buprenorfina y metadona; las sustancias específicas probadas variarán según el producto y el fabricante, dada la epidemiología del uso de sustancias.

La PDO de laboratorio también se puede usar periódicamente para verificar los resultados, por ejemplo, cuando en el punto de atención se presenta una discrepancia con el uso de sustancias auto informado. Además, la PDO de laboratorio ofrece sensibilidad y especificidad mejoradas, así como detección específica de sustancias como anfetaminas (anfetamina, dextro y metanfetamina, MDMA -éxtasis-), benzodiazepinas, cocaína, metadona (metabolito de EDDP) y opioides (metabolito de heroína, morfina, codeína). Las pruebas de drogas en orina para el fentanilo deben solicitarse específicamente. La autorización y el proceso general para solicitar PDO para sustancias específicas deben confirmarse con las EPS y laboratorios locales u hospitalarios.

Durante el inicio y la intensificación de la dosis, las pruebas de detección de drogas en orina deben realizarse mensualmente, o con mayor frecuencia según sea necesario para confirmar la abstinencia auto informada del uso de opioides ilícitos y/o cuando los pacientes deseen continuar con la administración a domicilio. No se requieren pruebas de drogas en orina más frecuentes si el paciente divulga completamente el uso continuo de sustancias.

Durante la estabilización, tanto la PDO programada como el aleatorio, deben emplearse según corresponda. Se recomienda que los pacientes que reciban dosis para llevar a casa deben tener al menos ocho test de tamizaje de SPA en orina al azar por año, o más frecuentes si es necesario si existen problemas de seguridad (por ejemplo, recaída, desviación). Los pacientes que no

cumplan con la PDO aleatorio o programado deben volver a evaluarse, ya que esto puede indicar riesgo de recaída, mal uso o desviación.

### **Recomendaciones para la dosificación en modalidad toma en casa y estrategias para reducir la desviación para la terapia con agonistas orales (24)**

La dosificación de la terapia agonista oral en el hogar puede ser beneficiosa en términos de una mejor motivación para participar en el tratamiento agonista, retención mejorada del tratamiento, mayor autonomía y flexibilidad del paciente, refuerzo positivo de la abstinencia, menor carga de tratamiento y costos reducidos relacionados con la ingestión diaria observada. Sin embargo, estos beneficios deben equilibrarse con los riesgos para la salud pública y del paciente, asociados con la administración a domicilio.

### **Consideraciones generales**

Debido al mayor riesgo de sobredosis cuando los agonistas opioides se combinan con otros depresores del SNC, las benzodiacepinas y otros medicamentos sedantes no deben prescribirse al mismo tiempo, y según la guía CSPBC PharmaNet (24) debe revisarse en cada visita clínica para confirmar que otro proveedor de atención no prescribió estos medicamentos.

Existen importantes diferencias de seguridad individual y pública entre las terapias de agonistas opiodes. Por ejemplo, se estima que el 25% de las muertes por sobredosis de opiodes recetados en Columbia Británica en los últimos años, han involucrado metadona, mientras que las muertes por buprenorfina o naloxona son muy poco comunes, incluso en entornos donde las tasas de prescripción de buprenorfina o naloxona son altas (24). Por lo tanto, para la buprenorfina o naloxona, la administración domiciliaria puede considerarse una parte común del tratamiento, mientras que, para la metadona y la morfina oral de liberación lenta, el tratamiento debe incluir la ingestión diaria observada, con la administración gradual administrada solo cuando la estabilidad del paciente es clara, demostrado y evaluado rutinariamente como se describe a continuación.

Antes de recetar la dosis para llevar a casa de los tratamientos con agonistas opiodes, se recomienda que los prescriptores y los pacientes completen



un formulario de acuerdo o consentimiento informado del paciente para recibir la dosis para llevar a casa (consulte el apéndice consentimiento informado). El formulario firmado debe archivar con los registros médicos del paciente y se debe proporcionar una copia al paciente.

## **Metadona**

Debido a su perfil de seguridad inferior, es decir, sin la adecuada supervisión durante las fases de inicio, inducción o escalada en ambientes de desviación, ingestión simultánea con otras SPA o sobredosis, la metadona debe prescribirse, generalmente, como dosis testigo diariamente ingeridas bajo la supervisión de un farmacéutico hasta que los pacientes demuestren un alto grado de estabilidad persistente que incluya una dosis estable, que típicamente lleva meses. Además, en comparación con otras opciones de tratamiento, se deben cumplir criterios más restrictivos antes del suministro de dosis de metadona para llevar a casa, debido a los mayores riesgos para la seguridad pública. La decisión de iniciar las dosis para llevar a casa solo puede ser tomada por el médico que prescribe, y la justificación, incluida la confirmación de que se cumplen los criterios enumerados a continuación, debe estar claramente documentada. Los médicos deben asegurarse de que las dosis para llevar a casa sean seguras, tanto para los pacientes como para el público, ya que el almacenamiento inseguro, el mal uso y la desviación de la metadona pueden tener consecuencias letales. Antes de suministrar dosis de metadona para llevar a casa, se deben cumplir los siguientes criterios para el paciente:

- ⊙ Tamizaje de SPA en orina adecuados (por ejemplo, sin evidencia de consumo de cocaína, anfetamina o uso de opiodes ilícitos) durante un mínimo de 12 semanas y establecidos con una dosis estable de metadona durante un mínimo de 4 semanas.
- ⊙ Estabilidad social, cognitiva y emocional confirmada por asistir a todas las citas programadas, sin registro de dosis omitidas, relaciones sociales mejoradas o regresar al trabajo o a la escuela.
- ⊙ Posibilidad de almacenar con seguridad metadona en el hogar (es decir, contenedores o gabinetes seguros y cerrados).
- ⊙ No hay signos de uso de drogas inyectables durante la fase de monitoreo de 12 semanas y en el seguimiento.

Los programas de dosificación de metadona para llevar a casa deben comenzar entregando la dosis de un día por semana; progresando a entrega de dosis adicionales (2 o 3 días por semana, lentamente y a criterio del médico). La primera dosis siempre debe ser atestiguada en la farmacia el día que se retira la receta. Las dosis para llevar a casa se deben dispensar en recipientes individuales, de tamaño adecuado y resistente a los niños. Los envases con sellos a prueba de manipulaciones también pueden estar disponibles en algunas farmacias, y deben solicitarse si están disponibles.

La mayoría de los pacientes estables se establecen en un calendario de ingesta atestiguado dos veces por semana, con controles aleatorios de medicación, como se sugiere en los tratamientos e intervenciones psicosociales (24).

### **Monitoreo de la dosis de tomar en casa**

Los pacientes con dosis para toma en casa de buprenorfina y naloxona, metadona o con los privilegios de dosificación de morfina oral de liberación lenta, deben tener seguimiento al menos una vez al mes para evaluar el progreso y la estabilidad clínica. Los médicos que prescriben deben estar atentos en el monitoreo de los signos de recaída al uso de opioides, el consumo de alcohol y otras sustancias (no opioides), la inestabilidad social y la posible desviación de medicamento al mercado negro. Para la buprenorfina y naloxona, se deben realizar al menos cuatro análisis de orina sin previo aviso. Adicional a las citas programadas para los recuentos de medicación administrada, se deben realizar cuatro visitas domiciliarias no anunciadas durante el primer año para realizar recuento de píldoras. Para la metadona y la morfina oral de liberación lenta, se deben realizar al menos ocho análisis de orina sin previo aviso y se deben realizar cuatro visitas no programadas para recuento de dosis / píldoras no anunciadas durante el primer año, además de los conteos de medicación dispensada en cada cita programada.

Cuando sea posible, se sugiere un protocolo de llamada telefónica, en el que los pacientes reciben un aviso de asistencia obligatoria a la clínica o centro de atención, para realizar pruebas de drogas en la orina y para conteos aleatorios de pastillas y dosis.

Los factores que indicarían la necesidad de seguimiento y reevaluación de los privilegios de dosificación para llevar a casa, incluyen:

- ⊙ Auto información u otra indicación del uso de sustancias, como resultados de PDO o evidencia de uso de drogas inyectables en el examen físico.
- ⊙ Citas perdidas.
- ⊙ Dosis omitidas.
- ⊙ Solicitudes para aumentar una dosis previamente estable.
- ⊙ Informes de dosis perdidas, derramadas, robadas o vomitadas.
- ⊙ Ausencia de asistencia para análisis aleatorios de drogas en orina.
- ⊙ No cumplimiento de la cita para conteo de píldoras al azar o evidencia de manipulación del envase.

Para los pacientes a los que se les recetó metadona para llevar a casa, mostrando signos de inestabilidad, los médicos que prescriben deben reducir inmediatamente los días de administración a domicilio por semana y considerar el regreso a la ingestión atestiguada diariamente, según corresponda, luego de una entrevista con el paciente.

Los médicos también deben aumentar la frecuencia de las citas clínicas y proporcionar derivaciones para el tratamiento psicosocial adjunto y los apoyos basados en la comunidad. Si la intensificación del tratamiento y el soporte complementario no abordan los problemas subyacentes a la inestabilidad, los médicos y pacientes pueden considerar la transición a otra modalidad de tratamiento o un tratamiento agonista alternativo que incluya buprenorfina y/o naloxona (no disponibles en Colombia).

La evidencia de desviación (por ejemplo, PDO negativo para la metadona) justifica la interrupción inmediata de la dosis para llevar a casa, la consideración de la reducción de la dosis de metadona al reiniciarse esquema o detener la administración de la metadona.

## 6.2.5 Seguimiento clínico y técnico

Una vez estabilizada la dosis de metadona (y otras patologías concurrentes, si las hay), el usuario es valorado mínimamente con una periodicidad mensual, entendiendo que la metadona puede ser formulada hasta por 1 mes según la normatividad vigente para los medicamentos de control especial (39). Para personas en riesgo continuado de infecciones de transmisión sexual o vía sanguínea, está indicado el tamizaje trimestral (40). La aplicación del MAP se realiza según criterio médico, sin exceder los 3 meses de intervalo. El tamizaje de múltiples SPA o de única sustancia (heroína), se aplica según la pauta descrita en la sección anterior.

Las intervenciones psicosociales tienen una frecuencia variable ajustada al plan terapéutico individual. La participación de grupos de auto ayuda (como Narcóticos Anónimos o Alcohólicos Anónimos) son complementarios al tratamiento. Idealmente, cada programa debe buscar la conformación de su propio grupo de mantenimiento y prevención de recaídas, como lo indican la terapia motivacional para adicciones (37).

## 6.2.6 Criterios de cambios de modalidad o alta

Las publicaciones y documentos sobre mejores prácticas muestran que el éxito de los tratamientos para adicciones, se ven reflejados en el ajuste del tratamiento a las necesidades de los usuarios y en la calidad del servicio que se ofrece, más que en la modalidad misma o el tipo de tratamiento. Las características del programa como la flexibilidad, la asequibilidad, la accesibilidad, la continuidad, la calidad del equipo terapéutico a cargo o la motivación de los pacientes, suelen ser más relevantes que la modalidad de tratamiento en sí misma.

Para los PMM, como en otros programas de tratamiento de enfermedades crónicas, el gran reto está en determinar los criterios de alta o cambio de modalidad, dependiendo de objetivos propuestos por cada servicio (41). Se consideran criterios de exclusión para el tratamiento ambulatorio:

- ⊙ La ocurrencia de cambios imprevistos en el funcionamiento del paciente, que hagan improcedente la indicación de tratamiento en la modalidad

ambulatoria, por ejemplo, incumplimiento de los compromisos pactados en el consentimiento informado, a las normas de seguridad de la institución o a los deberes como paciente.

- ⊙ La evidencia recurrente de la incapacidad del paciente para beneficiarse del tratamiento en esta modalidad de atención.
- ⊙ El uso actual de sustancias constituye un riesgo presente para su salud física y mental.

## 6.2.7 Respuesta de emergencia ante una sobredosis de opioides

La muerte por sobredosis de opioides puede evitarse si se aplican las reglas básicas de primeros auxilios y se administra a tiempo naloxona, un antagonista opioide. Entre los factores de riesgo de sobredosis ligados a los opioides sujetos a prescripción, figuran:

- ⊙ Los antecedentes de trastornos por consumo de sustancias.
- ⊙ La prescripción de dosis elevadas (más de 100 mg. de morfina o equivalente al día).
- ⊙ Pertenecer al sexo masculino.
- ⊙ La edad avanzada.
- ⊙ Las prescripciones múltiples que incluyan benzodiazepinas.
- ⊙ Los problemas de salud mental.
- ⊙ Un nivel socioeconómico bajo.

Las directrices de la Organización Mundial de la Salud tienen como finalidad reducir el número de muertes provocadas por el consumo de opioides en todo el mundo. Estas recomiendan a los países que extiendan el acceso a la naloxona a las personas que tengan probabilidades de verse confrontadas con sobredosis en sus comunidades, tales como amigos, familiares y parejas de consumidores de drogas; personas que están en contacto o trabajan con usuarios de sustancias psicoactivas, como trabajadores sociales, personas que alojan a consumidores de drogas, policías, bomberos, etc. Según las directrices, cualquier adulto capaz de aprender a proporcionar soporte vital básico, también puede

aprender a reconocer una sobredosis de opioides y a administrar naloxona a tiempo para salvar vidas.

El Ministerio de Salud y Protección Social ha avanzado en la construcción de un documento que aborda los lineamientos para el protocolo de manejo de la sobredosis de opioides en la comunidad (38), buscando prevenir una de las consecuencias más graves del consumo de opioides, como lo es la muerte por sobredosis. Si bien los lineamientos se enfocan en el manejo de sobredosis en entornos comunitarios, las indicaciones de manejo contenidas en estos pueden ser aplicadas por el personal médico o paramédico en cualquier escenario donde la persona con sobredosis, conocida o sospechada tenga como primer respondiente al personal de atención pre hospitalaria o de urgencias de cualquier centro asistencial en Colombia. Se consideran población objetivo y beneficiaria de estos lineamientos los siguientes:

- ⊙ Primeros respondientes (cualquier persona que presencie una sobredosis conocida o sospechada, que puede prestar ayuda).
- ⊙ Personas en riesgo de sufrir sobredosis de opioides (consumidores de opioides, familiares, amigos, cuidadores, personas que habitan o frecuentan zonas de venta y uso de opioides).
- ⊙ Personas que por su actividad cotidiana pudieran estar en contacto con personas que consumen opioides (quienes ofrecen alojamiento a usuarios de drogas, educadores pares, trabajadores de alcance en calle, personal de servicios de atención a usuarios de drogas, policía, defensa civil, bomberos).

La naloxona, que es un antídoto contra la sobredosis de opioides, revertirá completamente los efectos de una sobredosis, si se administra a tiempo. Es eficaz cuando se administra por vía intravenosa, intramuscular, subcutánea o intranasal. Es un medicamento seguro, con un riesgo bajo de efectos secundarios graves, prácticamente no tiene ningún efecto en las personas que no han tomado opioides. Esta aprobada por la FDA y se ha empleado por más de 40 años por los profesionales de la salud en los servicios de urgencias para contrarrestar las sobredosis de opioides.

En Colombia, la naloxona (código ATC: VO3AB15) está incluida en el plan de beneficios en salud con cargo a la UPC (PBSUPC), cuenta con dos registros

sanitarios vigentes para la indicación “tratamiento de la intoxicación producida por narcóticos y sobredosis de opio” en niños o adultos; en solución inyectable para administración intramuscular, intravenosa o subcutánea; ampollas de 1 ml. que contiene 0,4 mg. de principio activo; su venta está condicionada con fórmula facultativa (médica), sin ningún tipo de restricción de uso a nivel hospitalario o ambulatorio. A pesar de que no existe una normatividad en el país que impida que la naloxona pueda estar disponible en la comunidad, tampoco existen indicaciones para el uso de este medicamento, como parte fundamental de la atención de una sobredosis de opioides en el escenario comunitario.

## 6.3 Fase de evaluación del programa de mantenimiento con metadona

### Resultados esperados

Los programas de mantenimiento con metadona deben ser financiera y técnicamente sostenibles, con los elementos descritos en los lineamientos de la política de calidad del MSPS (42). Para ello, es relevante el establecimiento y el seguimiento de indicadores de la ejecución como medio para subrayar los fines y observar los progresos (15). A continuación, se reseñan los indicadores básicos de la ejecución correspondientes al proceso de tratamiento y los indicadores suplementarios de apoyo o de gestión:

Los indicadores básicos de la ejecución con respeto al tratamiento tienen por objeto aumentar el número de participantes en los PMM en forma progresiva, es decir, con incrementos respecto al nivel de referencia estimado inicial (indicadores de cobertura). Aumentar el número de consumidores problemáticos de sustancias que entren en contacto con los servicios de tratamiento:

- ⊙ Aumentar el acceso de las personas con doble diagnóstico de uso indebido de sustancias y problemas de salud mental a los servicios indicados.
- ⊙ Reducir la espera del paciente hasta que se determinen sus necesidades.

- ⊙ Reducir la espera entre la determinación de las necesidades del paciente y el comienzo del tratamiento.
- ⊙ Reducir el porcentaje de consumidores de drogas por inyección y de consumidores que hayan compartido equipo para inyecciones en los tres meses anteriores.
- ⊙ Reducir el número de defunciones causadas por el consumo de alto riesgo de SPA (mezclas, prácticas peligrosas, entornos de consumo, involucramiento en cadenas de expendio o delitos, mendicidad, comercio sexual).
- ⊙ Satisfacción de los usuarios con respecto a la orientación terapéutica flexible e integral, que conjugue aspectos farmacológicos y psicosociales de cada usuario.
- ⊙ Rutas de acceso implementadas y derivación a los diferentes servicios de la red en forma oportuna.
- ⊙ Recurso humano competente, formado en la atención y tratamiento a farmacodependientes.



## 7. Indicadores, fuentes de verificación y supuestos

### Ítems indicadores

**1.** Disminuir el consumo de heroína y otras SPA, y mitigar el impacto que esto acarrea sobre la salud física y mental, así como el funcionamiento psicosocial en las personas consumidoras y sus familias y en el área de influencia del programa. La periodicidad del reporte de indicadores debe estar en sincronía con los informes que los fondos rotatorios de estupefacientes han determinado para los medicamentos monopolio del estado. La sistematización de la información se sugiere mensual con análisis trimestral, acompañado del respectivo plan de mejoramiento.

- ⊙ Cantidad de pacientes sin consumo actual de heroína / cantidad total de pacientes atendidos en el periodo.
- ⊙ Cantidad de pacientes que continúan consumo actual de otras SPA / cantidad total de pacientes atendidos en el periodo.
- ⊙ Cantidad de pacientes con diagnósticos comórbidos que están en tratamiento / cantidad total de pacientes atendidos en el periodo.
- ⊙ Cantidad de pacientes escolarizados / cantidad total de pacientes atendidos en el periodo.
- ⊙ Cantidad de pacientes con actividad laboral productiva en más de la mitad del periodo / cantidad total de pacientes atendidos en el periodo.
- ⊙ Cantidad de pacientes judicializados o detenidos en el periodo / cantidad total de pacientes atendidos en el periodo.
- ⊙ Cantidad de pacientes que abandonan tratamiento más de 1 semana / cantidad total de pacientes atendidos en el periodo
- ⊙ Cantidad de rehospitalizaciones totales en el periodo de 12 meses / cantidad total de pacientes atendidos en el periodo.
- ⊙ Cantidad de pacientes que recaen en consumo de heroína / cantidad total de pacientes atendidos en el periodo.

**2.** Dar respuesta integral en la atención y tratamiento a los problemas derivados del uso de heroína, en los componentes de diagnóstico, tratamiento o reducción

del daño y rehabilitación, con prioridad a jóvenes, mujeres gestantes, madres de menores consumidoras, poli consumidores y personas que se inyectan drogas:

- ⊙ Cantidad de casos derivados efectivamente dentro de la red / cantidad de casos derivados.
- ⊙ Cantidad de casos atendidos efectivamente para restitución de derechos / cantidad de casos derivados.

**3.** Cobertura ampliada en la atención y tratamiento, con orientación terapéutica flexible e integral, que conjugue aspectos farmacológicos y psicosociales de cada usuario:

- ⊙ Oportunidad en la cita de primera vez a 15 días.
- ⊙ Oportunidad de consulta especializada de seguimiento a los días solicitados por el tratante.
- ⊙ Cantidad de casos nuevos atendidos / cantidad total de caso atendidos.

**4.** Rutas de acceso implementadas y derivación a los diferentes servicios de la red en forma ágil y oportuna.

- ⊙ Ruta diseñada en periodo de tiempo planeado y socializada.

Para el seguimiento de las atenciones o intervenciones del programa en cuanto a calidad en la prestación del servicio, se recomienda implementar herramientas como rúters de seguimiento al servicio o listas de chequeo, incluyendo identificación de posibles eventos adversos aplicables a programas ambulatorios (43,44).

De igual manera, al establecer los principios de tratamiento y difundir los derechos y deberes de los pacientes, se establecen formatos sencillos de PQRs (preguntas, quejas y reclamos, encuestas de satisfacción, buzón de sugerencias).

## Bibliografía

1. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Rutas integrales de atención en salud - RIAS. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social;
2. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 2013.
3. Colombia. Ministerio de la Protección Social. Política Nacional para la Reducción del Consumo de Sustancias Psicoactivas y su Impacto: resumen ejecutivo. Bogotá: Ministerio de la Protección Social; 2007.
4. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Nacional para la Promoción de la Salud, la Prevención y la Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas, 2014-2021. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 2014.
5. Colombia. Ministerio de la Protección Social. Guía metodológica para la elaboración de guías de atención integral en el sistema general de seguridad social en salud colombiano. Bogotá: Ministerio de la Protección Social; 2010.
6. Colombia. Ministerio de Justicia y del Derecho. Observatorio de Drogas. La heroína en Colombia, producción uso e impacto en la salud pública: análisis de la evidencia y recomendaciones de política. Bogotá: Observatorio de Drogas de Colombia; 2015.
7. Empresa Social del Estado Hospital Carisma. Guía de atención integral para los problemas relacionados con heroína y otros opioides: fortalecimiento nacional y local para la reducción de consumo de drogas en Colombia. Medellín: E.S.E. Hospital Carisma; 2013.
8. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Política de atención integral en salud: un sistema de salud al servicio de la gente. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 2016.
9. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 429 de 2016: por medio de la cual se adopta la Política de Atención Integral en Salud. Bogotá: Diario Oficial; 2016.
10. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Modelo Integral de Atención en Salud - MIAS. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 2015.
11. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Programas de tratamiento asistido con metadona en Colombia - 2014. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 2014.

12. Colombia. Congreso de la República. Ley 1566 de 2012: por la cual se dictan normas para garantizar la atención integral a personas que consumen sustancias psicoactivas y se crea el Premio Nacional "Entidad Comprometida con la Prevención del Consumo, Abuso y Adicción a Sustancias Psicoactivas" y se crea el Premio Nacional "Entidad Comprometida con la Prevención del Consumo, Abuso y Adicción a Sustancias Psicoactiva. Bogotá: Diario Oficial; 2012.
13. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Plan nacional de respuesta al consumo emergente de heroína y otras drogas por vía inyectada. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 2013.
14. National Institute of Health. Effective medical treatment of opiate addiction. NIH Consensus Statement. 1997;15(6):1-38.
15. Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. Abuso de drogas: tratamiento y rehabilitación. Guía práctica de planificación y aplicación. Nueva York: Naciones Unidas; 2003.
16. Center for Substance Abuse Treatment. Medication-assisted treatment for opioid addiction in opioid treatment programs. Treatment improvement protocol (TIP) Series 43. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration; 2005.
17. Center for Substance Abuse Treatment. Matching treatment to patient needs in opioid substitution therapy. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 20. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration; 1995.
18. Center for Substance Abuse Treatment. Treatment of opiate addiction with methadone: a counselor manual. Technical Assistance Publication (TAP) Series 7. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration; 1994.
19. Fernández Miranda JJ, Gutiérrez Cienfuegos E, Marina González PA. Actuaciones clínicas en trastornos adictivos. Madrid: Aula Médica; 2002.
20. Centros de Integración Juvenil A.C. Guía técnica del Programa de Mantenimiento con Metadona (PMM). México: Centros de Integración Juvenil A.C.; 2017.
21. Colombia. Ministerio de la Protección Social. Resolución 1479 de 2006 (mayo 10): por la cual se expiden normas para la creación y funcionamiento de los fondos rotatorios de estupefacientes, de las secretarías, institutos o direcciones departamentales de salud y demás disposiciones sobre sustancias sometidas a fiscalización y productos que las contienen. Bogotá: Ministerio de la Protección Social; 2006.
22. Organización Mundial de la Salud. CIE 10: Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud.

Ginebra: OMS; 2008.

23. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. Arlington: American Psychiatric Association; 2013.
24. British Columbia. Ministry of Health, British Columbia Centre on Substance Use. A guideline for the clinical management of opioid use disorder. British Columbia Centre on Substance Use; 2017.
25. National Institute on Drug Abuse. Principios de tratamientos para la drogadicción: una guía basada en las investigaciones. North Bethesda, Maryland: National Institute on Drug Abuse; 2010.
26. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. SuiCad: sistema basado en centros y servicios a la persona consumidora de sustancias psicoactivas. Boletín SuiCad. 2013;(1):1-4.
27. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Sistema basado en centros y servicios a la persona consumidora de sustancias psicoactivas [Internet]. 2018. Recuperado de: <http://www.suicad.com/>
28. Colombia. Congreso de la República. Ley 100 de 1993: por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. Bogotá: Diario Oficial; 1993.
29. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 1132 de 2017: por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015. Bogotá: Diario Oficial; 2017.
30. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Actualización Clasificación Única de Procedimientos en Salud -CUPS. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 2017.
31. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 2003 de 2014: por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud. Bogotá: Diario Oficial; 2014.
32. Colombia. Presidencia de la República. Decreto 1011 de 2006 (abril 3): por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Bogotá: Diario Oficial; 2006.
33. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Sistema Único de Habilitación [Internet]. 2018. Recuperado de: <https://goo.gl/eXp8qp>
34. World Health Organization. mhGAP Intervention Guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2010.
35. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Modelo para la

desinstitucionalización de personas con trastorno mental y larga estancia hospitalaria, en el marco del sistema general de seguridad social en salud y protección social en Colombia. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 2014.

36. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Modelo de atención integral para trastornos por uso de sustancias psicoactivas en Colombia: Convenio 656 de 2015. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 2016.
37. Miller WR. Mejorando la motivación para el cambio en el tratamiento de abuso de sustancias: serie de protocolo para mejorar el tratamiento, TIP - por sus siglas en inglés Treatment Improvement Protocol-. Rockville, MD: Department of Health and Human Services; 1999.
38. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Lineamientos para el protocolo de manejo de la sobredosis de opioides en la comunidad. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 2017.
39. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Listado de medicamentos de control especial y medicamentos monopolio del Estado [Internet]. 2016. Recuperado de: <https://goo.gl/7R9STB>
40. Organización Mundial de la Salud. Documento normativo sobre las pruebas del VIH y la orientación: La OMS y el ONUSIDA reiteran su oposición a las pruebas obligatorias del VIH [Internet]. 2012. Recuperado de: <https://goo.gl/qwdNXg>
41. Colombia. Ministerio de la Protección Social. Actualización de la guía práctica de atención integral en farmacodependencia. Bogotá: Ministerio de la Protección Social; 2004.
42. Colombia. Ministerio de la Protección Social. Lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente. Bogotá: Ministerio de la Protección Social; 2008.
43. Colombia. Ministerio de la Protección Social. Herramientas para promover la estrategia de la seguridad del paciente en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud. Bogotá: Ministerio de la Protección Social; 2007.
44. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Reducir el riesgo de la atención de pacientes con enfermedad mental: paquetes instruccionales. Guía técnica "buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud". Versión 2.0. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 2015.
45. Colombia. Ministerio de la Protección Social. Resolución 1478 de 2006: por la cual se expiden normas para el control, seguimiento y vigilancia de la importación, exportación, procesamiento, síntesis, fabricación, distribución, dispensación, compra, venta, destrucción y uso de sustancias sometidas a

fiscalización, medicamentos o cualquier otro producto que las contengan y sobre aquellas que son Monopolio del Estado. Bogotá: Diario Oficial; 2006.

## Anexos

### Anexo 1. Formulario sugerido de consentimiento informado para PMM

Nombre	
Documento de identidad	
EPS / Régimen	
Fecha de nacimiento	
Dirección	

### Formulario de consentimiento informado y acuerdo de tratamiento con metadona

Lea cuidadosamente las siguientes afirmaciones y marque con una X cada una de las casillas. Entiendo y acepto que:

- Estoy comenzando / continuando: metadona para el tratamiento de la adicción a los opioides.
- Si bien puedo optar por disminuir este tratamiento en cualquier momento, entiendo que la mayoría de los pacientes se benefician de al menos un año de tratamiento o más.
- Mientras recibo tratamiento con metadona, solo obtendré recetas de metadona de mi tratante y no recibiré ninguna de otros médicos o clínicas.
- Para mi seguridad, doy mi consentimiento a que mi tratante se comunique con cualquier otro médico involucrado en mi cuidado.
- Trabajaré con mi prescriptor de metadona para desarrollar un plan de tratamiento y establecer metas. Los revisaremos regularmente y cambiaremos según sea necesario.
- Además de la metadona, puedo participar en el asesoramiento o grupos de apoyo entre pares y otros programas, como parte de mi plan de tratamiento. Mi tratante me dará información sobre las opciones y programas disponibles en mi comunidad.
- La información personal no será compartida, excepto con otros proveedores de atención médica, tal como acordé anteriormente.
- Puedo elegir mi centro de tratamiento y puedo decidir cambiar si es necesario.



Puedo decidir si deseo continuar, detener o cambiar mi plan de tratamiento en cualquier momento.

Acepto tomar esta decisión con mi prescriptor.

Comenzar el tratamiento con metadona requerirá viajes diarios a la farmacia y visitas regulares a mi tratante, lo que puede afectar mi trabajo, escuela u otras responsabilidades.

Mi tratante puede necesitar hacer cambios a mi plan de tratamiento para brindar la atención más segura y mejor posible. Estos cambios pueden incluir la dosis, la frecuencia con que recojo mi medicamento, la frecuencia con que visito el centro de tratamiento y la frecuencia con la que se prueba mi orina. Hasta que no me encuentre estable, recibiré metadona a través de la ingestión diaria atestiguada en una farmacia u otro proveedor de atención médica.

Una vez que esté estable, mi tratante trabajará conmigo para determinar si las dosis para llevar a casa son apropiadas.

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

## Anexo 2. Acuerdo de paciente para recibir la dosificación de tomar en casa (24).

Para recibir dosis de mi medicamento para llevar a casa, yo, \_\_\_\_\_, acepto las siguientes condiciones:

- Soy consciente de que la ingestión accidental, incluso de una pequeña cantidad de mi medicamento en un niño u otra persona que no es un usuario habitual, puede provocar una sobredosis o la muerte.
- Almacenaré mi medicamento en un lugar seguro y cerrado, al que otras personas o mascotas no puedan acceder.
- No venderé ni compartiré mi medicación con otra persona. Entiendo que hacerlo es peligroso y puede provocar la pérdida de acceso a las dosis para llevar a casa o la eliminación del programa.
- Proporcionaré una muestra de orina dentro de las 24 horas posteriores a la solicitud. Si no proporciono una muestra según lo solicitado o si se encuentran drogas ilícitas en mi muestra, es posible que pierda el acceso a las dosis para llevar a casa.
- Llevaré mi medicamento a mi clínica o farmacia dentro de las 24 horas si así lo solicita. Si no lo hago, es posible que pierda el acceso a las dosis para llevar a casa y tenga que regresar a la ingestión diaria atestiguada.
- Soy consciente de que siempre debo llevar mi medicamento a mis citas médicas para que el personal de la clínica lo evalúe. Si no hago esto, según lo solicitado, mis privilegios de transporte serán reevaluados y posiblemente revocados.
- Entiendo que debo poder cumplir con los requisitos anteriores para recibir dosis de transporte. Si mi situación cambia y ya no puedo cumplir con ella, puedo perder el acceso a las dosis para llevar a casa.

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Testigo: nombre, C.C., firma

\_\_\_\_\_

Si corresponde, yo, \_\_\_\_\_, acepto compartir la responsabilidad.

(Nombre y relación) \_\_\_\_\_ Para garantizar que la medicación de la persona mencionada se tome según lo prescrito.

Testigo: \_\_\_\_\_

### Anexo 3. Formato Anexo 16: ficha de control farmacodependientes UEA - FNE (45)

										República de Colombia U.A.E. Fondo Nacional de Estupefacientes Ministerio de la Protección Social									
Libertad y Orden										ANEXO No. 16									
<b>FICHA DE CONTROL FARMACODEPENDIENTE</b>																			
<b>MEDICAMENTOS DE CONTROL ESPECIAL</b>																			
Apellidos y Nombre del Paciente: _____																			
Fecha de Nacimiento: D M A					Tipo de Documento: C.C. T.I. C.E. N°					De: _____									
Dirección: _____										Barrio: _____					Teléfono: _____				
Diagnóstico: _____																			
Hipersensibilidad a: _____																			
Antecedentes en uso de MCE: _____																			
Fecha Despacho	Registro Médico	Medicamento (Generico, forma farmacéutica y concentración)	Dosis Prescrita	Cantidad Entregada	Duración	Fecha de Terminación	Nombre de Quien Recibe	Quién Despacha	Aceptabilidad Buena Regular Mala										
OBSERVACIONES:																			

										República de Colombia U.A.E. Fondo Nacional de Estupefacientes Ministerio de la Protección Social									
Libertad y Orden										ANEXO No. 5									
<b>FICHA DE CONTROL FARMACODEPENDIENTE</b>																			
<b>MEDICAMENTOS DE CONTROL ESPECIAL</b>																			
Apellidos y Nombre del Paciente: _____																			
Fecha de Nacimiento: D M A					Tipo de Documento: C.C. T.I. C.E. N°					De: _____									
Dirección: _____										Barrio: _____					Teléfono: _____				
Diagnóstico: _____																			
Hipersensibilidad a: _____																			
Antecedentes en uso de MCE: _____																			
Fecha Despacho	Registro Médico	Medicamento (Generico, forma farmacéutica y concentración)	Dosis Prescrita	Cantidad Entregada	Duración	Fecha de Terminación	Nombre de Quien Recibe	Quién Despacha	Aceptabilidad Buena Regular Mala										
OBSERVACIONES:																			
															Nombre y Firma del Responsable				