

SAMHSA

Administración de Servicios para el Abuso de Sustancias y la Salud Mental
(Substance Abuse and Mental Health Services Administration)

Prevención de la Sobredosis de Opioides MANUAL DE INSTRUCCIÓN:

Datos para miembros comunitarios

Cinco pasos esenciales para el personal de primeros auxilios

Información para los encargados de recetar medicamentos

Consejos de seguridad para pacientes y miembros de la familia

La recuperación de una sobredosis de opioides



MANUAL DE INSTRUCCIÓN DE SAMHSA PARA LA PREVENCIÓN DE LA SOBREDOSIS DE OPIOIDES

Datos para miembros comunitarios	1
Magnitud del problema	1
Estrategias para prevenir las muertes por sobredosis.....	2
Recursos para las comunidades.....	4
Cinco pasos esenciales para el personal de primeros auxilios.....	5
Paso 1: Llame para pedir Ayuda (Marque el 911)	5
Paso 2: Verifique si hay señales de una sobredosis de opioides	5
Paso 3: Ayude a la persona a respirar.....	6
Paso 4: Administre la Naloxona.....	6
Paso 5: Vigile la respuesta de la persona.....	7
Resumen	8
Información para los encargados de recetar medicamentos.....	9
Sobredosis de opioides	9
El tratamiento de la sobredosis de opioides	14
Consideraciones y responsabilidades legales	16
Codificación y facturación de solicitudes de reembolso	16
Recursos para los encargados de recetar medicamentos.....	17
Consejos de seguridad para pacientes y miembros de la familia	18
¿Qué son los opioides?	18
Prevención de la sobredosis.....	18
Si usted sospecha una sobredosis.....	18
¿Qué es la Naloxona?	19
Reporte cualquier efecto secundario	19
Guarde la Naloxona en un lugar seguro	20
Resumen: cómo evitar una sobredosis de opioides	20
La recuperación de una sobredosis de opioides	21
Recursos para los sobrevivientes de una sobredosis y miembros de la familia.....	21
Encontrar una red de apoyo	21
Recursos.....	22
Referencias	23
Agradecimientos.....	25

MAGNITUD DEL PROBLEMA

La sobredosis de opioides continúa siendo uno de los grandes problemas de salud pública en los Estados Unidos. Ha contribuido de manera significativa a muertes accidentales en aquellos que usan o usan indebidamente opioides ilícitos y recetados. De hecho, en los Estados Unidos, las muertes por sobredosis que involucran analgésicos opioides recetados aumentaron a cerca de 19,000 muertes en 2014^{1,2} más de tres veces el número ocurrido en 2001.¹ De acuerdo a datos de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (Centers for Disease Control and Prevention o CDC, por sus siglas en inglés), los proveedores de atención médica suministraron 259 millones de recetas para analgésicos en 2012, suficiente para que cada adulto Americano tuviera un frasco de píldoras.^{3,4}

¿QUÉ SON LOS OPIOIDES? Los opioides incluyen drogas ilegales tales como la heroína, así como también medicamentos recetados utilizados para tratar el dolor tales como morfina, codeína, metadona, oxicodona (OxyContin®, Percodan®, Percocet®), hidrocodona (Vicodin®, Lortab®, Norco®), fentanil (Duragesic®, Fentora®), hidromorfona (Dilaudid®, Exalgo®) y buprenorfina (Subutex®, Suboxone®).

Los opioides funcionan uniéndose a receptores específicos en el cerebro, la médula espinal y el tracto gastrointestinal. Al hacer eso, minimizan la percepción de dolor del cuerpo. Sin embargo, el estímulo de los receptores de opioides o “centros de recompensa” del cerebro también puede activar otros sistemas del cuerpo, tales como los responsables de la regulación del estado de ánimo, la respiración y la presión sanguínea.

¿CÓMO OCURRE UNA SOBREDOSIS? Una variedad de efectos puede ocurrir luego que una persona consume opioides, desde placer hasta náuseas, vómitos, reacciones alérgicas severas (anafilaxia) y sobredosis, en la cual la respiración y el ritmo cardíaco se hacen más lentos o hasta se detienen.

La sobredosis de opioides puede ocurrir cuando un paciente deliberadamente usa de manera indebida opioides recetados o una droga ilícita tal como la heroína. También puede ocurrir cuando un paciente consume un opioide como es indicado, pero la persona que recetó el medicamento no calculó bien la dosis del opioide, o el farmacéutico que surtió la receta cometió un error o el paciente malinterpretó las instrucciones de uso.

También corren riesgo las personas que usan los opioides de manera indebida y los combinan con fármacos hipnóticos sedantes, lo cual ocasiona sedación y depresión respiratoria.^{5,6}

¿QUIÉN ESTÁ EN RIESGO?

Cualquier persona que utiliza opioides para el manejo a largo plazo del dolor debido al cáncer crónico o al dolor no relacionado con el cáncer está en riesgo de sufrir una sobredosis de opioides, al igual que las personas que usan heroína.⁷ Otros que están en riesgo incluyen individuos que:

- Están recibiendo regímenes de medicamentos opioides en forma rotatoria (y por lo tanto están en riesgo de sufrir una tolerancia cruzada incompleta).
- Han sido dados de alta de una atención médica de emergencia debido a una intoxicación o envenenamiento de opioides.
- Tienen un alto riesgo de sufrir una sobredosis debido a una necesidad legítima de analgesia, acompañada de un sospechado o confirmado trastorno de uso de sustancias o de un uso no médico de opioides recetados o ilícitos.
- Están completando una desintoxicación obligatoria de opioides o se han abstenido de usarlos por un periodo de tiempo (y supuestamente con una tolerancia reducida a los opioides y un alto riesgo de sufrir una recaída y volver a usar opioides).
- Han salido recientemente de la cárcel y tienen un historial de un trastorno de uso de opioides (y supuestamente tienen una tolerancia reducida a los opioides y un alto riesgo de sufrir una recaída y volver a usar opioides).

La tolerancia se desarrolla cuando alguien usa una droga opioide con regularidad, de tal modo que el cuerpo se acostumbra a la droga y necesita una cantidad más grande o una dosis más frecuente para continuar sintiendo el mismo efecto.

La pérdida de la tolerancia ocurre cuando alguien deja de tomar un opioide luego de haberlo usado por largo tiempo. Cuando alguien pierde la tolerancia y luego toma la droga opioide de nuevo, puede sufrir serios efectos adversos, incluyendo una sobredosis, aun si toman una cantidad que anteriormente no les había causado problemas.

DATOS PARA MIEMBROS COMUNITARIOS

ESTRATEGIAS PARA PREVENIR LAS MUERTES POR SOBREDOSIS

ESTRATEGIA 1: Animar a los proveedores, a las personas que están en alto riesgo, a los miembros de la familia y a otros a que aprendan cómo prevenir y manejar una sobredosis de opioides. A los proveedores se les debe animar a que mantengan al día sus conocimientos sobre las prácticas basadas en evidencia demostrada referentes al uso de analgésicos opioides para manejar el dolor, así como los pasos específicos para prevenir y manejar una sobredosis de opioides.

Cursos de Educación Médica Continuada financiados federalmente que están disponibles gratuitamente para los proveedores en <http://www.OpioidPrescribing.com> (una serie de cursos financiados por la Administración de Servicios para el Abuso de Sustancias y la Salud Mental (Substance Abuse and Mental Health Services Administration o SAMHSA, por sus siglas en inglés).

Información útil para las personas no profesionales sobre cómo prevenir y manejar una sobredosis está disponible del Project Lazarus en <http://www.projectlazarus.org> o por medio de la Massachusetts Health Promotion Clearinghouse en <http://www.maclearinghouse.org>.

ESTRATEGIA 2: Asegurar el acceso a tratamiento para individuos que están usando indebidamente o son adictos a los opioides, o que tienen otros trastornos de uso de sustancias. El tratamiento efectivo de los trastornos de uso de sustancias puede reducir el riesgo de sobredosis y ayudar a los sobrevivientes de una sobredosis a alcanzar una vida más saludable. El tratamiento con la ayuda de medicamentos, al igual que la consejería y otros servicios de apoyo, puede ser obtenido por medio de los programas de tratamiento con opioides (opioid treatment programs u OTPs, por sus siglas en inglés) certificados por SAMHSA y registrados por la Administración para el Control de Drogas (Drug Enforcement Administration o DEA, por sus siglas en inglés), al igual que mediante médicos que han sido adiestrados para proporcionar atención médica en sus propias oficinas con medicamentos tales como la buprenorfina y la naltrexona.

La información sobre servicios de tratamiento disponibles en o cerca de su comunidad puede ser obtenida por medio del departamento de salud de su estado, de la agencia de alcohol y drogas de su estado o de SAMHSA (consulte la página 7).

ESTRATEGIA 3: Asegurar el acceso fácil a la naloxona. Las muertes relacionadas a sobredosis de opioides pueden prevenirse cuando la naloxona se administra de manera oportuna. Debido a que es un narcótico antagonista, la naloxona desplaza a los opiáceos de los sitios receptores en el cerebro y revierte la depresión respiratoria que usualmente es la causa de las muertes por sobredosis⁷.

Por otra parte, la naloxona no es efectiva en el tratamiento de sobredosis de benzodiacepinas (tales como Valium®, Xanax® o Klonopin®), barbitúricos (Seconal® o Fiorinal®), clonidina, Elavil®, gamma hidroxibutirato (GHB), ketamina o fármacos sintéticos. Tampoco es efectiva en sobredosis de estimulantes, tales como cocaína y anfetaminas (incluyendo la metanfetamina y el Ecstasy). Sin embargo, si los opioides se consumen en combinación con otros sedantes o estimulantes, es posible que la naloxona pueda ayudar.

La naloxona en forma de inyección ha sido aprobada por la Administración de Medicamentos y Alimentos de los Estados Unidos (United States Food and Drug Administration o FDA, por sus siglas en inglés) y utilizada por más de 40 años por los

Animar a los proveedores y a otros a aprender cómo prevenir y manejar una sobredosis de opioides.

Asegurar el acceso a tratamiento para individuos que están usando indebidamente o son adictos a los opioides, o que tienen otros trastornos de uso de sustancias.

DATOS PARA MIEMBROS COMUNITARIOS

profesionales de servicios médicos de emergencia para revertir la sobredosis de opioides y resucitar a personas que de otro modo pudiesen haber muerto si no se les hubiese brindado tratamiento.⁸

La naloxona no presenta el potencial de abuso. Revierte los efectos de la sobredosis de opioides.⁹ La naloxona inyectable es de costo relativamente económico. Típicamente se suministra como un paquete con dos jeringuillas.¹⁰ Estos paquetes requieren instrucción sobre cómo administrar la naloxona usando una jeringuilla. La FDA también ha aprobado un producto intranasal de naloxona, llamado Narcan® Nasal Spray, y un autoinyector de naloxona llamado Evzio®. El aerosol intranasal es un aparato precargado sin jeringuilla que no requiere ensamblaje. El autoinyector puede administrar una dosis de naloxona a través de la ropa, si es necesario, cuando se coloca en la parte externa del muslo.

Antes de 2012, solamente seis estados tenían leyes que extendían el acceso a la naloxona o limitaban la responsabilidad penal¹¹. Actualmente, 42 estados y el Distrito de Columbia tienen estatutos que proporcionan protección contra la responsabilidad penal a personas no profesionales o a personas encargadas de brindar primeros auxilios que suministran naloxona. Treinta y nueve estados y el Distrito de Columbia tienen estatutos que proporcionan protección contra la responsabilidad civil a personas no profesionales o a personas encargadas de brindar primeros auxilios que suministran naloxona. Treinta y ocho estados tienen estatutos que ofrecen protecciones contra la responsabilidad penal por recetar o distribuir naloxona. Treinta y tres estados tienen estatutos que ofrecen protección contra la responsabilidad civil por recetar o distribuir naloxona. Además, 42 estados tienen estatutos que permiten la distribución de naloxona a terceras partes o a personas encargadas de brindar primeros auxilios vía receta directa o pedido permanente. Para encontrar los estados que han adoptado leyes relevantes, visite el sitio web de la Casa Blanca en www.whitehouse.gov/sites/default/files/ondcp/Blog/naloxonacirclechart_january2016.pdf.

ESTRATEGIA 4: Animar al público a llamar al 911. Un individuo que está sufriendo una sobredosis de opioides necesita atención médica inmediata. Un primer paso esencial es obtener ayuda de alguien que tiene experiencia médica tan pronto sea posible.^{12,13} De modo que a los miembros del público en general se les debe animar a que llamen al 911. Lo único que tienen que decir es “Alguien no está respirando” y proporcionar una dirección y localidad claras. Treinta y dos estados y el Distrito de Columbia tienen estatutos de “Buen Samaritano” que previenen que una persona sea arrestada, acusada o enjuiciada por posesión de una sustancia controlada o de parafernalia relacionada si busca asistencia de emergencia para alguien que está sufriendo una sobredosis inducida por opioides.

ESTRATEGIA 5: Animar a los encargados de recetar medicamentos a que usen los Programas Estatales de Monitoreo de Medicamentos Recetados. Los Programas Estatales de Monitoreo de Medicamentos Recetados (State Prescription Drug Monitoring Programs o PDMPs, por sus siglas en inglés) han surgido como una estrategia clave para enfrentar el uso indebido de opioides recetados, previniendo de esa manera las sobredosis de opioides y las muertes. Concretamente, los encargados de recetar medicamentos pueden consultar la base de datos PDMP de su estado para determinar si un paciente está llenando las recetas que se le proporcionan y/u obteniendo recetas para un medicamento igual o similar de múltiples personas que recetan medicamentos.

Aunque actualmente casi todos los estados tienen PDMPs operacionales, los programas difieren de estado a estado en cuanto a la información exacta que se recolecta, la rapidez con que la información está disponible para los encargados de recetar medicamentos y quién puede tener acceso a los datos. De modo que lo mejor es obtener la información sobre el programa de un estado particular directamente del PDMP de dicho estado o de la junta de medicina o farmacia.

Animar al público a llamar al 911.

Animar a los encargados de recetar medicamentos a que usen los Programas Estatales de Monitoreo de Medicamentos Recetados.

DATOS PARA MIEMBROS COMUNITARIOS

RECURSOS PARA LAS COMUNIDADES

Los recursos que pueden ser útiles para comunidades y organizaciones locales pueden encontrarse en:

Administración de Servicios para el Abuso de Sustancias y la Salud Mental (SAMHSA)

- National Helpline
(Línea Nacional de Asistencia):
1-800-662-HELP (4357) o 1-800-487-4889 (TDD—para personas con discapacidades auditivas)
- Behavioral Health Treatment Locator
(Localizador de Tratamiento para la Salud Conductual):
<https://findtreatment.samhsa.gov> para buscar por dirección, ciudad o código postal
- Buprenorfina Treatment Physician Locator
(Localizador de Médicos que Ofrecen Tratamiento con Buprenorfina):
<http://www.samhsa.gov/medicamento-assisted-treatment/physician-program-data/treatment-physician-locator>
- State Substance Abuse Agencies
(Agencias Estatales para el Abuso de Sustancias):
<https://findtreatment.samhsa.gov/TreatmentLocator/faces/about.jspx>
- Center for Behavioral Health Statistics and Quality (CBHSQ)
(Centro para Estadísticas y Calidad de la Salud Conductual):
<http://www.samhsa.gov/data>
- Publicaciones de SAMHSA:
<http://store.samhsa.gov> 1-877-SAMHSA (1-877-726-4727)

Centers for Disease Control and Prevention (CDC) (Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades):

<http://www.cdc.gov/drugoverdose/epidemic>
<http://www.cdc.gov/homeandrecreationalafety/poisoning>

White House Office of National Drug Control Policy (ONDCP) (Oficina de la Casa Blanca para la Política Nacional del Control de Drogas)

Información estatal y local: <http://www.whitehouse.gov/ondcp/state-map>

Association of State and Territorial Health Officials (ASTHO) (Asociación de Oficiales de Salud de los Estados y Territorios)

ASTHO 214 Inventario de las Políticas: Acciones Estatales para Prevenir y Tratar el Abuso de Drogas Recetadas: <http://www.astho.org/rx/profiles/Rx-Survey-Highlights>

National Association of State Alcohol and Drug Abuse Directors (NASADAD) (Asociación Nacional de Directores Estatales de Agencias para el Abuso de Alcohol y Drogas)

Información General de la Legislaciones Estatales para Aumentar el Acceso al Tratamiento para la Sobredosis de Opioides:
<http://nasadad.org/wp-content/uploads/2015/09/Opioid-Overdose-Policy-Brief-2015-Update-FINAL1.pdf>

American Association for the Treatment of Opioid Dependence (AATOD) (Asociación Americana para el Tratamiento de la Dependencia a los Opioides)

Prevalencia del Abuso de los Opioides Recetados:
<http://www.aatod.org/projectseducational-training/prevalance-of-prescription-opioid-abuse>

*Los recursos que
pueden ser útiles
para comunidades
y organizaciones
locales ...*

CINCO PASOS ESENCIALES PARA EL PERSONAL DE PRIMEROS AUXILIOS

La sobredosis es común en personas que usan opioides ilícitos tales como heroína y en aquellos que usan indebidamente los medicamentos para el dolor, tales como oxycodona, hidrocodona y morfina. La incidencia de sobredosis de opioides está aumentando en todo el país. En 2014, 28,647 de las muertes por sobredosis de drogas involucraron algún tipo de opioides, incluyendo heroína.¹⁴ En los Estados Unidos, las muertes por sobredosis que involucraron analgésicos opioides recetados aumentó a cerca de 19,000 muertes en 2014^{1,2} más de tres veces el número ocurrido en 2001.¹

Para enfrentar el problema, el personal médico de emergencias, los profesionales de atención médica y los pacientes están siendo adiestrados cada vez más en el uso del opioide antagonista clorhidrato de naloxona (naloxona), el cual es el tratamiento preferido para revertir la potencialmente fatal depresión respiratoria causada por la sobredosis de opioides. (Note que la naloxona no tiene efecto en sobredosis con fármacos no opioides, tales como las sobredosis que involucran cocaína, benzodiacepinas o alcohol.¹⁵)

Los pasos detallados a continuación se recomiendan para reducir el número de muertes que resultan por las sobredosis de opioides.^{2,6,10,16,17,18,19,20}

PASO 1: LLAME PARA PEDIR AYUDA (MARQUE EL 911)

UNA SOBREDOSIS DE OPIOIDES REQUIERE ATENCIÓN MÉDICA INMEDIATA.

An Un paso esencial es encontrar a alguien con experiencia médica que atienda al paciente tan pronto sea posible, así que si algún profesional de servicios para emergencias médicas u otro profesional adiestrado no está en el lugar, marque el 911 inmediatamente. Lo único que tienen que decir es “Alguien no está respirando”. Asegúrese de proporcionar una dirección clara y/o una descripción de su localidad.

PASO 2: VERIFIQUE SI HAY SEÑALES DE UNA SOBREDOSIS DE OPIOIDES

Las señales de **SOBREDOSIS**, las cuales a menudo ocasionan la muerte si no se tratan, incluyen:¹⁵

- Somnolencia extrema, incapacidad de ser despertado verbalmente o cuando se le frota el esternón.
- Problemas respiratorios que pueden ir desde una respiración lenta a una respiración superficial en un paciente que no logra despertarse.
- Las uñas o los labios están tornándose azul/morados.
- Pupilas extremadamente pequeñas, como “puntas de alfiler”.
- Ritmo cardiaco lento y/o baja presión sanguínea.

Las señales de **SOBREMEDICACIÓN**, la cual puede progresar a una sobredosis, incluyen:¹⁵

- Somnolencia inusual, adormecimiento o dificultad en mantenerse despierto a pesar de estímulos verbales en voz alta o fricción vigorosa del esternón.
- Confusión mental, dificultad para hablar claramente, comportamiento de persona intoxicada.
- Respiración lenta o superficial.
- Pupilas extremadamente pequeñas, como “puntas de alfiler”, a pesar de que las pupilas de tamaño normal no excluyen una sobredosis de opioides.
- Ritmo cardiaco lento, baja presión sanguínea.
- Dificultad en despertar a la persona.

Debido a que los opioides deprimen la función respiratoria y la respiración misma, una señal reveladora que indica que la persona está en estado médico crítico es el “estertor de muerte”. Si la persona emite un “estertor de muerte”, o sea, un aliento exhalado con un sonido muy distintivo y laborioso que proviene de la garganta, la resucitación de emergencia será necesaria inmediatamente, ya que dicho sonido es casi siempre una señal que el individuo está cerca de la muerte¹⁷.

CINCO PASOS ESENCIALES PARA EL PERSONAL DE PRIMEROS AUXILIOS

PASO 3: AYUDE A LA PERSONA A RESPIRAR

El apoyo de un respirador es una intervención importante y puede salvar la vida a alguien por sí solo. Los pacientes deben estar respirando con oxígeno antes de la administración de naloxona.^{2,6} En situaciones en las que no hay disponible oxígeno, la respiración de rescate puede ser muy efectiva en ayudar con la respiración². La respiración de rescate para los adultos incluye los siguientes pasos:

- Asegure que las vías respiratorias de la persona estén despejadas (verifique que no hay algo dentro de la boca o la garganta de la persona que está bloqueando las vías respiratorias).
- Coloque una mano en la barbilla de la persona, inclínele la cabeza hacia atrás y ciérrele la nariz prensando con los dedos.
- Coloque su boca sobre la boca de la persona para formar un sello y dele 2 bocanadas lentas de aire.
- El pecho de la persona debe elevarse (pero no así el estómago).
- Continúe con una bocanada de aire cada 5 segundos.

PASO 4: ADMINISTRE LA NALOXONA

Se le debe administrar naloxona a todo paciente que presente signos de sobredosis de opioide, o cuando se sospecha que hay sobredosis. La inyección de naloxona ha sido aprobada por la FDA y ha sido utilizada por décadas por los profesionales de servicios médicos de emergencia para revertir las sobredosis de opioides y resucitar a los individuos que han sufrido una sobredosis de opioides.

La naloxona puede ser administrada por aerosol intranasal, intramuscularmente (dentro del músculo), subcutáneamente (bajo la piel) o por inyección intravenosa.^{17–19} El inicio más rápido de acción se logra mediante la administración intravenosa, que es lo recomendado en situaciones de emergencia.¹⁷ La dosis debe ajustarse a la dosis efectiva más pequeña que mantiene el impulso respiratorio a nivel normal.

A los pacientes llamados “opioide-naïve”, o sea pacientes que no están recibiendo crónicamente analgésicos opioides a diario, se les pueden dar dosis iniciales de hasta 2 mg sin preocuparse de desencadenar síntomas del síndrome de abstinencia dependiendo de la vía de administración.^{2,9,18}

La vía intramuscular de administración puede ser adecuada para pacientes en los que se sospecha el trastorno del uso de opioides porque proporciona un inicio más lento de acción y un efecto de duración más prolongada, lo cual puede minimizar el rápido inicio de los síntomas del síndrome de abstinencia.^{2,5,10}

DURACIÓN DEL EFECTO. La duración del efecto de la naloxona es de 20 a 90 minutos dependiendo de la dosis y la vía de administración⁶, y los pacientes deben ser observados después de este marco de tiempo en caso de una nueva aparición de síntomas de sobredosis.^{5,17,18} La meta de la terapia con naloxona debe ser la restauración de una adecuada respiración espontánea, pero no necesariamente la reanimación completa.⁵

Es posible que se necesite más de una dosis de naloxona para revivir a alguien que está sufriendo una sobredosis. Los pacientes que han consumido opioides de acción más prolongada pueden requerir más dosis en bolo intravenoso o una infusión de naloxona.²¹

Reconforte a la persona que está siendo tratada, ya que el síndrome de abstinencia desencadenado por la naloxona puede ser desagradable. El resultado es que algunas personas se ponen agitadas o combativas cuando eso sucede y necesitan ayuda para permanecer tranquilas.

SEGURIDAD DE LA NALOXONA.

El perfil de seguridad de la naloxona es marcadamente alto, especialmente cuando es usada en dosis bajas y ajustadas para lograr el efecto deseado.^{2,9,17,22} Cuando se les da a individuos que no están intoxicados con opioides o no son dependientes de los opioides, la naloxona no produce efectos clínicos, aun en altas dosis. Además, a pesar de que la abstinencia rápida de los opioides en pacientes tolerantes puede ser desagradable, no es una amenaza para la vida.

CINCO PASOS ESENCIALES PARA EL PERSONAL DE PRIMEROS AUXILIOS

La naloxona se puede usar en circunstancias de sobredosis de opioides que son una amenaza para la vida, en las mujeres embarazadas.²³

La FDA ha aprobado la naloxona inyectable, la naloxona intranasal (llamada Narcan® Nasal Spray) y el autoinyector de naloxona (llamado Evzio®¹). Los paquetes de naloxona disponibles actualmente que incluyen una jeringuilla y ampollas o viales de naloxona o una jeringuilla de naloxona prellenada y un atomizador mucoso que permite la administración intranasal requieren que el individuo que los va a usar sea adiestrado sobre cómo ensamblar todos los materiales y administrar la naloxona a la víctima. El Narcan Nasal Spray viene precargado y es un aparato sin agujas que no requiere ensamblaje y que puede aplicar una sola dosis en una de las fosas nasales. El autoinyector Evzio se inyecta en el músculo (intramuscular) o debajo de la piel (subcutáneo). Una vez que se prende, el aparato proporciona instrucción verbal al usuario describiendo cómo aplicar el medicamento, de manera similar a los desfibriladores automáticos. Tanto el Narcan Nasal Spray como el Evzio vienen en una caja que contiene dos dosis para poder repetir la administración, si es necesario.

PASO 5: VIGILE LA RESPUESTA DE LA PERSONA

Todos los pacientes deben ser vigilados para identificar señales de una nueva aparición de síntomas de toxicidad por opioides durante al menos 4 horas desde la última dosis de naloxona o de la discontinuación de la infusión de naloxona. Los pacientes que sufren una sobredosis por opioides de acción prolongada deben ser vigilados por más tiempo.^{2,10}

La mayoría de los pacientes responde volviendo a respirar espontáneamente. La respuesta generalmente ocurre dentro de 3 a 5 minutos de la administración de naloxona. (Se debe continuar la respiración de rescate mientras se espera que la naloxona surta efecto.^{2,5,10})

La naloxona continuará funcionando por 30 a 90 minutos, pero después de ese tiempo, los síntomas de la sobredosis pueden volver a aparecer.^{17,18} De modo que es esencial llevar a la persona a una sala de emergencias u otra fuente de atención médica tan pronto sea posible, incluso si la persona ha revivido después de la dosis inicial de naloxona y aparenta sentirse mejor.

SEÑALES DEL SÍNDROME DE ABSTINENCIA DE OPIOIDES. Las señales y síntomas del síndrome de abstinencia de opioides en un individuo que es físicamente dependiente de los opioides pueden incluir, pero no se limitan a, los siguientes: dolores de cuerpo, diarrea, taquicardia, calentura, secreción nasal, estornudos, piloerección (carne

de gallina), sudores, bostezos, náuseas o vómitos, nerviosidad, inquietud o irritabilidad, escalofríos o temblores, calambres abdominales, debilidad y aumento de la presión sanguínea. En los recién nacidos, el síndrome de abstinencia de opioides también puede incluir convulsiones, llanto excesivo y reflejos hiperactivos.¹⁷

PERSONAS QUE NO RESPONDEN A LA NALOXONA.

Si un paciente no responde a la naloxona, se debe considerar una explicación alternativa para los síntomas clínicos. La explicación más probable es que la persona no está sufriendo una sobredosis de un opioide sino de otra sustancia o hasta puede estar sufriendo una emergencia médica que no es una sobredosis. Una explicación posible que debe considerarse es que el individuo está sufriendo una sobredosis de buprenorfina, un agonista opioide parcial de acción prolongada. Debido a que la buprenorfina tiene una afinidad más alta para los receptores opioides que la que tienen otros opioides, es posible que la naloxona no sea efectiva en revertir los efectos de una sobredosis de opioides inducida por la buprenorfina.¹⁸

En todo caso, la ayuda proporcionada en cuanto a la ventilación, la oxigenación y la presión sanguínea debe ser suficiente para prevenir las complicaciones de una sobredosis de opioides y esa ayuda debe ser una prioridad si la respuesta a la naloxona no es rápida.

¹ <http://www.fda.gov/NewsEvents/Newsroom/PressAnnouncements/ucm391465.htm>

CINCO PASOS ESENCIALES PARA EL PERSONAL DE PRIMEROS AUXILIOS

RESUMEN

Lo que se debe y no se debe hacer en respuesta a una sobredosis de opioides

- SE DEBE restablecer la respiración de la persona mediante la administración de oxígeno o realizando la respiración de rescate.
- SE DEBE administrar naloxona.
- SE DEBE recostar a la persona de lado en la “posición de recuperación”, si está respirando independientemente.
- SE DEBE permanecer con la persona y mantenerla caliente.
- NO SE DEBE dar a la persona fuertes palmadas en la cara o tratar de estimularla de manera forzada ya que eso solamente causaría lesiones adicionales. Si no logra despertar a la persona gritándole o frotando sus nudillos sobre el esternón de la persona (el centro del pecho o la caja torácica) o punzándole suavemente, es posible que la persona esté inconsciente.
- NO SE DEBE colocar a la persona en una bañera o ducha de agua fría. Eso aumenta el riesgo de que la persona se caiga, se ahogue o entre en estado de shock.
- NO SE DEBE inyectar a la persona con ninguna sustancia (agua salada, leche, “drogas speed”, heroína, etc.). El único tratamiento seguro y apropiado es la naloxona.
- NO SE DEBE tratar de hacer que la persona vomite las drogas que se ha podido tragar. Atragantarse o inhalar el vómito hacia los pulmones puede causar una lesión fatal.

NOTA: Todos los productos de naloxona tienen una fecha de vencimiento, de modo que es importante revisar la fecha de vencimiento y reemplazar la naloxona tal y como sea necesario.

INFORMACIÓN PARA LOS ENCARGADOS DE RECETAR MEDICAMENTOS

Las sobredosis de opioides son un gran problema de salud pública. En 2014, 28,647 de las muertes por sobredosis de drogas involucraron algún tipo de opioides, incluyendo heroína.^{14,19} Las sobredosis involucran a hombres y mujeres de toda edad, origen étnico y características demográficas y económicas, e incluyen opioides ilícitos tales como la heroína y, cada vez más, analgésicos opioides recetados tales como oxycodona, hidrocodona, fentanil y metadona.⁴

Los médicos y otros proveedores de atención médica pueden contribuir de gran manera a reducir las graves consecuencias de las sobredosis de opioides siendo cuidadosos cuando recetan analgésicos opioides y vigilando la respuesta de los pacientes, así como siendo hábiles para identificar y tratar efectivamente las sobredosis de opioides. Hay cursos de Educación Médica Continua financiados federalmente que están disponibles gratuitamente en <http://www.OpioidesPrescribing.com> (una serie de cursos financiados por la Administración de Servicios para el Abuso de Sustancias y la Salud Mental (Substance Abuse and Mental Health Services Administration o SAMHSA, por sus siglas en inglés).²

SOBREDOSIS DE OPIOIDES

El riesgo de la sobredosis de opioides puede ser minimizado mediante la adherencia a las siguientes prácticas clínicas, las cuales son apoyadas por un conjunto considerable de evidencia demostrada.^{2,10,22,24}

EVALÚE AL PACIENTE. Obtener el historial del uso de drogas por el paciente en el pasado (ya sea drogas ilícitas o medicamentos recetados con potencial de uso indebido) es un primer paso esencial en recetar apropiadamente. Dicho historial debe incluir preguntas muy específicas. Por ejemplo:

- “En los últimos 6 meses, ¿ha tomado algún medicamento para ayudarlo a tranquilizarse, evitar ponerse nervioso o disgustado, levantar el ánimo, lograr sentirse mejor y así por el estilo?”
- “¿Ha estado tomando algún medicamento para ayudarlo a dormir? ¿Ha estado usando alcohol para ese propósito?”
- “¿Alguna vez ha tomado un medicamento para ayudarlo con un problema de drogas o alcohol?”
- “¿Alguna vez ha tomado un medicamento para calmar un estómago nervioso?”
- “¿Alguna vez ha tomado un medicamento para tener más energía o para reducir el apetito?”

- “¿Alguna vez ha sido tratado por una posible o sospechada sobredosis de opioides?”

El historial del paciente también debe incluir preguntas sobre el uso de alcohol y de productos de venta libre. Por ejemplo, los ingredientes en muchos productos comunes para el resfrío incluyen alcohol y otros depresores del sistema nervioso central, de modo que estos productos no deben usarse en combinación con analgésicos opioides.

Las respuestas afirmativas a cualquiera de esas preguntas ameritan investigación adicional.

TOME PRECAUCIONES ESPECIALES CON PACIENTES NUEVOS.

Muchos expertos recomiendan que se tomen precauciones adicionales cuando se escriben recetas para pacientes nuevos.²² Estas precauciones pueden incluir las siguientes:

1. **Evaluación:** Además de completar el historial del paciente y examinarlo, el médico debe determinar quién le ha proveído atención médica en el pasado, qué medicamentos le han sido recetados y para qué, qué sustancias dice el paciente que ha estado usando (incluyendo alcohol, drogas ilícitas y productos de venta libre), y cuándo y qué cantidad fue usada la última vez y cuál fue la vía de uso. Se deben obtener los registros médicos (con el consentimiento del paciente).
2. **Situaciones de emergencia:** En situaciones de emergencia, el médico debe recetar la menor cantidad posible, típicamente que no exceda una dosis para 3 días, y

² Para obtener materiales educacionales adicionales sobre analgésicos opioides de liberación prolongada y de acción prolongada y de acción prolongada, vea http://www.er-la-opioidrems.com/lwgul/rems/fag_action el Plan de Acción de la FDA para la Educación de los Encargados de Recetar Medicamentos sobre analgésicos opioides de liberación prolongada y de acción prolongada, http://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/rems/ERLA_opioids_2015-10-23_FDA_Blueprint.pdf.

INFORMACIÓN PARA LOS ENCARGADOS DE RECETAR MEDICAMENTOS

hacer arreglos para que el paciente regrese el día siguiente. Además, el médico debe pensar en recetar naloxona para ayudar a mitigar el riesgo asociado con estas situaciones que emergen. Como mínimo, la identidad del paciente debe ser verificada pidiéndole una identificación adecuada.

3. **Situaciones que no son de emergencia:** En situaciones que no son de emergencia, se debe recetar solamente la cantidad suficiente de analgésicos opioides según las necesidades del paciente hasta que ocurra la próxima cita. Al paciente se le debe indicar que regrese al consultorio para obtener recetas adicionales, ya que órdenes realizadas por teléfono no permiten que el médico evalúe nuevamente la necesidad continua del paciente de tomar el medicamento.

PROGRAMAS ESTATALES DE MONITOREO DE

MEDICAMENTOS RECETADOS. State Los Programas Estatales de Monitoreo de Medicamentos Recetados (State Prescription Drug Monitoring Programs o PDMPs, por sus siglas en inglés) han emergido como una estrategia clave para enfrentar el uso indebido de opioides recetados, previniendo de esa manera las sobredosis de opioides y las muertes. Concretamente, los encargados de recetar medicamentos pueden consultar la base de datos PDMP de su estado para determinar si un paciente está llenando las recetas que se le proporcionan y/u obteniendo recetas para un medicamento igual o similar de múltiples médicos.

Aunque actualmente casi todos los estados tienen PDMPs operacionales, los programas difieren de estado a estado en cuanto a la información exacta que se recolecta, la rapidez con que la información está disponible para los encargados de recetar medicamentos y quién puede tener acceso a los datos. De modo que lo mejor es obtener la información sobre el programa de un estado particular directamente del PDMP de dicho estado o de la junta de medicina o farmacia.

ESCOJA UN MEDICAMENTO ADECUADO. La terapia racional de drogas exige que la eficacia y seguridad de todos los medicamentos potencialmente útiles sea revisada para verificar la relevancia correspondiente a la enfermedad o trastorno del paciente.^{2,22}

Cuando el medicamento adecuado se ha escogido, la dosis, horario y formulación deben ser determinados. Estas decisiones a menudo son tan importantes para optimizar la farmacoterapia como el medicamento mismo que se ha escogido. Las decisiones incluyen (1) la dosis (basada no solamente en la edad y peso del paciente, sino también en la gravedad del trastorno, la posibilidad de ajustes requeridos de las dosis y la presencia de una potencial interacción de drogas); (2) horario de la administración (tal como administrar la dosis a la hora de dormir para minimizar los problemas asociados con los efectos sedantes o depresores del sistema respiratorio); (3) vía de administración (escogida para mejorar el cumplimiento/adherencia y también para alcanzar rápidamente las

concentraciones pico de las drogas); y (4) formulación (e.g., escoger un parche en vez de una tableta o un producto de liberación prolongada en lugar de uno con una formulación de liberación inmediata).

Incluso cuando se han establecido indicaciones médicas sensatas, los médicos típicamente consideran tres factores adicionales antes de tomar la decisión de recetar un opioide analgésico:^{2,22}

1. La **intensidad de los síntomas**, en cuanto a la habilidad del paciente de sobrellevarlos. El alivio de síntomas es una meta legítima de la práctica médica, pero el uso de analgésicos opioides requiere cautela.
2. La **fiabilidad del paciente referente a tomarse los medicamentos**, notada mediante la observación y la recopilación cuidadosa del historial del paciente. El médico debe evaluar el historial del paciente y los factores de riesgo referentes a los trastornos de uso de sustancias antes de recetar cualquier droga psicoactiva y sopesar los beneficios contra los riesgos. El probable desarrollo de una dependencia física en los pacientes que están en terapia a largo plazo con opioides debe ser vigilada mediante chequeos periódicos.
3. El **potencial del medicamento de producir dependencia**. El médico debe considerar si un producto con menos potencial de uso indebido, o hasta una terapia sin drogas, proporcionarían beneficios equivalentes. A los pacientes se les debe advertir sobre los posibles efectos adversos causados por interacciones entre opioides y otros medicamentos o sustancias, incluyendo alcohol. Cuando se receta la droga, a los pacientes se

INFORMACIÓN PARA LOS ENCARGADOS DE RECETAR MEDICAMENTOS

les debe informar que es ilegal vender, repartir o de cualquier otro modo compartir su medicamento con otras personas, incluyendo miembros de la familia. La obligación del paciente se extiende a mantener el medicamento en un armario cerrado con llave o restringir el acceso a éste de alguna otra manera y a deshacerse de cualquier cantidad no usada de manera segura (consulte

<http://www.fda.gov/ForConsumers/ConsumerUpdates/ucm101653.htm> para consejos de la Administración de Medicamentos y Alimentos de los Estados Unidos (United States Food and Drug Administration o FDA, por sus siglas en inglés) sobre cómo deshacerse de manera segura de los restos de medicamentos no usados).

EDUCAR AL PACIENTE Y OBTENER SU CONSENTIMIENTO INFORMADO.

La obtención de consentimiento informado involucra informarle al paciente sobre los riesgos y beneficios de la terapia que se está proponiendo y de las obligaciones éticas y legales que dicha terapia impone tanto al médico como al paciente.²² Tal consentimiento informado puede lograr múltiples propósitos: (1) proporcionar al paciente información sobre los riesgos y beneficios de la terapia con opioides; (2) promover la adherencia al plan de tratamiento; limitar el potencial de un inadvertido uso indebido de la droga; y (4) mejorar la eficacia del programa de tratamiento

La educación al paciente y el consentimiento informado deben tratar específicamente el potencial de dependencia física y de deterioro cognitivo como efectos secundarios de los analgésicos opioides.³

Los siguientes son otros asuntos que deben ser tratados en el consentimiento informado o en el acuerdo para el tratamiento:²²

- El acuerdo instruye al paciente a dejar de tomar todos los otros medicamentos para el dolor, a menos que el médico le pida explícitamente que los continúe tomando. Tal instrucción refuerza la necesidad de adherirse al régimen de un único tratamiento.
- El paciente está de acuerdo en obtener el medicamento recetado de un solo médico y, si es posible, de una sola farmacia designada.
- El paciente está de acuerdo en tomar el medicamento solamente como fue recetado (a algunos pacientes será posible ofrecerles flexibilidad para ajustar la dosis dependiendo de los síntomas).
- El acuerdo explica claramente que el paciente es responsable por mantener de forma segura la receta escrita y los medicamentos, y por solicitar el reabastecimiento de la receta durante las horas de oficina regulares. Esta responsabilidad

incluye planificar con anticipación para evitar quedarse sin medicamento durante los fines de semana o las vacaciones.

- El acuerdo especifica las consecuencias de no adherirse al plan de tratamiento, las cuales pueden incluir discontinuación de la terapia con opioides si las acciones del paciente ponen en peligro su seguridad.

Tanto el paciente como el médico deben firmar el acuerdo de consentimiento informado y una copia debe ser colocada en el registro médico del paciente. También es conveniente darle al paciente una copia del acuerdo para llevar consigo con el fin de documentar la fuente y la razón por tener cualquier droga controlada en su posesión. Algunos médicos proporcionan una tarjeta laminada que identifica al individuo como paciente de su consultorio médico. Esto es algo conveniente para otros médicos que podrían atender al paciente y también en caso de que el paciente sea atendido en una sala de emergencias

EJECUTE LA ORDEN DE LA

RECETA. La cuidadosa ejecución de la orden de la receta puede prevenir la manipulación con fines no médicos por el paciente y por otras personas. Por ejemplo, la ley federal requiere que las órdenes de recetas para sustancias controladas sean firmadas y fechadas el día en que se escriben las recetas. También según la ley federal, toda orden de receta debe incluir por lo menos la siguiente información:

- Nombre y dirección del paciente
- Nombre, dirección y número de registro de DEA del médico
- Firma del médico

³ Una fuente importante de información para el paciente es la guía de la FDA insertada en el paquete. Las guías para medicamentos que acompañan los medicamentos de liberación prolongada o de acción prolongada, así como las soluciones opioides orales, deben ser revisadas como parte de la Estrategia de la FDA para la Evaluación y el Manejo del Riesgo (FDA Risk Evaluation and Management, REMS, por sus siglas en inglés). Para enlaces a las guías de

medicamentos, por favor visite: <http://www.er-la-opioidrems.com/lwqUl/rems/products.action>. Para un documento de consejería general al paciente sobre los analgésicos opioides, disponible en inglés o español, por favor visite: <http://www.er-la-opioidrems.com/lwqUl/rems/pcd.action>.

INFORMACIÓN PARA LOS ENCARGADOS DE RECETAR MEDICAMENTOS

- Nombre y cantidad de la droga recetada
- Instrucciones de uso
- Información sobre el reabastecimiento
- Fecha de vigencia si es diferente a la fecha en la que se escribió la receta

Muchos estados imponen requerimientos adicionales, los cuales pueden ser determinados por el médico consultando la junta de licencias médicas del estado. Además, hay requerimientos federales especiales para drogas clasificadas en diferentes categorías de la ley federal llamada Ley de Sustancias Controladas (Controlled Substances Act o CSA, por sus siglas en inglés), particularmente aquellas que están en la Categoría II, donde están clasificados muchos analgésicos opioides.

Los talonarios de recetas médicas en blanco, así como también información tal como los nombres de médicos que se han jubilado recientemente, que se han ido del estado o que han muerto, pueden ser usados todos para falsificar recetas médicas. De manera que es una práctica sensata almacenar los talonarios de recetas médicas en blanco en un lugar seguro en lugar de dejarlos en las salas de examen.

NOTA: El médico debe reportar inmediatamente el robo o pérdida de recetas en blanco a la más cercana oficina local de la agencia federal de la Administración para el Control de Drogas (Drug Enforcement Administration o DEA, por sus siglas en inglés) y a la junta de medicina o farmacia del estado.

VIGILE LA RESPUESTA DEL PACIENTE AL TRATAMIENTO.

Las prácticas apropiadas referentes a recetar medicamentos no terminan cuando el paciente recibe una receta. Los planes para vigilar la eficacia y seguridad de la droga, cumplimiento con las indicaciones y el potencial de desarrollar una tolerancia deben ser documentados y comunicados claramente al paciente.²

Los síntomas subjetivos son importantes cuando está vigilando la respuesta del paciente, al igual que las señales objetivas clínicas (tales como el peso corporal, la frecuencia del pulso, temperatura, presión sanguínea y los niveles de metabolitos de la droga en el torrente sanguíneo). Éstas pueden funcionar como señales tempranas de una falla terapéutica o de reacciones adversas inaceptables a las drogas que requieren una modificación del plan de tratamiento.

Pedir a los pacientes que mantengan un registro de las señales y síntomas les da la sensación de que están participando en el programa de tratamiento y facilita la revisión que el médico hace del progreso terapéutico y de los eventos adversos.

El simple hecho de reconocer el potencial de falta de adherencia al régimen por parte del paciente, especialmente durante un tratamiento prolongado, es un paso significativo para mejorar el uso del medicamento.²⁵ Los pasos tales como simplificar el régimen de

la toma de las drogas y ofrecer al paciente educación también mejoran la adherencia, al igual que llamadas por teléfono a los pacientes, visitas a la casa por personal de enfermería, el empaque conveniente del medicamento y pruebas periódicas de orina para examinar la presencia de los opioides recetados y también de cualquier otro depresor de la respiración.

Finalmente, el médico debe comunicarle al paciente mediante su actitud y proceder que cualquier medicamento, independientemente de lo que ayuda, es solamente una parte del plan total de tratamiento.

Cuando el médico está preocupado por el comportamiento o el progreso clínico (o la falta de progreso) de un paciente que está siendo tratado con analgésicos opioides, usualmente es aconsejable que el médico consulte a un experto en el tipo de trastorno para el cual el paciente está recibiendo tratamiento y a un experto en el problema de adicción. Los médicos se ponen a sí mismos a riesgo si continúan recetando opioides sin realizar dichas consultas.²²

CONSIDERE RECETAR NALOXONA JUNTO CON LA RECETA INICIAL DE OPIOIDES DEL PACIENTE.

La naloxona se une competitivamente a los receptores opioides y es el antídoto para la toxicidad aguda de opioides. Con la educación adecuada, los pacientes que están en terapia a largo plazo con opioides y otros pacientes en riesgo de sufrir una sobredosis pueden beneficiarse de recibir una receta para (1) un paquete de naloxona que contiene naloxona, jeringuillas y agujas para inyectar; (2) Narcan® Nasal Spray, el cual aplica una sola dosis de naloxona en una de las fosas nasales mediante un aerosol nasal precargado;

INFORMACIÓN PARA LOS ENCARGADOS DE RECETAR MEDICAMENTOS

o (3) Evzio®,⁴ el cual aplica una sola dosis de naloxona en la parte externa del muslo mediante un autoinyector sostenido por la mano.^{5,9}

Los pacientes que son candidatos para recibir dichos paquetes incluyen aquellos que:

- Están tomando altas dosis de opioides para el manejo a largo plazo del dolor crónico maligno o no maligno.
- Están recibiendo regímenes de medicamentos opioides en forma rotatoria (y por lo tanto están en riesgo de sufrir una tolerancia cruzada incompleta).
- Han sido dados de alta de atención médica de emergencia después de una intoxicación o envenenamiento de opioides.
- Tienen un alto riesgo de sufrir una sobredosis debido a una necesidad médica legítima de analgesia, junto con un historial sospechado de trastorno de uso de sustancias o un uso no médico de opioides recetados o ilícitos.
- Están tomando ciertos productos opioides que pueden aumentar el riesgo de una sobredosis por opioides tales como productos de liberación prolongada o de acción prolongada.
- Están completando obligatoriamente programas de desintoxicación o de abstinencia de opioides.
- Han salido recientemente de la cárcel y tienen un historial de un trastorno de uso de opioides (y supuestamente con tolerancia reducida a los opioides y un alto riesgo de sufrir una recaída y volver a usar opioides).

También puede ser aconsejable sugerir que el paciente que está en riesgo elabore un “plan de sobredosis” para compartir con amigos, parejas o personas encargadas de proporcionar cuidados de salud. Dicho plan incluiría información sobre las señales de sobredosis y la forma de administrar la naloxona o sobre proporcionar atención de emergencia de alguna otra manera (como llamando al 911).

DECIDA SI DEBE TERMINAR LA TERAPIA DE OPIOIDES Y CUÁNDO HACERLO. Certain Ciertas situaciones pueden justificar dejar inmediatamente de recetar el medicamento. Éstas generalmente ocurren cuando conductas fuera de control indican que continuar recetando el medicamento es peligroso o está causándole daño al paciente.² Los ejemplos incluyen la alteración o venta de las recetas para el medicamento, sobredosis accidental o intencional, múltiples episodios en los que se acaba el medicamento antes de tiempo (debido al uso excesivo), acudir a diferentes médicos o involucrarse en conductas amenazantes.

Cuando se presentan este tipo de situaciones, es importante separar al paciente como persona de las conductas provocadas por la enfermedad de la adicción, por ejemplo, demostrando un aprecio

positivo a la persona pero sin tolerancia para las conductas aberrantes.

E tal situación, los pasos esenciales son (1) dejar de recetar el medicamento, (2) decirle al paciente que continuar recetando el medicamento no es clínicamente aceptable (y por lo tanto no es posible), (3) urgir al paciente a que acepte ser enviado a obtener una evaluación por parte de un especialista en adicciones, (4) educar al paciente sobre las señales y síntomas del síndrome espontáneo de abstinencia y urgir al paciente a acudir a la sala de emergencias si los síntomas del síndrome de abstinencia se presentan, (5) instruir de nuevo sobre los riesgos y las señales de una sobredosis de opioides y sobre el uso de la naloxona y pensar en recetar naloxona si lo considera apropiado, y (6) asegurar al paciente que continuará recibiendo atención médica para los síntomas o problemas que está presentando.²²

La identificación de un paciente que está usando indebidamente un opioide recetado presenta una gran oportunidad terapéutica. El médico debe tener un plan para manejar a un paciente así, el cual típicamente incluye trabajar con el paciente y la familia del paciente, enviar al paciente a un experto en adicción para que obtenga una evaluación y colocación en un programa formal de tratamiento, participación a largo plazo en un programa de 12 pasos de ayuda mutua tal como Narcóticos Anónimos, y dar seguimiento a cualquier comorbilidad médica o psiquiátrica asociada.²

Proporcionar instrucción sobre el uso de la naloxona y recetar un paquete de naloxona o naloxona aprobada por la FDA debe ser considerado.

⁴ Para más información sobre el Evzio® visite: <http://www.accessdata.fda.gov/scripts/cder/drugsatfda/index.cfm>

INFORMACIÓN PARA LOS ENCARGADOS DE RECETAR MEDICAMENTOS

En todos los casos, a los pacientes se les debe dar el beneficio del interés y atención del médico. Es importante recordar que incluso los pacientes que buscan drogas a menudo tienen problemas médicos muy reales que demandan y merecen la misma atención médica de alta calidad ofrecida a cualquier paciente.^{2,22}

EL TRATAMIENTO DE LA SOBREDOSIS DE OPIOIDES

Durante el tiempo que tarda una sobredosis para tornarse fatal, es posible revertir la depresión respiratoria y otros efectos de los opioides mediante el apoyo respiratorio y la administración del antagonista opioide naloxone.¹⁷ La naloxona es aprobada por la FDA y ha sido utilizada por décadas para revertir las sobredosis y resucitar a individuos que han sufrido una sobredosis de opioides. Las vías de administración de la naloxona son intravenosa, intranasal, intramuscular y subcutánea.

El perfil de seguridad de la naloxona es marcadamente alto, especialmente cuando es usada en dosis bajas y ajustadas para lograr el efecto deseado.^{6,17} Cuando se le da a individuos que no están intoxicados con opioides o no son dependientes de los opioides, la naloxona no produce efectos clínicos, aun en altas dosis. Además, a pesar de que la abstinencia rápida de los opioides en pacientes tolerantes puede ser desagradable, típicamente no es una amenaza para la vida.

La naloxona debe ser parte de un enfoque completo para las sobredosis o sospechadas sobredosis de opioides que incorpora los pasos siguientes.

RECONOZCA LAS SEÑALES DE UNA SOBREDOSIS. Una sobredosis de opioides requiere un diagnóstico rápido. Las señales más comunes de una sobredosis incluyen:²

- Somnolencia extrema, incapacidad de ser despertado verbalmente o cuando se le frota el esternón.
- Problemas respiratorios que pueden ir desde una respiración lenta a una respiración superficial en un paciente que no logra despertarse.
- Las uñas o los labios están tornándose azul/morados.
- Pupilas extremadamente pequeñas, como “puntas de alfiler”.
- Ritmo cardíaco lento y/o baja presión sanguínea.

Las señales de **SOBREMEDICACIÓN**, la cual puede progresar a una sobredosis, incluyen:²

- Somnolencia inusual, adormecimiento o dificultad en mantenerse despierto a pesar de estímulos verbales en voz alta o fricción vigorosa del esternón.
- Confusión mental, dificultad para hablar claramente, comportamiento de persona intoxicada.
- Respiración lenta o superficial.

- Pupilas extremadamente pequeñas, como “puntas de alfiler”; las pupilas de tamaño normal no excluyen una sobredosis de opioides.
- Ritmo cardíaco lento, baja presión sanguínea.
- Dificultad en despertar a la persona.

Debido a que los opioides deprimen la función respiratoria y la respiración misma, una señal reveladora que indica que la persona está en estado médico crítico es el “estertor de muerte”. Esto es un aliento exhalado con un sonido muy distintivo y laborioso que proviene de la garganta. Este sonido indica que es necesario llevar a cabo inmediatamente la resucitación de emergencia.²⁶

AYUDE CON LA RESPIRACIÓN.

Ayudar con la respiración es la intervención más importante en caso de una sobredosis de opioides y puede salvar la vida por sí sola. Idealmente, los individuos que están sufriendo una sobredosis de opioides deben ser ventilados con oxígeno antes de administrarles la naloxona para así reducir el riesgo de una lesión pulmonar aguda.^{2,6} En situaciones en las que no hay disponible oxígeno, la respiración de rescate puede ser muy efectiva en ayudar con la respiración hasta que la naloxona está disponible.²⁷ La respiración de rescate para los adultos incluye los siguientes pasos:

- Verifique que las vías respiratorias de la persona estén despejadas.
- Con una mano en la barbilla del paciente, inclínele la cabeza hacia atrás y ciérrele la nariz prensando con los dedos.
- Coloque su boca sobre la boca del paciente para formar un sello y dele 2 bocanadas lentas de aire (el

INFORMACIÓN PARA LOS ENCARGADOS DE RECETAR MEDICAMENTOS

pecho de la persona debe elevarse, pero no así el estómago).

- Continúe con una bocanada de aire cada 5 segundos

ADMINISTRE LA NALOXONA. La naloxona se une competitivamente a los receptores opioides y es el antagonista preferido para revertir la toxicidad aguda de opioides. Se le debe administrar la naloxona a todo paciente que presente signos de sobredosis de opioide, o cuando se sospecha que hay sobredosis.⁹ La naloxona puede ser administrada por aerosol intranasal, intramuscularmente, subcutáneamente o por inyección intravenosa.^{9,17,18}

El inicio más rápido de acción se logra mediante la administración intravenosa, que es lo recomendado en situaciones de emergencia.¹⁷

PACIENTES EMBARAZADAS. La naloxona se puede usar en circunstancias de sobredosis que amenazan la vida en las mujeres embarazadas.⁹

VIGILE LA RESPUESTA DEL PACIENTE. Los pacientes deben ser vigilados para identificar una nueva aparición de señales y síntomas de toxicidad de opioides durante al menos 4 horas desde la última dosis de naloxona (sin embargo, los pacientes que sufren una sobredosis de opioides de acción prolongada requieren ser vigilados por más tiempo).⁶

La mayoría de los pacientes responde a la naloxona volviendo a respirar espontáneamente y con síntomas mínimos del síndrome de abstinencia.⁶ La respuesta generalmente ocurre dentro de 3 a 5 minutos de la administración de naloxona. (Se debe continuar la respiración de rescate mientras se espera que la naloxona surta efecto).

La duración del efecto de la naloxona es de 20 a 90 minutos, dependiendo de la dosis y la vía de administración. Los pacientes deben ser observados después de ese tiempo para identificar una nueva aparición de los síntomas de sobredosis. La meta de la terapia con naloxona debe ser la restauración de una adecuada respiración espontánea, pero no necesariamente la reanimación completa.^{18,19}

Es posible que se necesite más de una dosis de naloxona para revivir al paciente. Los pacientes que han consumido opioides de acción más prolongada o agonistas opioides parciales pueden requerir más dosis en bolo intravenoso o una infusión de naloxona.²² De modo que es esencial llevar a la persona a una sala de emergencias u otra fuente de atención médica intensiva tan pronto sea posible, incluso si la persona ha revivido después de la dosis inicial de naloxona y aparenta sentirse mejor.

SEÑALES DEL SÍNDROME DE ABSTINENCIA DE OPIOIDES: El síndrome de abstinencia desencadenado por la naloxona puede ser desagradable. El resultado es que algunas personas se ponen

agitadas o combativas cuando eso sucede y necesitan ayuda para permanecer tranquilas.

Las señales y síntomas del síndrome de abstinencia de opioides en un individuo que es físicamente dependiente de los opioides pueden incluir, pero no se limitan a, los siguientes: dolores de cuerpo, diarrea, taquicardia, calentura, secreción nasal, estornudos, piloerección (carne de gallina), sudores, bostezos, náuseas o vómitos, nerviosidad, inquietud o irritabilidad, escalofríos o temblores, calambres abdominales, debilidad y aumento de la presión sanguínea.¹⁷ Los síndromes de abstinencia pueden ser precipitados por una cantidad tan pequeña como 0.05 a 0.2 mg de naloxona intravenosa en un paciente que está tomando 24 mg de metadona por día.

En los recién nacidos, el síndrome de abstinencia de opioides también puede producir convulsiones, llanto excesivo y reflejos hiperactivos.¹⁷ Además, en los recién nacidos, el síndrome de abstinencia de opioides puede ser una amenaza para la vida si no es reconocido y tratado apropiadamente.

PERSONAS QUE NO RESPONDEN A LA NALOXONA. Si un paciente no responde a la naloxona, se debe considerar una explicación alternativa para los síntomas clínicos. La explicación más probable es que la persona no está sufriendo una sobredosis de un opioide sino de otra sustancia o hasta puede estar sufriendo una emergencia médica que no es una sobredosis. Otra posible explicación que debe considerarse es que el individuo está sufriendo una sobredosis de buprenorfina, un agonista opioide parcial de acción prolongada. Debido a que la buprenorfina tiene una afinidad más alta para los receptores opioides que la que tienen otros opioides,

INFORMACIÓN PARA LOS ENCARGADOS DE RECETAR MEDICAMENTOS

es posible que la naloxona no sea efectiva en revertir los efectos de una sobredosis de opioides inducida por la buprenorfina.⁵

En todo caso, la ayuda proporcionada en cuanto a la ventilación, la oxigenación y la presión sanguínea debe ser suficiente para prevenir las complicaciones de una sobredosis de opioides y esa ayuda debe ser una prioridad si la respuesta del paciente a la naloxona no es rápida.

NOTA: Todos los productos de naloxona tienen una fecha de vencimiento. Es importante revisar la fecha de vencimiento y reemplazar la naloxona tal y como sea necesario.

CONSIDERACIONES Y RESPONSABILIDADES LEGALES

Los profesionales de atención médica que están preocupados por los riesgos legales asociados con recetar naloxona pueden estar seguros de que recetar naloxona para manejar una sobredosis de opioides es consistente con la indicación aprobada por la FDA de la droga, lo cual no aumenta la responsabilidad legal siempre y cuando la persona que receta la droga se adhiera a las reglas generales de conducta profesional. Muchas leyes y reglamentos estatales actualmente permiten a los médicos recetar naloxona a tercera partes, tales como a las personas encargadas de proporcionar cuidados de salud (cuidadores).¹¹ Más información sobre las políticas estatales está disponible en <http://www.prescribtoprevent.org> o mediante las juntas médicas de los estados individuales.

CODIFICACIÓN Y FACTURACIÓN DE SOLICITUDES DE REEMBOLSO

La mayoría de los planes de seguros de salud privados, así como Medicare y Medicaid cubren la naloxona para el tratamiento de la sobredosis de opioides, pero las políticas varían según el estado. El costo de la naloxona para llevar a casa no debe ser un factor prohibitivo. No todas las farmacias comunitarias adquieren naloxona rutinariamente, pero siempre la pueden pedir. Si usted está encargado de cuidar a un gran número de pacientes que probablemente se beneficiarían de la naloxona, es posible que quiera notificar a la farmacia cuando usted implementa el proceso de recetar naloxona como una práctica rutinaria.

Los códigos para la evaluación inicial, la intervención breve y el envío a tratamiento (llamados respectivamente, Screening, Brief Intervention y Referral to Treatment o SBIRT, siglas en inglés)

pueden ser usados para facturar el tiempo dedicado a dar consejería a un paciente sobre cómo reconocer la sobredosis y cómo administrar la naloxona. Los códigos de facturación para los SBIRT son los siguientes:

- Seguro comercial: CPT 99408 (15 a 30 minutos)
- Medicare: G0396 (15 a 30 minutos)
- Medicaid: H0050 (por 15 minutos)

Para consejería e instrucción sobre el uso seguro de opioides, incluyendo el uso de naloxona fuera del contexto de los servicios SBIRT, el proveedor debe documentar el tiempo dedicado a la educación y uso del medicamento y usar el código E&M que capture correctamente el tiempo y la complejidad. Por ejemplo, para pacientes nuevos que se consideran apropiados para una farmacoterapia de opioides y cuando una cantidad considerable y apropiada de tiempo adicional es dedicada para proporcionar un servicio separado tal como consejería conductual (e.g., evaluación del riesgo de sufrir una sobredosis de opioides e instrucción para la administración de la naloxona), considere usar el modificador-25 además del código E&M.

Además, cuando se usa una herramienta de evaluación/evaluación inicial basada en evidencia demostrada para evaluar el trastorno de uso de opioides o los factores de riesgo de sufrir una sobredosis, se puede usar el código CPT 99420 (Administración e interpretación del instrumento de evaluación de los riesgos a la salud) para pacientes con seguro comercial.

INFORMACIÓN PARA LOS ENCARGADOS DE RECETAR MEDICAMENTOS

RECURSOS PARA LOS ENCARGADOS DE RECETAR MEDICAMENTOS

Información adicional sobre el proceso de recetar opioides para el dolor crónico está disponible en los siguientes sitios web:

<http://www.opioidprescribing.com>. Patrocinado por la Escuela de Medicina de la Universidad de Boston, con apoyo de SAMHSA, este sitio presenta cursos en módulos de instrucción sobre varios aspectos del proceso de recetar opioides para el dolor crónico. Para ver la lista de cursos e inscribirse, diríjase a <http://www.opioidprescribing.com/overview>. Hay disponibles gratuitamente créditos de Educación Médica Continuada.

<http://pcss-o.org> o www.pcssmat.org. Patrocinado por la Academia Americana de Psiquiatría de la Adicción en colaboración con otras asociaciones especializadas y con apoyo de SAMHSA, el Sistema de Apoyo Clínico para Proveedores ofrece múltiples recursos relacionados con el proceso de recetar opioides y el diagnóstico y manejo del trastorno de uso de opioides.

<http://www.er-la-opioidrems.com/lwgUI/rems/home.action>. Como es requerido por la FDA bajo el programa de manejo de los analgésicos opioides de liberación prolongada y de acción prolongada, este sitio web proporciona adiestramiento médico y educación al paciente sobre el uso de dichos medicamentos.

<http://www.medscape.com>. Un curso de un módulo de instrucción patrocinado por SAMHSA sobre la evaluación inicial, la intervención breve y el envío a tratamiento (llamados respectivamente, Screening, Brief Intervention y Referral to Treatment o SBIRT, por sus siglas en inglés) está accesible en <http://www.medscape.org/viewarticle/830331>. Hay disponibles gratuitamente créditos de Educación Médica Continuada y de Educación Continuada.

<http://prescribetoprevent.org>. Recopilado por los encargados de recetar medicamentos, farmacéuticos, trabajadores de salud pública, abogados e investigadores científicos que trabajan en el área de prevención de las sobredosis y acceso a la naloxona, este sitio, de financiamiento privado, proporciona recursos para ayudar a los proveedores de atención médica a educar a sus pacientes para reducir el riesgo de sobredosis y para proporcionar paquetes de naloxona de rescate a los pacientes.

CONSEJOS DE SEGURIDAD PARA PACIENTES Y MIEMBROS DE LA FAMILIA

¿QUÉ SON LOS OPIOIDES?

Los opioides incluyen drogas ilegales tales como la heroína y medicamentos recetados utilizados para tratar el dolor tales como morfina, codeína, metadona, oxycodona, hidrocodona, fentanil, hidromorfona y buprenorfina

Los opioides funcionan uniéndose a receptores específicos en el cerebro, la médula espinal y el tracto gastrointestinal. Al hacer eso, minimizan la percepción de dolor del cuerpo. Sin embargo, el estímulo de los receptores de opioides o “centros de recompensa” del cerebro también puede activar otros sistemas del cuerpo, tales como los responsables de la regulación del estado de ánimo, la respiración y la presión sanguínea.

Una variedad de efectos puede ocurrir luego que una persona consume opioides, desde placer hasta náuseas y vómitos, desde reacciones alérgicas severas (anafilaxia) a sobredosis, en la cual la respiración y el ritmo cardíaco se hacen más lentos o hasta se detienen.

La sobredosis de opioides puede ocurrir cuando un paciente malinterpreta las indicaciones de uso, accidentalmente se toma un dosis extra o deliberadamente usa de manera indebida opioides recetados o una droga ilícita tal como la heroína.

También está en riesgo la persona que consume medicamentos opioides que han sido recetados para otra persona, así como también el individuo que combina opioides, ya sea recetados o ilícitos, con alcohol, algunos otros medicamentos y hasta algunos productos de venta libre que reducen el ritmo de la respiración, de los latidos del corazón y de otras funciones del sistema nervioso central.⁵

PREVENCIÓN DE LA SOBREDOSIS

Si usted está preocupado por su propio uso de opioides, ¡no espere! Hable con los profesionales de atención médica que le recetaron los medicamentos. Si está preocupado por un miembro de la familia o un amigo, instelo a que hable urgentemente con la persona que le recetó el medicamento.

El tratamiento efectivo del trastorno de uso de sustancias puede reducir el riesgo de la sobredosis y ayudar a la persona que lo está usando indebidamente o que es adicta a los medicamentos opioides a alcanzar una vida más saludable. Una práctica basada en evidencia demostrada para el tratamiento de la adicción a los opioides es el uso de medicamentos aprobados por la Administración de Medicamentos y Alimentos de los Estados Unidos (United States Food and Drug Administration o FDA, por sus siglas en inglés), junto con consejería y otros servicios de apoyo. Estos servicios están disponibles por medio de los programas de tratamiento con opioides (opioid treatment programs u OTPs, por sus siglas en inglés) certificados por SAMHSA y registrados por la Administración para el Control de Drogas (Drug Enforcement Administration o DEA, por sus siglas en inglés).^{28,29} Además, su comunidad puede tener disponibles médicos que han sido adiestrados para proporcionar tratamiento para la adicción a los opioides en sus propias oficinas y otros lugares con medicamentos tales como la buprenorfina/naloxona y la naltrexone.³⁰

SI USTED SOSPECHA UNA SOBREDOSIS

Una sobredosis de opioides requiere atención médica inmediata. Un primer paso esencial es obtener ayuda de alguien que tiene experiencia médica tan pronto sea posible. Marque el 911 inmediatamente si usted o alguien que usted conoce muestra cualquiera de los síntomas indicados a continuación. Lo único que tienen que decir es “Alguien no está respondiendo y no está respirando”. Proporcione una dirección clara y/o una descripción de su localidad.

Las señales de **SOBREDOSIS**, la cual es una emergencia que amenaza la vida, incluyen las siguientes:

- La cara está extremadamente pálida y/o se siente pegajosa y húmeda al tocarla.
- El cuerpo está flojo y sin fuerzas.
- Las uñas o los labios tienen un tinte azul o morado.
- La persona está vomitando o emitiendo sonidos de gorgoteos.

CONSEJOS DE SEGURIDAD PARA PACIENTES Y MIEMBROS DE LA FAMILIA

- La persona no puede ser despertada o no puede hablar.
- La respiración es muy lenta o se ha detenido.
- Los latidos del corazón son muy lentos o se han detenido.

Las señales de **SOBREMEDICACIÓN**, la cual puede progresar a una sobredosis, incluyen:

- Somnolencia o adormecimiento inusual.
- Confusión mental, dificultad para hablar claramente o comportamiento de persona intoxicada.
- Respiración lenta o superficial.
- Pupilas extremadamente pequeñas, como “puntas de alfiler”.
- Ritmo cardiaco lento o baja presión sanguínea.
- Dificultad en despertar a la persona.

¿QUÉ ES LA NALOXONA?

La naloxona es un antídoto para la sobredosis de opioides. Es un opioide antagonista que se utiliza para revertir los efectos de los opioides. La naloxona funciona bloqueando los sitios receptores de opioides. No es efectiva en el tratamiento de sobredosis de benzodiacepinas (tales como Valium®, Xanax® o Klonopin®), barbitúricos (Seconal® o Fiorinal®), clonidina, Elavil®, gamma hidroxibutirato (GHB) o ketamina. Tampoco es efectiva en el tratamiento de sobredosis de estimulantes, tales como la cocaína y las anfetaminas (incluyendo la metanfetamina y el Ecstasy). Sin embargo, si los opioides se consumen en combinación con otros sedantes o estimulantes, es posible que la naloxona pueda ayudar.

INFORMACIÓN IMPORTANTE DE SEGURIDAD.

La naloxona puede causar mareos, adormecimiento o desmayos.

Estos efectos pueden ser peores si la naloxona se toma con alcohol o con ciertos medicamentos. Para obtener más información, consulte <http://www.fda.gov/drugs/drugsafety/postmarketdrugsafetyinformationforpatientsandproviders/ucm472923.htm>.

REPORTE CUALQUIER EFECTO SECUNDARIO

Obtenga ayuda médica de emergencia si usted o alguna otra persona muestran señales de una reacción alérgica después de tomar naloxona, tales como urticaria, dificultad para respirar o hinchazón de la cara, los labios, la lengua o la garganta.

Llame a su médico o al 911 inmediatamente si tiene efectos secundarios serios, tales como:

- Dolor en el pecho o latidos del corazón rápidos o irregulares.
- Tos seca, respiración silbante o sentir que le falta el aire.
- Sudoración, náuseas graves o vómitos.
- Dolor de cabeza severo, agitación, ansiedad, confusión o zumbido en los oídos.
- Convulsiones.
- Sentir como que va a desmayarse.
- Ritmo cardiaco lento, pulso débil, desmayos o respiración más lenta.

Si usted está recibiendo tratamiento por un trastorno de uso de opioides (ya sea una droga ilícita como la heroína o un medicamento recetado para el dolor), puede sufrir los siguientes síntomas del síndrome de abstinencia de opioides después de tomar naloxona:

- Sentirse nervioso inquieto o irritable.
- Dolores de cuerpo.
- Mareos o debilidad.
- Diarrea, dolor de estómago o náuseas leves.
- Calentura, escalofríos o carne de gallina.
- Estornudos o secreción nasal sin tener un resfrío.

Esta no es una lista completa de los efectos secundarios y es posible que ocurran otros. Hable con su médico sobre los efectos secundarios y sobre cómo manejarlos.

CONSEJOS DE SEGURIDAD PARA PACIENTES Y MIEMBROS DE LA FAMILIA

GUARDE LA NALOXONA EN UN LUGAR SEGURO

La naloxona es usualmente manejada y almacenada por un proveedor de atención médica. Si usted está usando naloxona en la casa, guárdela en un armario cerrado con llave o en otro lugar que está fuera del alcance de niños o mascotas.

RESUMEN: CÓMO EVITAR UNA SOBREDOSIS DE OPIOIDES

1. Tome el medicamento solamente si éste ha sido recetado para usted por su médico.
2. No tome más cantidad de medicamento ni lo tome con más frecuencia de lo que le fue indicado.
3. Llame al médico si su dolor empeora.
4. Nunca combine medicamentos para el dolor con alcohol, píldoras para dormir o cualquier sustancia ilícita.
5. Guarde su medicamento en un lugar seguro donde los niños o mascotas no puedan alcanzarlo.
6. Aprenda las señales de sobredosis y cómo usar la naloxona para evitar que la sobredosis se torne fatal.
7. Enseñe a su familia y amigos cómo responder a una sobredosis.
8. Deshágase de manera apropiada de los restos de medicamentos no usados.

LEA MÁS EN

<http://www.fda.gov/drugs/drugsafety/postmarketdrugsafetyinformationforpatientsandproviders/ucm472923.htm>.

LA RECUPERACIÓN DE UNA SOBREDOSIS DE OPIOIDES

RECURSOS PARA LOS SOBREVIVIENTES DE UNA SOBREDOSIS Y MIEMBROS DE LA FAMILIA

Los sobrevivientes de una sobredosis de opioides han sufrido un evento traumático que cambia la vida. Han tenido que enfrentar las consecuencias emocionales de la sobredosis, las cuales pueden incluir vergüenza, culpabilidad, enojo y gratitud, todas éstas acompañadas por la incomodidad del síndrome de abstinencia de los opioides. La mayoría necesita apoyo de la familia y los amigos para tomar el próximo paso hacia la recuperación.

Aunque muchos factores pueden contribuir a la sobredosis de opioides, ésta casi siempre es un accidente. Además, el problema subyacente que llevó al uso de opioides (en la mayoría de los casos, el dolor o un trastorno de abuso de sustancias) todavía existe y continúa requiriendo atención.²

Además, el individuo que ha sufrido una sobredosis no es el único que ha padecido un evento traumático. Los miembros de la familia a menudo se sienten juzgados o inadecuados porque no pudieron prevenir la sobredosis. Es importante que los miembros de la familia trabajen juntos para ayudarle al sobreviviente de la sobredosis a obtener la ayuda que necesita.

ENCONTRAR UNA RED DE APOYO

Al igual que con cualquier otra enfermedad, no es una señal de debilidad admitir que una persona o una familia no pueden enfrentar el trauma de una sobredosis sin ayuda. Hay que ser muy valiente para pedir ayuda a otras personas y para conectarse con miembros de la comunidad con el fin de obtener ayuda.

Los proveedores de atención médica, incluso aquellos que se especializan en el tratamiento de trastornos de abuso de sustancias, pueden proporcionar apoyo y sugerencias estructuradas y terapéuticas.

Si el problema subyacente del sobreviviente es dolor, lo apropiado puede ser enviarlo a un especialista para el tratamiento del dolor. Si es

adicción, el paciente debe ser enviado a un especialista en adicciones para recibir evaluación y tratamiento, ya sea por un médico que se especializa en el tratamiento de la adicción a los opioides, en un programa residencial de tratamiento o en un programa de tratamiento con opioides (opioid treatment program u OTP, por sus siglas en inglés) certificado federalmente. En todo caso, la consejería puede ayudarle al individuo a manejar sus problemas de una manera más saludable. Elegir el camino de la recuperación puede ser un proceso dinámico y desafiante, pero hay maneras de ayudar.

Además de recibir apoyo de familiares y amigos, los sobrevivientes de sobredosis pueden tener acceso a una variedad de organizaciones e instituciones basadas en la comunidad, tales como:

- Proveedores de atención médica y de salud conductual.
- Grupos de apoyo de compañeros para la recuperación tales como Narcóticos Anónimos.
- Organizaciones religiosas.
- Instituciones educacionales.
- Grupos en el vecindario.
- Agencias gubernamentales.
- Programas de apoyo de familiares y comunitarios.

LA RECUPERACIÓN DE UNA SOBREDOSIS DE OPIOIDES

RECURSOS

La información sobre las sobredosis de opioides y consejos útiles para sobrevivientes de una sobredosis y sus familias puede encontrarse en:

Administración de Servicios para el Abuso de Sustancias y la Salud Mental (SAMHSA)

- National Helpline
(Línea Nacional de Asistencia) 1-800-662-HELP (4357) o 1-800-487-4889 (TDD — para personas con discapacidades auditivas)
- Behavioral Health Treatment Services Locator
(Localizador de Servicios de Tratamiento para la Salud Conductual):
<https://findtreatment.samhsa.gov> para buscar por dirección, ciudad o código postal
- Buprenorfina Treatment Physician Locator
(Localizador de Médicos que Ofrecen Tratamiento con Buprenorfina):
<http://www.samhsa.gov/medicamento-assisted-treatment/physician-program-data/treatment-physician-locator>
- State Substance Abuse Agencies
(Agencias Estatales para el Abuso de Sustancias):
<https://findtreatment.samhsa.gov/TreatmentLocator/faces/about.jspx>

Centers for Disease Control and Prevention (CDC) (Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades):

<http://www.cdc.gov/drugoverdose/epidemic/>

National Institutes of Health (NIH), National Center for Biotechnical Information (Institutos Nacionales de la Salud, Centro Nacional para la Información Biotécnica):

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov>

Partnership for Drug-Free Kids (Sociedad para Niños Libres de Drogas):

<http://www.drugfree.org/join-together/opioid-overdose-antidote-being-more-widely-distributed-to-those-who-use-drugs>

Project Lazarus (Proyecto Lazarus):

<http://www.projectlazarus.org>

Harm Reduction Coalition (Coalición para la Reducción de Daños):

<http://www.harmreduction.org>

Overdose Prevention Alliance (Alianza para la Prevención de Sobredosis):

<http://www.overdosepreventionalliance.org>

Toward the Heart (Hacia el Corazón):

<http://www.towardtheheart.com/naloxona>

REFERENCIAS

- ¹ Number and age-adjusted rates of drug-poisoning deaths involving opioid analgesics and heroin: United States, 2000–2014. Centers for Disease Control and Prevention Website. http://www.cdc.gov/nchs/data/health_policy/AADR_drug_poisoning_involving_OA_Heroin_US_2000-2014.pdf. Accessed January 11, 2016.
- ² Beletsky LB, Rich JD, Walley AY. Prevention of fatal opioid overdose. *JAMA*. 2012;308(18):1863-1864.
- ³ Centers for Disease Control and Prevention. CDC Vital Signs: Opioid painkiller prescribing—where you live makes a difference. <http://www.cdc.gov/vitalsigns/opioid-prescribing>. Published July 1, 2014. Accessed January 11, 2016.
- ⁴ Harvard Medical School. Painkillers fuel growth in drug addiction: opioid overdoses now kill more people than cocaine or heroin. *Harvard Ment Hlth Let*. 2011;27(7):4-5.
- ⁵ Brunton L, Chabner B, Knollman B. Goodman and Gilman's *The Pharmacological Basis of Therapeutics*. 12th ed. New York: McGraw-Hill; 2011.
- ⁶ Boyer EW. Management of opioid analgesic overdose. *N Engl J Med*. 2012;367(2):146-155.
- ⁷ Enteen L, Bauer J, McLean R, Wheeler E, Hurlaux E, Kral AH, Bamberger JD. Overdose prevention and naloxone prescription for opioid users in San Francisco. *J Urban Health*. 2010;87(6):931-941.
- ⁸ Seal KH, Thawley R, Gee L, et al. Naloxone distribution and cardiopulmonary resuscitation training for injection drug users to prevent heroin overdose death: a pilot intervention study. *J Urban Health*. 2005;82(2):303-311.
- ⁹ Bazazi AR, Zaller ND, Fu JJ, Rich JD. Preventing opiate overdose deaths: examining objections to take-home naloxone. *J Health Care Poor Underserved*. 2010;21(4):108–1113. doi:10.1353/hpu.2010.0935
- ¹⁰ Coffin PO, Sullivan SD. Cost effectiveness of distributing naloxone to heroin users for lay overdose reversal. *Ann Intl Med*. 2013;158(1):1-9.
- ¹¹ Davis C. Legal interventions to reduce overdose mortality: naloxone access and overdose Good Samaritan laws. <https://www.networkforphl.org/asset/qz5pvn/network-naloxone-10-4.pdf>. Updated September 2015. Accessed January 11, 2016.
- ¹² Strang J, Manning V, Mayet S, et al. Overdose training and take-home naloxone for opiate users: prospective cohort study of impact on knowledge and attitudes and subsequent management of overdoses. *Addiction*. 2008;103(10):1648-1657.
- ¹³ Green TC, Heimer R, Grau LE. Distinguishing signs of opioid overdose and indication for naloxone: an evaluation of six overdose training and naloxone distribution programs in the United States. *Addiction*. 2008;103(6):979-998.
- ¹⁴ Centers for Disease Control and Prevention. Increases in drug and opioid overdose deaths — United States, 2000-2014. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2016;64(50):1378-1382.
- ¹⁵ Yaksh TL, Wallace MS. Opioids, analgesia, and pain management. In: Brunton L, Chabner B, Knollman B, eds. *Goodman and Gilman's The Pharmacologic Basis of Therapeutics*. 12th ed. New York, NY: McGraw-Hill; 2011, 481-526.
- ¹⁶ Centers for Disease Control and Prevention. Community-based opioid overdose prevention programs providing naloxone — United States, 2010. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2012;261(6):101-105.
- ¹⁷ Rx List. <http://www.rxlist.com>. Accessed March 24, 2013.

REFERENCIAS

- ¹⁸ Drugs.com. <http://www.drugs.com>. Accessed March 24, 2013.
- ¹⁹ FDA moves quickly to approve easy-to-use nasal spray to treat opioid overdose. Food and Drug Administration Website. <http://www.fda.gov/NewsEvents/Newsroom/PressAnnouncements/ucm473505.htm>. Published November 18, 2015. Updated November 19, 2016. Accessed January 11, 2016.
- ²⁰ Sporer KA. Acute heroin overdose. *Ann Intern Med*. 1999;130(7):584-590
- ²¹ LoVecchio F, Pizone A, Riley B, Sami, A, D'Incognito C. Onset of symptoms after methadone overdose. *Am J Emerg Med*. 2007;25(1):57-59.
- ²² Isaacson JH, Hopper JA, Alford DP, Parran T. Prescription drug use and abuse. Risk factors, red flags, and prevention strategies. *Postgrad Med*. 2005; 118:19.
- ²³ Kampman, K, Jarvis M. American Society of Addiction Medicine (ASAM) National Practice Guideline for the use of medications in the treatment of addiction involving opioid use. *J Addict Med*. 2015;9(5):358-67. doi:10.1097/ADM.0000000000000166
- ²⁴ Centers for Disease Control and Prevention. CDC grand rounds: prescription drug overdoses—a U.S. epidemic. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2012;61(1):10-13.
- ²⁵ Finch JW, Parran TV Jr, Wilford BB, Wyatt SA. Clinical, ethical, and legal considerations in prescribing drugs with abuse potential. In: Ries RK, Fiellin DA, Miller SC, Saitz R, eds. *Principles of Addiction Medicine*. 5th ed. Philadelphia, PA: Wolters Kluwer; 2014:1703-1710.
- ²⁶ Clary PL, Lawson P. Pharmacologic pearls for end-of-life care. *Am Fam Physician*. 2009;79(12):1059-1065.
- ²⁷ Lavonas J, Drennan IR, Gabrielli A, Heffner AC, Hoyte CO, Orkin AM, Sawyer KN, Donnino MW. Part 10: Special circumstances of resuscitation. In: *American Heart Association Guidelines Update for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care*. Dallas, TX: American Heart Association; 2015
- ²⁸ Michna E, Ross EL, Hynes WL, et al. Predicting aberrant drug behavior in patients treated for chronic pain: importance of abuse history. *J Pain Symptom Manage*. 2004;28(3):250-258.
- ²⁹ SAMHSA's National Helpline 1-800-662-HELP (4357) or 1-800-487-4889 (TDD for hearing impaired).
- ³⁰ Behavioral Health Treatment Services Locator: <https://findtreatment.samhsa.gov> to search by address, city, or zip code.

ACKNOWLEDGMENTS

Agradecimientos

Esta publicación fue preparada para la Administración de Servicios para el Abuso de Sustancias y la Salud Mental (Substance Abuse and Mental Health Services Administration o SAMHSA, por sus siglas en inglés) por la Asociación de Oficiales de Salud de los Estados y Territorios (Association of State and Territorial Health Officials), en colaboración con Public Health Research Solutions, bajo el contrato número 10-233-00100 con SAMHSA, Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (U.S. Department of Health and Human Services o HHS, por sus siglas en inglés). El LCDR Brandon Johnson, M.B.A., fue el Oficial del Gobierno Encargado del Proyecto.

Advertencia

Los puntos de vista, las opiniones y el contenido expresados aquí son de los autores y no relejan necesariamente la posición oficial de SAMHSA o HHS. Nada en este documento constituye una aprobación indirecta o directa por parte de SAMHSA o HHS a productos, servicios o políticas de cualquier entidad no federal y cualquier referencia a productos, servicios o políticas de cualquier entidad no federal no debe ser interpretada como tal. No se intenta ni se debe inferir un apoyo oficial o aprobación por parte de SAMHSA o HHS por las opiniones, recursos o medicamentos descritos. La información presentada aquí en este documento no se debe considerar como consejo médico y no es un sustituto para la atención médica individualizada proporcionada al paciente o al cliente ni para las decisiones referentes al tratamiento.

Anuncio sobre el dominio público

Todos los materiales que aparecen en este volumen, excepto aquellos tomados directamente de fuentes protegidas por derechos de autor, son del dominio público y pueden ser reproducidos o copiados sin permiso de SAMHSA o de los autores. Se agradece citar la fuente. Sin embargo, esta publicación no debe ser reproducida ni distribuida para la venta sin la autorización específica por escrito de la Oficina de Comunicaciones, SAMHSA, HHS.

Acceso electrónico y copias de la publicación

Esta publicación puede ser solicitada en el sitio web de SAMHSA, en su página de solicitud situada en <http://store.samhsa.gov>, o por favor llame a SAMHSA al 1-877-SAMHSA-7 (1-877-726-4727) (inglés).

Recomendación para citar la fuente

Administración de Servicios para el Abuso de Sustancias y la Salud Mental. Manual de Instrucción de SAMSHA para la Prevención de la Sobredosis de Opioides. Publicación del HHS No. (SMA) 16-4742SPANISH. Rockville, MD: Administración de Servicios para el Abuso de Sustancias y la Salud Mental, 2016

Oficina de origen

Departamento de Terapias Farmacológicas, Centro para el Tratamiento del Abuso de Sustancias, Administración de Servicios para el Abuso de Sustancias y la Salud Mental, 5600 Fishers Lane, Rockville, MD 20857. Publicación del HHS No. (SMA) 16-4742SPANISH. La primera edición fue impresa en 2013. Revisada en 2014 y 2016.



Publicación del HHS No. (SMA) 16-4742SPANISH.
La primera edición fue impresa en 2013.
Revisada en 2014, 2016