

JULIO DE 2009

# Apoyo a pacientes en tratamiento de mantenimiento con metadona



# Saludo de Doris Grinspun,

Directora ejecutiva de la Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario



La Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario (en adelante, RNAO, por sus siglas en inglés) se complace en ofrecer a la comunidad de profesionales de la salud esta Guía de buenas prácticas en enfermería, titulada *Apoyo a pacientes en Tratamiento de Mantenimiento con Metadona*. Las prácticas basadas en la evidencia respaldan la excelencia en la prestación de servicios que las enfermeras ofrecen en el día a día de su práctica clínica. La RNAO, con sumo agrado, pone a su disposición este interesantísimo recurso.

La RNAO quiere expresar su profundo agradecimiento a todas las instituciones y particulares que hacen posible nuestra iniciativa de desarrollar, evaluar y divulgar estas Guías de buenas prácticas en enfermería basadas en la evidencia: al Gobierno de Ontario, por reconocer nuestra capacidad de dirigir este programa y ofrecernos por ello su financiación plurianual; a Irmajean Bajnok, Directora de los Programas de asuntos internacionales y guías de buenas prácticas (en adelante, International Affairs and Best Practice Guidelines o IABPG, por su nombre y siglas en inglés) y del Centro para la Excelencia Profesional en la Enfermería, por su experiencia y liderazgo a la hora de contribuir a la publicación de las Guías de buenas prácticas y a todos y cada uno de los Jefes de equipo que han participado. En el caso concreto de esta Guía, quiero agradecer a Margaret Dykeman su gestión, compromiso y experiencia, todos ellos soberbios. Muchas gracias, asimismo, a Jenny Oey Chung, Pamela VanBelle y Frederick Go, Responsables del programa IABPG de la RNAO, por su intensa labor, asegurándose de que esta Guía de buenas prácticas se hacía realidad. Sabed todos que, sin vuestra ayuda, nunca lo habríamos conseguido.

La comunidad de enfermeras, con su compromiso y dedicación a la excelencia en el trabajo, aporta sus conocimientos e incontables horas de esfuerzo para el desarrollo, la adopción, la evaluación y la revisión de cada una de las Guías. Los empleadores han respondido con entusiasmo a la implantación de las Guías en sus organizaciones, eligiendo incluso campeones de buenas prácticas, evaluando las Guías, y han trabajado por una cultura de la práctica basada en la evidencia.

El uso eficaz de estas Guías requiere el esfuerzo conjunto de enfermeras clínicas y demás profesionales de la salud, los responsables de formación de las enfermeras en el ámbito académico y laboral y los responsables de su contratación. Tras haber asimilado estas Guías, las enfermeras y estudiantes de enfermería precisan un entorno laboral positivo para poder aplicarlas a la práctica diaria.

Es nuestro deseo que estas Guías se compartan con el equipo interdisciplinario. Tenemos mucho que aprender los unos de los otros. Juntos podemos asegurarnos de que las personas reciban la mejor atención posible siempre que traten con nosotros. Hagamos que ellos sean los verdaderos beneficiarios de nuestro esfuerzo

A handwritten signature in black ink that reads "Doris Grinspun". The signature is written in a cursive style and is underlined with a single horizontal line.

Doris Grinspun, RN, MScN, PhD(c), O.ONT.  
Executive Director  
Registered Nurses' Association of Ontario

***Saludo de Teresa Moreno-Casbas, Responsable de la Unidad de coordinación y desarrollo de la Investigación en Enfermería, Investén-isciii. Instituto Carlos III de España***



La Unidad de coordinación y desarrollo de la Investigación en Enfermería (Investén-isciii) se complace en presentar las Guías de buenas prácticas en enfermería, realizadas por la Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario (RNAO), en su versión traducida al español, para que puedan ser utilizadas por todos los profesionales de la salud hispanohablantes.

Desde Investén-isciii nos sumamos a la iniciativa de transformar la enfermería a través del conocimiento, ya que entendemos que los cuidados seguros y de calidad deben apoyarse en los resultados de la investigación multidisciplinar en este ámbito y en el intercambio de conocimientos entre profesionales de dentro y fuera de nuestras fronteras. Por ello iniciamos este proyecto, con el que pretendemos que las Guías de buenas prácticas puedan ser incorporadas a la actividad de los diferentes profesionales de la salud hispanohablantes.

Quiero aprovechar esta ocasión para solicitar vuestra ayuda en la difusión, implantación y utilización de estas Guías. La profesión enfermera, y especialmente aquellos que reciben nuestros cuidados, resultarán directamente beneficiados.

Investén-isciii y la Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario os agradecen de antemano vuestra colaboración, al tiempo que os animan a continuar contribuyendo al desarrollo de la Práctica clínica Basada en la Evidencia.

"La traducción de estos documentos ha sido posible gracias a la financiación del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, a través del Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud, coordinada por el Centro Colaborador Español del Instituto Joanna Briggs para los cuidados de salud basados en la evidencia perteneciente a la Unidad de coordinación y desarrollo de la Investigación en Enfermería (Investén-isciii)".

Directora de la Unidad de coordinación y desarrollo de la Investigación en Enfermería (Investén-isciii)  
Instituto Carlos III de España.  
Madrid Enero 2011

## **Aviso de responsabilidad**

Estas Guías no son vinculantes para las enfermeras o instituciones que las utilicen. Su uso debe ser flexible para poder amoldarse a las necesidades de cada individuo y las circunstancias de cada lugar. Las Guías no suponen compromiso alguno, pero tampoco eximen de responsabilidades a quienes hacen uso de ellas. Si bien se ha hecho todo lo posible para garantizar la exactitud del contenido en el momento de su publicación, ni los autores ni la Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario (en adelante, Registered Nurses' Association of Ontario o RNAO, por su nombre y siglas en inglés) pueden garantizar en modo alguno la precisión de la información que se recoge en ellas y tampoco asumirán responsabilidad alguna respecto a las pérdidas, daños, perjuicios o gastos derivados de errores u omisiones en los contenidos del presente trabajo.

Este programa está financiado por el Ministerio de Sanidad y Atención a Crónicos de Ontario

## **Copyright**

A excepción de aquellas partes del presente documento en las que se especifique la prohibición o restricción expresa para su copia, el resto puede ser editado, reproducido y publicado en su totalidad y sin modificaciones, independientemente de su formato, incluido el soporte electrónico, para fines educativos y no comerciales. Si por cualquier motivo se necesita hacer alguna adaptación del material, será preciso obtener una autorización escrita de la RNAO. Asimismo, en la Guía reproducida deberá aparecer la siguiente acreditación:

Registered Nurses' Association of Ontario. (2009) Apoyo a pacientes en Terapia de Mantenimiento con Metadona. Toronto, Ontario Registered Nurses' Association of Ontario.

### **Acerca de la traducción**

Para realizar la versión española de las Guías de la RNAO se ha contado con la coordinación técnica de un equipo de traductores especializados, licenciados en Traducción e Interpretación, con años de experiencia en el campo de la salud, con los conocimientos culturales y lingüísticos necesarios y todos ellos con el español como lengua materna. A su vez, la revisión ha corrido a cargo de profesionales del cuidado experimentados y conocedores de ambas culturas, y dicha revisión ha sido evaluada de forma independiente. Durante el proceso se han utilizado las más modernas herramientas informáticas de asistencia a la traducción a fin de garantizar la coherencia conceptual y terminológica. Asimismo, se ha realizado la adaptación cultural de los contenidos pertinentes para reflejar la realidad de los países hispanohablantes. Así podemos garantizar una traducción precisa y fluida que cumple los objetivos fijados en la cultura de destino.

## Miembros del equipo de traducción de las Guías

### Coordinación

**María Teresa Moreno Casbas,**

**RN, MSc, PhD**

Coordinadora científica  
*Responsable de la Unidad de coordinación y desarrollo de la Investigación en Enfermería, Investéncii. Instituto Carlos III, España*

**Esther González María, RN, MSc, PhD**

**candidate**

Coordinadora científica  
*Centro colaborador del Instituto Joanna Briggs, Australia*

**Cintia Escandell García, DUE,**

**PhD candidate**

Coordinadora técnica  
*Unidad de coordinación y desarrollo de la Investigación en Enfermería, Investéncii. Instituto Carlos III, España*

### Equipo de traducción

**Marta López González**

Coordinadora de traducción  
*Licenciada en Traducción e Interpretación  
Universidad Complutense de Madrid,  
CES Felipe II*

**María Nebreda Represa**

Coordinadora de traducción  
*Licenciada en Traducción e Interpretación  
Universidad de Valladolid*

**Paula García Manchón**

Traductora responsable de proyectos  
*Licenciada en Traducción e Interpretación.  
Universidad Complutense de Madrid,  
CES Felipe II*

**Juan Diego López García**

Traductor responsable de proyectos  
*Ldo. en Traducción e Interpretación  
Université Jean Moulin Lyon III (Francia)  
y Universidad de Granada*

## Colaboración externa de traducción

Elena Morán López

*Lda. en Traducción e Interpretación*

*Universidad Pontificia Comillas de*

*Madrid*

Clara Isabel Ruiz Ábalo

*Lda. en Traducción e Interpretación*

*Universidad Pontificia Comillas de*

*Madrid*

Jaime Bonet

*Ldo. en Traducción e Interpretación*

*Universidad Complutense de Madrid*

Carmen Martínez Pérez-Herrera

*Lda. en Traducción e Interpretación*

*Universidad Complutense de Madrid*

Francisco Paredes Maldonado

*Ldo. en Lenguas extranjeras aplicadas y traducción*

*Universidad de Orléans (Francia)*

## Grupo de revisión

Cintia Escandell García, DUE,

PhD candidate

*Unidad de coordinación y desarrollo de la Investigación en Enfermería, Investénciii. Instituto Carlos III, España.*

Pablo Uriel Latorre, DUE

*Enfermero de Investigación Clínica*

*Complejo Hospitalario Universitario A Coruña, A Coruña, España*

Montserrat Gea Sánchez,

DUE, PhD candidate

*Hospital de Santa Maria. Gestió de Serveis Sanitaris. Lleida*

Ana Craviotto Vallejo, DUE

*Hospital Universitario Doce de Octubre, Madrid, España*

Raquel Sánchez, DUE

*Hospital Universitario de Getafe, Madrid, España*

Iosune Salinas

*Fisioterapeuta*

*Universitat de les Illes Balears, España*

# Índice de contenidos

## ANTECEDENTES

Cómo utilizar este documento .....	8
Objetivos y ámbito de aplicación.....	9
Resumen de las recomendaciones .....	10
Interpretación de la evidencia .....	12
Miembros del equipo de desarrollo .....	13
Agradecimientos a los colaboradores .....	15
Responsabilidad del desarrollo de las Guías .....	17
Proceso de desarrollo.....	18
Antecedentes .....	19

## RECOMENDACIONES

Recomendaciones para la práctica .....	26
Recomendaciones para la formación .....	63
Recomendaciones para la organización y directrices.....	66
Lagunas en la investigación e implicaciones futuras .....	69
Evaluación y seguimiento de la Guía.....	70
Estrategias de implantación.....	74
Proceso de actualización y revisión de la guía .....	75





Referencias bibliográficas. ....	76	REFERENCIAS
Bibliografía . . . . .	86	

Anexo A: Estrategia de búsqueda de la evidencia existente . . . . .	91	ANEXOS
Anexo B: Glosario. . . . .	95	
Anexo C: Determinantes sociales de la salud . . . . .	104	
Anexo D: Posibles interacciones frecuentes de sustancias con la metadona . . . . .	106	
Anexo E: Análisis de orina para la detección de drogas. . . . .	107	
Anexo F: Falsos mitos sobre la metadona. . . . .	108	
Anexo: Calendario-herramienta de aprendizaje de la metadona . . . . .	110	
Anexo H: Comparación de los síntomas de sobredosis por opioides y su abstinencia . . . . .	111	
Anexo I: TMM en centros penitenciarios . . . . .	112	
Anexos J: Recursos educativo . . . . .	114	
Anexo K: Descripción de la Herramienta. . . . .	117	



## ANTECEDENTES

Esta Guía de buenas prácticas en enfermería es un documento exhaustivo que ha sido diseñado para ofrecer una visión general de los recursos necesarios para la práctica adecuada de la enfermería basada en la evidencia. Debe examinarse y aplicarse como una herramienta que aborda las necesidades específicas de una institución o centro sanitario. Esta Guía no pretende ser la panacea “universal”, sino una herramienta que mejore la toma de decisiones efectivas en la prestación de una atención individualizada al paciente. Además, la Guía aporta una visión general sobre las estructuras y apoyos adecuados necesarios para prestar el mejor servicio posible.

Este documento ha sido concebido para su uso como Guía de enfermería. Como tal, complementa (pero no reemplaza o sustituye) las directrices, protocolos y procedimientos de cualquier institución.

Para las personas que dirigen y promueven el cambio en la práctica, este documento presenta un valor incalculable para el desarrollo de diversos programas de infraestructura como

- directrices, procedimientos y protocolos;
- sesiones de formación;
- herramientas de evaluación; y
- herramientas de información

Si bien será beneficioso para las enfermeras que prestan atención directa al paciente revisar las recomendaciones, las pruebas que las avalan y el proceso de desarrollo de la Guía, se recomienda encarecidamente, que los centros sanitarios adapten su formato, de manera que su uso cotidiano resulte cómodo para el usuario. Este documento recoge algunas sugerencias de adaptación local.

Las instituciones que deseen utilizar esta Guía podrán:

- a) Evaluar las actuales prácticas de enfermería y cuidados sanitarios mediante las recomendaciones de la guía.
- b) Identificar las recomendaciones que abordan las carencias o necesidades del servicio.
- c) Desarrollar de manera sistemática un plan para la implantación de las recomendaciones mediante el uso de herramientas y recursos asociados.

La RNAO está interesada en conocer la aplicación práctica que se da a esta Guía. Póngase en contacto con nosotros y cuéntenos su experiencia. Mediante la página web de la RNAO ([www.rnao.org/bestpractices](http://www.rnao.org/bestpractices)), tanto instituciones como particulares podrán acceder a los recursos necesarios para la implantación de la Guía de buenas prácticas.

## Objetivos y ámbito de aplicación

Las Guías de buenas prácticas son documentos desarrollados –a partir de los puntos de vista de expertos clave, grupos de pacientes y respaldados por evidencias de la literatura científica sobre los enfoques y elementos del tratamiento que parecen traducirse en resultados de éxito en el tratamiento. Partiendo de esta definición, las buenas prácticas son recomendaciones susceptibles de evolucionar, basándose en la experiencia constante, la opinión, el punto de vista y la investigación continuada de expertos en la materia (Health Canada, 2008). Las Guías de buenas prácticas son un método aceptado para ofrecer evidencia actual a las enfermeras a la hora de orientar su práctica. Estas Guías sintetizan la evidencia actual y recomiendan buenas prácticas basadas en las mismas. Ofrecen a las enfermeras una fuente fiable de información en la que fundamentar las decisiones de su práctica clínica.

Esta Guía se centrará en las recomendaciones para cualquier joven, adulto o persona mayor que ya siga un TMM o que sea candidato en potencia. Se prestará especial atención a las poblaciones prioritarias (para quienes el TMM conlleva implicaciones fisiológicas concretas). Las preguntas clínicas que abordará esta Guía incluyen:

1. ¿De qué deben ser conscientes las enfermeras para realizar una valoración adecuada (en su centro sanitario) de pacientes con dependencia o que abusan de opiáceos y que ya sigan un TMM o son candidatos en potencia?
2. ¿Qué tienen que saber las enfermeras sobre el TMM?
3. ¿Cuál es el papel de la enfermera en el TMM?
4. ¿Cómo apoyan las enfermeras a un paciente que solicite atención y que ya siga un TMM o sea un candidato a ello en potencia?

El presente documento tiene por objeto facilitar recomendaciones a las enfermeras basadas en la mejor evidencia existente, los conocimientos de enfermería afines y el apoyo a los pacientes que bien sean *candidatos en potencia* a seguir un TMM por dependencia de opiáceos o que ya lo sigan.

Esta Guía incluye recomendaciones para abordar la valoración del paciente, el desarrollo de un plan de tratamiento colaborativo, la promoción de la salud y el seguimiento continuado.

Esta Guía contiene recomendaciones para Enfermeras universitarias, Enfermeras de formación profesional y Enfermeras de práctica avanzadas en materia de buenas prácticas de enfermería en el ámbito de prestar apoyo a los pacientes en TMM. Está dirigida a enfermeras que no son necesariamente expertas en la materia y que trabajan en infinitud de entornos clínicos (por ejemplo, adicciones, centros penitenciarios, salud mental, urgencias, materno-infantil, salud comunitaria, etc.) en todo el espectro de la atención. Se sabe que las competencias particulares de las enfermeras varían de forma individual y también de acuerdo con su categoría profesional y se basan en los conocimientos, habilidades, actitudes, análisis crítico y toma de decisiones, que mejoran con el tiempo gracias a la experiencia y la formación.

Se espera que cada enfermera aplique únicamente aquellos aspectos de la valoración e intervención en relación con la formación que ha recibido y las aptitudes adquiridas. Asimismo, se espera que busque el asesoramiento oportuno cuando las necesidades y los cuidados del paciente sobrepasen su capacidad para actuar de forma independiente

Se sabe que la atención sanitaria efectiva depende de un enfoque interdisciplinar y organizado que incluye la comunicación constante entre los profesionales de la salud y el paciente, así como de sus cuidadores y familiares.

# Resumen de las recomendaciones

## Recomendaciones para la práctica

RECOMENDACIÓN		*Tipo de evidencia
1	Las enfermeras incorporan conocimientos y capacidades específicas sobre adicciones en su práctica diaria.	IV
	a) Las enfermeras incorporan conocimientos sanitarios materno-infantiles relativos al uso de opioides.	IV
	b) Las enfermeras tienen en cuenta el contexto ético, jurídico y social del programa de reducción de daños y tratamiento de la adicción.	IV
2	Las enfermeras conocen el impacto de los determinantes sociales de la salud sobre las adicciones.	Ib-IV
	a) Las enfermeras consideran las necesidades holísticas de un paciente como parte integral para el éxito del tratamiento.	IV
3	Las enfermeras ejercen la práctica reflexiva para ser conscientes de manera continuada de sus percepciones actuales y futuras, sus actitudes y prejuicios, valores y creencias cuando trabajan con pacientes con adicciones (incluidos aquellos en TMM).)	IV
	a) Las enfermeras prestan atención sanitaria rigiéndose por los principios de seguridad y competencia cultural.	IV
4	Las enfermeras informan a sus pacientes sobre las opciones de tratamiento disponibles para tratar la dependencia de opioides (TMM, incluido) de forma constante.	IV
5	Las enfermeras tienen que ser conscientes de la eficacia del TMM como terapia de sustitución para dependencia de opioides.	IV
6	Las enfermeras comprenderán la farmacocinética de la metadona.	III-IV
	a) Conocerán la farmacodinámica de la metadona.	III-IV
	b) Integrarán sus conocimientos sobre farmacocinética y farmacodinámica en general, y en caso de la metadona en particular, de tal manera que sean conscientes de los efectos secundarios y de las interacciones entre sustancias que puedan producirse.	III-IV
7	Las enfermeras se regirán por los estándares de la práctica en la observancia de los “8 puntos correctos”, según el caso, para garantizar la administración segura de metadona	IV
	a) Las enfermeras estarán informadas sobre los criterios del Colegio de médicos y cirujanos de Ontario (en adelante, College of Physicians and Surgeons of Ontario, por su nombre en inglés) en materia de dosis domiciliarias (monodosis para reducir los daños para el cliente y la comunidad. **	IV
8	Las enfermeras sabrán interpretar los resultados de los análisis de orina para la detección de drogas y su importancia para el tratamiento del paciente en terapia de mantenimiento con metadona.	IV
9	Las enfermeras conocerán la gestión del dolor agudo y crónico de pacientes en TMM.	IV
10	Las enfermeras derivan, monitorizan y efectúan intervenciones de promoción de la salud, cuando sea oportuno.	Ia-IV

\*Véase la página 8 para más información sobre los “Tipos de evidencia”.

\*\* Para quienes ejercen la práctica fuera de Ontario, consúltese en su jurisdicción

## Recomendaciones para la formación

RECOMENDACIÓN		Tipo de evidencia
11	Las escuelas de enfermería integrarán en el programa universitario los principios de atención a las adicciones, incluido el concepto de reducción de efectos adversos.  a) El programa universitario de enfermería respaldará la práctica y la formación basada en evidencias en el ámbito de las adicciones.	IV
12	Las enfermeras incorporarán conocimientos en materia de adicciones (TMM, incluido) a su práctica diaria y a su formación continuada.	IV
13	Las enfermeras que trabajen en este campo tendrán acceso, a la educación y la formación formales para adquirir competencias y los estándares de la práctica en materia de adicciones y TMM.	IV

## Recomendaciones para la organización y directrices

14	Las enfermeras abogan ante los responsables políticos por una mejora en el acceso a la atención de adicciones y de las modalidades de tratamiento, incluido del TMM, como parte de la atención sanitaria holística y primaria de todas las poblaciones.	IV
15	Las instituciones de atención sanitaria cuentan con políticas que reflejan enfoques homogéneos en cuanto a la gestión de pacientes en tratamiento con metadona en toda la institución, incluida una coordinación fluida de traslados y altas entre unidades con los pacientes en TMM.	IV
16	Las instituciones de atención sanitaria cuentan con mecanismos de apoyo para las enfermeras mediante programas de orientación y oportunidades constantes de desarrollo profesional en materia de adicciones y opciones de tratamiento, incluido el TMM	IV
17	Las Guías de buenas prácticas en enfermería únicamente podrán implantarse con éxito si existen unos recursos, planificación y respaldo administrativo e institucional adecuados, así como los medios precisos. Es posible que las instituciones quieran desarrollar un plan de implantación que incluya: <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Una evaluación de la preparación institucional y los obstáculos para la formación.</li> <li>■ El compromiso de todos los miembros (ya desempeñen una función de apoyo directa o indirecta) que vayan a contribuir al proceso de implantación.</li> <li>■ La dedicación de un individuo cualificado para proporcionar el respaldo necesario a los procesos de formación e implantación.</li> <li>■ Oportunidades constantes de debate y formación para reforzar la importancia de buenas prácticas</li> <li>■ La oportunidad de reflexionar acerca de la propia experiencia en la implantación de las Guías, desde un punto de vista personal e institucional. Para este propósito, un equipo de enfermeras, investigadores y gestores ha desarrollado la <i>Herramienta: Implantación de Guías de práctica clínica</i> basadas en la evidencia existente, las perspectivas teóricas y el consenso. Se recomienda el uso de esta herramienta como ayuda para la implantación de la Guía de buenas prácticas la RNAO en <i>Apoyo a pacientes en Tratamiento de Mantenimiento con Metadona</i>.</li> </ul>	IV

# Interpretación de la evidencia

## Tipos de evidencia

- Ia Evidencia obtenida del metaanálisis o de la revisión sistemática de ensayos controlados aleatorios.
- Ib Evidencia obtenida de al menos un ensayo controlado aleatorio.
- IIa Evidencia obtenida de al menos un estudio bien diseñado controlado no aleatorio.
- IIb Evidencia obtenida de al menos una muestra de otro tipo de estudio bien diseñado, cuasi-experimental, no aleatorio.
- III Evidencia obtenida de estudios descriptivos bien diseñados, no experimentales, como son estudios comparativos, estudios de correlación y estudios de casos.
- IV Evidencia obtenida de los informes elaborados por un comité de expertos o su dictamen o las experiencias clínicas de autoridades reconocidas en la materia.

La evidencia para respaldar los cuidados de enfermería de los pacientes en TMM se organiza según el tipo en lugar de según el grado. Tradicionalmente, se ha considerado el ensayo clínico controlado aleatorio el patrón oro de las evidencias utilizadas para guiar la práctica. Como tal, se ha convertido en la referencia a la hora de establecer los niveles de jerarquía en comparación con el cual cualquier otra vía de conocimiento es de menor valor. Sin embargo, por lo general se reconocen y se valoran distintas vías alternativas de conocimiento y de entender un mismo fenómeno. Las investigaciones cualitativas, las perspectivas étnicas de una cultura, la experiencia clínica, las prácticas prometedoras y el conocimiento de los pacientes contribuyen, todos ellos, a evidenciar el significado de prestar una atención segura a los pacientes en TMM. Como tal, los tipos de evidencia constituyen una guía para la práctica.

## Miembros del equipo de desarrollo

### Margaret Dykeman, RN, NP, PhD

#### Team Leader

Professor  
Faculty of Nursing, University of New Brunswick  
Fredericton, New Brunswick

### Katie Bowler

Nursing Student  
Daphne Cockwell School of Nursing  
Ryerson University  
Toronto, Ontario

### Carol Edwards, RN, MN, CPMHNC, CARN

Advanced Practice Nurse, Addictions Program  
Centre for Addiction and Mental Health  
Toronto, Ontario

### Jan Holland, RN

Regional Methadone Coordinator, Acting/Senior  
Project Manager Methadone/Harm Reduction  
Correctional Services Canada  
Ottawa, Ontario

### Sheleza Latif, RN, BScN

Correctional Staff Nurse  
Toronto East Detention Centre  
Toronto, Ontario

### Somina Lee

Methadone Case Manager  
Nipissing Detoxification and  
Substance Abuse Programs  
North Bay, Ontario

### Carol Lynch, RN(EC), BNSc

Primary Health Care Nurse Practitioner  
Kingston Community Health Centre: Street Health  
Kingston, Ontario

### Angela McNabb, RN, BScN, MN, CPMHN(c)

Outreach Consultant, Mental Health  
and Correctional Services  
College of Nurses of Ontario  
Toronto, Ontario

### Josephine Muxlow, RN, MScN

Clinical Nurse Specialist, Adult Mental Health  
Prevention & Promotion Programs and Nursing  
Leadership  
First Nations and Inuit Health,  
Atlantic Region  
Halifax, Nova Scotia

### Janice Price, RN, BScN

Public Health Nurse  
Sexual Health Clinic/Outreach Nursing  
Sudbury and District Health Unit  
Sudbury, Ontario

### Abby Smith, RN(EC), BScN, PHCNP

Nurse Practitioner  
Out 'n About Clinic  
St. Catharines, Ontario

### Victoria (Vicki) Smye, RN, MHSc, PhD

Assistant Professor  
School of Nursing, University of British Columbia  
Vancouver, British Columbia

### Melanie Stansfield, RN(EC), FNP(BC), MScN

Nurse Practitioner  
Newport Centre, Niagra Health System  
Port Colborne, Ontario

### Sue Starling, RN, BScN, MSc, PhD(student)

Assistant Professor  
School of Nursing, McMaster University  
Hamilton, Ontario

## Jenny Oey Chung, RN, MN

Program Manager  
International Affairs and Nursing Best  
Practice Guidelines Programs  
Registered Nurses' Association of Ontario  
Toronto, Ontario

## Frederick Go RN, MN

Program Manager  
International Affairs and Nursing Best  
Practice Guidelines Programs  
Registered Nurses' Association of Ontario  
Toronto, Ontario

## Pamela VanBelle, RN, MN

Program Manager  
International Affairs and Nursing Best  
Practice Guidelines Programs  
Registered Nurses' Association of Ontario  
Toronto, Ontario

## Glynis Vales B.A. (Honours)

Program Assistant  
International Affairs and Nursing Best  
Practice Guidelines Programs  
Registered Nurses' Association of Ontario  
Toronto, Ontario

El equipo de desarrollo agradece a los siguientes representantes de la comunidad, a quienes se consultó en las primeras fases del proceso:

- SHANTELE CONNOR
- MORRIS FIELD
- NEIL GACICH
- KELLY GOODMAN

Los miembros del equipo de desarrollo de la Guía realizaron declaraciones de conflicto de intereses y confidencialidad. La RNAO dispone de información más detallada al respecto.





## Agradecimientos a los colaboradores

La RNAO quiere agradecer su contribución en la revisión de esta Guía de buenas prácticas a aquellas personas que se han volcado en este proyecto, aportando sus diversas perspectivas y conocimientos:

NOMBRES Y CREDENCIALES	TÍTULO, ORGANIZACIÓN, CIUDAD, PROVINCIA
BETTYANN MARIA GOERTZ, RN, CPMHN(c)	Staff RN Acute Mental Health, London Health Sciences Centre, London, Ontario
BEVERLEY MORGAN, RN, BScN	Project Coordinator, Hamilton Health Sciences, Hamilton, Ontario
CAROL BATSTONE, RN	Registered Nurse, Centre for Addiction and Mental Health - Addiction Medicine Clinic, Toronto, Ontario
ELAINE CYBULA, RN, BSN	Staff Registered Nurse, Niagara Health System, Niagara Falls, Ontario
HEATHER VANDER VEEN, RN	Registered Nurse, Hotel Dieu Grace Hospital, Windsor, Ontario
JAMES SKEMBARIS, BA, BSW, MSW, RSW DIP ADDICTION STUDIES	Manager, University Health Network, Toronto, Ontario
JAN PERFECT, BA	Program Advisor, Ministry of Community Safety & Correctional Services, North Bay, Ontario
JANET PURVIS, RN, BSc, MN	National Practice Consultant, VON Canada, New Glasgow, Nova Scotia
LEO LANOIE, MP, MPH, CESAM	Medical Health Officer, PAPHR, Prince Albert, Saskatchewan
LINDA OGILVIE, RN, BSN, MSN	Manager Corporate Health Care Ministry of Community Safety & Correctional Services, Toronto, Ontario
LISEBETH GATKOWSKI, RN, BScN, CPMHN(C)	Nurse Educator, St Joseph's Healthcare, Hamilton Mental Health & Addiction Program, Hamilton, Ontario
LYNN HASLAM, RN, MN	Specialty Practitioner, Acute Pain Service, Sunnybrook Health Sciences Centre, Toronto, Ontario
LYNN NEWTON, RN, BScN, MEd (STUDENT)	Clinical Educator NICU, Kingston General Hospital, Kingston, Ontario
MEREDITH MACKENZIE, NMD, BSc, CCFP	Physician, Street Health Centre, Kingston, Ontario

- MITZI G. MITCHELL, RN, PhD (STUDENT)** Lecturer, York University, Toronto, Ontario
- MONA BURROWS, RN(EC), BScN, MSN, PHCNP** Nursing Faculty, St Lawrence College/Laurentian University Nursing BScN program, Cornwall, Ontario
- NANCY OGDEN, RN** Nurse Advisor, Corporate Health Care Ministry of Community Safety & Correctional Services, Toronto, Ontario
- SHELLEY BECKSTEAD, RN, BNSc** Hepatitis C Nurse, Street Health Centre, Kingston, Ontario
- SUE TOBIN, RN(EC), BScN, PHCNP** Nurse Practitioner, Health Outreach for People Who Are Homeless – London Intercommunity Health Centre, London, Ontario
- SUSAN KAGAN, RN, BScN, CPMHN(c), EDD** Professor, Collaborative BScN Nursing Program, Seneca College, King City, Ontario
- SUSAN SILVER, RN** Health Care Coordinator, Algoma Treatment and Remand, Sault Ste Marie, Ontario
- TANNICE FLETCHER-STACKHOUSE  
HBSc.N, RN(EC), ADVANCED  
PSYCHIATRIC NURSING DIPLOMA** Nurse Practitioner, NorWest CHC (Community Health Centres), Thunder Bay, Ontario



## Responsabilidad del desarrollo de las Guías

La Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario (RNAO), con la financiación del Gobierno de Ontario, se ha embarcado en un proyecto plurianual de desarrollo, difusión, implantación y evaluación de Guías de buenas prácticas en enfermería.

Esta Guía de buenas prácticas ha sido financiada por el Ministerio de Sanidad y Atención a Crónicos (en adelante, Ministry of Health and Long-Term Care, por su nombre en inglés) como resultado de las recomendaciones contenidas en el Informe de marzo de 2007 del Grupo de trabajo de prácticas para el tratamiento de mantenimiento con metadona (en adelante, Methadone Maintenance Treatment Practices Task Force, por su nombre en inglés) (Para consultar el informe íntegro, visítase [www.methadonetaskforce.com](http://www.methadonetaskforce.com)). En total, se han financiado once iniciativas que realizarán cuatro instituciones como resultado de las recomendaciones de este Grupo de trabajo:

### ORGANIZACIÓN

### INICIATIVAS FINANCIADAS

Centro de adicción y salud mental (en adelante, Centre for Addiction and Mental Health o CAMH, por su nombre y siglas en inglés) (CAMH)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Desarrollo de Guías de buenas prácticas de farmacia</li> <li>2. Desarrollo de Guías de buenas prácticas de orientación</li> <li>3. Programas de formación y orientación para terapeutas</li> <li>4. Compromiso de la comunidad</li> <li>5. Sensibilización pública</li> </ol>
Colegio de médicos y cirujanos de Ontario (College of Physicians and Surgeons of Ontario, CPSO)	<ol style="list-style-type: none"> <li>6. Contratación y permanencia de médicos</li> <li>7. Control de calidad de médicos y actividades de cumplimiento</li> <li>8. Programas de formación y orientación para médicos</li> </ol>
Asociación de farmacéuticos de Ontario Ontario Pharmacists' Association (OPA)	<ol style="list-style-type: none"> <li>9. Desarrollo de Guías de buenas prácticas de enfermería</li> </ol>
Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO)	<ol style="list-style-type: none"> <li>10. Desarrollo de Guías de buenas prácticas de enfermería</li> <li>11. Programas de formación y orientación para enfermeras</li> </ol>

Esta Guía ha sido desarrollada por un equipo de enfermeras y otros profesionales sanitarios nombrado por la RNAO. El equipo llevó a cabo su trabajo de forma independiente y está exento de todo sesgo o influencia del Gobierno de Ontario.

## Proceso de desarrollo

En enero de 2008, se reunió a un equipo multidisciplinar con experiencia en la práctica clínica, la formación y la investigación de entornos hospitalarios, comunitarios, penitenciarios y docentes bajo el auspicio de la RNAO. El equipo debatió acerca del cometido de su trabajo y se alcanzó un acuerdo sobre los objetivos de la Guía de buenas prácticas. En consecuencia, se llevó a cabo una búsqueda de la literatura existente en materia de Guías de práctica clínica, revisiones sistemáticas, estudios de investigación destacados y otros tipos de evidencia. Véase el Anexo A para conocer detalladamente la estrategia de búsqueda y sus resultados.

Se efectuó una revisión crítica de diversas Guías internacionales referentes al TMM, que se seleccionaron para fundamentar el desarrollo de la presente Guía. Se identificaron once Guías de práctica clínica que satisfacían los siguientes criterios de inclusión inicial:

- publicada en inglés;
- desarrollada de 2000 en adelante;
- centrada estrictamente en el tema del TMM para el tratamiento de la dependencia de opioides;
- basada en evidencias; y
- disponibilidad y libertad de acceso para su consulta.

Los miembros del equipo de desarrollo evaluaron de forma crítica las once guías internacionales mediante la herramienta de evaluación de guías *Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation Instrument* (AGREE Collaboration, 2001). Como resultado de esta revisión, cuatro de estas once se consideraron pertinentes en el ámbito de la Guía que nos ocupa y se utilizaron para sustentar el proceso de desarrollo. Éstas fueron:

1. Isaac, P., Janecek, E., Kalvik, A., & Brands, J. (Eds). (2004). *Methadone Maintenance: A Pharmacist's Guide to Treatment, 2nd Ed.* Toronto: Centre for Addiction and Mental Health.
2. College of Physicians and Surgeons of Alberta (2005). *Standards & Guidelines for Methadone Maintenance Treatment in Alberta.* [Online]. [http://www.cpsa.ab.ca/collegeprograms/attachments\\_methadone/Standards%20&%20Guidelines%20for%20Methadone%20Maintenance%20Treatment%20in%20Alberta\\_Dec%202005.pdf](http://www.cpsa.ab.ca/collegeprograms/attachments_methadone/Standards%20&%20Guidelines%20for%20Methadone%20Maintenance%20Treatment%20in%20Alberta_Dec%202005.pdf)
3. College of Physicians and Surgeons of Ontario (2005). *Methadone Maintenance Guidelines.* Toronto: College of Physicians and Surgeons of Ontario. [Online]. <http://www.cpso.on.ca/publications/MethadoneGuideNov05.pdf>
4. Health Canada (2002). *Best Practices Methadone Maintenance Treatment.* Ottawa: Minister of Public Works and Government Services Canada. [Online]. Available: [www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/pubs/adp-apd/methadone-bp-mp/index-eng.php](http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/pubs/adp-apd/methadone-bp-mp/index-eng.php)

Los miembros del equipo formaron subgrupos que se dedicaron a actividades concretas utilizando las Guías abreviadas, resúmenes de evidencias, estudios y demás literatura a los efectos de redactar las recomendaciones de valoración e intervención de enfermería. Se pidió participación y opiniones a los representantes de la comunidad. Este proceso se tradujo en el desarrollo de recomendaciones para la práctica, la formación, las organizaciones y las directrices. Los miembros del equipo en su conjunto revisaron el primer borrador de recomendaciones, abordaron las carencias, revisaron las evidencias y consensuaron las recomendaciones finales.

El borrador terminado se remitió para su revisión y comentario por parte de colaboradores externos (en el principio de este documento se puede ver la lista de revisores y agradecimientos). Entre los colaboradores se encuentran varios grupos de profesionales sanitarios, pacientes y familiares, así como asociaciones profesionales. Los colaboradores externos recibieron preguntas específicas sobre las que aportar sus comentarios, así como la oportunidad de ofrecer su asesoramiento e impresiones generales.

Se recabaron sus observaciones y fueron estudiadas por el equipo de desarrollo. La discusión y el consenso se tradujeron en diversas revisiones del borrador antes de la publicación del documento.

## Antecedentes

### Adicción y dependencia de sustancias:

#### *“Nunca quise ser adicta”*

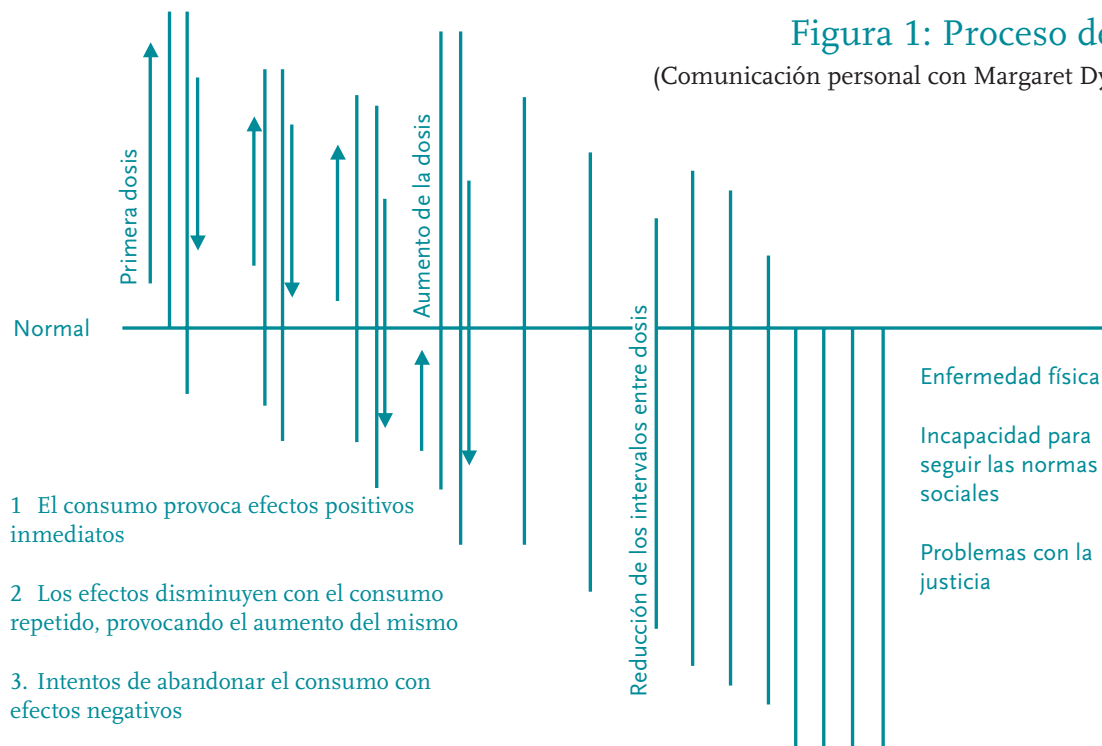
– Sarah, 25 años, lleva menos de un año en TMM

La adicción es el resultado de una compleja interacción de factores sin una única causa evidente. Se sabe, no obstante, que no es el resultado de un defecto del carácter, una elección personal o una debilidad (Centre for Addiction and Mental Health, 2008c). La genética, la fisiología cerebral, las enfermedades físicas o mentales, los traumas complejos, el síndrome de estrés postraumático, el estrés, la cultura urbana y un historial de abusos infantiles son factores que pueden influir, todos ellos, en la adicción. Asimismo, estos factores se asocian con frecuencia a otros determinantes sociales de la salud, como carencia de hogar, desempleo y pobreza.

La adicción y la dependencia de sustancias se caracterizan por el consumo indebido de sustancias compulsivo y continuado, pese a sus incuestionables consecuencias negativas. Además, hace que sea extremadamente difícil dejar de consumir una sustancia, pese a haberlo intentado una o más veces. Los adictos se obsesionan de forma creciente con la sustancia y su obtención (CPSO, 2005). Las consecuencias perjudiciales asociadas a la adicción consisten en: enfermedad física, incluido el riesgo de infección; desestructuración del núcleo familiar; cuestiones económicas; actividades delictivas y un elevado riesgo de sobredosis mortal. La adicción puede presentarse como un trastorno de dependencia conjunta fisiológica y psicológica (opioides) o únicamente como una dependencia psicológica (cocaína).

La dependencia física se produce cuando el organismo de una persona ha desarrollado tolerancia a la sustancia, por lo que necesita una cantidad mayor para lograr el mismo efecto (véase Figura 1), y que a menudo conlleva un sentimiento de “normalidad”. Asimismo, se caracteriza por la presencia de síndrome de abstinencia si se produce una interrupción repentina del consumo, pudiendo presentarse síntomas muy debilitantes. A menudo, los adictos a los opioides los consumen para evitar la reaparición de la abstinencia más que para experimentar la sensación de euforia que es su resultado inicial. Véanse en el Anexo B las definiciones de dependencia y tolerancia.

Figura 1: Proceso de adicción  
(Comunicación personal con Margaret Dykeman, 2008)



La dependencia psicológica sobreviene cuando el patrón de consumo compulsivo se caracteriza por la apetencia continua de una sustancia (por ejemplo, la cocaína) y la necesidad de consumirla por la sensación de bienestar que ésta provoca. Si el paciente abandona el hábito de forma repentina, puede sufrir síntomas psicológicos derivados del síndrome de abstinencia, incluida la ansiedad. La idea errónea de que la dependencia psicológica no es tan grave como la física es una creencia generalizada. La adicción puede existir sin que existan evidencias de tolerancia o el síndrome de abstinencia presente síntomas físicos, como sucede, por ejemplo, con algunas drogas como la cocaína, que no provoca una dependencia física (tolerancia y síndrome de abstinencia), aunque su dependencia psicológica puede ser tan aguda que se considera una de las drogas de las que resulta más difícil desengancharse.

Con frecuencia, los toxicómanos llevan una vida caótica y estresante. Además de su adicción, pueden sufrir graves problemas de salud y sociales adicionales relacionados con el abuso de sustancias; así, por ejemplo, los problemas mentales tales como la depresión y la ansiedad abundan entre las personas dependientes a opioides y otras sustancias. Por otra parte, cuando se comparte toda la parafernalia asociada a su consumo existe un riesgo mayor de contraer el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), el virus de la hepatitis C (VHC) y otras enfermedades hematógenas. La sobredosis junto con la muerte accidental o violenta son también un riesgo (Health Canada, 2002). El consumo de diversas sustancias aumenta los riesgos asociados a las adicciones

### Alteraciones concomitantes:

El concepto de trastorno simultáneo se manifiesta de diversas maneras. Se utiliza para expresar la aparición simultánea de un problema mental, afectivo o psiquiátrico junto con el consumo indebido del alcohol o de otros psicoactivos. Los términos “concomitante”, “simultáneo”, “coexistente” o “dual” se pueden utilizar indistintamente (Centre for Addiction and Mental Health, 2008a). Otros términos que siguen empleándose son “diagnóstico doble” y sus derivados, que también pueden aludir a problemas mentales que se presentan con un retraso mental o del desarrollo (Centre for Addiction and Mental Health, 2008a).

La valoración integral de enfermedades mentales y de consumo de sustancias desempeña un papel crucial a la hora de establecer los niveles adecuados de atención; al margen de la situación, el tratamiento de los trastornos simultáneos incorpora un núcleo común de estrategias fundamentales.

La comorbilidad se define como la presencia de enfermedades crónicas concomitantes, ya sean de naturaleza mental, afectiva, psiquiátrica o física.

### Estigma y obstáculos para el tratamiento:

El estigma asociado a la dependencia de sustancias suele constituir un importante elemento disuasorio para que una persona busque ayuda. La actitud de los profesionales de la salud, enfermeras incluidas, reflejo del estigma social, supone un obstáculo significativo para la accesibilidad a programas de TMM por parte de quienes dependen de opioides. Una idea errónea y generalizada es que el TMM sólo perpetúa el consumo de la sustancia, es decir, la metadona sustituye meramente un opioide adictivo por otro. Este punto de vista se asocia a la idea de que el tratamiento orientado a la abstinencia es la única manera de conseguir estar limpio. Además de ser señaladas por su consumo de drogas, muchas de estas personas sufren, asimismo, el estigma asociado a la pobreza, la etnia y las capacidades o discapacidades (véase Anexo B). Dado que las enfermeras son parte integral de la atención sanitaria, se encuentran en una situación privilegiada para abordar los estigmas de cualquier tipo y reducir los obstáculos para los cuidados. Un modo de lograr esta tarea es contribuir a educar a otros sobre la naturaleza de las adicciones y los beneficios de programas como el TMM.

### Problema de salud pública y costes:

*Se estima que, en 2002, los costes sociales y sanitarios del consumo indebido de sustancias, incluida la dependencia de opioides, ascendieron a 39,8 mil millones de dólares canadienses, lo que equivale a 1.267 dólares por canadiense.*

El consumo indebido de sustancias, que incluye el consumo indebido y la dependencia de opioides, conlleva un coste social muy elevado. Como Canadá es el quinto mayor consumidor de opioides del mundo (Fischer, Firestone-Cruz & Rehm, 2006), y la dependencia en estos casos se asocia a unos elevados costes sociales y personales cuando no se sigue un tratamiento (Wall et al., 2000), esta Guía de buenas prácticas se centra en la cuestión del consumo indebido de opioides y del TMM, empleado para tratar su dependencia.

Los costes de la adicción de opioides no tratada incluyen atención sanitaria, fuerzas y cuerpos de seguridad (y otros costes relacionados con la delincuencia), asistencia social y pérdida de productividad económica (Rehm et al., 2006). En 1999, se estimó que el coste social anual de la dependencia de opioides sin tratar ascendía a 5,3 mil millones de dólares canadienses (Wall et al., 2000). Se calcula que 13,5 millones de personas en todo el mundo efectúan un consumo indebido de opioides, la mayoría (9,7 millones) consumiendo heroína (Weekes et al., 2007). En el pasado, la heroína era el opioide más extendido en Canadá. Sin embargo, los patrones de consumo de opioides están cambiando. En la actualidad, cada vez más profesionales sanitarios consideran la adicción como una cuestión sanitaria que se debe, en gran medida, a la mayor disponibilidad de opioides con receta (Fischer et al., 2006). Los canadienses son los mayores consumidores per capita de estos (Fischer et al., 2006).

La dependencia de opioides es un problema de salud pública importante no sólo en Canadá, sino en todo el mundo. Esta clase de sustancia puede consumirse por diversas vías, incluida la inhalación y la administración oral. Sin embargo, la manera más común es la parenteral. Según la Agencia de Salud Pública de Canadá (en adelante, Public Health Agency of Canada, por su nombre en inglés) (2003), entre 75.000 y 125.000 personas en este país son drogadictos por vía intravenosa. El consumo por vía parenteral es uno de los principales factores de infección hematógena, especialmente el VIH y VHC. Este mayor riesgo de infección es el resultado de prácticas no seguras de consumo de drogas, de compartir agujas, de utilizar agujas no esterilizadas y demás parafernalia, así como de incurrir en otras conductas de alto riesgo como mantener

relaciones sexuales sin protección. De los 30.000 drogadictos por vía intravenosa residentes en Toronto, el 46% ha admitido compartir agujas o realizar otras prácticas no seguras de inyección (Public Health Agency of Canada, 2003).

Estudios han demostrado que el riesgo de fallecimiento entre los consumidores de heroína es entre 20 y 30 veces mayor que el de los no consumidores de drogas del mismo sexo y rango de edad (Weekes et al., 2007). Las estadísticas canadienses indican que los costes sociales y personales de quienes no se someten a un tratamiento por dependencia de opioides son siete veces mayores que quienes siguen un tratamiento integral de mantenimiento con metadona (Hart, 2007). Estas cifras demuestran la necesidad de tratar de forma eficaz el consumo indebido de sustancias en las personas dependientes de opioides. El TMM es una modalidad de tratamiento de probada eficacia.

### Marco teórico:

*“Es triste cómo te mira la gente, aunque estén intentando ayudarte”*

– Linda, 45 años, lleva más de 10 años en TMM

### Reducción de daños:

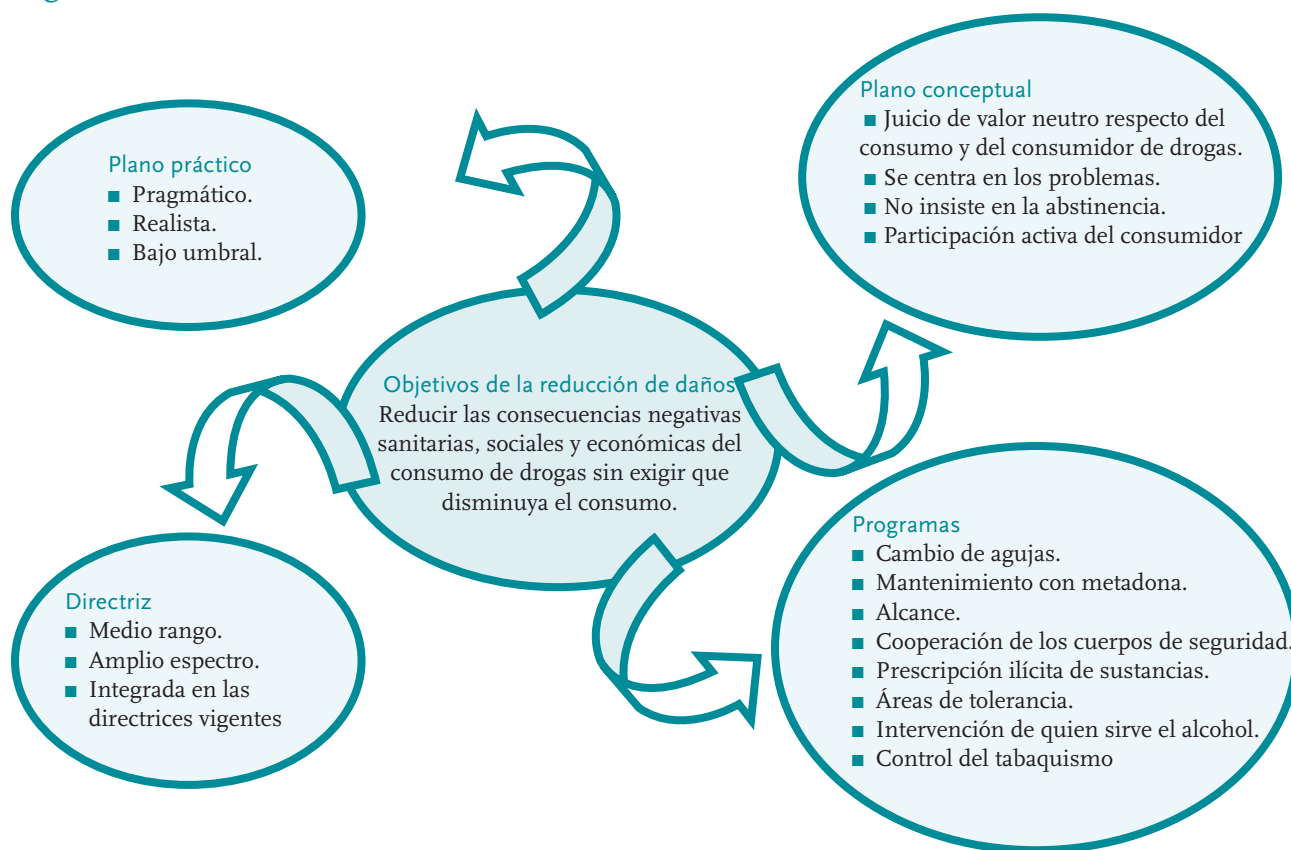
El TMM se inscribe dentro de la filosofía pragmática de la reducción de daños. Esta Guía de buenas prácticas de enfermería se basa en dichos principios teóricos subyacentes. La reducción de daños es un modelo conceptual de consumo de sustancias que es pragmático desde el punto de vista filosófico y presta una atención libre de prejuicios y centrada en el paciente. El Modelo de reducción de daños descrito por Cheung (2000) no es sólo teórico, sino que también contempla diversas aplicaciones prácticas. Pretende cambiar las directrices o integrarse en las directrices sanitarias existentes (véase Figura 2). En conjunto, la reducción de daños constituye el marco necesario para el tratamiento del consumo indebido de sustancias en la sociedad.

Los principios de la reducción de daños se desarrollaron para disminuir las consecuencias sociales y los efectos perjudiciales para la salud asociados a actividades o conductas concretas, como prácticas sexuales de alto riesgo o consumo indebido de sustancias. Marlatt, Blume y Parks (2001) identificaron la compasión y el pragmatismo como los principios subyacentes fundamentales del tratamiento de reducción de daños. Dicha reducción reconoce que el consumo indebido de sustancias existe y persistirá en la sociedad. Asimismo, reconoce la diversidad de la experiencia humana. No todo el mundo tiene las mismas motivaciones para cambiar ni presenta el mismo grado de consumo de drogas ni tan siquiera sufre los mismos daños. Este enfoque no juzga el consumo de los pacientes. Por el contrario, intenta prestar unos servicios adecuados y accesibles sin el obstáculo de los estigmas o de las etiquetas negativas (“adicto/a”, “alcohólico/a”, etc.). El objetivo: promover la salud y la seguridad de la persona y de la comunidad mediante la prevención secundaria de enfermedades y de las consecuencias sociales.

Es importante entender que la abstinencia es el objetivo ideal en los tratamientos de drogas; sin embargo, no siempre se puede conseguir. Así, el enfoque de reducción de daños no exige que se abandone o se disminuya el consumo. Por el contrario, puede concebirse como una línea continua para reducir el distinto grado de daños asociado al consumo de sustancias. Por ende, la reducción de daños se produce de forma gradual, en una evolución paulatina hacia la disminución del grado de daños (Marlatt, Blume & Parks, 2001).



Figura 2: Modelo de reducción de daños (utilizado con permiso de Cheung, 2000)



La prestación de servicios desde el punto de vista de la reducción de daños tiene por objetivo atraer a una población mayor y más diversa entre quienes consumen sustancias de manera indebida. Los profesionales sanitarios que adoptan este enfoque se encuentran con los pacientes “en la situación en la que están” respecto de lo que les motiva a cambiar (Marlatt, et al., 2001, p. 14), y colaboran con ellos para fijar metas y desarrollar un plan de atención centrado en su persona. Puesto que esta reducción tiene por objeto satisfacer necesidades diversas, el marco combina un sinfín de estrategias y programas distintos (Tabla 1).

Cuando se trabaja con personas dependientes de opioides o en TMM, las enfermeras no deben perder de vista los principios de la reducción de daños y su filosofía. Para ello, deben ser conscientes de sus propias actitudes y prejuicios y abordarlos, además de comprender su filosofía antes de prestar una atención efectiva a esta población concreta.

Tabla 1: Estrategias y programas de reducción de daños (RNAO Equipo de desarrollo, 2009)

- Cambio de agujas.
- Lugares seguros de inyección.
- Utilización de preservativos y barreras bucales.
- Programas de kit de lejía para desinfectar jeringuillas.
- TMM.
- Limpieza de kits para el consumo de crack.
- Educar en prácticas sexuales más seguras.
- Educar en un consumo de drogas más seguro

### Tratamiento:

La adicción a los opioides se puede tratar de muy diversas maneras. Como ya se ha señalado, algunas se enmarcan en la reducción de daños, mientras que otras se orientan a la abstinencia, precisando para ello que se erradique el consumo de sustancias. Sin embargo, la mayoría de los objetivos de tratamiento de los dependientes de opioides son idénticos, pese al enfoque de tratamiento que se adopte. Dichos objetivos incluyen: reducción de la dependencia de opioides de la persona; reducción de daños asociados, medida por la disminución de las tasas de morbilidad y mortalidad; reducción de las tasas de transmisión de enfermedades infecciosas; mejora de la salud física y mental; reducción de las conductas y las actividades delictivas y facilitación de la reintegración de éxito en la comunidad en función de la situación laboral, la educación, la vivienda y la vida social (Weekes et al., 2007).

El listado anterior reúne los objetivos generales del tratamiento de la dependencia de opioides. Es importante señalar que no todos los pacientes pueden alcanzarlos en su totalidad, puesto que depende de su situación personal. Todos los tratamientos deben centrarse siempre en el paciente. La enfermera y otros profesionales sanitarios deben colaborar con cada paciente para fijar objetivos personales a corto y largo plazo según sus necesidades, valores, creencias y preferencias únicos y concretos. Los tratamientos disponibles para la dependencia de opioides incluyen desintoxicación, naltrexona, buprenorfina, TMM y otras terapias de sustitución de opioides. Como método de tratamiento, la desintoxicación de opioides tiene por meta erradicar su consumo. Puede abarcar el uso de metadona u otras terapias farmacológicas para tratar los síntomas del síndrome de abstinencia, mientras el paciente elimina, al mismo tiempo, la dependencia que tiene su organismo del opioide. El fin principal de la desintoxicación es reducir los síntomas del síndrome de abstinencia hasta que el paciente se acostumbre a estar limpio.

Los programas de sustitución están diseñados para cambiar el opioide elegido por el paciente por una sustancia a cuyo consumo se asocia un riesgo menor. Asimismo, estos programas abogan por un cambio de vía, a menudo de inyección a consumo oral. En un análisis sistemático publicado por Gowing, Farrell, Boremann y Ali (2004), se halló que el tratamiento de sustitución dirigido a consumidores de opioides por vía intravenosa reducía las conductas relacionadas con las drogas con un elevado riesgo de transmisión del VIH, pero apenas repercutía en las prácticas sexuales de riesgo. La falta de estudios controlados y aleatorios limita el nivel de evidencia que presenta esta revisión, pero las conclusiones concuerdan con análisis sistemáticos anteriores. Gracias a su número y posición sin igual en el sistema sanitario, las enfermeras se hallan en una situación ideal para recomendar la sustitución oral a los usuarios de opioides por vía intravenosa, basándose en las conclusiones de la investigación constante.

### Metadona:

La metadona tiene dos fines independientes: el manejo del dolor crónico y la gestión de la adicción a los opioides. A efectos del presente documento, se estudiará únicamente la metadona y su uso como terapia de sustitución para la adicción de opioides. El TMM como terapia de sustitución y mantenimiento se asocia a los pronósticos más positivos en lo que respecta a la dependencia de opioides. Se considera el patrón oro en el tratamiento de personas dependientes a opioides (Thomas, 2005) y es sumamente efectiva en la reducción de los costes asociados a dicha adicción (Weekes et al., 2007), rebajando los índices de consumo de opioides y reduciendo los efectos perjudiciales asociados para la salud mediante la prevención secundaria de enfermedades (por ejemplo, VIH y VHC), así como disminuyendo la implicación en actividades delictivas (Kerr et al., 2004).

La metadona es un opioide sintético de acción prolongada que se asocia a los receptores de opioides del organismo. Como agonista que es, es capaz de reducir de forma significativa la incidencia del síndrome de abstinencia y de apetencia que se asocia a la dependencia de los mismos (Thomas, 2005). Puesto que la metadona es un fármaco de acción prolongada, no provoca euforia, factor que contribuye a reducir la tasa de recaída (CPSO, 2005; Thomas, 2005). La metadona posee una vida media prolongada y, por lo general, basta con que se administre una vez al día (normalmente mezclada con una bebida y por vía oral). Sin embargo, debido a su naturaleza de agonista total de los opioides, la sobredosis es una

cuestión importante a tener en cuenta en términos de seguridad (Mattick, Kimber, Breen & Davoli, 2005). Todas las dosificaciones deben ser específicas para cada paciente con el fin de reducir sus efectos de depresión respiratoria y sedación. Además, han de tenerse en cuenta diversos peligros referentes al desvío y a la ingestión accidental de la metadona o a su consumo indebido en pacientes que no están en TMM o personas que no son dependientes de opioides.

La buprenorfina se considera a menudo una alternativa a la metadona en las terapias de mantenimiento. Un análisis sistemático y una valoración económica realizada por Connock et al. (2007) puso de manifiesto que tanto el TMM como el tratamiento de mantenimiento con buprenorfina (TMB) eran clínicamente más eficaces para reducir los daños y mejorar la salud que la ausencia de tratamiento de los dependientes de opioides. Sin embargo, también concluyó que la TMM era más rentable y presentaba unas tasas superiores de continuidad del tratamiento.

### Tratamiento de mantenimiento con metadona:

El TMM es más que la administración única diaria de metadona a los pacientes. Lo ideal es que combine diversos servicios integrales para prestar una atención holística a los pacientes. La disponibilidad de unos servicios integrales que satisfagan la amplia gama de necesidades de los pacientes se ha asociado a la mejora del pronóstico del tratamiento y de la calidad de vida (Health Canada, 2002). El enfoque interdisciplinar garantiza dichos servicios, así como la orientación, la inserción laboral, la educación, los servicios de vivienda y el acceso a los servicios sanitarios necesarios como la atención perinatal y la promoción de la salud.

Los resultados óptimos se logran cuando se sigue un tratamiento a largo plazo, pudiendo oscilar de meses a años e incluso, en algunos casos, puede que el paciente deba consumirla durante toda la vida (Kerr et al., 2004). El trabajo continuo con los pacientes para fijar sus objetivos y necesidades en lo referente al tratamiento a largo plazo es fundamental. Promover la autonomía del paciente y su participación en la toma de decisiones en cuanto a la planificación del tratamiento (Tabla 2) (Health Care, 2002) puede contribuir a que no abandone la terapia.

### Tabla 2: Resultado deseado del TMM como estrategia de reducción de daños

(Hart, 2007; equipo de desarrollo de la RNAO, 2009)

- Reducción del consumo indebido de drogas.
- Mejora de la productividad y de la salud social.
- Mejora de la calidad de vida.
- Retención en los programas de tratamiento.
- Reducción del intercambio de jeringuillas con un menor riesgo de enfermedades infecciosas.
- Reducción de la delincuencia.
- Disminución del riesgo de fallecimiento por sobredosis.
- Mejora del pronóstico de los embarazos.

## Importancia en enfermería: justificación

A menudo las enfermeras son el primer contacto de la persona con el sistema sanitario. No tienen por qué trabajar directamente en centros de adicciones o comunitarios para toparse con pacientes en TMM. Por lo tanto, es fundamental que conozcan tanto éste tratamiento como otras opciones para tratar el abuso de sustancias en todos los entornos sanitarios. Asimismo, deben ser capaces de reconocer los signos y síntomas de abuso y dependencia de sustancias y sentirse cómodas abordando el tema de las adicciones y otras cuestiones afines con los pacientes para prestar apoyo. Además, es importante entender que cada persona vive su adicción y su estigma de manera distinta. La atención prestada a una persona en TMM debe girar en torno a una relación terapéutica centrada en el paciente, que le respete y reconozca su autonomía en la toma de decisiones referentes al tratamiento y a los objetivos del mismo. Para más información, las enfermeras deberán remitirse las Guías de buenas prácticas de la RNAO *Establecimiento de la relación terapéutica* (revised) (RNAO, 2006b) y *Atención orientada al paciente* (revisado) (RNAO, 2006a). Conocer el TMM y la complejidad de la dependencia a opioides permitirá a las enfermeras mejorar su práctica y garantizar que todos los pacientes reciben una atención adecuada de índole holística.

## Recomendaciones para la práctica

### RECOMENDACIÓN 1

Las enfermeras incorporan conocimientos y capacidades específicas sobre adicciones en su práctica diaria.  
Evidencia de Tipo IV

### Discusión de la evidencia:

Los servicios de salud mental y adicciones suelen funcionar como sistemas independientes en todo el país. Muchos de los que acceden a la asistencia sanitaria tanto en entornos hospitalarios como comunitarios presentan problemas de salud mental o consumo de sustancia simultáneos (Currie et al., 2005; George, 2007). Por lo tanto, en el marco de la atención holística y de los trastornos concomitantes, es fundamental que las enfermeras posean conocimientos y competencias en sendas cuestiones. Las enfermeras, con independencia del entorno en el que trabajen, han de sopesar el consumo indebido de sustancias cuando realizan una valoración general del paciente.

Las enfermeras deben conocer la diferencia entre los síntomas de salud mental relacionados con las adicciones y el síndrome de abstinencia y los síntomas psiquiátricos fruto de enfermedades mentales sin que haya consumo de sustancias. Por ejemplo, tienen que ser capaces de diferenciar entre los síntomas psiquiátricos y el estado clínico, como los cuadros depresivos con ansiedad de los cuadros depresivos con tendencias suicidas (Maremmani et al., 2007). Asimismo, han de ser capaces de identificar el deterioro por sustancias y los síntomas propios del síndrome de abstinencia además de los síntomas psiquiátricos resultantes del consumo. Sin embargo, la formación de enfermería presenta una gran laguna en el ámbito de la salud mental y las adicciones, incluido el TMM: “las enfermeras tienden a aprender trabajando” (Clancy, Oyefeso & Chodse, 2002).

La Asociación Internacional de Enfermeras especializadas en Adicciones (en adelante, International Nurses Society on Addictions o IntNSA, por su nombre y siglas en inglés) imparte formación en materia de adicciones que se traduce en una titulación de la enfermera como “Enfermera universitaria certificada en adicciones” (Certified Addictions Registered Nurse o CARN, por su nombre y siglas en inglés) o Enfermera de práctica avanzada (CARN-AP, por sus siglas en inglés). Para más información sobre estos cursos, véase la página web de la IntNSA ([www.intnsa.org](http://www.intnsa.org)). Se recomienda al personal especializado en enfermería de las adicciones que adquiera los conocimientos y competencias para prestar una atención profesional avanzada en este ámbito (International Nurses Society on Addictions, 2006).

## CUADRO DE PRÁCTICA:

Realización por parte de la enfermera de una valoración general de los pacientes con consumo indebido de sustancias:

- Valoración física de todos los sistemas orgánicos en busca de signos de:
  - deterioro;
  - intoxicación; y
  - síndrome de abstinencia
  
- Historial exhaustivo de consumo de sustancias:
  - incluye una lista de medicamentos sujetos a receta y de venta libre, suplementos a base de plantas, etc, y consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias;
  - si se sigue medicación adicional, la enfermera procederá a su cuantificación (cantidad, frecuencia, vía, última toma); y
  - alergias a medicamentos.

## VIÑETA CLÍNICA:

**Situación:** John, varón de 45 años de edad, ingresa en una unidad médica de un gran centro urbano con una hemorragia gastrointestinal. Cuando ingresa, se queja de dolor de estómago y espalda. Presenta una lesión dorsolumbar anterior. John lleva dos años en un programa de TMM.

**Reflexión de la enfermera:** La enfermera entiende que John tendrá que estar en contacto con el equipo de adicciones y que la gestión del dolor será una de las primeras cuestiones que deberán atenderse. La enfermera es consciente de que puede que John sufra dolor agudo y crónico.

**Respuesta de la enfermera:** La enfermera sabe que las hemorragias gastrointestinales pueden deberse a múltiples factores. Por ello, responde primero a las quejas físicas que presenta John y realiza una valoración integral. Como parte de la valoración, elabora también un historial de consumo de sustancias, incluida la búsqueda de signos de deterioro, intoxicación o síndrome de abstinencia. Asimismo, como parte de este proceso, explora cuestiones pasadas y actuales referentes al dolor agudo y crónico y su gestión del mismo, incluida su experiencia en el programa de TMM.

## RECOMENDACIÓN 1a

a) Las enfermeras incorporan conocimientos de salud maternoinfantil relacionados con el consumo de opioides. Evidencia de Tipo IV

### Discusión de la evidencia:

El Centro de Adicción y Salud Mental (en adelante, Centre for Addictions and Mental Health, por su nombre en inglés) en la guía de tratamiento con metadona titulada *Methadone Maintenance: A Pharmacist's Guide to Treatment* (Isaac, Kalvik, Janacek & Brands, 2004), indica que el consumo continuado de heroína, con sus ciclos de intoxicación y abstinencia, durante el embarazo afecta tanto a la madre como al feto causando los siguientes efectos:

- aumento del riesgo de aborto espontáneo, aborto y parto prematuro; y
- aumento del riesgo de transmisión de hepatitis vírica o VIH al bebé.

En la actualidad, el TMM es el tratamiento de referencia durante el periodo perinatal para las adictas a la heroína u otros opioides (Jansson, Choo, Velez, Schroeder, Shakleya & Huestis, 2007). Aunque la metadona traspasa la placenta, los beneficios que se asocian al TMM superan los riesgos para la madre y el feto (Isaac et al., 2004). Asimismo, reduce el consumo de opioides ilícitos, las probabilidades de muerte del feto y el riesgo de VIH y de hepatitis vírica (Jansson et al., 2007). Sus beneficios incluyen:

- la mejora de la edad gestacional;
- la mejora del peso al nacer; y
- el descenso de la mortalidad infantil.

Los conocimientos y las aptitudes de las enfermeras que trabajan con embarazadas consumidoras de opioides no deberán limitarse al paciente e incorporarán lo siguiente:

- los propios valores y creencias de la enfermera;
- las aptitudes de valoración, incluido comprender los signos y síntomas del síndrome de abstinencia;
- el equipo de asistencia social del paciente;
- un enfoque holístico de la atención;
- los principios de reducción de daños;
- los cambios físicos y motivos para ajustar la dosificación del TMM durante el embarazo;
- la gestión del dolor en el parto, nacimiento y posparto de alguien que ha consumido opioides;
- la gestión del duelo si la mujer no pretende criar al niño;
- las estrategias para facultar al paciente para que negocie con el sistema sanitario;
- los recursos para prestar atención colaborativa con otros miembros, incluidos los servicios de adicción; y
- los signos, síntomas e intervenciones en caso de síndrome de abstinencia neonatal.

Jansson et al. (2007), y Isaac, Kalvik, Janacek and Brands (2004) recomiendan que las mujeres que siguen programas de TMM den el pecho. Jansson et al. (2007) afirman concretamente que, a pesar de que los neonatos expuestos a la metadona corren un elevado riesgo de morbilidad además de dificultades neuroconductuales, se beneficiarán de la lactancia. Sin embargo, las mujeres que siguen programas de TMM presentan bajas tasas de lactancia y, con frecuencia, los profesionales sanitarios que realizan el seguimiento de los lactantes de alto riesgo se lo desaconsejan (Jansson et al., 2007). Entre los motivos alegados figuran:

- los prejuicios de quienes prestan el tratamiento;
- la escasa investigación en el ámbito del TMM y de la lactancia; y
- unas guías confusas sobre lactancia entre mujeres en TMM.

## CUADRO DE PRÁCTICA: Atención de la embarazada

En colaboración con el equipo de salud, la enfermera:

- reflexionará sobre sus propios valores y creencias;
- se pondrá en el lugar de la mujer;
- entenderá las consecuencias del síndrome de abstinencia neonatal y le transmitirá a la madre la información necesaria y oportuna;
- cuando fuere necesario, ayudará a la mujer a trabajar con las Agencias de Protección del Menor;
- entenderá la red de apoyo de la mujer;
- entenderá sus relaciones de pareja y las consecuencias si la pareja persiste en el consumo de drogas;
- evaluará la violencia y el maltrato de género (RNAO, 2005);
- utilizará el protocolo para colaborar en la prestación de la atención con los servicios de adicción;
- entablará una relación con la mujer para que le cuente “su historia” (por ejemplo, averiguar qué significa para ella el embarazo y qué planes tiene para el bebé);
- apoyará a la mujer si sufre una recaída o consume otras drogas;
- prestará apoyo continuo con un refuerzo positivo;
- garantizará que se adopten los procesos de seguimiento, por ejemplo, atención primaria y asistencia sanitaria pública;
- respaldará las prácticas de los padres, por ejemplo, lactancia, autoterapia;
- se asegurará de que se cuentan con apoyos en lo que respecta a cuantas intervenciones pueda requerir el recién nacido; y
- entenderá el control del dolor del posparto.

## VIÑETA CLÍNICA:

**Situación:** Una joven pareja va a una clínica comunitaria y solicita comenzar el tratamiento con metadona. Llevan años con la oxicodona y han estado viviendo en albergues y en la calle. La mujer cree que está de tres meses y siente que si no pide ayuda hará daño al bebé, aunque tiene miedo de que intervenga la Asociación de Ayuda al Menor (en adelante, Children's Aid Society o CAS, por su nombre y siglas en inglés).

**Reflexión de la enfermera:** La enfermera debe trabajar con la pareja para desarrollar un plan de tratamiento que aborde sus objetivos inmediatos y a largo plazo (es decir, atención prenatal, vivienda, análisis de enfermedades infecciosas, apoyo económico, empleo, orientación, servicios sociales y educación para la salud).

**Respuesta de la enfermera:** Una valoración e intervención tempranas son fundamentales para la paciente y es imperativo abordar sus preocupaciones en materia de análisis de enfermedades infecciosas, vivienda y atención prenatal. Aunque en un primer momento puede que el paciente no sea una prioridad, es importante trabajar con las dos partes de la joven pareja y recordar que son su red de apoyo mutuo. El hombre deberá comenzar simultáneamente con la metadona, si fuera posible. Lo ideal es que la estabilización inicial de las embarazadas en programas de TMM se produzca en el entorno hospitalario (CPSO, 2005; Isaac et al., 2004).

## RECOMENDACIÓN 1b

b) Las enfermeras tienen en cuenta el contexto ético, jurídico y social del programa de reducción de daños y tratamiento de la adicción.

Evidencia de Tipo IV

El Código Ético para Enfermeras (en adelante, Code of Ethics for Registered Nurses, por su nombre en inglés) se estructura en torno a siete valores principales clave para la práctica ética de la enfermería (Canadian Nurses Association, 2008):

1. Prestar una atención segura, compasiva, competente y ética.
2. Promover la salud y el bienestar.
3. Promover y respetar las decisiones informadas.
4. Preservar la dignidad.
5. Velar por la privacidad y la confidencialidad.
6. Promover la justicia.
7. Ser responsable.

En su crítica de la reducción de daños, Pauly (2008) llama la atención sobre las desigualdades sanitarias, incluidas unas tasas de morbilidad y mortalidad superiores entre las personas que presentan un consumo indebido de sustancias. Al analizar los daños desde el prisma de la justicia social, Pauly advierte que las estrategias de reducción de daños que se centran principalmente en los perjuicios directos del consumo indebido de drogas pueden no abordar los indirectos que a menudo van de su mano, por ejemplo, la carencia de vivienda, la violencia y la pobreza. Aboga por un enfoque de reducción de daños que atienda los rasgos contextuales de las vidas de quienes emplean drogas ilícitas. Por su parte, Pauly, Goldstone, McCall, Gold y Payne (2007) señalaron que si no adoptan directrices y prácticas para la reducción de daños puede entrañar graves consecuencias para la salud y el bienestar tanto de este grupo de personas como de la comunidad en general. Así pues, es incumbencia de las enfermeras propugnar enfoques de reducción de daños y directrices en materia de drogas que atiendan el conjunto de los determinantes sociales de la salud.

Para observar este enfoque, las enfermeras deberán reflexionar sobre sus propios valores, creencias y prejuicios, así como sobre cómo pueden redundar en la atención de los pacientes que solicitan tratamiento para la dependencia de opioides: es importante reconocer y admitir que puede que el paciente no acepte el tratamiento. Para fijar el mejor plan de acción, la enfermera debe ponerse en la situación del paciente (College of Nurses of Ontario, 2008c). Entender la naturaleza de las adicciones, las teorías del cambio y los marcos éticos de toma de decisiones pueden ayudarles a aceptar y respaldar a los pacientes cuando éstos realicen elecciones referentes a sus tratamientos.

### VIÑETA CLÍNICA:

**Situación:** Lisa tiene 35 años y acude a realizarse una prueba de hepatitis C en un programa de cambio de agujas en una clínica móvil donde una Enfermera de la sanidad pública ofrece orientación y realiza las pruebas. Lisa lleva más de 15 años consumiendo opiáceos, cocaína y crack y comenta que hace unas semanas abandonó el TMM porque “se sentía como si estuviera en la cárcel por tener que acudir todos los días a la clínica de tratamiento”. Ha venido a hacerse las pruebas porque ha compartido agujas y pipas de crack con su novio, con el que vive, y quien tiene hepatitis C. Tras dos intentos, la enfermera es incapaz de extraer ninguna muestra de sangre porque tiene los brazos llenos de abscesos y moratones de pincharse. Lisa informa a la enfermera que se inyecta cocaína al menos 10 veces diarias y se ofrece a sacarse sangre ella misma. Se niega a ir a un laboratorio para la extracción de sangre porque “las mujeres de allí siempre la miran como si fuera una mierda”.



### Reflexión de la enfermera:

A la enfermera le preocupa:

- el riesgo de que Lisa contraiga hepatitis B o C, VIH o Infecciones de Transmisión Sexual por compartir el material para el consumo de drogas con su compañero, que padece Hepatitis C;
- los motivos por los que Lisa ha abandonado el TMM y ha vuelto a consumir drogas ilícitas; y
- las infecciones cutáneas que sufre en los puntos de inyección.

### Respuesta de la enfermera:

Adoptando un enfoque de reducción de daños, la enfermera tiene presentes sus propios valores y creencias y acepta que Lisa imponga sus propias condiciones para solicitar atención médica para las infecciones cutáneas. La enfermera debe aceptarlo y prestarle su apoyo a Lisa cuando ésta tome sus propias decisiones en materia de tratamiento.

### La enfermera:

- adopta un enfoque sin prejuicios para valorar y orientar a Lisa;
- revisa la información sobre transmisión y prevención de hepatitis B y C, VIH e Infecciones de Transmisión Sexual (en adelante, ITS, por sus siglas en español), además de sobre sexo seguro y uso de preservativos con la paciente;
- aborda las estrategias de reducción de daños relativas a prácticas de inyección más seguras y de uso más seguro intranasal y de pipas de crack.

### La formación de Lisa debería abarcar las siguientes instrucciones:

- utilizar una nueva aguja y jeringuilla en cada inyección;
- utilizar su propio equipo para inhalar y fumar crack;
- desinfectar la aguja antes de cada uso si no se puede evitar compartirla y cómo hacerlo;
- desinfectar el punto de inyección con una gasa con alcohol, frotando alcohol, loción para después del afeitado o agua y jabón;
- esterilizar el lugar donde se cocina y las cucharas con alcohol o lejía y agua antes de cada inyección;
- mezclar las drogas con agua estéril; y
- utilizar un filtro para eliminar las impurezas de la mezcla.

### La enfermera aconseja a Lisa que no realice lo siguiente:

- incurra en prácticas sexuales que incluyan contacto con sangre o intercambio sanguíneo;
- se haga tatuajes o piercings no profesionales; o
- comparta cuchillas, cepillos de dientes, limas, cortaúñas o pendientes con nadie.

### Asimismo, la enfermera:

- informa a Lisa de cómo desechar el equipo usado y dónde obtener suministros para el consumo de droga por vía intravenosa;
- utiliza soportes visuales como parte de sus herramientas didácticas de reducción de daños para demostrar cómo y dónde inyectarse de forma segura;
- le orienta antes de la prueba de VIH y la realiza junto con las de la hepatitis B y C, sífilis, gonorrea y clamidia;
- le recomienda a Lisa que se vacune contra la hepatitis A y B, puesto que los consumidores de drogas por vía parenteral (en adelante, CDVP, por sus siglas en español) y el consumo intranasal y de pipas de crack es un factor de riesgo en las infecciones del virus de la hepatitis A y B;
- explora los obstáculos que pueden haber impedido a Lisa que continúe con su programa de TMM;
- le pregunta a Lisa si quiere que ese día el trabajador del programa de cambio de agujas le facilite algunas limpias y si le gustaría que la derivaran a un Trabajador comunitario de gestión de casos; y
- le recomienda una clínica para que le traten la infección cutánea de los brazos.

## RECOMENDACIÓN 2

Las enfermeras conocen el impacto de los determinantes sociales de la salud sobre las adicciones.

Evidencia de Tipo Ib-IV

### Discusión de la evidencia:

En reconocimiento al importante peso de los determinantes sociales de la salud en la conformación de la atención sanitaria, en 2005 nació la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la Organización Mundial de la Salud (en adelante, OMS, por sus siglas en español) con el siguiente objeto: 1) respaldar el cambio de directrices a nivel de país promoviendo modelos y prácticas que aborden con eficacia los determinantes sociales de la salud; 2) apoyar a los países a la hora de considerar la salud como un objetivo común a los que contribuyen múltiples departamentos gubernamentales y sectores de la sociedad; y 3) ayudar a crear un movimiento global sostenible de acción por la igualdad sanitaria y los determinantes sociales, aunando a gobiernos, organizaciones internacionales, instituciones dedicadas a la investigación, la sociedad y las comunidades (Public Health Agency of Canada, 2006).

Cuando las enfermeras trabajan en programas de adicciones, incluido el TMM, son testigos de cómo repercuten los determinantes sociales de la salud en el paciente y su bienestar todos los días. Las valoraciones e intervenciones de las enfermeras han de tener en cuenta los factores contextuales que influyen en la salud del paciente, incluida la vivienda, la educación y la atención en la primera infancia, el nivel de estudios, los ingresos, la situación y la seguridad laboral, las condiciones de trabajo, la seguridad alimentaria y la política social; todos estos factores favorecen la inclusión social (Health Canada, 2003) (véase Anexo C). Gracias a la buena salud y al bienestar, la gente puede participar plenamente en la sociedad.

Refiriéndose a las conclusiones de un estudio cualitativo, Wilson, McIntosh y Getty (2007) describieron que los pacientes “tocaban fondo” porque se sentían incapaces de salir del ciclo de adicción. Muchos de ellos lo habían perdido todo, incluidas las relaciones de amistad y familiares, su trabajo, su seguridad económica, su hogar y la dignidad. Para muchos, la TMM era su última esperanza. Este estudio ponía de manifiesto que la adicción puede monopolizar toda la vida del paciente.

Muchos de los pacientes que acuden a programas de TMM carecen de estabilidad de vivienda debido a sus reducidos ingresos e incluso, a menudo, son prácticamente indigentes cuando no lo son del todo (Patterson, McIntosh, Sheill & Frankish, 2007). Una vivienda segura y cómoda es fundamental para todo el mundo. Muchos defensores e investigadores de la vivienda han abogado por un modelo basado en la premisa de que “la vivienda es lo primero”. Los partidarios de este modelo aducen que debería ofrecerse vivienda independiente de inmediato para impedir que las personas sin techo se vean atrapadas en el sistema de refugio y en el ciclo de indigencia crónica. Este enfoque de promover la vivienda traslada directamente a quienes sufren enfermedades mentales graves de la calle a unidades de vivienda permanentes con unos servicios asistenciales adecuados, además de adoptar un enfoque de reducción de daños en lo que respecta a las adicciones que no exige que los inquilinos se sometan a tratamiento. Existen evidencias preliminares de que la estrategia de facilitar primero una vivienda puede surtir efecto con individuos difíciles de alojar (por ejemplo, sin techo crónicos y con adicciones graves y alteraciones concomitantes) (Patterson et al., 2007). La evidencia sugiere que las opciones que se centran primero en la vivienda aumentan las probabilidades de que los inquilinos entablen vínculos en el futuro en relación a tratamientos de salud mental, adicciones y médicos (Patterson et al., 2007).

Según Kinlock, Gordon, Schwartz y O’Grady (2006), la adicción suele ir acompañada de un nivel educativo inferior respecto de la población en general. El inicio temprano en el mundo de la delincuencia y el consumo de drogas suele producirse durante la adolescencia. Ello sugiere una desventaja asociada a las experiencias de adicción en una edad temprana, a la vez que un potencial de ingresos limitados y menos opciones de vivienda.

Además de hablar sobre su adicción, los participantes de un estudio (Wilson, McIntosh & Getty, 2007) identificaron aspectos fundamentales de la atención que las enfermeras infundían a las relaciones, utilizando para ello términos como comunicación, atención física, apoyo emocional, cuidado personal y mantenimiento de vínculos. Además, hicieron hincapié en la importancia de la amabilidad, que consideraron que redundaba en la manera en la que las enfermeras entablaban relaciones terapéuticas con los pacientes. La aceptación y la vinculación con la asistencia social se identificaron como características importantes de la atención. Por último, los participantes observaron que para las enfermeras era importante creer en ellos personalmente, así como en la metadona como opción de tratamiento.

Las pruebas de estos estudios respaldan la perspectiva de que las enfermeras tienen que poseer conocimientos y aptitudes para gestionar todos los recursos que promueven la salud. Deben ser expertas en los determinantes sociales de la salud y gozar de las aptitudes necesarias para propugnar prácticas y enfoques, velando al mismo tiempo por el equilibrio de todos los determinantes, así, por ejemplo, las enfermeras que trabajen en TMM tienen que estar al corriente de las opciones de vivienda y garantizar un sólido vínculo con las organizaciones y agencias de referencia en materia de vivienda.

### CUADRO DE PRÁCTICA:

Preguntas que sopesar en materia de determinantes de la salud al valorar al paciente:

- ¿Tiene acceso a atención sanitaria?
- ¿Qué estado de salud presenta? (enfermedades aparentes como endocarditis, VIH o hepatitis C)
- ¿Tiene una vivienda segura y estable?
- ¿Tiene acceso a alimentos (comedor comunitario, banco de alimentos)?
- ¿Tiene unos ingresos adecuados?
- ¿Qué alimenta su estrés?
- ¿Cuenta con una red social sana en la vida?
- Consideraciones sobre las primeras etapas de su vida: ¿Qué factores influyeron en ellas?

### VIÑETA CLÍNICA:

**Situación:** Deborah va a la clínica y quiere comenzar el TMM. Tiene 25 años y te cuenta parte de su trayectoria vital de consumo. Tenía 12 años cuando su padre le inyectó heroína por primera vez. Su madre falleció de sobredosis. Poco después, comenzó a consumir con regularidad. Ahora se inyecta heroína todos los días. Para costearse el hábito, ha trabajado en el mercado sexual. Esta cansada de esa vida y ve la metadona como su última esperanza. Ha estado viviendo en un fumadero de crack y está pensando ir a un albergue. Admite que no ha recibido ningún tipo de atención médica en mucho tiempo. Piensa que se “morirá” si no cambia de vida.

**Reflexión de la enfermera:** Lo primero que se le pasó a la enfermera por su cabeza fue el pasado de Deborah y cómo ha contribuido a su vida actual. La enfermera le pregunta si ha sufrido abusos y si tiene hijos o no, un compañero o una red social en la vida. Asimismo, estudia el grado de estrés que Deborah sufre y la posibilidad de suicidio.

**Respuesta de la enfermera:** Con Deborah, la enfermera empieza el proceso de valorar la seguridad de la paciente y a tramitar un alojamiento temporal. Realiza un examen físico y psicosocial, además de elaborar un historial de consumo de drogas antes del inicio del TMM. Es consciente de que Deborah necesita atención sanitaria básica y juntas deciden hacer de ello su prioridad.

## RECOMENDACIÓN 2a

Las enfermeras consideran las necesidades holísticas de un paciente como parte integral para el éxito del tratamiento.  
Evidencia de Tipo IV

### Discusión de la evidencia:

Las necesidades holísticas de un paciente forman parte indisoluble del éxito de su tratamiento, puesto que muchos de ellos experimentan problemas psicosociales y de salud. El conocimiento de la enfermera de la salud actual del paciente, de su plan de tratamiento y de su red de apoyo contribuyen, todos ellos, a su salud y bienestar. Un estudio realizado por Villeneuve, Challacombe, Strike, Myers, Fisher, Shore, Hopkings y Millson (2006) sobre la calidad de vida en materia de salud de los consumidores de opioides afirmó que, por lo general, éstos consideraban que gozaban de peor salud que la población general y que otros enfermos crónicos, pero similar a las de las personas con trastornos psiquiátricos importantes. Además, según dicho estudio, los consumidores de opioides calificaron el cambio de su salud física y mental como un parámetro importante a la hora de evaluar programas de tratamiento. Asimismo, una calificación inferior de la calidad de vida predecía enfermedades y el futuro recurso a los servicios sanitarios.

Habida cuenta del vínculo existente entre los aspectos físicos y mentales de la salud, las enfermeras han de incorporar elementos de funcionamiento físico, social y mental a sus valoraciones de los pacientes en TMM. Las Guías del College of Physicians and Surgeons of Ontario (2005) ponen de manifiesto que debería realizarse una valoración psicosocial antes de iniciar el tratamiento. Los estudios demuestran que en los pacientes que han recibido un tratamiento por abuso de sustancias con atención médica, orientación y servicios sociales frente a aquellos que recibieron el tratamiento habitual (es decir, seguimiento para concertar orientación o sesiones de derivación) se observó una importante mejoría de su estado de salud (McLellan, Weinstein, Shen, Kendig & Levine, 2005; Sorensen, Masson & Delucchi, 2006)

### CUADRO DE PRÁCTICA:

Consejos para garantizar las necesidades holísticas como parte del plan de tratamiento de los pacientes

- ¿Existe documentación de una valoración integral física y psíquica?
- ¿Existen evidencias de problemas físicos, afectivos y psicosociales relacionados con el consumo de drogas?
- ¿Qué percepción tiene el paciente de su salud?
- ¿Existe un plan de tratamiento integral para el paciente y ha colaborado éste en su diseño?
- ¿Se han incluido estrategias en el plan que aborden los determinantes de la salud que agravan el problema?
- ¿Existe un mecanismo de atención en colaboración con los servicios de salud mental (incluidos intervención de crisis; atención primaria; comunitaria; justicia y centros penitenciarios; salud pública, enfermedades infecciosas y control de enfermedades transmisibles) y otros proveedores de servicios (especialistas en vivienda, etc.)?

**VIÑETA CLÍNICA:**

**Situación:** Mayaro, varón casado de 35 años con historial de dependencia de opioides, comenzó el TMM hace cuatro semanas. En este momento, se le administran 60 mg de metadona diarios. Hoy, mientras interactúa con Mayaro en la clínica, insiste en que presenta sensación de ansiedad, inquietud y una apetencia constante de drogas. Asimismo, te comunica que le preocupa perder a sus hijos y no está seguro de dónde podrá vivir.

**Reflexión de la enfermera:** La enfermera es consciente de los síntomas clínicos y psicosociales relacionados con el síndrome de abstinencia y la intoxicación. Sin embargo, en el marco de la interacción enfermera-paciente, también sopesa lo siguiente: la función del paciente y sus actividades como padre; la descripción personal de su salud general, su angustia psicosocial, su funcionamiento social en lo que respecta a los factores físicos y emocionales de estrés, y la duración desde que comenzó el tratamiento con metadona.

**Respuesta de la enfermera:** La enfermera explora con el paciente el régimen de medicación. ¿Se ha aumentado o reducido la dosis recientemente? El paciente, ¿toma la medicación según lo prescrito? ¿Está tomando algún otro medicamento sin prescripción? ¿Está siguiendo alguna otra medicación? El paciente, ¿presenta un historial de ansiedad? ¿Cómo le afecta su situación familiar al paciente? ¿Existe algún otro factor que afecte al estrés del paciente?

**RECOMENDACIÓN 3**

Las enfermeras ejercen la práctica reflexiva para ser conscientes de manera continuada de sus percepciones actuales y futuras, sus actitudes y prejuicios, valores y creencias cuando trabajan con pacientes con adicciones (incluidos aquellos en TMM). Evidencia de Tipo IV

**Discusión de la evidencia:**

Para las enfermeras es importante examinar de manera consciente y constante sus valores, creencias y actitudes personales para promover una relación positiva y terapéutica con los pacientes y mejorar su pronóstico. Los juicios y actitudes negativos de los profesionales sanitarios perjudican a la atención que reciben los pacientes con adicciones, así como la satisfacción de la enfermera con su labor (Foster & Onyeukwu, 2003).

La literatura que se centra específicamente en los pacientes en TMM indica que las enfermeras tienen que conocer mejor las opciones y los objetivos de tratamiento, así como ser conscientes tanto de sus valores personales como del paciente y su familia para mejorar la atención que se le presta y su pronóstico (Loth, Schippers, Hart & van de Wijngaart, 2007), véase Anexo F.

## VIÑETA CLÍNICA:

**Situación:** Un hombre, con traje de negocio y bien aseado, acude a una clínica comunitaria de metadona. Durante la entrevista inicial, la enfermera se entera de que hace años le recetaron opioides para el dolor dorsolumbar crónico. Desde entonces, cada vez tiene que tomarse más pastillas para controlarlo. Ahora, las compra en la calle. Ha perdido su negocio y su matrimonio se derrumba. Tiene miedo a no poder vivir sin ellas, pero no quiere perderlo todo.

**Reflexión de la enfermera:** Las enfermeras están sensibilizadas con el dolor crónico y el consiguiente consumo de opioides. Sin embargo, a ella le ha sorprendido su adicción a los opioides y es consciente de que esa sorpresa se debe a su estereotipo de la supuesta apariencia de un adicto a estas sustancias. La enfermera se da cuenta de que tiene que aceptar la situación para realizar una valoración competente y segura, es decir, para garantizar que no da nada por sentado en lo que respecta a su línea de investigación y obviar por ello información importante, así como de que es capaz de entablar una relación de confianza basada en el respeto y que su valoración es integral.

**Respuesta de la enfermera:** La enfermera realiza una valoración en observancia de los principios de seguridad y competencia culturales, empezando por reflexionar ella misma sobre sus propias creencias y asunciones. Se preocupa de abordar sus prejuicios, de tal manera que pueda realizar una valoración completa y segura del paciente.

### RECOMENDACIÓN 3a

Las enfermeras prestan atención sanitaria rigiéndose por los principios de seguridad y competencia cultural.

Evidencia de Tipo IV

## Discusión de la evidencia:

Tanto la enfermera como el paciente incorporan a la relación terapéutica sus propios valores, creencias y actitudes fruto de su cultura. Como tal, la cultura puede tener una gran repercusión en la discusión y el encauzamiento de las cuestiones de adicción y TMM en el marco de la relación paciente-enfermera. La percepción de la enfermera y su opinión profesional y moral sobre la cultura y las adicciones influyen en la comunicación y en los aspectos holísticos de la atención, así, por ejemplo, la cultura de una persona puede infundar sentimientos como culpa y vergüenza o inducir juicios negativos sobre quienes consumen drogas ilegales. Además, la experiencia vital que tiene una persona de su 'cultura' puede predisponerle negativamente para hablar del TMM o de otras cuestiones en materia de adicciones cuando entra en contacto con el sistema sanitario.

En las relaciones terapéuticas, las diferencias culturales y de otro tipo entre enfermera y paciente *power and privilege* tiene el paciente de la atención, así como en la eficacia y la seguridad de la práctica clínica. Cuando se mantiene una perspectiva crítica de la cultura, se recomienda aplicar el concepto de 'seguridad cultural' como herramienta ética y política para ayudar a entablar conexiones entre las similitudes y diferencias y abordar las desigualdades de poder y estructurales, modificando el status quo respecto de las mismas (Browne & Varoce, 2006; Hartrick, Doane & Varcoe, 2005; Smye & Browne, 2002). (Véase más información en el Anexo B.)

## VIÑETA CLÍNICA:

**Situación:** Charlie es un varón de etnia cree de 42 años que vive en las calles de un importante centro urbano. Lleva dos años en TMM. Resultó gravemente herido cuando le atropelló un camión en un cruce hace dos semanas y están a punto de darle el alta hospitalaria: presenta cuatro costillas, una muñeca y un tobillo rotos. Eres su enfermera en la unidad de ortopedia donde se recupera y te enteras de que, cuando le den el alta, se verá en la calle. El trabajador social del hospital te informa de que se ha negado a aceptar asistencia social para poder recibir un subsidio para la vivienda.

**Reflexión de la enfermera:** La enfermera se pregunta qué le lleva a alguien a rechazar la asistencia social: quieren ayudar a Charlie, pero él no hace más que poner obstáculos. Sin embargo, cree que quizá no se fie ni de la asistencia social ni de la atención sanitaria: puede ser reacio a los servicios establecidos que generan en él sensación de dependencia y vulnerabilidad, así como una falta de control sobre su propia vida. En el contexto de la seguridad cultural, la enfermera reflexiona sobre sus propios valores, creencias y actitudes respecto de la asistencia asocial, la vivienda social y el estigma y la discriminación asociadas a grupos marginales como los nativos y las personas sin hogar. La historia de la colonización de los Pueblos de las Primeras Naciones de Canadá ha suscitado la falta de confianza de muchos nativos en los servicios establecidos. La enfermera se pregunta cómo va a recibir Charlie el tipo de seguimiento que precisa si se encuentra en la calle y cómo va a mantener el vínculo con el programa de TMM, habida cuenta de su experiencia y su punto de vista.

**Respuesta de la enfermera:** La enfermera habla con Charlie para priorizar sus necesidades. Aborda con él su plan de vida y sus perspectivas de futuro. Realiza una valoración en observancia de los principios de seguridad y competencia culturales: empieza preguntándole a Charlie si hay algo de lo que deba estar al tanto (por ejemplo, creencias sobre salud y prácticas de curación) para ayudarlo en su plan de tratamiento y antes de derivarle, etc. Aborda sus preocupaciones en materia de vivienda social e inicia el proceso de explorar con el trabajador social del hospital (en este caso, el trabajador social de enlace con las Primeras Naciones) los temas de integración en la comunidad y los servicios de asistencia financiera y social para establecer si hay alguna manera de que Charlie acceda a una vivienda que no conlleve recibir asistencia social.

### RECOMENDACIÓN 4

Las enfermeras informan a sus pacientes sobre las opciones de tratamiento disponibles para tratar la dependencia a opioides (TMM incluido) de forma constante.

Evidencia de Tipo IV

## Discusión de la evidencia:

Una parte integral de ayudar al paciente para que inicie la terapia de dependencia de opioides consiste también en informarle sobre las posibles fuentes de derivación para tratamiento de adicciones y orientación (CPSO, 2005). El College of Physicians and Surgeons of Ontario (2005) sugiere que se brinde información a los pacientes en relación con:

- la desintoxicación;
- la terapia de sustitución (metadona y buprenorfina);
- los antagonistas de los opioides;
- los programas de tratamiento basados en la abstinencia; y
- los grupos de autoayuda

### CUADRO DE PRÁCTICA: Realización de la valoración del paciente

La enfermera reflexiona sobre lo siguiente al atender al paciente:

- ¿Qué percepciones tiene?
- ¿Cuál es el historial de adicciones del paciente?
- ¿Cuál es el historial de salud mental del paciente?
- ¿Qué objetivos de tratamiento tiene el paciente?
  - Entiende las percepciones del tratamiento que tiene el paciente
- ¿Qué sabe el paciente sobre adicciones y opciones de tratamiento?
- ¿Ha solicitado tratamiento antes?
  - ¿De qué tipo de programa se trató?
  - ¿Cuál fue el resultado?
- ¿Cuál es la situación social del paciente?
  - Vivienda
  - Empleo
  - Seguridad alimentaria
  - Educación
  - Apoyo social
  - Historial delictivo
- ¿Cuáles son los obstáculos reales o percibidos para el tratamiento?
  - Culturales
  - Económicos
  - Transporte
  - Financieras y seguro
  - Emocionales
  - Psiquiátricos
  - Estigma
  - Otras adicciones

#### RECOMENDACIÓN 5

Las enfermeras tienen que ser conscientes de la eficacia del TMM como terapia de sustitución para la dependencia de opioides.

Evidencia de Tipo IV

### Discusión de la evidencia:

Una reciente revisión de Cochrane afirmaba que el TMM sigue siendo el “tratamiento mejor estudiado” para la dependencia de opioides en todo el mundo (Mattick, Breen, Kimber & Davoli, 2003). La metadona se utilizó por primera vez para la dependencia de opioides en la década de los 60 tanto en Canadá como en Estados Unidos (Isaac et al., 2004). La



investigación comenzada en este momento descubrió que el uso de la metadona como terapia de sustitución para la adicción a la heroína tenía éxito, manteniendo a los pacientes, aliviando al mismo tiempo el síndrome de abstinencia de opioides y reduciendo la apetencia. Nuevos estudios avalan la eficacia de la metadona como terapia de sustitución de la dependencia de opioides. Ningún otro tratamiento ha demostrado reducir el consumo de opioides mejor que el mantenimiento con metadona (Mattick et al., 2003).

La evidencia de ensayos clínicos aleatorios demuestra que, en los pacientes heroínomanos en TMM, se reduce la mortalidad y la morbilidad. La terapia con metadona se ha asociado a una disminución del comportamiento delictivo relativo a las dañinas consecuencias del consumo de opioides ilegales (CPSO, 2005).

La eficacia de la terapia de sustitución con metadona en la dependencia de opioides se ha demostrado de distintas maneras:

- alivio de los síntomas del síndrome de abstinencia y de la apetencia de opioides ilegales;
- mejora de las condiciones sociales del paciente;
- mejora del estado general de salud (incluida salud física y psicológica);
- reducción de las tasas de infección por VIH y hepatitis C causadas por intercambiar agujas; y
- mayor permanencia en tratamiento (frente a otros tratamientos con terapias no sustitutivas) (Isaac et al., 2004).

El éxito farmacológico de la metadona como terapia de sustitución para la dependencia de opioides puede atribuirse, en parte, a su naturaleza de acción prolongada. La metadona conserva su estabilidad en el organismo durante más tiempo que otros opioides, aumentando, así, la probabilidad de que los pacientes logren avanzar en otros aspectos de su vida (Isaac et al., 2004). Los beneficios del TMM se acentúan cuando la sustitución se acompaña de servicios adicionales. Como terapia integral, el secreto de su éxito reside en que garantiza el contacto frecuente con los servicios sanitarios y sociales como los psicosociales, psiquiátricos, médicos y de orientación. Numerosos estudios y metaanálisis avalan los beneficios en potencia de una terapia integral de TMM, entre los que se cuentan:

- la mejora de la salud mental y emocional;
- la mejora de las relaciones sociales del paciente con familiares y amigos;
- la reducción de los costes comunitarios relacionados con el recurso a los servicios sociales y la delincuencia;
- la reducción del consumo global de drogas ilegales y de la incidencia de enfermedades infecciosas;
- la reducción de la mortalidad; y
- la mejora de la salud materno-infantil de las embarazadas en TMM (Ashworth, 2005; Isaac et al., 2004; Michels, Stöver & Gerlach, 2007)

*“Mi recompensa ha sido tener la oportunidad de disfrutar de mi familia, encontrar un trabajo, gozar de buena salud en cuerpo y alma y, por una vez, tener las riendas de mi propia felicidad. He aprendido mucho sobre mí misma. Me he vuelto más agradable y más servicial para con los demás. Ahora me quiero y estoy enamorada de la vida!”*

– Margaret, 41 años, lleva 11 en tratamiento con metadona

**RECOMENDACIÓN 6**

Las enfermeras comprenderán la farmacocinética de la metadona.

Evidencia de Tipo III-IV

Farmacocinética es el término utilizado para describir el efecto físico de una sustancia (Arcangelo & Peterson, 2006). El organismo interactúa con las sustancias a través de cuatro funciones fisiológicas: la absorción, la distribución, el metabolismo y la eliminación. Por lo tanto, cuando se atiende a personas que consumen metadona, las enfermeras han de entender la manera en que cada una de estas funciones puede influir en cómo afecta a cada persona, puesto que cada uno responde de manera diferente al tratamiento. Tras una dosis oral, normalmente la metadona alcanza su concentración máxima transcurridas entre 2,5 y 4 horas, para luego disminuir gradualmente, con una vida media de aproximadamente de 15 a 30 horas (Baselt, 2000; Karch, 2008; Lugo, Satterfield & Kern 2005; Toombs & Leavitt, 2008).

**Absorción de la metadona**

La metadona es un opioide sintético de acción prolongada que se absorbe directamente desde el tracto gastrointestinal y que puede detectarse en el plasma transcurridos 30 minutos desde su administración (Toombs & Leavitt, 2008); sin embargo, las propiedades de la sustancia, la motilidad gástrica, la perfusión gastrointestinal y los niveles de pH pueden afectar a su absorción (Lugo et al., 2005). Según la persona, la biodisponibilidad (la cantidad de sustancia que alcanza el punto de acción) varía enormemente y se han registrado casos bajísimos del 41% y altísimos del 95% (Ferrari, Coccia, Bertolini & Sternieri, 2004). Por lo tanto, es importante recordar que la misma dosis no tiene el mismo efecto en dos pacientes porque la concentración en sangre variará.

**Distribución de la metadona**

Dado que la metadona es altamente liposoluble, sólo entre el 1 y el 2% permanece en el plasma, registrándose las concentraciones máximas en plasma de 2,4 a 4 horas de media tras su ingestión. Por lo tanto, el 98% de la metadona que alcanza el compartimento fundamental se adhiere enseguida a los tejidos, como los del hígado, de los riñones e incluso del cerebro (Ferrari et al., 2004). Estos tejidos actúan como reserva que puede utilizarse para mantener durante el tiempo las concentraciones plasmáticas.

Esta liposolubilidad puede provocar una lenta liberación en los tejidos, lo que, a su vez, puede conducir a una duración prolongada de su efecto, pese a una baja concentración sérica (McEvoy & Snow, 2007). Con dosis repetidas de metadona, la liberación lenta puede prolongar la duración de la acción, causando efectos depresivos respiratorios durante más tiempo que el efecto terapéutico esperado (McEvoy & Snow, 2007). Puesto que los tejidos liberan la metadona lentamente con el tiempo, su reabsorción puede durar varias semanas una vez que la persona ha dejado de tomarla.

La metadona atraviesa la placenta y se excreta a través de la leche materna (McEvoy & Snow, 2007). Lugo, Satterfield and Kern (2005) observaron que las mujeres que consumen dosis elevadas de metadona deberían abandonar la lactancia de sus hijos paulatinamente para evitar que aparezca el síndrome de abstinencia neonatal. Sin embargo, por norma general, la dosis que recibe el lactante es demasiado baja como para provocar este efecto.

**Metabolismo**

El hígado metaboliza la metadona a través del grupo de enzimas citocromo P450 (Weschules, Bain & Richeimer, 2008). vía por la que se metabolizan también otras muchas sustancias. Algunas aumentan la actividad de estas enzimas, lo que incrementaría la tasa metabólica de la metadona, mientras que otras presentan el efecto contrario e inhiben su metabolismo, lo que puede provocar toxicidad (Leavitt, Shinderman, Maxwell, Chin & Paris, 2000). Por su parte, Leavitt y sus colaboradores (2000) también explicaron que podría haber factores genéticos desconocidos que pueden alterar la

sensibilidad de la persona a la metadona, mientras que (rara vez) algunas personas presentan una elevada actividad enzimática, a los que se conocen como metabolizadores rápidos de metadona (2000).

La metadona presenta pocos metabolitos, la mayoría están inactivos o no son dañinos en potencia. El metabolito primario de la metadona, EDDP, está inactivo y su presencia en la orina es un indicador eficaz de que se cumple el programa (Isaac, et al., 2004).

### Eliminación

La metadona y sus metabolitos se excretan a través de la orina y las heces. La manera en la que el organismo se limpia de metadona varía enormemente de una persona a otra, factor que contribuye a las diferencias en la farmacocinética de cada uno. La sustancia se excreta principalmente a través de los riñones (del 16 al 60% en las primeras 24 horas). La tasa de eliminación depende del pH (a mayor acidez, mayor eliminación). Por consiguiente, la vida media de la metadona cambia según los distintos pH, al igual que su volumen de distribución (Ferrari et al., 2004). Aunque la metadona se elimina principalmente a través de la orina, a diferencia de otros opioides, no suele ser necesario ajustar las dosificaciones ante una insuficiencia renal (Toombs & Kral, 2005).

#### RECOMENDACIÓN 6a

Las enfermeras conocerán la farmacodinámica de la metadona.

Evidencia de Tipo III-IV

### Discusión de la evidencia:

El término farmacodinámica alude a los efectos de la sustancia en el organismo (respuesta de éste a la misma) (Archangelo & Peterson, 2006). Aunque la metadona se administra con un único fin, que sería el de sustituir un opioide de acción menos duradera en los casos de adicción, conlleva otros efectos que pueden ser beneficiosos o perjudiciales.

El efecto de la metadona en la función orgánica “es el resultado de la interacción entre la sustancia y la célula diana o receptor” (Wynne, Woo & Olyaei, 2007, p. 13-14) La metadona ocupa los receptores mu, kappa y delta, lo que explica sus múltiples efectos en el organismo, como la sedación, la analgesia y la euforia. La interacción con estos tres receptores provoca efectos analgésicos, mientras que cada uno de ellos por separado conlleva una serie de efectos perjudiciales no deseados.

#### Cuadro de práctica:

##### Efectos deseados de la metadona

- Reducción de los síntomas de la adicción física.
- Reducción de la apetencia

##### Posibles efectos adversos de la metadona:

- Vasodilatación periférica.
- Diaforesis, prurito, exantema, urticaria.
- Constipación, náuseas, vómitos ocasionales

- Disminución de la libido, impotencia.
  - Insomnio.
  - Edema periférico ocasional.
  - Mialgia y dolor articular, así como pesadez de brazos y piernas ocasionales
- (Isaac et al., 2004; Layson-Wolf, Goode & Small, 2002)

### RECOMENDACIÓN 6b

Las enfermeras integran sus conocimientos sobre farmacocinética y farmacodinámica en general, y de la metadona en particular, de tal manera que sean conscientes de los efectos secundarios y de las interacciones entre sustancias que puedan producirse.

Evidencia de Tipo III-IV

Está dentro de lo esperado que se necesiten de cuatro a cinco dosis para lograr estabilidad. Puede tardarse hasta una semana en conseguir dicho estado (Clark, 2008). El estado estable puede describirse como una concentración media de la sustancia en el organismo o el equilibrio entre la cantidad de sustancia que penetra en el organismo y sale del mismo (Archangelo & Peterson, 2006).

El riesgo de sobredosis durante la fase inicial es de casi siete veces superior al de los pacientes que no están en tratamiento y, en general, 98 veces superior al riesgo de aquellos pacientes cuya dosis de mantenimiento se ha estabilizado (CPSO, 2005). Los efectos secundarios asociados a la metadona pueden presentarse poco a poco. Puesto que los pacientes de programas de TMM suelen tratarse como pacientes ambulatorios con oportunidades mínimas de contacto con los profesionales sanitarios, existe el riesgo de que no se observen de manera oportuna estos efectos perjudiciales.

La metadona puede provocar sedación o depresión respiratoria. Cuando se combina con otros depresores del sistema nervioso central como el alcohol o las benzodiazepinas, este efecto puede acentuarse (Weschules, et al., 2008).

Con frecuencia, los pacientes adictos son politoxicómanos. Si bien el alcohol y las benzodiazepinas se encuentran entre las más frecuentes, existen muchas otras sustancias que presentan un efecto similar depresor del sistema nervioso central (en adelante, SNC, por sus siglas en español). Tales sustancias pueden potenciar las propiedades sedantes de la metadona, corriendo así el paciente el riesgo de sufrir una sobredosis mortal (Isaac et al., 2004).



**El uso simultáneo de alcohol, benzodiazepinas, nicotina y metadona es un cóctel muy peligroso, que puede provocar depresión respiratoria y la muerte.**

La metadona tiene el potencial de prolongar el intervalo QT. Si se combina con sustancias de efectos similares sobre dicho intervalo, el paciente presenta un riesgo mayor de sufrir una disritmia mortal como la Torsade des Pointes (College of Physicians and Surgeons of Ontario, 2005; Haddad & Anderson, 2002; Vieweg, Schneider & Wood, 2005; Weschules, et al., 2008).

Las enfermeras deben conocer los diversos medicamentos que pueden alterar la concentración biodisponible de metadona (véase Anexo D). Dichas interacciones que pueden aumentar la concentración de la metadona exponen al paciente a un riesgo de sobredosis. Cuando la interacción se manifiesta en un descenso de la concentración, el pa-

ciente corre el riesgo de experimentar síndrome de abstinencia y apetencia para consumir. De esta forma, sus síntomas pueden favorecer una recaída (véase Anexo H).

Parece ser que la nicotina interactúa con la metadona, requiriendo un incremento en la dosificación (Weschules et al., 2008). Por consiguiente, deberá vigilarse de cerca al paciente que decide dejar de fumar mientras la toma por si sufre somnolencia.

Puesto que la cocaína puede acentuar la eliminación de la metadona (Leavitt, 2005), es posible que aquellos pacientes que la han consumido indebidamente mientras tomaban metadona precisen una dosificación superior. Por el contrario, los pacientes que interrumpen dicho consumo mientras toman metadona pueden presentar un aumento de la somnolencia, pudiendo ser necesario disminuir su dosis. El consumo de cocaína conlleva el riesgo de un grave pronóstico negativo del paciente como disritmias, infartos y riesgo de embolia. Cuando se consume cocaína, el paciente puede presentar otras conductas de alto riesgo, como consumo irregular de medicamentos con prescripción (metadona, incluida).

Existen evidencias de interacciones entre la metadona y múltiples medicamentos administrados en el tratamiento del VIH. En algunos casos, la interacción se traduce en una disminución de la metadona biodisponible, mientras que en otros se produce un aumento. Deberá controlarse de cerca a los pacientes que reciban medicación para el VIH durante la fase inicial y durante la totalidad del programa en busca de síntomas constantes de intoxicación y síndrome de abstinencia.



**Se recomienda a los pacientes en TMM que no consuman zumo de pomelo, puesto que puede aumentar la concentración de metadona** (Isaac, et al., 2004; Lugo, et al., 2005).

Otros factores que afectan a su biodisponibilidad incluyen las enfermedades respiratorias y la edad. Diversos factores pueden repercutir en la concentración (Tabla 3).

**Tabla 3: Factores que afectan al riesgo de intoxicación por metadona** (Isaac et al., 2004)

- Consumo reciente o en curso de benzodiazepinas.
- Consumo de otras sustancias sedantes.
- Tolerancia inferior a los opioides.
- Consumo indebido o dependencia de alcohol.
- Edad más avanzada (mayores de 60 años).
- Enfermedad hepática grave e inestable.
- Enfermedad respiratoria (por ejemplo, EPOC, asma).
- Otras sustancias inhibidoras del metabolismo de la metadona
- Saltarse dosis disminuye la tolerancia Fase de estabilización temprana

La enfermera tiene que conocer los múltiples factores asociados al consumo de metadona (véase Tabla 4). Tiene que comprender de qué manera afecta la sustancia al organismo y viceversa. Es importante conocer toda la información pertinente referente al historial del paciente, incluidos alergias, medicación y problemas de salud presentes, pasados o concomitantes. La enfermera tiene que entender los riesgos asociados a la intoxicación y a las interacciones entre sustancias que pueden presentar teniendo en cuenta la actual lista de medicamentos. Asimismo, desempeña la función fundamental de comunicar cualquier cambio en el estado de salud del paciente al médico que receta la metadona.

**Tabla 4: Factores que afectan al TMM** (Isaac et al., 2004; Weschules et al., 2008)

- Consumo de opioides (cantidad, duración, etc.).
- Vía de consumo de opioides (oral, inhalación, parenteral).
- Politoxicomanía.
- Consumo de medicación (con receta, sin prescripción, plantas medicinales).
- Edad del paciente.
- Otras patologías (por ejemplo, enfermedad hepática o renal).
- Factores genéticos.
- Embarazo

### VIÑETA CLÍNICA:

**Situación:** Trabajas en la planta de cardiología de un hospital de cuidados intensivos. Un paciente ingresó ayer y se le han recetado 85 mg diarios de metadona. El paciente lleva más de seis meses con metadona. Asimismo, informa de que presenta un cuadro de ingesta compulsiva de alcohol, bebiéndose aproximadamente 12 cervezas al día, cuatro o cinco días a la semana, produciéndose el último episodio hace dos semanas, además de consumir frecuentemente cocaína (2 g diarios, tres o cuatro días a la semana). Se le ha diagnosticado un trastorno bipolar y toma 1.200 mg de litio al día, quetiapina 200 mg al acostarse y Clonazepam 3 mg diarios. El paciente presenta somnolencia pero se despierta. El electrocardiograma (en adelante, ECG, por sus siglas en español) muestra un intervalo QT prolongado.

¿Qué es lo preocupante?

- El paciente presenta somnolencia
- ECG anómalo: QT prolongado
- Además de la metadona, consume otras sustancias como litio, quetiapina, cocaína, alcohol y clonazepam.

### Implicaciones:

- La somnolencia puede indicar:
  - Aumento del nivel de metadona.
  - Intoxicación por litio.
  - Efecto secundario del clonazepam o del quetiapina.
  - Producto secundario de la combinación de todas las medicaciones
- Complicaciones cardíacas
  - La metadona, la cocaína y el quetiapina pueden prolongar la QT

Deberá someterse al paciente a seguimiento en busca de signos de depresión respiratoria, monitorización cardíaca del intervalo QTsi fuera posible, y ECG diario. Podrá reducirse la dosis de metadona y es importante realizar un seguimiento de la respuesta del paciente. Asimismo, deberán evaluarse las otras sustancias y disminuirse en consecuencia.

La somnolencia también puede deberse a otros factores como traumatismo craneal o diabetes. Se recomienda realizar un análisis completo de sustancias y una gasometría sanguínea, junto con un análisis de sangre normal que incluya un hemograma completo, electrolitos y niveles de litio

## VIÑETA CLÍNICA:

**Situación:** Trabajas en el triaje de una concurrida unidad de urgencias. Un paciente se acerca a registrarse y te dice que ha consumido el doble de su dosis normal de metadona. Está en la primera semana de un programa de TMM y en lugar de dársele 30 mg de metadona, se le han administrado 60 mg. Acaba de estar en la clínica y le han mandado inmediatamente al hospital para su evaluación. El paciente está consciente y orientado y le molesta tener que ir al hospital.

¿Qué es lo preocupante?

- Se le ha administrado el doble de la dosis.
- Su sistema respiratorio está comprometido.

**Implicaciones:**

- El paciente corre un alto riesgo de intoxicación; de momento no hay síntomas de sobredosis, pero el riesgo puede durar hasta cuatro días.
- Puede que el paciente no sea consciente de que está en riesgo y puede que abandone la unidad por no presentar síntomas. Puede ser complejo efectuar un seguimiento del paciente.

Este paciente se halla en una situación potencialmente peligrosa para su vida y debe vigilársele de cerca y recibir tratamiento por sobredosis durante varios días.

- Si el paciente opta por irse en contra del consejo médico, ha de informársele sobre los riesgos, los síntomas de la sobredosis y cómo indicar a sus allegados que estén atentos a los signos y síntomas que puedan surgir.

## CUADRO DE PRÁCTICA: Educación para la salud en los pacientes que empiezan con la metadona

- Recordar a los pacientes que consulten al profesional sanitario o facultativo antes de tomar cualquier producto sin prescripción, planta medicinal o suplemento dietético.
- Advertir a todos los pacientes de que mantengan informados a todos los profesionales sanitarios y al facultativo que le prescribe la metadona de todos los medicamentos y suplementos que toma.
- Animar a los pacientes a mantener informados de su dosis de metadona a todos los profesionales sanitarios prescriptores.
- Educar a los pacientes en cuanto a su medicación y a comprobar siempre las dosificaciones antes de ingerirlas.
- Informar a los pacientes de las posibles interacciones entre sustancias y de los síntomas que hay que controlar.
- Asesorar a todos los pacientes en TMM de las consecuencias negativas de consumir otras sustancias.
- Animar a los pacientes a que lleven un calendario diario (véase Anexo G).

## RECOMENDACIÓN 7

Las enfermeras se registrarán por los estándares de la práctica mediante la realización de los “8 puntos correctos”, según el caso, para garantizar la administración segura de metadona.

Evidencia de Tipo IV

### Discusión de la evidencia:

En un estudio de la función de las enfermeras en los programas terapéuticos de sustitución con metadona de toda Europa, la que se consideró más importante era la administración de la misma. El mero hecho de administrar metadona se ve frustrado por muchos factores, como puede ser los pacientes que se presentan intoxicados, tienen síndrome de abstinencia o llegan tarde a la cita (Clancy, Oyefeso & Chodse, 2002). Clancy et al. (2002) remarcan que la enfermera que administra la medicación debe mantener una actitud amable y neutra, así como entender la naturaleza de la adicción y las necesidades del paciente.

Puede que la enfermera deba administrar la metadona en diversos entornos, como hospitales, centros penitenciarios o clínicas. Cada entorno cuenta con sus propias políticas y procedimientos a los que el personal debe adherirse. En cualquier entorno, la enfermera debe garantizar que se observan los “8 puntos correctos” de la administración de la medicación (véase el “Cuadro de práctica” de la página 47). La enfermera deberá, asimismo, registrar y transmitir la información relativa a la administración de metadona para garantizar la continuidad en la atención y la seguridad del paciente. Se trata de una cuestión fundamental cuando el paciente deja de ser atendido en un entorno clínico para serlo en otro.

Además de cerciorarse de que la enfermera suministra al paciente la dosis correcta, debe asegurarse de que el paciente la tolera, puesto que una pérdida de tolerancia puede provocar una sobredosis. La Guía del College of Physicians and Surgeons of Ontario (2005) recomienda que los pacientes que lleven tres o más días saltándose las dosis no se mediquen hasta que el facultativo que se la recete realice una nueva evaluación.



**Saltarse tres dosis consecutivas puede provocar una pérdida de tolerancia.  
El facultativo que la prescribe debe evaluar de nuevo al paciente.**

La enfermera debe estar segura de la dosis y del tiempo transcurrido desde la última toma de metadona del paciente antes de administrarle la siguiente para evitar una sobredosis por pérdida de tolerancia o duplicación de la misma. Se trata de una cuestión especialmente importante si se le traslada de un centro a otro, por ejemplo, de un hospital a un centro comunitario, de un centro comunitario a uno penitenciario o de una farmacia a otra. Es vital confirmar y documentar la hora y la fecha de la última dosis para garantizar la atención y un traslado seguro.



## CUADRO DE PRÁCTICA: Administración del TMM (College of Nurses of Ontario, 2008b)

Todas las enfermeras observarán los 8 puntos correctos, según fuere oportuno, al administrarle al paciente su dosis de metadona.

1. Paciente correcto.
2. Medicación correcta.
3. Motivo correcto.
4. Dosis correcta.
5. Frecuencia correcta.
6. Vía correcta.
7. Punto correcto.
8. Momento correcto

A continuación se analizarán cinco puntos correctos a efectos del TMM. Aunque el registro no constituye un “punto correcto” de la administración de la medicación, es importante su cumplimentación tras administrar cualquier medicamento. La documentación de la administración de metadona se rige por los mismos requisitos legales que cualquier otro narcótico. Las enfermeras deben firmar todas las dosis administradas y las dosis domiciliarias. Asimismo, deberá documentarse claramente cualquier dosis frustrada e informarse al facultativo prescriptor. Es fundamental que las enfermeras sigan las directrices de la organización para la que trabajan.

### 1. Paciente correcto:

#### VIÑETA CLÍNICA:

**Situación:** “Un fin de semana estaba trabajando cuando se acercó una paciente y me dio el nombre de su hermana en lugar del suyo (las dos hermanas estaban en el mismo programa, pero la dosis de su hermana era mayor). La paciente estaba nerviosa y no tenía buen aspecto. Presentaba lagrimeo, rinorrea y pupilas dilatadas. La semana anterior le habían reducido la dosis por haberse saltado otras. La paciente afirmó que le habían robado todas sus pertenencias en un albergue y que carecía de identificación que acreditase quien era. Al final, admitió usar un nombre falso.”

**Reflexión de la enfermera:** La enfermera entiende que el comportamiento de la paciente se debe a los síntomas del síndrome de abstinencia y la urgencia desesperada de aplacarlos. El síndrome de abstinencia aumenta el riesgo de que la paciente recaiga en el consumo de drogas. Además, la paciente también ha vulnerado su contrato de tratamiento con la clínica al falsificar su identidad. La enfermera comprende la importancia de verificar la identidad de los pacientes antes de administrarles una dosis y formula las preguntas pertinentes a la paciente. Asimismo, entiende que las personas sin hogar o en viviendas marginales pueden perder su identificación y puede que no siempre sean capaces de acreditar su identidad oportunamente.

**Respuesta de la enfermera:** La enfermera consulta a otro miembro del personal que está familiarizado con la paciente para verificar su identidad. Algunas clínicas llevan un registro fotográfico de los pacientes con este fin. La enfermera le explica el riesgo de sobredosis si se le da una dosis errónea. Confirma que sufre síntomas de abstinencia y se ofrece a concertar una cita al día siguiente con el médico que le prescribe la metadona para estudiar un aumento seguro de la dosis. La enfermera le informa de los recursos comunitarios que ofrecen vivienda segura. Se ofrece derivar a la paciente a un orientador o trabajador social, puesto que ha tenido dificultades para llegar a la clínica y conseguir la metadona. No la juzga y mantiene la calma y, al hacerlo, se gana la confianza y la colaboración de la paciente. Documenta el encuentro y transmite la información al equipo para que puedan revisar con ella el contrato de tratamiento de la paciente.

### CUADRO DE PRÁCTICA: Consejos para identificar al paciente correcto

- Hasta los pacientes con los que la enfermera ha tratado en diversas ocasiones deben acreditar su nombre y apellidos y la última dosis para compararlos con la etiqueta antes de cada administración.
- Deberá destacarse o identificarse a los pacientes con nombres similares para alertar a la enfermera.
- La enfermera debe ser capaz de verificar la identidad de los pacientes con quienes no está familiarizada. Los métodos pueden incluir: documento de identidad con fotografía del paciente, comparación con un registro fotográfico de la clínica o verificación ocular de otro empleado del centro que pueda acreditar la identidad del paciente antes de administrar una dosis de metadona.
- Deberá atenderse a un paciente cada vez para garantizar que no hay distracciones. Deberá pedirse a los pacientes que esperen y permanezcan apartados para garantizar la confidencialidad.

## 2. Vía correcta:

### CUADRO DE PRÁCTICA: Consejos para hallar la vía correcta para la ingestión oral de la metadona

- La metadona se diluye siempre en un zumo de frutas de 100 cc para garantizar que se ingiere por vía oral y no se inyecta. Puede mezclarse en un volumen inferior de fluido transparente si los pacientes no pueden ingerir nada por vía oral (en adelante, NPO, por sus siglas en español) debido a motivos quirúrgicos.
- Deberá observarse al paciente en todo momento mientras se bebe la dosis.
- El paciente deberá conversar después de tomarse la dosis para garantizar que ha ingerido la medicación.
- La enfermera deberá cerciorarse de que el paciente ha consumido todo el contenido del recipiente, dejando constancia de cualquier cantidad restante que no consuma el paciente e informar al médico.
- El recipiente utilizado para dispensar la metadona deberá llenarse con agua que el paciente también deberá beberse para garantizar que se toma y se trata la dosis íntegra.
- Deberán seguirse las directrices de la institución en cuanto a observar a los internos cuando ingieren metadona.
- Por motivos de seguridad y confidencialidad, se desechará el recipiente dosificador según las directrices de la organización.

- Se aconsejará a los pacientes que tengan náuseas (sobre todo embarazadas) que se sienten y esperen en observación para asegurarse de que no vomitan la dosis. Si vomitan transcurridos menos de 30 minutos desde su consumo, el médico puede ordenar una dosis sustitutiva de entre el 25 y el 75%. Si se produce la emesis transcurridos más de 30 minutos desde el consumo, no es necesario sustituir la dosis.

### 3. Dosis correcta:

#### VIÑETA CLÍNICA:

**Situación:** “En cuanto vi a la paciente acercarse al mostrador supe que algo no iba bien. Tenía un andar inseguro. No olía a alcohol, pero arrastraba las palabras y tenía toda la cara cubierta de baba. Normalmente viene bien vestida y arreglada, pero hoy estaba desaliñada. Le transmití mis recelos a darle hoy la metadona. La paciente insistió en que se encontraba bien y que lo único que le pasaba es que había dormido mal y necesitaba descansar. Le pregunté si había tomado algo para dormir, como valium. Negó haber tomado nada, salvo la trazodona que le habían recetado. Empezó a alzar el tono de voz y a insistir más en que tenía prisa y que estábamos haciéndole perder el tiempo. Le expliqué a la paciente que no podía darle una dosis de metadona en este momento porque me preocupaba sedarla aún más y que corriese el riesgo de sobredosis. Le di la opción de que volviera después y viera a un médico. La paciente se marchó muy enfadada y dijo que estaba cansada de la metadona y que “lo olvidara”. Me sentí mal, porque parecía sentirse mejor cuando se enfadó. Al día siguiente, la paciente vino y me dio las gracias por no haberle dado la metadona ese día. Admitió haberse tomado unos valiums para dormir. Dijo que ya había tomado la misma cantidad de valium más veces, pero que nunca le había afectado tanto. Hablamos sobre la tolerancia y sobre cómo cambia con el tiempo, según la otra medicación que se esté tomando.”

**Reflexión de la enfermera:** La enfermera conocía los signos y síntomas de la intoxicación:

- Volubilidad emocional.
- Retardo motriz.
- Sedación o “nutación”.
- Pupilas mióticas.
- Habla lenta

La enfermera es consciente del riesgo de sobredosis si la paciente ha tomado otras sustancias sedantes, como benzodiazepinas o alcohol.

**Respuesta de la enfermera:** La enfermera evalúa con precisión a la paciente antes de administrarle la metadona y le pregunta por el consumo de otras sustancias cuando se percata de que está adormilada. Retiene convenientemente la dosis de metadona y se lo notifica al médico. La enfermera registra el incidente en el historial de la paciente. Después, revisa con la paciente el riesgo de sobredosis que existe cuando se mezcla metadona y benzodiazepinas. La enfermera no la juzga, conserva la calma y se muestra comprensiva, manteniendo una relación terapéutica incluso cuando le niega una dosis de metadona.

## VIÑETA CLÍNICA:

**Situación:** “Una vez tuve un paciente que intentó disminuir él mismo la metadona, no bebiéndoselo todo y dejando unos 15 cc en la botella.”

**Reflexión de la enfermera:** La enfermera sabe que no tomarse toda la metadona afecta a la tolerancia. Puede ser peligroso si, en un momento posterior, el paciente retoma el consumo de la dosis íntegra.

**Respuesta de la enfermera:** La enfermera le explica al paciente que es mucho más seguro hablar con el médico para que le evalúe si quiere reducir la metadona. Es difícil saber cuánta se ha tomado en realidad y puede ser un riesgo. Registra la cantidad no consumida en el gráfico del paciente y se lo notifica al médico.

## CUADRO DE PRÁCTICA: Consejos para garantizar que se administra la dosis correcta de metadona

- Antes de administrar la metadona, la enfermera debe realizar una evaluación precisa del paciente en busca de signos y síntomas de intoxicación.
- Si se concluye que el paciente sufre una intoxicación, deberá posponerse la toma de metadona hasta una nueva evaluación del médico. Si se han consumido otras sustancias, es más seguro denegar o postergar la administración de metadona en los pacientes intoxicados. En los adultos, la abstinencia de opioides no supone un riesgo para la vida, pero combinar metadona con otros sedantes puede serlo.
- La enfermera debe ser capaz de verificar cuándo se le dio la última dosis de metadona para administrar la siguiente de forma segura. Se trata de una cuestión fundamental cuando se traslada al paciente de un dispensario a otro.
- Si se saltan varias dosis consecutivas, la enfermera debe seguir las directrices de la clínica antes de administrar la metadona. Si se han saltado uno o dos días, las Guías del College of Physicians and Surgeons of Ontario recomiendan dar al cliente la dosis prescrita de metadona, a condición de que no presenten intoxicación alguna. Si el paciente se salta tres días consecutivos, las pautas del CPSO recomiendan que el facultativo prescriptor evalúe al paciente antes de recibir la siguiente dosis. La enfermera debe documentar las dosis obviadas y derivar a los pacientes a un médico para su evaluación cuando fuere necesario.
- La enfermera deberá contrastar con el paciente su dosis de metadona y compararla con la dosis del envase cuando comprueben su identidad.
- Deberá verificarse con el médico cualquier aumento de la dosis al margen de las Guías CPSO para cerciorarse de que no ha habido errores.

### Resumen de recomendaciones para la gestión de la primera fase de estabilización:

La dosis diaria inicial recomendada es de 10 a 30 mg.

En el caso de los siguientes grupos de pacientes, estúdiense empezar por una dosis inferior (10-20 mg):

- Personas mayores con enfermedad respiratoria de base.
- Consumidores de sedantes o de sustancias que inhiben el metabolismo de la metadona.
- Aquellos con una menor tolerancia a los opioides, por ejemplo, consumo no diario de opioides, consumo diario de codeína o consumo moderado de opioides orales.

- Aquellos de abstinencia reciente con análisis de orina negativos (iniciarse en 5-10 mg).
- Comiencese una dosis de metadona inferior si el historial o el análisis de orina sugieren consumo reciente de benzodiazepinas, alcohol u otros sedantes.

#### Resumen de recomendaciones para ajustar la dosificación durante las fases de estabilización tardía y mantenimiento:

- Sólo deberán incrementarse las dosis cuando el médico haya evaluado al paciente y determinado que presenta síntomas del síndrome de abstinencia, consumo constante de opioides o apatencia.
- Durante la fase de estabilización tardía, no deberán incrementarse las dosis en más de 5-15 mg cada tres o cuatro días. Se aconseja prestar especial atención a los pacientes de alto riesgo.
- Durante la fase de mantenimiento o si la dosis es de 80 mg o superior, no deberá incrementarse en más de 5-10 mg cada 5-14 días.
- Con la mayoría de los pacientes, la dosis óptima es de entre 50-120 mg.  
(CPSO, 2005)

#### 4. Momento correcto:

##### VIÑETA CLÍNICA:

**Situación:** “Me percaté de que una paciente había estado esperando fuera de la clínica 30 minutos antes de que la abrieran por la mañana. Estaba embarazada de 30 semanas y estaba pálida y parecía sudorosa. Cuando le preguntaron qué tal estaba, dijo que la semana pasada la dosis le había ido bien cuando vio al médico, pero que ahora se levantaba con síntomas de abstinencia que empezaban por la mañana temprano y no podía esperar a recibir la dosis.”

**Reflexión de la enfermera:** La enfermera sabe que en el último trimestre, las mujeres precisan supervisión frecuente y ajuste de la dosis de metadona porque aumenta la tasa metabólica de la misma. Puede que deba administrársele a la paciente una dosis mayor o dividida. Tradicionalmente, en el TMM la dosis se toma una vez al día; sin embargo, puede que en el caso de las embarazadas sea mejor dos dosis diarias. Asimismo, la enfermera sabe que la paciente tiene que asistir dos veces al día a la clínica, salvo que cumpla los requisitos para una toma domiciliaria de la segunda dosis. (CPSO, 2005)

**Respuesta de la enfermera:** La enfermera adelanta una cita con el médico para estudiar la posibilidad una dosis dividida.

### CUADRO DE PRÁCTICA: Consejos para garantizar que se administra la metadona en el momento correcto

- La mayoría de las clínicas o farmacias abren durante un horario concreto para recoger la metadona. Los pacientes hacen todo lo que pueden para recoger la dosis por la mañana o a una misma hora todos los días.
- A la mayoría de ellos se les da una única dosis diaria de metadona. Las pacientes embarazadas o quienes toman una medicación que acelera su metabolismo de la metadona son candidatos a recibir dos dosis diarias. Si tienen que llevarse a casa la segunda dosis, el paciente debe gozar de la bastante estabilidad para ser apto para recibir monodosis tener acceso a una farmacia o una clínica que pueda facilitarle dos dosis al día.
- En los centros penitenciarios u hospitales, administrar la metadona a primera hora reporta ventajas frente a hacerlo por la tarde, puesto que el paciente está despierto y pueden observarse síntomas de sedación excesiva durante las horas de dosis máxima.

## 5. Medicación correcta:

### CUADRO DE PRÁCTICA:

Consejos para administrar la medicación correcta

- El término “metadona” y la dosis deberán escribirse en negrita en el frasco. Sólo pueden recetar metadona médicos certificados por Health Canada (CPSO, 2005). Los médicos pueden obtener metadona temporales en entornos hospitalarios para que los pacientes que ya toman metadona puedan continuar con el TMM en el hospital.
- Para administrar y dispensar la metadona de un modo seguro, la enfermera debe estar familiarizada con la farmacocinética de la medicación y sus implicaciones, de tal manera que se garantice una práctica clínica sin riesgos.

### RECOMENDACIÓN 7a

Las enfermeras estarán informadas sobre los criterios del College of Physicians and Surgeons of Ontario en materia de tomas domiciliarias (monodosis) para reducir los daños para el cliente y la comunidad.\*\*.

Evidencia de Tipo IV

\*\* Para quienes ejercen la práctica fuera de Ontario, remítase a su jurisdicción.

## Discusión de la evidencia:

La mayoría de las muertes por metadona se producen en pacientes que no están en tratamiento en el momento del fallecimiento. En un estudio de muertes atribuidas al consumo de metadona, se concluyó que el 69% de los fallecimientos se produjo en sujetos que no se hallaban en TMM (Vormfelde & Poser, 2001). La ingesta de metadona en pacientes que no siguen un programa de mantenimiento se debe prácticamente en su totalidad al consumo desviado de monodosis.

Las tomas domiciliarias son dosis de metadona que se autoriza al paciente a llevar a casa y que se administran sin observación. La enfermera puede tener más contacto con el paciente que le médico prescriptor y, por ende, puede aportar información clínica de importancia sobre su estabilidad que puede redundar en la decisión del facultativo respecto a estas tomas domiciliarias (monodosis). Una evaluación segura del paciente deberá incluir un enfoque multidisciplinar con información de todos los miembros del equipo (véase Tabla 5).

Tabla 5: Criterios para las tomas domiciliarias (CPSO, 2005)

1. Se determina la estabilidad clínica del paciente en base a lo siguiente:
  - se descarta el consumo de sustancias y alcohol con análisis toxicológicos de orina;
  - dosis estable de metadona;
  - estabilidad emocional;
  - vivienda estable, empleo o red de apoyos estable a su alrededor; y
  - Adherencia al tratamiento con metadona y a las directrices del programa.
2. El paciente lleva al menos dos meses con metadona.
3. El paciente es capaz de almacenar la metadona de un modo seguro bajo llave.

**CUADRO DE PRÁCTICA: Consejos para administrar de un modo seguro las tomas domiciliarias de metadona** (CPSO, 2005; Isaac et al., 2004)

- Las órdenes del facultativo prescriptor deberán indicar claramente cuándo el paciente ha de consumir la bebida bajo observación en la clínica o en la farmacia y cuándo está autorizado para llevarse la medicación a casa como dosis domiciliaria.
- Los pacientes podrían disponer de un máximo de seis tomas domiciliarias semanales y de una dosis bajo supervisión, ya sea en la clínica o en la farmacia.
- A los pacientes que se presenten en el dispensario intoxicados no se les proporcionarán dosis domiciliarias y deberán ser evaluados de nuevo por el médico antes de retomarlas.
- Las tomas domiciliarias se facilitan a aquellos pacientes que gozan de estabilidad clínica y cumplen las recomendaciones de la Guía CPSO al respecto.
- Los pacientes deberán presentar una caja con cierre de seguridad infantil para transportar las dosis a casa y almacenar la medicación.
- Asimismo, las dosis domiciliarias deberán disponer de tapones de seguridad infantil.
- La enfermera deberá advertir al paciente con carácter regular de que su terapia es lo suficientemente fuerte como para matar a un niño o a un adulto.
- Los frascos de transporte vacíos deberán retornarse a la clínica para su desecho.
- Sólo podrá darse la metadona al paciente, nunca a un familiar o a un amigo.
- Las dosis de metadona de cuya entrega en casa del paciente se encarga una farmacia se consideran dosis domiciliarias y el paciente deberá gozar de estabilidad clínica y ser apto para ellas.
- El médico deberá evaluar a los pacientes cuyas tomas domiciliarias consecutivas se suspendan antes de administrar la siguiente dosis para evitar una sobredosis si existieran motivos para pensar que el paciente no se ha estado tomando la metadona.
- Deberá pedirse aleatoriamente a los pacientes con un gran número de monodosis que las traigan para confirmar que no desvían la medicación.

## VIÑETA CLÍNICA:

**Situación:** Un varón de 57 años de edad acude a la clínica para beberse su metadona del día y recoger la dosis domiciliaria del día siguiente. El paciente se presenta mucho más tarde de lo habitual, arma un escándalo y huele mucho a alcohol. Nunca antes se había personado en un estado de intoxicación.

**Reflexión de la enfermera:** La enfermera es consciente del riesgo de sobredosis cuando se administra metadona a un paciente intoxicado. Asimismo, la enfermera sabe que es mejor un enfoque amistoso, neutral y que evite la polémica cuando se trata con ellos. Además, la enfermera debe ser consciente de su propia seguridad personal y de la de los demás en la clínica cuando trate con un paciente en ese estado. El aumento del riesgo de violencia refleja el tipo de interacción que la enfermera mantiene con el paciente.

**Respuesta de la enfermera:** La enfermera debe dirigirse al cliente sin juzgarle y de manera comprensiva, por ejemplo:

- “Hoy me tienes muy preocupada.”
- “Me preocupa que hoy no sea seguro darte la metadona porque corres el riesgo de sufrir una sobredosis.”
- “Me inquieta tanto tu salud y tu seguridad que me gustaría verte mañana para darte la dosis”

La enfermera notifica al médico que se retuvieron la toma y las monodosis domiciliarias a la espera de reevaluación médica antes de reanudar las dosis para llevar. La enfermera documenta el incidente en la hoja de evolución del paciente y pide el respaldo del equipo en caso de que la interacción suba de tono, sin dejar de ser consciente de su propia seguridad.

## RECOMENDACIÓN 8

Las enfermeras sabrán interpretar los resultados de los análisis de orina para la detección de drogas y su importancia para el tratamiento del paciente de mantenimiento con metadona.

Evidencia de Tipo IV

## Discusión de la evidencia:

Los análisis de orina para la detección de drogas tienen múltiples fines. En primer lugar, se usan para garantizar que, efectivamente, el paciente está tomando la metadona según lo prescrito para evitar sobredosis. Asimismo, puede utilizarse para detectar otras sustancias con fines de orientación, para ayudar a prestar apoyo a los politoxicómanos.

El College of Physicians and Surgeons of Ontario (2005) explica que facilitar las tomas domiciliarias de metadona (monodosis) a los pacientes con muestras de orina sin trazas de sustancias son una estrategia eficaz para reducir el consumo de otras sustancias como opioides, cocaína o benzodiazepinas. Además, el CPSO alude a la importancia de utilizar análisis de orina para la detección de drogas con el fin de avalar o verificar la información que aporta el paciente sobre su propio consumo de sustancias, así como su adherencia al TMM y valorar la respuesta al tratamiento.



El College of Physicians and Surgeons of Ontario (2005) recomienda practicar los análisis de orina ya sea según un calendario aleatorio o fijo (bajo supervisión). Los análisis semanales son la norma durante el periodo de estabilización y se continúan al principio de los “privilegios domiciliarios”. Transcurridos seis meses con muestras de orina negativas o desde que el paciente goza de plenos privilegios domiciliarios, podrá pedírsele al paciente que se someta a un análisis de orina dos veces o una vez al mes, en función del “consumo comunicado por el propio paciente, de su patrón de consumo de sustancias o de su estabilidad clínica” (CPSO, 2005).

La metadona no da positivo en opioides (Kahan & Wilson, 2002). Debe solicitarse una prueba específica. La orina debería dar positivo en metadona y en metabolitos. Si sólo hay metadona sin presencia de metabolitos, deberá considerarse que se ha alterado la orina. La presencia de metabolitos indica que se está descomponiendo la metadona.

De manera ocasional, los pacientes falsifican los resultados de orina para evitar que se detecte consumo de otras sustancias o que desvíen la metadona (véase Tabla 6). Controlar la temperatura puede ayudar a identificar las muestras (Kahan & Wilson, 2002).

### Tabla 6: Ejemplos de métodos para alterar los análisis de orina para la detección de drogas

(equipo de desarrollo de la RNAO, 2009)

- Usar la orina de otra persona.
- Usar la propia orina almacenada.
- Diluir la orina, añadiendo agua a una muestra o bebiendo más agua.
- Alterar el pH de la orina, tomando antiácidos o añadiendo adulterantes.
- Presentar una muestra de orina no humana

Es importante revisar el análisis de orina con el paciente. Si se ha añadido metadona a la orina, puede ser que el paciente haya sustituido la muestra de un tercero o haya añadido metadona a la suya propia. Si el paciente está utilizando la muestra de otra persona, puede estar intentando esconder el consumo de otras sustancias. Si ha añadido metadona a su propia muestra, por lo general, significa que no ha estado tomando la metadona según lo prescrito y que correría riesgo de sobredosis si se la tomase según lo indicado.

Al examinar los resultados de los análisis de orina para la detección de drogas, es importante recordar cómo se metabolizan las distintas sustancias (véase Anexo E). Deberán valorarse los resultados de orina positivos con el paciente, puesto que existen algunos factores (como la ingestión de semillas de amapola) que pueden causar falsos positivos. Los análisis de orina son una buena manera de cribar a los pacientes en TMM; sin embargo, también es necesario mantener una charla sobre su actual consumo de sustancias.

### VIÑETA CLÍNICA:

Acabas de empezar a trabajar en una clínica de metadona y al revisar el análisis de orina para la detección de drogas con el paciente descubres que ha dado positivo en opioides, metabolitos de cocaína y metadona; el pH y la creatinina se hallan dentro de los límites normales. El paciente afirma que ha mantenido estable la dosis de metadona y que no ha consumido ningún otro opioide, pero admite haber tomado cocaína el día anterior.

¿Qué información extraes del análisis de orina?

- La orina da positivo en opioides.
- La orina da positivo en metadona.
- La orina da negativo en metabolitos de metadona.
- La orina da positivo en metabolitos de cocaína.
- La orina no parece haberse visto afectada por un gran consumo de agua.
- La orina no parece haberse visto afectada por adulterantes como adicificadores o alcalinizadores.

### Implicaciones:

- La metadona no da positivo en opioides; por lo tanto, el cliente ha consumido estas sustancias en días anteriores.
- Hay metadona presente en la orina, pero no ha sido metabolizada y es probable que se haya añadido a la muestra.
- El paciente ha consumido cocaína recientemente

### RECOMENDACIÓN 9

Las enfermeras conocerán la gestión del dolor agudo y crónico de pacientes en TMM.

Evidencia de Tipo IV

### Discusión de la evidencia:

El dolor puede clasificarse como agudo, crónico no maligno y crónico maligno. El dolor es una de las razones más frecuentes por las que los pacientes buscan asistencia médica. Por consiguiente, las enfermeras y otros profesionales de la salud deben tener formación y desarrollar las aptitudes para su evaluación y gestión, sobre todo si el paciente se halla en TMM. Las ideas erróneas de los profesionales pueden traducirse en un tratamiento inadecuado o inapropiado del dolor de los pacientes que se someten a terapias con opioides agonistas como la metadona (véase Tabla 7).

## Tabla 7: Ideas erróneas frecuentes de los profesionales de la salud cuyo resultado es el infratratamiento del dolor agudo de pacientes en TMM

(Alford, Compton & Samet, 2006; Inturrisi, 2002; Merrill, Rohodes, Deyo, Marlatt & Bradley 2002;)

1. La metadona actúa como analgésico en los pacientes con dolor agudo
  - Para tratar de forma eficaz a los pacientes en TMM, el profesional ha de conocer la farmacocinética y la farmacodinámica de la metadona. A menudo, los pacientes que reciben TMM precisan dosis superiores y más frecuencia de analgésicos opioides con el fin de controlar el dolor debido a la tolerancia cruzada a distintas medicaciones dentro de la categoría de los opioides.
2. Consumir opioides con fines analgésicos puede provocar una recaída en la adicción
  - No existen evidencias que acrediten que la exposición a los analgésicos opioides ante un dolor agudo aumente la tasa de recaída de los pacientes en TMM; de hecho, es más probable que el dolor actúe como catalizador de la recaída que la analgesia adecuada.
3. La aditividad de los analgésicos opioides y el TMM puede provocar depresión respiratoria y del SNC
  - Existe un riesgo teórico de que los analgésicos opioides provoquen depresión respiratoria y del SNC grave en pacientes en TMM; sin embargo, no parece estar demostrado clínicamente, puesto que estos efectos secundarios se toleran en seguida. Parece que el dolor agudo actúa como antagonista natural de la depresión respiratoria y del SNC relacionada con los opioides.
4. Quejarse del dolor puede verse como una manipulación para obtener medicamentos opioides o conseguir sustancias por la adicción a los opioides
  - Con frecuencia, los profesionales de la salud consideran a los pacientes dependientes de opioides exigentes cuando ingresan en el hospital con dolor agudo. Se ha observado que médicos y pacientes toxicómanos recelan mutuamente entre sí, sobre todo respecto de los medicamentos opioides. Los médicos temen que el paciente pida opioides para tratar el dolor debido a su comportamiento como adicto en lugar de a una necesidad con justificación médica; además, adolecen de la falta de un enfoque normalizado de evaluación y tratamiento del dolor y del síndrome de abstinencia de opioides.

El dolor no es meramente un síntoma físico, sino que se trata más bien del fenómeno resultante de una combinación sensorial, emocional y cognitiva. El historial previo de un paciente, así como el de su familia, de consumo de sustancias, su edad, su historial de abusos sexuales y de enfermedades psicológicas concomitantes como trastorno de déficit de atención (en adelante, TDA, por sus siglas en español), trastorno obsesivo-compulsivo (en adelante, TOC, por sus siglas en español), trastorno bipolar, etc., contribuyen, todos ellos, a cómo percibe y experimenta el paciente el dolor. No es necesario que exista una patología física para que el paciente experimente dolor: es subjetivo y no puede demostrarse objetivamente. Por lo tanto, es simple y llanamente “lo que el cliente dice que es”. Es necesario reconocerlo y abordarlo y no limitarse a descartarlo como un comportamiento para obtener sustancias. Existe controversia sobre cuándo utilizar opioides para tratar el dolor en pacientes que consumen metadona, presentan un historial de adicciones o precisan tratamiento para dolores crónicos no malignos. Véanse las consideraciones relativas al tratamiento del dolor agudo en pacientes con metadona en el Cuadro de práctica que sigue a continuación.

## CUADRO DE PRÁCTICA:

### Consideraciones en la gestión del dolor agudo de pacientes de metadona

#### Cuestiones sobre el tratamiento de adicciones:

- Reafirmar al paciente de que su historial de adicción no es impedimento para una gestión del dolor adecuada. Preguntar a todos los clientes por norma su historial y consumo facilita un enfoque sin prejuicios.
- Antes de tratar el dolor, deberá notificarse al profesional que dispensa la metadona y confirmar la última dosis de ésta.
- Deberán notificarse el ingreso y el alta hospitalarios a quien prescribe la metadona para que pueda continuarse el tratamiento con la dosis actual. Se trata de una cuestión fundamentalmente de prudencia si el alta se da en un fin de semana cuando puede ser difícil localizar al facultativo que la prescribe para que redacte una autorización para recoger la metadona en el ámbito comunitario. Lo ideal es que se concierte una cita al paciente lo antes posible tras el alta con quien le receta la metadona.
- Se notificará al profesional que administra la metadona cualquier prescripción que se haya recetado en el hospital, como benzodiazepinas u opioides, y si deben continuarse, puesto que aparecerán en los exámenes toxicológicos rutinarios de orina.
- Si al paciente se le recetan opioides con el alta, deberá notificarse al proveedor de metadona y dispensarse la medicación de la misma manera que con la prescripción de metadona, por ejemplo, si el paciente acude a la farmacia a diario a por la metadona, deberá hacerse lo mismo con la medicación para el dolor.

#### Consejos sobre cuestiones referentes a la gestión del dolor en el hospital:

- Tranquilizar al paciente abordando el plan de manejo del dolor sin prejuicios.
- Utilizar analgésicos convencionales, opioides incluidos, para tratar el dolor de manera agresiva.
- A menudo, la tolerancia cruzada a los opioides y la sensibilidad acentuada del paciente al dolor precisan que se administren dosis adicionales de analgésicos opioides a intervalos más frecuentes.
- Es preferible dar las órdenes de dosificación programada continuada a las órdenes según surja la necesidad.
- Evitar mezclar agonistas y antagonistas opioides, puesto que pueden precipitar el síndrome de abstinencia agudo.
- Aumentar la observación de los pacientes en tratamiento con metadona si también toman opioides adicionales por si hubiera insuficiencia respiratorias.

## VIÑETA CLÍNICA:

**Situación:** Mary, de 21 años, está embarazada de 39 semanas y ha ingresado de parto en el hospital. Lleva en metadona desde que estaba de 12 semanas. Su médico de familia se la facilita y también va un obstetra en una clínica prenatal de alto riesgo en el hospital. Está preocupada porque no pudo recoger la dosis de metadona antes de ir al hospital, porque la farmacia todavía no estaba abierta, pero está acostumbrada a tomar la metadona a las 8:00 h. Siente náuseas y dolor y no lleva bien las contracciones, que se producen cada 20 minutos. Está diaforética y agitada.

**Reflexión de la enfermera:** La enfermera sabe que Mary está experimentando síntomas de abstinencia, que se complicarán por el dolor agudo del parto y del nacimiento. Es consciente de que la dosis de mantenimiento

de Mary no va a funcionar como analgésico y que precisará que se gestione el dolor agudo; de hecho, puede que requiera una gestión más agresiva. La enfermera sabe, asimismo, que algunas de las sustancias agonista-antagonista opioides que se utilizan para controlar el dolor del parto y del nacimiento (por ejemplo, butorfanol, nubaína) están contraindicadas en las pacientes con metadona, puesto que los agonistas-antagonistas opioides pueden desencadenar el síndrome de abstinencia. La enfermera sabe que tiene que aplicar buenas técnicas de evaluación en cuanto a manejo del dolor y abordar a Mary sin prejuicios, para que no se sienta estigmatizada cuando pida medicamentos por no sobrellevar bien el parto.

**Respuesta de la enfermera:** La enfermera tranquiliza a Mary con que le conseguirá la dosis de metadona lo antes posible y de que atenderán sus necesidades de dolor agudo. Además, le asegura que la metadona no será impedimento para que reciba un control del dolor adecuado. La enfermera se pondrá en contacto con la farmacia y el proveedor de la paciente para confirmar la última dosis de metadona. Después, lo consultará con su obstetra para cerciorarse de que se obtiene y se administra la dosis de metadona lo antes posible. Asimismo, se asegurará de que se ejecuten todas las órdenes para controlar adecuadamente las náuseas y el dolor de Mary.

La gestión del dolor crónico de los pacientes en TMM es una cuestión compleja y lo mejor es que un equipo multidisciplinar experto en adicciones y especializado en gestión del dolor se encargue de ello o se le consulte (Gourlay, 2005). Como sucede con cualquier trastorno crónico, las afecciones concomitantes como enfermedades psiquiátricas, diabetes y adicciones, deben abordarse simultáneamente para lograr una gestión eficaz del dolor.

Es importante que las enfermeras y otros profesionales de la salud reconozcan el dolor crónico por las implicaciones que conlleva en tratamientos de consumo indebido de opioides. Aunque se ha investigado poco en este ámbito, existen una serie de estrategias prometedoras para mejorar el manejo de los pacientes que conviven con dolor crónico, por ejemplo, los programas de consumo indebido de sustancias que brindan atención médico-psiquiátrica integrada para abordar esta comorbilidad mejoran el pronóstico. En concreto, la adaptación de enfoques de atención gradual ofrece los mejores resultados porque están hechos a la medida de las necesidades de cada paciente individual.

Según las conclusiones de su estudio, Clark, Stoller y Brooner (2008) recomiendan, asimismo, evaluaciones que incluyan un historial exhaustivo del dolor y del consumo de sustancias previos, análisis de orina semanales de cribaje de opioides y otras sustancias y afirmación positiva a la hora de informar de los opioides prescritos por otros facultativos. Además, deberá tenerse acceso a equipos multidisciplinares de manejo del dolor que aporten su experiencia a la gestión de los retos que supone el dolor crónico en las personas que consumen indebidamente opioides.

Recursos para profundizar en el dolor crónico:

1. Gourlay, D. L., Heit, H. A., and Almahrezi, A. (2005). Universal precautions in pain medicine: A rational approach to the treatment of chronic pain. *American Academy of Pain Medicine*, (6)2, 107-112.
2. Gourlay, D. L., and Heit, H. A. (2007) Risk Management is everyone's business. *American Academy of Pain Medicine*, 8(2), 125-127.

## RECOMENDACIÓN 10

Las enfermeras derivan, monitorizan y efectúan intervenciones de promoción de la salud, cuando sea oportuno.

Evidencia de Tipo Ia-IV

### Discusión de la evidencia:

Como parte de los equipos interdisciplinarios e interprofesionales, las enfermeras deben conocer las modalidades para realizar intervenciones centradas en el paciente en materia de apoyo y supervisión y de otras intervenciones para promocionar la salud según fuere oportuno. Para mantener un enfoque centrado en el paciente y seguro desde un punto de vista cultural, también es importante explorar los conocimientos del paciente y lo que significan las diversas opciones de tratamiento.

En un estudio reciente, las funciones de enfermería consideradas más importantes en los programas de TMM fueron: administrar la metadona; observar el estado general del paciente; brindar apoyo breve y orientar. Otras actividades incluían: preparar o garantizar la seguridad de la metadona; extraer muestras de sangre; supervisar los controles de orina; actuar de enlace con otras instituciones en nombre del paciente; formar y supervisar otro personal de enfermería y en otras disciplinas (Clancy et al., 2002).

Las enfermeras pueden adoptar numerosas buenas prácticas y prácticas prometedoras en lo que respecta a su función en el ámbito de las adicciones. Se concluyó que las enfermeras que trabajan en el ámbito de la gestión de casos mejoran los vínculos con otros servicios y, aunque no se observaron evidencias concluyentes relacionadas con la disminución del consumo de sustancias, demostró un mejor pronóstico que con la psicoeducación o la orientación (Hesse, Vanderplasschen, Rapp, Broekaert & Fridell, 2007).

Además, se estableció que los pacientes cuyo caso se gestiona tendían a recurrir de nuevo a tratamientos de desintoxicación y daban menos positivos por opioides y cocaína en los análisis de orina de seguimiento semestral (Coveille, Zanis, Wenoski & Alterman, 2006). observaron que cuando las enfermeras dirigían la gestión de casos de los pacientes en TMM con dolor crónico mejoraba la atención al paciente en entornos ambulatorios, mientras que McLellan, Weinstein, Shen, Kendig y Levine (2005) concluyeron que se producía una reducción de los ingresos sólo por desintoxicación, un aumento de la rehabilitación y un incremento de la estancia media por episodio con gestión de casos clínicos.

Asimismo, las enfermeras podían recomendar el alojamiento conjunto (en lugar del cuidado estándar en la sala de neonatos) entre los recién nacidos expuestos a opioides y las madres que conservan la custodia de sus bebés cuando reciben el alta hospitalaria. En su estudio, Abrahams, Kelly, Payne, Thiessen, MacIntosh y Janssen (2007) presentaron pronósticos favorables para la reducción de la gravedad del síndrome de abstinencia neonatal cuando se adoptó el alojamiento conjunto como intervención.

Con la difusión de especialistas se puede mejorar el acceso, el pronóstico y el uso de los servicios, sobre todo cuando se prestan como parte de un enfoque multidimensional; en conjunto, el pronóstico es mejor en la terapia intensiva de pacientes ambulatorios basada en la mejora del refuerzo y del asesoramiento de expertos. En el marco de intervenciones más complejas y polifacéticas que conllevan colaboraciones con la atención primaria, educación y otros servicios, la difusión se asoció a un pronóstico de mejora de la salud, una atención más eficiente y en consonancia con las guías y un mejor uso de servicios de hospitalización. Se precisan evidencias de mejor calidad que evalúen la cuestión en todos los entornos, sobre todo en poblaciones rurales y desfavorecidas (Gruen, Weeramanthri, Knight & Bailie, 2003).

Además de su función en la prestación del tratamiento, las enfermeras desempeñan un papel importante en el diseño, el desarrollo, la gestión y la evaluación constante de los programas de TMM. Existen diversas clínicas de prestigio y programas de TMM dirigidos por enfermeras en Canadá. Las enfermeras universitarias, las auxiliares y las enfermeras de práctica avanzada, así como los investigadores en materia de enfermería son miembros valorados de los equipos de TMM (por ejemplo, Community Health Clinic, Fredericton, New Brunswick, Out'n About Clinic, St. Catherine's, Ontario).

Se ha descubierto que, al fijar objetivos realistas en la práctica diaria, las enfermeras podían convertirse en agentes activos del cambio, es decir, mejora la práctica profesional y se posibilitan los cambios en los programas con el desarrollo de nuevas funciones para las enfermeras especializadas en adicciones. Asimismo, se concluyó que el desarrollo de conocimientos estaba intrínsecamente ligado al incremento de nuevas estrategias de atencions (Loth et al., 2007).

### VIÑETA CLÍNICA:

**Situación:** Joanne, de 25 años, lleva en TMM dos años y se presenta en la clínica sin cita previa. Está llorando y se muestra extremadamente agitada y quiere ver al médico, que está totalmente ocupado con otros pacientes. Es la única mañana que los pacientes pueden ver al médico. Joanne tiene “crisis” frecuentes. Sin embargo, ha conseguido trabajar a media jornada en los últimos seis meses. Los cribajes aleatorios de sustancias han sido negativos. El recepcionista de la clínica se pregunta si Joanne está “colocada” y, al verla tan angustiada, pregunta si el médico puede hacerle un hueco en su agenda hoy.

**Reflexión de la enfermera:** La enfermera querría ver primero a Joanne para valorar sus necesidades y hacer luego una recomendación al médico. Estudiará por qué hoy Joanne se comporta así, sopesando al mismo tiempo los factores sociales o físicos pertinentes. La enfermera reconoce la importancia de transmitir a Joanne que sus problemas le importan, puesto que se entiende que Joanne ha tenido experiencias negativas anteriores con el sistema sanitario. Se le ha etiquetado de “hiperfrecuentadora” en el hospital local y se siente alienada por el personal que la atiende en dicho entorno.

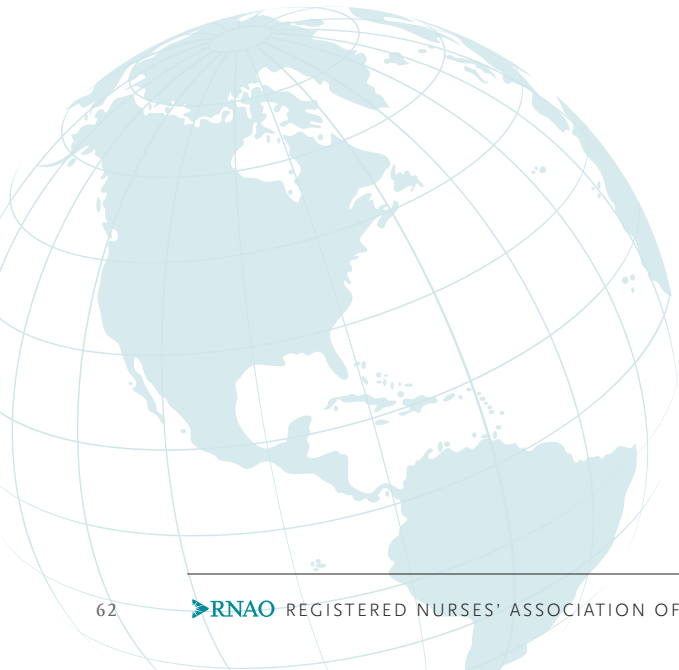
**Respuesta de la enfermera:** La enfermera lleva a Joanne a una sala tranquila, le invita a sentarse y le ofrece agua y café. Se le informa de que podrá ver al médico hoy, pero que la enfermera querría hablar con ella primero para saber qué está pasando. Se entera de que le han echado del albergue por el comportamiento de su novio. El día anterior, su novio había sido violento con otro residente y durante el mes anterior se había mostrado extremadamente abusivo con Joanne. Como resultado de ello, tenía insomnio, que también atribuía a las recientes dificultades que estaba experimentando en el trabajo con un nuevo jefe. Se sentía superada. La enfermera le pregunta a Joanne cómo lo ha sobrellevado este tiempo y qué cree que sería lo que más le ayudaría hoy. Hace una evaluación del riesgo para su seguridad y, a continuación, con ayuda de Joanne, establece el orden de prioridad de sus necesidades. Para garantizar que Joanne accede a un alojamiento seguro, como un refugio para mujeres, si fuere necesario, se realizan las derivaciones oportunas. Además, se recomienda al médico que Joanne tenga acceso a medicación para dormir durante este periodo de crisis. Antes de irse, la enfermera revisa el plan de acción con Joanne para determinar que es capaz de seguirlo.

## VIÑETA CLÍNICA:

**Situación:** Weihong es una joven chino-canadiense que emigró a Canadá con su familia cuando tenía 9 años. Hace cuatro años se le diagnosticó esquizofrenia. Ahora tiene 22 y, desde hace varios meses, atraviesa una fase subaguda de su enfermedad, tras permanecer hospitalizada durante 11 meses en un centro de la provincia, donde recibió el alta y le recetaron clozapina 300 mg por su escasa respuesta a la medicación antipsicótica. Está alienada de su familia, que le tiene “miedo”. Lleva en TMM los últimos 14 meses por consumir heroína, hábito que empezó hace unos 3 años mientras vivía en la calle (el tratamiento lo inició en la institución provincial). Weihong ha acudido a la clínica, agitada e inquieta: tiene dificultades para dormir y concentrarse. Su principal queja hoy es que ve cucarachas enormes en su edificio que le “impiden dormir por la noche”. Asimismo, añade que está segura de que hay ratas que corren por las paredes del edificio. Weihong vive en un hotel subvencionado en el centro de la ciudad. Hoy está desaliñada y va muy ligera de ropa. Afirma que no conoce a nadie donde vive e intenta quedarse dentro porque tiene miedo.

**Reflexión de la enfermera:** La enfermera decide que Weihong precisa una evaluación integral según se ha presentado hoy: le preocupa que se esté desequilibrando. Le preocupa especialmente lo agitada que está Weihong, así como su nerviosismo y su aspecto provocador. Asimismo, es consciente de que Weihong se ha aislado socialmente, puesto que el hotel donde vive tiene fama de peligroso.

**Respuesta de la enfermera:** Tras concluir la evaluación integral, es decir, determinar qué le ha estado pasando a Weihong en las últimas semanas, la enfermera establece las necesidades por orden de prioridad y elabora un plan. Weihong está de acuerdo en que necesita mudarse a un lugar “seguro” y relacionarse con otros “jóvenes”.





## Recomendaciones para la formación

### RECOMENDACIÓN 11

Las escuelas de enfermería integrarán los principios de atención a las adicciones en el programa universitario, incluido el concepto de reducción de efectos adversos.

Evidencia de Tipo IV

### Discusión de la evidencia:

En reconocimiento a la creciente preponderancia de conductas de consumo indebido de sustancias en sociedades de todo el mundo, las agencias internacionales se han afanado por formular recomendaciones que fomenten la integración del estudio de dicho consumo en los programas universitarios de enfermería y en otros de formación continuada. Un amplio elenco de organizaciones nacionales e internacionales, como la Organización Mundial de la Salud (en adelante, OMS, por sus siglas en español), el Consejo Internacional de Enfermeras (en adelante, CIE, por sus siglas en español) y el Colegio Estadounidense de Enfermería (en adelante, American College of Nursing o AACN, por su nombre y siglas en inglés) (Rassool, 2004). Pese a estas recomendaciones, es sabido que sigue existiendo una disparidad entre la creciente sensibilización del impacto social de las adicciones y las horas dedicadas a ellas en los programas académicos (Hymen, 2004). En un estudio de satisfacción personal del alumno con su experiencia educativa en el ámbito de las adicciones, Rassool y Oyefeso (2007) observaron que el aumento de la satisfacción estaba ligado posteriormente a los resultados en la práctica. Para los alumnos estudiados revestía especial importancia unas prácticas en un entorno clínico que les brindara la oportunidad de trabajar directamente con pacientes adictos.

Pese a que la evidencia avala su eficacia, con frecuencia el TMM halla resistencia en la práctica. Es un concepto que todavía adolece de falta de aceptación a nivel tanto social como institucional (Asworth, 2005; Gjersing, Butler, Capelhorn, Belcher & Matthews, 2007; Kuehn, 2005). Existen evidencias mínimas que versen sobre los profesionales sanitarios, en general, y las enfermeras, en particular, en cuanto a las secuelas de las adicciones cuando se manifiestan en el entorno clínico (Kelleher, 2007).

### RECOMENDACIÓN 11a

El programa universitario de enfermería respaldará la práctica y la formación basada en evidencias en el ámbito de las adicciones.

Evidencia de Tipo IV

### Discusión de la evidencia:

Como profesionales en el ámbito de la adicción, las enfermeras pueden influir en el pronóstico del paciente (Loth et al., 2007). Sin embargo, existe una brecha en la literatura que liga el alcance de la educación que se imparte a los estudiantes de enfermería en esta área y sus expectativas en la práctica clínica. De especial significación era la brecha de conocimiento entre las expectativas de las enfermeras respecto de su rol en el tratamiento de los pacientes en entornos clínicos donde se traten los efectos de la adicción (Hayes, 2002).

La evidencia respalda que la educación y las prácticas clínicas en entornos dedicados al tratamiento de adicciones es importante para las enfermeras, tanto en su función preventiva como de tratamiento (Rassool & Oyefeso, 2007). El aprendizaje y la práctica basada en evidencias subrayan las metodologías clave de las guías de atención. Los enfoques culturales críticos se reflejan en la capacidad de la enfermera para trabajar de forma efectiva, captar al paciente y mantenerlo en el TMM. Las enfermeras que demuestran estas habilidades mejoran eficazmente el pronóstico del paciente.

Para entender las adicciones es imprescindible reconocer la relación entre éstas y los determinantes sociales de la salud. Se trata de los condicionantes que afectan a la salud de las personas, las comunidades y la sociedad. La Asociación Canadiense de Enfermería (en adelante, Canadian Nurses Association o CNA, por su nombre y siglas en inglés) cataloga la repercusión de los siguientes determinantes como significativa para la salud de los canadienses: pobreza, desigualdad económica, estatus social, estrés, educación y atención en las primeras etapas de la vida, exclusión social, empleo y seguridad laboral, asistencia social y seguridad alimentaria (Canadian Nurses Association, 2005). Las enfermeras desempeñan una función integral en la identificación y valoración de los factores psicosociales, emocionales y ambientales que conforman la salud y la atención sanitaria.

### Cuadro de práctica: El programa universitario de enfermería debería hacerse eco de lo siguiente

(equipo de desarrollo de la RNAO, 2009)

- función de la enfermera como agente de apoyo al cambio;
- prácticas clínicas en entornos que brindan una atención especializada a los pacientes con adicciones;
- aprendizaje y práctica basados en evidencias (véanse definiciones en el Anexo B);
- perspectivas culturales críticas (véase definición en el Anexo B); y
- repercusión de los determinantes sociales de la salud en relación con las adicciones.

### RECOMENDACIÓN 12

Las enfermeras incorporarán conocimientos en materia de adicciones (TMM, incluido) a su práctica diaria y a su formación continuada.

Evidencia de Tipo IV

### Discusión de la evidencia:

Con la creciente preponderancia del consumo indebido de sustancias en nuestra sociedad y las consiguientes consecuencias sanitarias, es importante que todas las enfermeras posean conocimientos básicos sobre adicciones y su tratamiento. Todas las enfermeras en todos los entornos pueden desempeñar una función integral en identificar, apoyar y promover elecciones de vida sana para quienes corren el riesgo de caer en el consumo indebido de sustancias.

En 1998, se creó en Bristol (Inglaterra) un programa llamado Supervisión de Metadona y Equipo de Reinserción (en adelante, Supervised Methadone and Resettlement Team o SMART, por su nombre y siglas en inglés) destinado a trabajar con consumidores de opioides sin techo. Al evaluar el programa, se determinó que la enfermera era un miembro clave del equipo y que era la que más interactuaba con los pacientes, tanto como alguien a quien recurrir como defensora suya. La enfermera SMART evaluaba los aspectos sociales, afectivos, psicológicos y físicos de la vida de una persona (incluido su historial de consumo) (Mistral & Hollingworth, 2001).

Las conclusiones revelaron que se recurría con más frecuencia a intervenciones sanitarias, y que se producían antes, con la consiguiente reducción de los costes para el sistema sanitario. El equipo SMART observó mejoras en los siguientes ámbitos de la vida de los pacientes: condición física; estado psicológico; capacidad para mantener las citas; higiene personal; contacto con familiares; acceso a los servicios sanitarios disponibles; grado de delincuencia y capacidad de conseguir y conservar un alojamiento. En algunos casos, los pacientes comenzaron a asistir a programas de formación.

El estudio anterior sugiere que, para trabajar con esta población vulnerable, las enfermeras han de poseer unas habilidades sumamente desarrolladas y ser capaces de ganarse la confianza del paciente para ayudarles a cambiar su conducta y modo de vida (Mistral & Hollingworth, 2001). Según Wilson, McIntosh y Getty (2007), en el tratamiento de las adicciones no puede subestimarse la relación entre paciente y enfermera. Los pacientes afirmaron que fueron clave para ayudarles a encauzar de nuevo su vida y para que el tratamiento llegara a buen puerto. Los pacientes consideraron cruciales en ellas las siguientes características: conocimientos, habilidades, amabilidad, contacto visual, capacidad de escuchar y tomarse su tiempo para entablar relaciones individuales con ellos. Los pacientes eran más propensos a acceder y a continuar con su relación con el sistema sanitario si entablaban relaciones con profesionales de la salud positivos, de mentalidad abierta y compasivos (Wilson et al., 2007).

### CUADRO DE PRÁCTICA: Reflexión sobre cómo llevar las evidencias a la práctica

- Adquiere la costumbre de revisar la literatura científica como rutina para saber si existe información nueva que debieras incorporar a la práctica.
- Comparte tus conclusiones con el equipo para decidir si debería incorporarse la nueva información.
- Implicate en cualquier proyecto de investigación que se inicie en tu centro. La investigación puede ir desde algo tan sencillo como llevar estadísticas o pedir al paciente que cumplimente un cuestionario de satisfacción hasta algo tan complejo como estudios a gran escala financiados por agencias externas. La clave consiste en que las conclusiones sirvan para conseguir los mejores resultados posibles.
- Colabora con el paciente para alcanzar su objetivo.

### RECOMENDACIÓN 13

Las enfermeras que trabajen en este campo tendrán acceso a la educación y la formación formales para adquirir competencias y los estándares de la práctica en materia de adicciones y TMM.

Evidencia de Tipo IV

### Discusión de la evidencia:

La OMS y el CIE (1991) clasifican en términos generales las funciones de las enfermeras especializadas en adicciones en los siguientes ocho ámbitos: profesional sanitario; educadora y especialista; orientadora y terapeuta; defensora; promotora de la salud; investigadora; supervisora y líder; y asesora (Clancy et al., 2002).

Tal y como se ha señalado en la Recomendación 1, la Sociedad Internacional de Enfermeras sobre Adicciones (en adelante, International Nurses Society on Addictions o IntNSA, por nombre y siglas en inglés) (2006) recomienda que las enfermeras especializadas en adicciones desarrollen los conocimientos y habilidades necesarias para impulsar la atención profesional en este ámbito de práctica.

Las enfermeras canadienses tienen acceso al programa IntNSA; sin embargo, la CNA también está en buena posición para impartir formación en este ámbito con el fin de promover la atención profesional a las adicciones, TMM, incluido. En la actualidad, la CNA oferta titulación en 17 especialidades de enfermería, incluida enfermería especialista en psiquiatría y salud mental. La creación de una especialidad de la CNA en adicciones respaldaría la enfermera especializada en este ámbito en Canadá. Además, las Escuelas de enfermería deben impartir preparación formativa básica de tal manera que las enfermeras de acceso posean los conocimientos y las competencias para prestar atención en su práctica diaria a quienes conviven con adicciones.

La educación es un paso para garantizar que las enfermeras poseen las competencias y habilidades para trabajar en el ámbito de las adicciones y del TMM, y para responder a las necesidades de salud de las personas y sus familias (véanse recursos educativos en el Anexo J).

## Recomendaciones para la institución y directrices

### RECOMENDACIÓN 14

Las enfermeras abogan ante los responsables políticos por una mejora del acceso en la atención de adicciones y de las modalidades de tratamiento, incluido el TMM, como parte de la atención sanitaria holística y primaria de todas las poblaciones.

Evidencia de Tipo IV

### Discusión de la evidencia:

Los beneficios de acceder a diversas modalidades de tratamiento de adicciones, incluida la terapia de sustitución, se han estudiado de manera exhaustiva en muchas poblaciones. En el caso de los presos con antecedentes de adicción a la heroína previos a su ingreso en prisión, se concluyó que el TMM era eficaz para romper con el ciclo de recaídas, reincidencia y nuevo encarcelamiento y que funcionaba mejor el TMM iniciado en prisión a la orientación solamente (Kinlock, Gordon, Schwarc & O'Grady, 2006).

Según Rich, McKenzie, Shield, Wolf, Key, Poshkus y Clarke (2005), el TMM bate todos los récords en cuanto a permanencia del paciente en tratamiento contra su adicción a las sustancias. El TMM continuado durante el embarazo se asocia a una atención prenatal más temprana, la mejora del pronóstico neonatal y la reducción de la prematuridad, lo que posteriormente se traduce en un descenso de la tasa de mortalidad (Burns, Mattick, Lim & Wallace, 2006) (Burns, Mattick, Lim & Wallace, 2006).

Habida cuenta de las evidencias hasta la fecha relativas a estos positivos resultados, sería prudente que los responsables políticos incluyeran la atención y el tratamiento en la medicina general. En base a esta recomendación la Sociedad Americana de Medicina de las Adicciones (en adelante, American Society of Addiction Medicine, por su nombre inglés) (2006) se ha fijado como meta garantizar que público, médicos, organizaciones de atención sanitaria y responsables políticos reconozcan la adicción como enfermedad.

### RECOMENDACIÓN 15

Las instituciones de atención sanitaria cuentan con políticas que reflejan enfoques homogéneos en cuanto a la gestión de pacientes en tratamiento con metadona en toda la institución, incluida una coordinación fluida de traslados y altas entre unidades con los pacientes en TMM.

Evidencia de Tipo IV

## Discusión de la evidencia:

Deben prestarse opciones de evaluación y tratamiento eficaces y seguras en todo el espectro de servicios y atención. Por ejemplo, existen evidencias de que el tratamiento de sustitución oral y de manejo del VIH deberían respaldarse en los centros penitenciarios, habida cuenta de los datos que avalan la reducción de conductas relacionadas con las drogas y el elevado riesgo de transmisión del VIH asociado al consumo de drogas por vía parenteral (Choopanya et al., 2002; Gowing, Farrell, Bornemann & Ali, 2004). En mayo de 2002, el Servicio Penitenciario de Canadá (en adelante, Correctional Service of Canada o CSC, por su nombre y siglas en inglés) amplió el acceso al TMM en las cárceles federales (Sibbald, 2002). Sin embargo, las desigualdades de acceso al TMM persisten en lo que respecta a toda la oferta de opciones y servicios asociados en las instituciones federales y provinciales y entre los sistemas de justicia y atención sanitaria (véase Anexo I).

Dadas las desigualdades en salud de las poblaciones de riesgo y vulnerables y los conocidos beneficios de los enfoques de reducción de daños de las personas que conviven con problemas de consumo de sustancias, las políticas institucionales deberían respaldar: 1) la formación de los profesionales sanitarios en todas las instituciones y centros para que puedan trabajar de forma eficaz y segura con las poblaciones de riesgo y vulnerables en TMM (es decir, presos y embarazadas); 2) la adopción de enfoques y tratamientos de reducción de daños, TMM, incluido, que trasciendan los límites geográficos e institucionales y 3) las asociaciones y colaboraciones oficiales que aborden las cuestiones de los traslados y las altas.

### RECOMENDACIÓN 16

Las instituciones de atención sanitaria cuentan con mecanismos de apoyo para las enfermeras mediante programas de orientación y oportunidades constantes de desarrollo profesional en materia de adicciones y opciones de tratamiento, incluido el TMM.

Evidencia de Tipo IV

## Discusión de la evidencia:

Ofrecer programas de orientación que aborden tanto las percepciones y actitudes del personal sanitario, como la identificación y la atención de los pacientes con adicciones y las diversas opciones de tratamiento, TMM incluido, contribuirán a un entorno de trabajo positivo para la implantación de estas y otras Guías de buenas prácticas. Ofrecer dichos programas de orientación y facilitar oportunidades de desarrollo profesional pueden brindar muchos beneficios institucionales. Mantener una cohorte de enfermeras formadas en las tendencias actuales del mundo de las adicciones y en las opciones de tratamiento mejora la continuidad y la calidad global de la atención que reciben los pacientes en el seno de la institución. Además, prestar apoyo a las enfermeras de esta manera brinda oportunidades de investigación en nuevas opciones de tratamiento y puede ser de ayuda en la contratación de personal y en su conservación, inculcando en ellos un sentido de logro y de compromiso con la institución. Dado que el ámbito de las adicciones y de las opciones de tratamiento no cesa de evolucionar, las organizaciones deben reconocer, y respaldar, la necesidad de educación constante de las enfermeras y las oportunidades de desarrollo profesional como la implicación en la revisión de las políticas institucionales.

### RECOMENDACIÓN 17

Las Guías de buenas prácticas en enfermería únicamente podrán implantarse con éxito si existen unos recursos, planificación, apoyos institucionales y administrativos adecuados, así como los medios precisos. Es posible que las instituciones quieran desarrollar un plan de implantación que incluya:

- Una evaluación de la preparación institucional y los obstáculos para la formación.
- El compromiso de todos los miembros (ya desempeñen una función de apoyo directa o indirecta) que vayan a contribuir al proceso de implantación.
- La dedicación de un individuo cualificado para proporcionar el respaldo necesario a los procesos de formación e implantación.
- Oportunidades constantes de debate y formación para reforzar la importancia de las buenas prácticas.
- La oportunidad de reflexionar acerca de la propia experiencia en la implantación de las Guías, desde un punto de vista personal e institucional.

Para este propósito, un equipo de enfermeras, investigadoras y gestoras ha desarrollado la *Herramienta de Implantación de Guías de práctica clínica* basadas en la evidencia disponible, las perspectivas teóricas y el consenso. Se recomienda el uso de esta herramienta como ayuda para la implantación de la Guía de la RNAO sobre *Apoyo a pacientes en tratamiento de mantenimiento con metadona*.

Evidencia de Tipo IV

### Discusión de la evidencia:

Un paso crítico inicial para la implantación de las Guías debe ser su adopción y evaluación formal. Las organizaciones deben sopesar la manera de incorporar oficialmente las recomendaciones a adoptar a su estructura de procedimientos y directrices (Graham, Harrison, Brouwers, Davies & Dunn, 2002). La integración de la guía en las directrices y los procedimientos existentes constituiría un ejemplo de dicha adopción formal. El paso inicial sienta la base para la aceptación e integración general de la Guía en sistemas tales como el proceso de gestión de la calidad.

El compromiso de seguir qué repercusión tiene la implantación de la Guía de buenas prácticas sobre *Apoyo a pacientes en Tratamiento de Mantenimiento con Metadona* es un paso clave que debe darse si ha de existir una evaluación del impacto de la campaña asociada a su implantación. Se sugiere describir en términos medibles las recomendaciones a adoptar, así como que participe el equipo de salud en los procesos de evaluación y control de la calidad. En la página 70 se incluye una lista de indicadores de evaluación.

Las nuevas iniciativas, tales como la implantación de una Guía de buenas prácticas, requieren un liderazgo firme por parte de las enfermeras, capaces de transformar recomendaciones basadas en evidencias en útiles herramientas que ayudarán a orientar la práctica. Para este propósito, la RNAO (gracias a un equipo de enfermeras, investigadoras y gestoras) ha desarrollado la *Herramienta: Implantación de Guías de práctica clínica* (2002) basada en la evidencia disponible, las perspectivas teóricas y el consenso. Se recomienda el uso de esta. La *Herramienta* como ayuda para la implantación de la Guía de buenas prácticas de la RNAO sobre *Apoyo a pacientes en tratamiento de mantenimiento con metadonat*. En el Anexo K se incluye una descripción de la herramienta.

# Lagunas en la investigación e implicaciones futuras

El equipo de desarrollo, al revisar las evidencias para llevar a cabo la presente guía, ha identificado múltiples lagunas en la literatura científica relativas a la evaluación y la intervención de la enfermera en lo que respecta al apoyo de los pacientes en TMM.

Instituciones y enfermeras deberían participar en estudios que ayuden a comprender mejor la prestación de atención a personas con dependencia a opioides y sus problemas en los diversos entornos sanitarios.

Los puntos que se enumeran a continuación, aunque no comprenden todos los vacíos en el conocimiento al respecto, constituyen un intento de identificar y dar prioridad a las lagunas en este ámbito. Algunas de las recomendaciones de la presente guía se basan en evidencias obtenidas mediante investigación cualitativa o cuantitativa, mientras que otras se basan en el consenso o en la opinión de los expertos. En algunos ámbitos se precisa más investigación sustantiva que valide la opinión de los expertos y repercuta en conocimientos que se traduzcan en una mejora de la práctica y los pronósticos en lo que respecta al apoyo prestado a los pacientes en TMM.

**Las recomendaciones en los ámbitos de nueva investigación o actualización de la misma incluyen:**

## Enfermería especializada en adicciones en Canadá

- Papel específico de las enfermeras, si la incorporación de enfermeras a los equipos de TMM contribuye a la eficacia del programa respecto de los pacientes.
- Impacto de las funciones de Práctica avanzada en las adicciones.
- Impacto de la TMM en la seguridad de la comunidad (es decir, tomas domiciliarias, farmacias, centros de atención primaria).
- Efecto del papel de la enfermería en minimizar la repercusión del desvío de metadona.
- Impacto del conocimiento de las enfermeras sobre los determinantes sociales de la salud en los pronósticos de tratamiento de dependencia a sustancias

## Factores conducentes a la dependencia de sustancias y repercusión de la misma

- Uso indebido de las prescripciones en la población geriátrica que se traduce en adicciones.
- Estigma y discriminación relacionadas con las adicciones, TMM incluido.

## Opciones de tratamiento de dependencia a sustancias

- Tratamiento de jóvenes y adolescentes.
- Integración de los servicios de tratamiento de buprenorfina y metadona.
- Cribaje, evaluación y herramientas de medición de resultados.
- Impacto de los modelos de financiación sanitaria en la prestación del TMM.
- Problemas y pronóstico prenatal, síndrome de abstinencia neonatal, incluido.
- Impacto del TMM en niños y familias.
- TMM y población geriátrica (con concomitantes).
- Directrices sobre traslados de pacientes en TMM de un entorno a otro.
- Impacto del tratamiento psicosocial junto con el TMM en personas con enfermedades mentales y toxicomanías
- Eficacia de las visitas domiciliarias para las embarazadas toxicómanas y los sentimientos que despiertan en ellas

- El TMM en los entornos penitenciarios canadienses.
- El TMM en poblaciones de riesgo y vulnerables en Canadá.
- Impacto del apoyo social interpersonal en quienes solicitan tratamiento contra sus adicciones.
- Asociación entre estigma, discriminación y pronóstico entre los pacientes en TMM.

## Evaluación y seguimiento de la Guía

Se aconseja a las instituciones que están implantando las recomendaciones de esta Guía de buenas prácticas en enfermería, que se planteen cómo se va a realizar el seguimiento y la evaluación de la implantación y su impacto. La siguiente tabla, basada en el marco que establece la RNAO en su *Herramienta de implantación: Implantación de Guías de práctica clínica* (2002), ilustra algunos indicadores concretos para supervisar y evaluar la guía *Apoyo a pacientes en Tratamiento de Mantenimiento con Metadona*.

NIVEL DEL INDICADOR	ESTRUCTURA	PROCESO	RESULTADO
Sistema	<p>Los programas de TMM se integran en una atención sanitaria holística.</p> <p>Todas las ramas de la atención sanitaria incluyen apoyo a los pacientes en TMM.</p> <p>Existen oportunidades formativas a disposición de todos los profesionales sanitarios de las adicciones, incluido el TMM.</p> <p>En los entornos se ayuda a los profesionales sanitarios a prestar una atención segura a los pacientes.</p>	<p>Propugnación de un aumento de los permisos para recetar metadona en el equipo multidisciplinar de atención primaria</p> <p>Creación de entornos para ayudar a los profesionales sanitarios a prestar una atención segura a los pacientes.</p>	<p>Mejora del acceso a los programas de TMM para los pacientes en todo el país.</p> <p>Aumento del conocimiento, de la aceptación y del grado de apoyo en cuanto al TMM en Canadá (HC 2002, p. 82).</p> <p>Reducción de la delincuencia relacionada con los opioides</p> <p>Reducción de la lista de espera del TMM.</p>
Sistema	<p>Recursos disponibles para reducir las desigualdades entre los pacientes en TMM (colaboración e integración intersectorial de directrices y servicios).</p>	<p>Desarrollo de asociaciones entre organizaciones que prestan servicios a pacientes en TMM.</p>	<p>Aumento de la coordinación entre las organizaciones que ofrecen servicios a los pacientes en TMM (es decir, transporte, atención infantil).</p>
Sistema	<p>Programas de enfermería que integran las adicciones en el currículum académico.</p>	<p>El desarrollo de los contenidos curriculares incluye adicciones, reducción de daños y TMM.</p> <p>Diálogo entre Escuelas de enfermería y programas de TMM.</p>	<p>Inclusión del TMM en los programas educativos de enfermería.</p> <p>Aumento de las asociaciones entre las Escuelas de enfermería y los programas de TMM.</p>

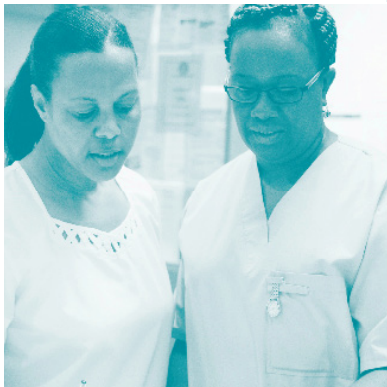


NIVEL DEL INDICADOR	ESTRUCTURA	PROCESO	RESULTADO
Sistema	Se utilizan enfoques de reducción de daños (prevención secundaria) en la planificación y prestación de todos los aspectos de la atención sanitaria.	Promover el desarrollo de la función de las enfermeras en las adicciones, práctica avanzada incluida.	<p>Descenso de la morbilidad y de la mortalidad relacionada con el uso adecuado de los tratamientos de mantenimiento con metadona.</p> <p>Mejora del acceso a atención hospitalaria de pacientes en TMM.</p> <p>Mejora del acceso a atención urgente de pacientes en TMM.</p> <p>Descenso de la morbilidad y de la mortalidad relacionada con el consumo indebido de opioides que cursa sin tratamiento.</p> <p>Aumento del número de enfermeras que trabajan en entornos de TMM con conocimiento y competencias en materia de adicciones, incluida la función de práctica avanzada.</p> <p>Aumento de la contratación y del mantenimiento de enfermeras que trabajan en adicciones y en programas de TMM.</p> <p>Aumento del número de enfermeras en TMM como:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Responsables de caso.</li> <li>■ Trabajadores sociales.</li> <li>■ Responsables de programa</li> </ul> <p>Aumento del número de solicitudes y plazas para Becas de práctica clínica avanzada (en adelante, Advanced Clinical Practice Fellowships, por su nombre en inglés) (de la RNAO) en el ámbito de las adicciones y del TMM.</p>
Institución	La institución cuenta con apoyos que permiten a las enfermeras participar en el desarrollo y en la gestión de programas de TMM.	<p>Enfermeras, colegas interdisciplinarios y pacientes intervienen en la creación de directrices.</p> <p>Desarrollo de asociaciones entre instituciones que prestan servicios a pacientes que participan en programas de TMM.</p> <p>Desarrollo de una estrategia para evaluar los cambios de la práctica que se traducen en una atención mejorada.</p> <p>Oportunidades de desarrollo para la implantación a nivel de institución de guías de buenas prácticas.</p>	<p>Evidencia de que las directrices y los procedimientos relativos a estrategias de buenas prácticas son coherentes con esta Guía.</p> <p>Evidencia de que las directrices y prácticas reflejan el reconocimiento del consumo indebido de opioides como trastorno crónico, el TMM como opción de tratamiento y el apoyo institucional contra el estigma y la discriminación.</p> <p>Mejora de la colaboración entre organizaciones.</p> <p>Procedimientos de derivación entre agencias en vigor, por ejemplo, entre unidades hospitalarias y clínicas ambulatorias, centros penitenciarios y la comunidad, etc.</p> <p>Proceso de evaluación en vigor que examina los resultados como: procesos de derivación; procesos de TI; variaciones de la medicación.</p> <p>Evidencia de mejora del resultado de la atención del paciente en relación con los programas de TMM (por ejemplo, mejora de la satisfacción del paciente; mejora de la calidad de vida; perseverancia en los programas; mejora del estado de salud).</p> <p>Aumento del número de registro de solicitantes de la red de guías NURSE de la RNAO que adoptaron esta Guía.</p>

NIVEL DEL INDICADOR	ESTRUCTURA	PROCESO	RESULTADO
Cuidados de enfermería	Las competencias de enfermería relativas al TMM están definidas y documentadas.	Las enfermeras tienen acceso a oportunidades formativas.  Aumento del apoyo a los pacientes en TMM.  Las enfermeras tienen en cuenta al paciente al tomar decisiones a la hora de desarrollar planes de atención.	Las enfermeras demuestran una mejora de los conocimientos y las habilidades, así como de las competencias asociadas relacionadas con el TMM.  Inclusión del TMM en los programas formativos de enfermería, incluido control del dolor en los pacientes en TMM (agudo y crónico).  Disminución de la variación de la medicación (incidentes o incidencias) en torno al TMM.  Las enfermeras hacen gala de mejores conocimientos y capacidad para apoyar a los pacientes en TMM.
Cuidados de enfermería	Desarrollo de programas de investigación de enfermería en el ámbito del TMM y de las adicciones.	Compromiso con la difusión de conocimientos y el intercambio de actividades y estrategias.  Entablar asociaciones con programas de investigación existentes.  Integra buenas y prometedoras prácticas para determinar las maneras más eficaces de abordar las necesidades de diversos grupos de pacientes.	Número de programas de investigación en el ámbito de las adicciones y del TMM respaldados por organismos de financiación nacionales y provinciales.
Cuidados de enfermería	Existencia de oportunidades educativas relacionadas con el TMM y las adicciones.  Liderazgo de la enfermera	Desarrollo de oportunidades en TMM en cuanto a tutela y liderazgo.	Aumento del número de enfermeras responsables docentes en programas de TMM.  Aumento del porcentaje de enfermeras que asisten y finalizan sesiones formativas relacionadas con la atención para adultos que consumen indebidamente opioides.  Aumento del número de enfermeras que solicitan en programa de Becas de práctica avanzada de la RNAO centrado en el TMM.
Paciente	Programas contra la adicción basados en reducción de daños y grupos de apoyo disponibles que reflejan las diferencias (por ejemplo: idioma, orientación sexual, género, tipos de tratamiento, sustancias consumidas, etc.)	Participación en programas de TMM.  Colaboración en la planificación y la gestión de la atención	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Satisfacción del paciente con la atención recibida.</li> <li>■ Atención fluida.</li> <li>■ Mejora del estado de salud general.</li> <li>■ Mejora del compromiso y de la perseverancia de los pacientes en programas de TMM</li> </ul> <p>Morbilidad y mortalidad</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Disminución de infecciones hematógenas.</li> <li>● Disminución de las infecciones de transmisión sexual y enfermedades transmisibles.</li> <li>● Disminución de la morbilidad y mortalidad neonatal.</li> <li>● Disminución de las sobredosis.</li> <li>● Disminución de los abscesos.</li> <li>● Mejora de la satisfacción de la gestión del dolor (agudo y crónico).</li> <li>● Disminución del consumo indebido de sustancias</li> </ul>

NIVEL DEL INDICADOR	ESTRUCTURA	PROCESO	RESULTADO
Paciente (cont.)			<p>Mayor conocimiento de la seguridad en torno al TMM.</p> <p>Mejora de la gestión del dolor desde un punto de vista personal en el ámbito del dolor crónico y las adicciones.</p> <p>Mejora de la gestión del dolor desde un punto de vista personal en el ámbito del dolor agudo de los pacientes que participan en programas de TMM.</p>
Gastos financieros	Disposición de los recursos humanos y financieros adecuados de cara a la implantación de la guía	<p>Desarrollo de un proceso de evaluación para asignar los recursos.</p> <p>Creación de asociaciones y estrategias de reparto de costes.</p> <p>Creación de un proceso que incluya a los grupos de interés en cuanto a asignación de recursos.</p> <p>Coste de la educación y de otras intervenciones y recursos laborales.</p>	<p>Inversión óptima de los recursos relacionados con la atención del paciente de TMM.</p> <p>Utilización de recursos globales (identificación de las especificidades de la institución, nuevas contrataciones de personal, medicamentos, etc.).</p>

RECOMENDACIONES



## Estrategias de implantación

La Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario y el equipo de desarrollo de la guía han recopilado una lista de estrategias de implantación que sirvan de ayuda a las instituciones de atención sanitaria o a aquellas disciplinas de la salud que están interesadas en la implantación de esta guía. A continuación se recoge un resumen de las estrategias en cuestión:

- Tener al menos una persona a dedicación exclusiva, como una enfermera o una enfermera clínica, que proporcione apoyo, experiencia clínica y liderazgo. Dicha persona también debe tener una buena capacidad de comunicación interpersonal y de gestión de proyectos.
- Evaluar las necesidades institucionales relacionadas con la dependencia de opioides para identificar la base de conocimientos actuales y los requisitos educativos adicionales.
- La valoración de las necesidades iniciales puede incluir un enfoque analítico, un estudio y un cuestionario, enfoques grupales (por ejemplo, grupos focales) e incidentes críticos.
- Establecer un comité directivo integrado por los principales colaboradores y miembros de equipos interdisciplinarios, comprometidos con liderar la iniciativa del cambio. Identificar los objetivos a largo y corto plazo. Llevar un plan de trabajo para realizar un seguimiento de las actividades, responsabilidades y plazos.
- Dirigir los cambios mediante un nuevo planteamiento y desarrollar estrategias para alcanzar y mantener ese nuevo concepto.
- El diseño del programa debe incluir:
  - población diana;
  - metas y objetivos;
  - resultados en parámetros;
  - recursos requeridos (recursos humanos, instalaciones, equipos); y
  - actividades de evaluación.
- Diseñar sesiones de formación y apoyo continuado para la implantación. Las sesiones formativas pueden consistir en presentaciones, una guía para el preparador, folletos y estudios de casos. Podrán utilizarse carpetas, carteles y tarjetas como recordatorio permanente de la formación. Planificar sesiones formativas interactivas, que incluyan resolución de problemas, aborden cuestiones que sean objeto de preocupación inmediata y brinden oportunidades de practicar nuevas habilidades (Davies & Edwards, 2004).
- Prestar apoyo institucional como contar con estructuras existentes que faciliten la adopción, por ejemplo, contratación de personal de sustitución para que los participantes no se distraigan con preocupaciones laborales y tener una filosofía dentro de la institución que refleje el valor de las buenas prácticas a través de directrices y procedimientos. Desarrollar nuevas herramientas para la valoración y la documentación (Davies & Edwards, 2004).
- Identificar y respaldar a los “campeones” en buenas prácticas designados en cada unidad para promover y apoyar la implantación. Celebrar los hitos y logros, reconociendo el trabajo bien hecho (Davies & Edwards, 2004).
- Las instituciones que implanten esta guía deberían adoptar una serie de estrategias de autoaprendizaje, aprendizaje en grupo, tutoría y refuerzo que, con el tiempo, generen en las enfermeras conocimientos y confianza a la hora de implantar esta guía.
- El trabajo en equipo, la evaluación y planificación del tratamiento en colaboración con el paciente y la familia y el equipo interdisciplinario son elementos beneficiosos a la hora de adoptar con éxito las guías. Deberán realizarse las derivaciones oportunas a los servicios o recursos comunitarios o de la institución.

Aparte de los consejos mencionados anteriormente, la RNAO ha publicado recursos de implantación que se encuentran disponibles en su página web. Si se utiliza adecuadamente, la Herramienta para la implantación de las Guías puede resultar de gran utilidad. En el Anexo K se incluye una breve descripción de la herramienta. La versión íntegra del documento (en formato PDF) también está disponible en el sitio web de la RNAO ([www.rnao.org/bestpractices](http://www.rnao.org/bestpractices)). Además, la RNAO ha desarrollado también un programa integral de e-aprendizaje basado en los principios del aprendizaje de adultos que abarca diversos temas referentes a la atención de los pacientes en TMM. Este programa de e-aprendizaje puede consultarse en <http://addictions.rnao.org/>. Asimismo, la RNAO ha desarrollado una Oficina de Ponentes Virtuales (en adelante, Virtual Speaker's Bureau, por su nombre en inglés), en el que enfermeras especializadas en la atención de este tipo de pacientes de toda la provincia pueden poner en común sus conocimientos. El acceso al Virtual Speaker's Bureau es gratuito desde [www.rnao.org/methadone\\_speakersbureau](http://www.rnao.org/methadone_speakersbureau)

## Proceso de actualización y revisión de la Guía

La Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario propone actualizar esta Guía de la siguiente manera:

1. Un equipo de especialistas (el Equipo de revisión) revisará la Guía de buenas prácticas en enfermería cada tres años a partir de la fecha de la última serie de revisiones.
2. Durante el periodo de tres años transcurrido entre el desarrollo y la revisión, el personal del programa de la RNAO hará un seguimiento regular en busca de nuevas revisiones sistemáticas, ensayos controlados aleatorios y otra literatura relevante en la materia.
3. Basándose en los resultados del seguimiento, el personal del programa y el equipo de voluntarios podrán recomendar que se adelante la revisión. Es preciso consultar a los miembros del equipo de desarrollo original y a otros especialistas en la materia, así se facilita la decisión sobre la necesidad de adelantar la revisión.
4. Tres meses antes de que se vaya a llevar a cabo la revisión trianual, el personal del programa empezará a planificar el proceso de revisión de la siguiente manera:
  - a) Invitar a especialistas en la materia a que participen en el equipo de revisión. El equipo de revisión se compondrá de miembros del equipo original y de otros especialistas recomendados.
  - b) Recopilar las opiniones recibidas, las dudas planteadas durante la fase de divulgación, así como otros comentarios y experiencias de los centros donde se ha implantado.
  - c) Recopilar nuevas guías de práctica clínica del mismo campo, revisiones sistemáticas, metaanálisis, revisiones técnicas e investigación de ensayos clínicos controlados y aleatorios así como otra literatura relevante.
  - d) Elaborar un plan de trabajo detallado con los plazos y los resultados esperados.

La publicación de la Guía revisada se llevará a cabo de acuerdo con las estructuras y procedimientos establecidos.

## Referencias bibliográficas

- Abrahams, R., Kelly, S., Payne, S., Thiessen, P., Mackintosh, J. & Janssen, P. (2007). Rooming-in compared with standard care for newborns of mothers using methadone or heroin. *Canadian Family Physicians*, 53, 1723–1730.
- AGREE Collaboration (2001). *Appraisal of guidelines for research and evaluation (AGREE) instrument*. Retrieved March 17, 2009, from [www.agreetrust.org/](http://www.agreetrust.org/)
- Alford, D. P., Compton, P., & Samet, J. H. (2006). Acute pain management for patients receiving maintenance methadone or buprenorphine therapy. *Annals of Internal Medicine*, 144, 127–134
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Society of Addiction Medicine. (2006). *The American Society of Addiction Medicine strategic plan 2006–2010*. Retrieved March 17, 2009, from <http://198.65.155.172/CMS/images/PDF/General/Strategic%20Plan.pdf>
- Antoniou, T., & Lin-in Tseng, A. (2002). Interactions between recreational drugs and antiretroviral agents. *The Annals of Pharmacology*, 36, 1598–1613.
- Ashworth, O. (2005). Methadone maintenance treatment as an effective harm minimisation intervention. *Mental Health Practice*, 8, 24–27.
- Auger, N., Raynault, M. F., Lessard, R., & Choinière, R. (2004). Income and health in Canada. In D. Raphael (Ed.), *Social determinants of health* (pp. 21–38). Toronto: Canadian Scholars' Press, Inc.
- Baker, C., Ogden, S., Prapaipanich, W., Keith, C. K., Beattie, L. C., & Nickleson, L. (1999). Hospital consolidation: Applying stakeholder analysis to merger life cycle. *Journal of Nursing Administration*, 29, 11–20.
- Baselt, R. (2000). *Disposition of toxic drugs and chemicals in man*. (5th ed.) Foster City, CA: Chemical Toxicology Institute.
- Black, N., Murphy, M., Lamping, D., McKee, M., Sanderson, C., Askham, J., et al. (1999). Consensus development methods: Review of best practice in creating clinical guidelines. *Journal of Health Services Research and Policy*, 4, 236–248.
- Browne, A. J., & Varcoe, C. (2006). Critical perspectives on culture and health care in Aboriginal health. *Contemporary Nurse*, 22, 155–168.
- Burns, L., Mattick, R., Lim, K., & Wallace, C. (2006). Methadone in pregnancy: Treatment retention and neonatal outcomes. *Society for the Study of Addiction* 102, 264–270.
- Canadian Collaborative Mental Health Initiative (2005). *Our Lexicon*. Retrieved March 17, 2009, from <http://www.ccmhi.ca/en/resources/lexicon.html>

Canadian Health Services Research Foundation (2006). *Conceptualizing and combining evidence*. Retrieved March 17, 2009, from [www.chsrf.ca/other\\_documents/evidence\\_e.php#definition](http://www.chsrf.ca/other_documents/evidence_e.php#definition).

Canadian Nurses Association (1995). *Policy statement on the role of the nurse in primary health care*. Ottawa: Author.

Canadian Nurses Association (2004). *Promoting culturally competent care*. Position statement. Ottawa: Author [Online]. Retrieved October 19, 2008, from [www.cnanurses.ca/CNA/documents/pdf/publications/PS73\\_Promoting\\_Culturally\\_Compentent\\_Care\\_March\\_2004\\_e.pdf](http://www.cnanurses.ca/CNA/documents/pdf/publications/PS73_Promoting_Culturally_Compentent_Care_March_2004_e.pdf).

Canadian Nurses Association (October 2005). Social Determinants of health and nursing: A summary of issues. *CNA ANTECEDENTESer*. Ottawa: Author. Retrieved October 19, 2008, from: [www.cna-nurses.ca/CNA/documents/pdf/publications/BG8\\_Social\\_Determinants\\_e.pdf](http://www.cna-nurses.ca/CNA/documents/pdf/publications/BG8_Social_Determinants_e.pdf)

Canadian Nurses Association (2008). *Code of Ethics for Registered Nurses*. Ottawa: Author. Retrieved March 17, 2009, from [www.cna-aiic.ca/CNA/documents/pdf/publications/Code\\_of\\_Ethics\\_2008\\_e.pdf](http://www.cna-aiic.ca/CNA/documents/pdf/publications/Code_of_Ethics_2008_e.pdf)

Canadian Society of Addiction Medicine (1999). Retrieved March 17, 2009, from [www.csam.org/non\\_member/definitions/](http://www.csam.org/non_member/definitions/)

Carlin, T. (2005). An exploration of prisoners' and prison staffs' perceptions of the methadone maintenance programme in Mountjoy Male Prison, Dublin, Republic of Ireland. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 12, 405–416.

Centre for Addiction and Mental Health (2007). *ED management of methadone overdose*. Toronto: Centre for Addiction and Mental Health.

Centre for Addiction and Mental Health (March, 2008a). *Concurrent substance use & mental health disorders: Selected bibliography*. Toronto: Centre for Addiction and Mental Health. Retrieved January 2, 2009, from [www.camh.net/camh\\_library](http://www.camh.net/camh_library)

Centre for Addiction and Mental Health (2008b). *Methadone maintenance treatment client handbook*. Toronto: Centre for Addiction and Mental Health. Retrieved March 17, 2009, from [www.camh.net/Care\\_Treatment/Resources\\_clients\\_families\\_friends/Methadone\\_Maintenance\\_Treatment/mmt\\_client\\_hndbk.pdf](http://www.camh.net/Care_Treatment/Resources_clients_families_friends/Methadone_Maintenance_Treatment/mmt_client_hndbk.pdf)

Centre for Addiction and Mental Health (2008c). *Mental health and addictions 101 series: Introduction to addiction*. Toronto: Centre for Addiction and Mental Health. Retrieved March 17, 2009, from [www.camh.net/education/Online\\_courses\\_webinars/mha101/index.html](http://www.camh.net/education/Online_courses_webinars/mha101/index.html)

Cheung, Y. W. (2000). Substance abuse and developments in harm reduction. *Canadian Medical Association Journal*, 162, 1697–1700.

Choi, B., & Pak, A. (2006). Multidisciplinary, interdisciplinary, and transdisciplinary in health research, services, education and policy: 1. Definitions, objectives, and evidence of effectiveness. *Clinical and Investigative Medicine*, 29, 351–364.

Choopanya, K., Jarloris, D., Vanichseni, S., Kitayaporn, D., Mock, P., Rakthan, S., & Hireanras, K. (2002). Incarceration and risk for HIV infection among injection drug users in Bangkok. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 29, 86–94.

Clancy, C., Oyefeso, A., & Chodse, A. (2002). Mapping the role of nurses in methadone substitution therapy (MST) programmes across Europe: Core competencies. *The Drug and Alcohol Professional*, 2, 19–25.

Clarke, M., & Oxman, A. D. (Eds.). (1990). *Cochrane reviewer's handbook 4.0* (Updated July 1999). In Review Manager (Rev Man) (Computer program). Oxford, England: The Cochrane Collaboration, 1999.

Clarke, M. R., Stoller, K. B., & Brooner, R. K. (2008). Assessment and management of chronic pain in individuals seeking treatment for opioid dependence disorder. *Canadian Journal of Psychiatry*, 53, 496–508.

Clark, J. D., (2008). Understanding methadone metabolism: A foundation for safer use. *Anesthesiology*, 108, 351–352.

College of Nurses of Ontario (2005b). *Evidence-based practice*. Toronto: College of Nurses of Ontario. Retrieved March 17, 2009, from [www.cno.org/prac/yau/2005/09\\_evidence.htm](http://www.cno.org/prac/yau/2005/09_evidence.htm).

College of Nurses of Ontario (2006). *Therapeutic nurse-client relationship. Revised 2006*. Toronto: College of Nurses of Ontario. Retrieved March 17, 2009, from [www.cno.org/docs/prac/41033\\_Therapeutic.pdf](http://www.cno.org/docs/prac/41033_Therapeutic.pdf).

College of Nurses of Ontario (2007a). *Authorizing mechanisms*. Toronto: College of Nurses of Ontario. Retrieved March 17, 2009, from [www.cno.org/docs/prac/41075\\_AuthorizingMech.pdf](http://www.cno.org/docs/prac/41075_AuthorizingMech.pdf).

College of Nurses of Ontario (2007b). *Entry-to-practice competencies*. Toronto: College of Nurses of Ontario. Retrieved March 17, 2009, from [www.cno.org/docs/reg/41037\\_EntryToPractic\\_final.pdf](http://www.cno.org/docs/reg/41037_EntryToPractic_final.pdf).

College of Nurses of Ontario (2008a). *Directives*. Toronto: College of Nurses of Ontario. Retrieved March 17, 2009, from [www.cno.org/docs/prac/41019\\_MedicalDirectives.pdf](http://www.cno.org/docs/prac/41019_MedicalDirectives.pdf)

College of Nurses of Ontario (2008b). *Medication, revised 2008*. Toronto: College of Nurses of Ontario. Retrieved March 17, 2009, from [http://www.cno.org/docs/prac/41007\\_Medication.pdf](http://www.cno.org/docs/prac/41007_Medication.pdf)

College of Nurses of Ontario (2008c). *Practice standards – ethics*. Toronto: College of Nurses of Ontario. Retrieved March 17, 2009, from [www.cno.org/docs/prac/41034\\_Ethics.pdf](http://www.cno.org/docs/prac/41034_Ethics.pdf)

College of Physicians and Surgeons of Alberta (2005). *Standards & guidelines for methadone maintenance treatment in Alberta*. Retrieved March 17, 2009, from [www.cpsa.ab.ca/collegeprograms/attachments\\_methadone/Standards%20&%20Guidelines%20for%20Methadone%20Maintenance%20Treatment%20in%20Alberta\\_Dec%202005.pdf](http://www.cpsa.ab.ca/collegeprograms/attachments_methadone/Standards%20&%20Guidelines%20for%20Methadone%20Maintenance%20Treatment%20in%20Alberta_Dec%202005.pdf)

College of Physicians and Surgeons of Ontario (CPSO) (2005). *Methadone maintenance guidelines*. Toronto: College of Physicians and Surgeons of Ontario. Retrieved March 17, 2009, from [www.cpso.on.ca/publications/MethadoneGuideNov05.pdf](http://www.cpso.on.ca/publications/MethadoneGuideNov05.pdf)



- Connock, M., Juarez-Garcia, A., Jowett, S., Frew, E., Liu, Z., Taylor, R. J., Fry-Smith, A., et al. (2007). Methadone and buprenorphine for the management of opioid dependence: A systematic review and economic evaluation. *Health Technology Assessment*, 11, 1–6.
- Coviello, D., Zanis, D., Wesnoski, S., & Alterman, A. (2006). The effectiveness of outreach case management in re-enrolling discharged methadone patients. *Drug and Alcohol Dependence*, 85, 56–65.
- Currie, S. R., Patten, S. B., Williams, J. V. A., Wang, J., Beck, C. A., El-Guebaly, N., & Maxwell, C. (2005). Comorbidity of major depression with substance use disorders. *Canadian Journal of Psychiatry*, 50, 660–666.
- Davies, B., & Edwards, N. (2004). RNs measure effectiveness of best practice guidelines. *Registered Nurse Journal*, 16, 21–23.
- Dobbins, M. (2008). *Evidence-informed decision-making*. Hamilton, ON: Evidence-informed health care practice workshop (June 1–June 6, 2008). Hamilton, ON: McMaster University.
- Elsayem, A., & Bruera, E. (2005). Methadone-induced respiratory depression in a patient with a history of alcoholism. *Journal of Palliative Medicine*, 8, 1062–1066.
- Evans, R. G., Barer, M. L., & Marmor, T. R. (Eds). (1994). *Why are some people healthy and others not? The determinants of health of populations*. New York: Aldine de Gruyter.
- Federal/Provincial/Territorial Advisory Committee on Population Health (1999). *Toward a healthy future. Second Report on the Health of Canadians*. Ottawa: Health Canada.
- Ferrari, A., Coccia, C. P. R., Bertolini, A., & Sternieri, E. (2004). Methadone--metabolism, pharmacokinetics and interactions. *Pharmacological Research*, 50, 551–559.
- Fischer, B., Firestone-Cruz, M., & Rehm, J. (2006). Illicit opioid use and its key characteristics: A select overview and evidence from a Canadian multisite cohort of illicit opioid users (OPICAN). *Canadian Journal of Psychiatry*, 51, 624–634.
- Foster, J. H., & Onyeukwu, C. (2003). The attitude of forensic nurses to substance using service users. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 10, 578–584.
- Frank, J. (1995). Why population health? *Canadian Journal of Public Health*, May-June, 162–164.
- Friendly, M. (2002). *Early childhood education and care*. A paper presented at The Social Determinants of Health Across the Life-Span Conference. Toronto: November 2002.
- George, T. (2007). Many clinicians challenged by patients with addictions problems and serious mental illness. *Canadian Psychiatry*, 3, 4.
- Gjersing, L. R., Butler, T., Capelhorn, J. R., Belcher, J. M., & Matthews, R. (2007). Attitudes and beliefs towards methadone maintenance treatment among Australian prison health staff. *Drug and Alcohol Review*, 26, 501–508.

- Gourlay, D. L., Heit, H. A., & Almahrezi, A. (2005). Universal precautions in pain medicine: A rational approach to the treatment of chronic pain. *American Academy of Pain Medicine*, 6, 107–112.
- Gourlay, D. L., Heit, H. A., & Caplan, Y. H. (2006). Urine drug testing in clinical practice: *Dispelling the myths & designing strategies*. Stamford, CT: Pharmacon Group.
- Graham, I. D., Harrison, M. B., Brouwers, M., Davies, B. L., & Dunn, S. (2002). Facilitating the use of evidence in practice: Evaluating and adapting clinical practice guidelines for local use by health care organizations. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 31, 599–611.
- Gowing, L., Farrell, M., Bornemann, R., & Ali, R. (2004). Substitution treatment of injecting opioid users for prevention of HIV infection. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 4.
- Gruen, R. L., Weeramanthri, T. S., Knight S. E., & Bailie, R. S. (2003). Specialist outreach clinics in primary care and rural hospital settings. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 4.
- Gutierrez, K. (2008). *Pharmacotherapeutics: Clinical reasoning in primary care* (2nd ed.). Saunders: St. Louis.
- Haddad, P. M., & Anderson, I. M. (2002). Antipsychotic-related QTc prolongation. Torsade de pointes and sudden death. *Drugs*, 62, 1649–1671.
- Halter, M. (2008). Perceived characteristics of psychiatric nurses: Stigma by association. *Archives of Psychiatric Nursing*, 22, 20–26.
- Hart, W. A. (2007). *Report of the methadone maintenance treatment practices task force*. Retrieved March 17, 2009, from [www.methadonetaskforce.com](http://www.methadonetaskforce.com)
- Hartrick Doane, G. H., & Varcoe, C. (2005). *Family nursing as relational inquiry: Developing health-promoting practice*. Philadelphia, PA: Lippincott, Williams & Wilkins.
- Hayes, P. D. (2002). Substance abuse integration in nursing education; An innovative collaborative model. *Substance Abuse*, 23, 67–79.
- Health Canada (2001). *Reducing the harm associated with injection drug use in Canada*. Ottawa: Health Canada. Retrieved March 17, 2009, from [www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/alt\\_formats/hecs-sesc/pdf/pubs/adp-apd/injection/injectiondrug-eng.pdf](http://www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/alt_formats/hecs-sesc/pdf/pubs/adp-apd/injection/injectiondrug-eng.pdf)
- Health Canada (2002). *Best practices methadone maintenance treatment*. Ottawa: Minister of Public Works and Government Services Canada. Retrieved March 17, 2009, from [www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/pubs/adp-apd/methadone-bp-mp/index-eng.php](http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/pubs/adp-apd/methadone-bp-mp/index-eng.php)
- Health Canada (2003). *The social determinants of health: An overview of the implications for policy and the role of the health sector. An overview in response to papers presented at the Social Determinants of Health Across the Life-Span Conference*, Toronto, November 2002. Author. Retrieved July 1, 2008, from [www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/oi-ar/pdf/01\\_overview\\_e.pdf](http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/oi-ar/pdf/01_overview_e.pdf)

Health Canada (2008). *Best practices – early intervention, outreach and community linkages for women with substance use problems*. Retrieved March 17, 2009, from [http://www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/pubs/adp-apd/early-intervention-precoce/introduction\\_e.html](http://www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/pubs/adp-apd/early-intervention-precoce/introduction_e.html)

Hesse, M., Vanderplasschen, W., Rapp, R. C., Broekaert, E., & Fridell, M. (2007) Case management for persons with substance use disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 4.

Hymen, Z. (2004). Historical interpretations for alcohol use and misuse. Implications for nursing curricula. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health*, 42, 46–55.

Information & Knowledge for Optimal Health (INFO) Project. (2007). *What is a best practice?* Baltimore: Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health/Center for Communication Programs. Retrieved March 17, 2009, from [www.infoforhealth.org/practices.shtml](http://www.infoforhealth.org/practices.shtml)

International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies. (2003). *Spreading the light of science: Guidelines on harm reduction related to injecting drug use*. Geneva, Switzerland: International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies.

International Nurses Society on Addictions (2006). *The core curriculum of addiction nursing*. (2nd ed.). Raleigh, N.C.: International Nurses Society on Addictions.

Inturrisi C. E. (2002). Clinical pharmacology of opioids for pain. *Clinical Journal of Pain*, 18, S3–S13.

Isaac, P., Kalvik, A., Janacek, E., & Brands, J. (Eds). (2004). *Methadone maintenance: A pharmacist's guide to treatment*. (2nd ed.). Toronto, ON: Centre for Addiction and Mental Health.

Jackson, A. (2002). *The unhealthy Canadian workplace*. A paper presented at The Social Determinants of Health Across the Life-Span Conference. Toronto: November 2002.

Jansson, L., Choo, R., Velez, M. L., Harrow, C., Schroeder, J. R., Shakleya, D. M., & Huestis, M. A. (2007). Methadone maintenance and breastfeeding in the neonatal period. *Pediatrics*, 121, 106–114.

Kahan, M., & Wilson, L. (2002). *Managing alcohol, tobacco and other drugs: A pocket guide for physicians and nurses*. Toronto: Centre for Addiction and Mental Health.

Karch, A. M. (2008). *Focus on nursing in pharmacology*. (4th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins.

Kelleher, S. (2007). Health care professionals' knowledge and attitudes regarding substance use and substance users. *Accident and Emergency Nursing*, 15, 161–165.

Kerr, T., Marsh, D., Li, K., Montaner, J., & Wood, E. (2005). Factors associated with methadone maintenance therapy use among a cohort of polysubstance using injection drug users in Vancouver. *Drug and Alcohol Dependence*, 80, 329–335.

Kerr, T., Wood, E., Betteridge, G., Lines, R., & Jürgens, R. (2004). Harm reduction in prisons: A 'rights based analysis'. *Critical Public Health*, 14, 345–360.

Kinlock, T., Gordon, M., Schwartz, R., & O'Grady, K. (2006). A study of methadone maintenance for male prisoners: 3 month postrelease outcomes. *Criminal Justice and Behaviour*, 35, 34–47.

Kuehn, B. (2005). Methadone treatment marks 40 years. *Journal of the American Medical Association*, 294, 887–889.

Lamb, L., Pereira, J., & Shir, Y. (2007). Nurse case management program of chronic pain patients treated with methadone. *Pain Management Nursing*, 8, 130–138.

Layson-Wolf, C., Goode, J-V., & Small, R. E. (2002). Clinical use of methadone. *Journal of Pain & Palliative Care Pharmacology*, 16, 29–39.

Layton, J. (2000). *Homelessness: The making and unmaking of a crisis*. Toronto: Penguin Books.

Leavitt, S. B., Shinderman, M., Maxwell, S., Chin, B., & Paris, P. (2000). When "enough" is not enough: New perspectives on optimal methadone maintenance dose. *The Mount Sinai Journal of Medicine*, 67, 404–411.

Leininger, M., & McFarland, M. (2002). *Transcultural nursing: Concepts, theories, research and practice* (3rd ed.). Toronto: McGraw Hill, Medical Publishing Division.

Lippincott, Williams & Wilkins (2007). *Best practices: Evidence-based nursing procedures* (2nd ed.). NY: Author.

Loth, C., Schippers, G., Hart, H., & van de Wijngaart, G. (2007). Enhancing the quality of nursing care in methadone substitution clinics using action research: A process evaluation. *Journal of Advanced Nursing*, 57, 422–431.

Lugo, R. A., Satterfield, K. L., & Kern, S. (2005). Pharmacokinetics of methadone. *Journal of Pain & Palliative Care Pharmacology*, 19, 13–24.

MacDonald, M. (2002). Health Promotion: Historical, philosophical and theoretical perspectives. In L. E. Young & V. Hayes (Eds.), *Transforming health promotion practice: Concepts, issues and applications*. Philadelphia, PA: F. A. Davis.

Maremmani I., Pani P. P., Canoniero S., Pacini M., Perugi G., Rihmer Z., & Akiskal H. S. (2007). Is the bipolar spectrum the psychopathological substrate of suicidality in heroin addicts? *Psychopathology*, 40, 269–277.

Marlatt, G. A., Blume, A. W., & Parks, G. A. (2001). Integrating harm reduction therapy and traditional substance abuse treatment. *Journal of Psychoactive Drugs*, 33, 13–21.

Martin, N., & Johnston, V. (2007). *A time for action: Tackling stigma and discrimination*. Toronto: Report to the Mental Health Commission of Canada.

- Mattick, R. P., Breen, C., Kimber, J., & Davoli, M. (2003). Methadone maintenance therapy services versus no opioid replacement therapy for opioid dependence. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 2.
- Mattick, R. P., Kimber, J., Breen, C., & Davoli, M. (2005). Buprenorphine maintenance versus placebo or methadone maintenance for opioid dependence. *Cochrane Drugs and Alcohol Group*. New South Wales: Australia.
- McEvoy G. K., & Snow E.K. (Eds). (2007). *AHFS Drug Information 2007*: Bethesda, M.D.: American Society of Health System Pharmacists.
- McLellan, A., Weinstein, R., Shen, Q., Kendig, C., & Levine, M. (2005). Improving continuity of care in a public addiction treatment system with clinical case management. *The American Journal on Addictions*, 14, 426–440.
- Merrill, J. O., Rohodes, L. A., Deyo, R. A., Marlatt, G. A., & Bradley, K. A. (2002). Mutual mistrust in the medical care of drug users: The keys to the "narc" cabinet. *Journal of General Internal Medicine*, 17, 327–333.
- Michels, I., Stöver, H., & Gerlach, R. (2007). Substitution treatment for opioid addicts in Germany. *Harm Reduction Journal* 2, 5.
- Mistral, W., & Hollingworth, M. (2001). The supervised methadone and resettlement team nurse: An effective approach with opiate-dependent, homeless people. *International Council of Nurses, International Nursing Review*, 48, 122–128.
- Moeller, K. E., Lee, K. C., & Kissack, J. C. (2008). *Urine drug screening: Practical guide for clinicians*. Retrieved March 17, 2009, from [www.mayoclinicproceedings.com](http://www.mayoclinicproceedings.com).
- National Association of Pharmacy Regulatory Authorities. *Controlled drugs and substances act*. Retrieved March 17, 2009, from [www.napra.ca/pdfs/fedleg/cdsa.pdf](http://www.napra.ca/pdfs/fedleg/cdsa.pdf)
- Patterson, M., McIntosh, K., Sheill, A., & Frankish, J. (2007). *Housing and supports for adults with severe addictions and/or mental illness in B.C.* Vancouver: CARMA, Faculty of Health Sciences, Simon Fraser University.
- Pauly, B., Goldstone, I., McCall, J., Gold, F., & Payne, S. (2007). The ethical, legal and social context of harm reductions. *Canadian Nurse*, 103, 19–23.
- Pauly, B. (2008). Harm reduction through a social justice lens. *International Journal of Drug Policy*, 19, 4–10.
- Public Health Agency of Canada (2000). *Profile of Hepatitis C & injection drug use in Canada*. Prepared for Hepatitis C Prevention, Support & Research Program: Population and Public Health Branch: Health Canada. Ottawa, Ontario, Canada: Author.
- Public Health Agency of Canada (2003). *Harm reduction and injection drug use: An international comparative study of contextual factors influencing the development and implementation of relevant policies and programs*. Retrieved March 17, 2009, from <http://www.phac-aspc.gc.ca/hepc/pubs/hridu-rmudi/canada-eng.php>
- Public Health Agency of Canada (2006). *Canada's response to WHO commission on social determinants of health*. Retrieved June 7, 2007, from [www.publichealth.gc.ca](http://www.publichealth.gc.ca)

Public Health Agency of Canada (2008). *The social determinants of health*. Retrieved July 14, 2008, from [www.publichealth.gc.ca](http://www.publichealth.gc.ca)

Ramsden, I. (1993). Kawa Whakaruruhau. Cultural safety in nursing education in Aotearoa (New Zealand). *Nursing Praxis in New Zealand*, 8, 4–10.

Ramsden, I. (2000). Cultural safety/Kawa whakaruruhau ten years on: A personal overview. *Nursing Praxis in New Zealand*, 15, 4–12.

Raphael, D. (2002). *Social determinants of health: Why is there such a gap between our knowledge and its implementation?* Retrieved March 17, 2009, from [www.medanthro.net/academic/topical/ryerson.ppt#1](http://www.medanthro.net/academic/topical/ryerson.ppt#1)

Raphael, D. (2003/02). *Addressing the social determinants of health in Canada: Bridging the gap between research findings and public policy*. A paper presented at the Social Determinants of Health Across the Life-Span Conference. Toronto: November 2002.

Raphael, D. (2004). Introduction to social determinants of health. In D. Raphael (Ed.), *Social determinants of health: Canadian perspectives*, Toronto, ON: Canadian Scholars Press Inc.

Rassool, G. H. (2004). Curriculum model course development and evaluation of substance misuse education for health care professionals. *Journal of Addiction Nursing*, 15, 85–90.

Rassool, G. (2002). Substance misuse and mental health: An overview. *Nursing Standard*, 16, 46–52.

Rassool, A., & Oyefeso, A. (2007). Predictors of course satisfaction and perceived course impact of addiction nurses undertaking a postgraduate diploma in addictive behaviour. *Nurse Education Today*, 27(3), 256–265.

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2005). *Best Practice Guidelines: Women abuse: Screening, identification and initial response*. Toronto: Registered Nurses' Association of Ontario.

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2006a). *Client-centred care* (Revised). Toronto: Registered Nurses' Association of Ontario.

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2006b). *Establishing therapeutic relationships* (Revised). Toronto: Registered Nurses' Association of Ontario.

Rehm, J., Baliunas, D., Brochu, S., Fischer, B., Gnam, W., Patra, J., Popova, S., Sarnocinska-Hart, A., & Taylor, B. (March 2006). *The cost of substance abuse in Canada 2002*. Ottawa: Canadian Centre on Substance Abuse. Retrieved March 17, 2009, from [www.ccsa.ca](http://www.ccsa.ca)

Rich, J., McKenzie, M., Shield, D., Wolf, F., Key, G., Poshkus, M., & Clarke, J. (2005). Linkage with methadone treatment upon release from incarceration: A promising opportunity. *Journal of Addictive Diseases*, 24, 49–59.

Sibbald, B. (2002). Methadone maintenance expands inside federal prisons. *Canadian Medical Association Journal*, 167, 1154.

- Smye, V., & Browne, A. J. (2002). 'Cultural safety' and the analysis of health policy affecting Aboriginal people. *Nurse Researcher*, 9, 42–56.
- Sorensen J. L., Masson C. L., Delucchi, K. (2006). Randomized trial of drug abuse treatment-linkage strategies. *Journal of Consult and Clinical Psychology*, 73, 1026–1035.
- The American heritage medical dictionary* (2007). New York: Houghton Mifflin Company.
- Thomas, G. (2005). *Assessing the need for prison-based needle exchange programs in Canada: Situational analysis*. Ottawa: National Policy Working Group/Policy Discussion Document for the Canadian Centre on Substance Abuse.
- Toombs, J. D., & Kral, L. A. (2005). Methadone treatment for pain states. *American Family Physician*, 71, 1353–1358.
- Toombs, J. D., & Leavitt, S. B. Oral methadone dosing for chronic pain: A practitioners guide. *Pain treatment topics*. Retrieved November 1, 2008, from [www.pain-topics.org](http://www.pain-topics.org)
- University of British Columbia School of Nursing (2008). *UBC curriculum horizontal threads*. Vancouver, BC: Author.
- Vaillancourt, Y., Aubry, F., Tremblay, L., & Kearney, M. (2002). *Social policy as a determinant of health and well-being: The contribution of the social economy*. A paper prepared for presentation at The Social Determinants of Health across the Life-Span Conference. Toronto: November 2002.
- Vieweg, W. V., Schneider, R. K., & Wood, M. A. (2005). Torsade de pointes in a patient with complex medical and psychiatric conditions receiving low-dose quetiapine. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 112, 318–322.
- Villeneuve P. J, Challacombe L, Strike C. J, Myers T, Fisher B, Shore R, Hopkins S, & Millson P. E. (2006). Change in health-related quality of life of opiate users in low-threshold methadone programs. *Journal of Substances Use*, 11, 137–149.
- Vormfeld, S., & Poser, W. (2001). Death attributed to methadone. *Pharmacopsychiatry* 34, 217–222.
- Walker, J. S., & Bruns, E. J. (2006). Building on practice-based evidence: Using expert perspectives to define the wraparound process. *Psychiatric Services*, 57, 1579–1585.
- Wall, R., Rehm, J., Fischer, B., Brands, B., Gliksman, L., Stewart, J., Medved, W., et al. (2000). Social costs of untreated opioid dependence. *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 77, 688–722.
- Weekes, J., Rehm, J., & Mugford, R. (2007). *FAQ: Prescription drug abuse*. Toronto: Canadian Centre on Substance Abuse.
- Weschules D. J., Bain, K., & Richeimer, S. (2008). Actual and potential drug interactions associated with methadone. *American Academy of Pain Medicine*, 9, 315–344.

World Health Organization. (1997). *Intersectoral action for health: A cornerstone for health-for-all in the twenty-first century*. Report to the International Conference. Halifax, Nova Scotia: April 1997.

Wilson, K., MacIntosh, J., & Getty, G. (2007). Tapping a tie: Successful partnerships in managing addictions with methadone. *Mental Health Nursing*, 28, 977–996.

Wynne, A. L., Moser Woo, T., & Olyael, A. (2007). *Pharmacotherapeutics for nurse practitioner prescribers* (2nd ed.). Philadelphia: F. A. Davis Company.

## Bibliografía

Alford, D. P., LaBelle, C. T., Richardson, J. M., O’Connell, J. J., Hohl, C. A., Cheng D. M., et al. (2007). Treating homeless opioid dependent patients with buprenorphine in an office-based setting. *Journal of General Internal Medicine*, 22, 171–176.

Amato, L., Minozzi, S., Davolli, M., Vecchi, S., Ferri, M., & Mayet, S. (2004a). Psychosocial combined with agonist maintenance treatments versus agonist maintenance treatments alone for treatment of opioid dependence. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 4.

Amato, L., Minozzi, S., Davolli, M., Vecchi, S., Ferri, M., & Mayet, S. (2004b). Psychosocial and pharmacological treatments versus pharmacological treatments for opioid dependence. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 4.

Barnett, P. G., Masson, C. L., Sorensen, J. L., Wong, W., & Hall, S. (2006). Linking opioid-dependent hospital patients to drug treatment: Health care use and costs 6 months after randomization. *Addiction*, 101, 797–1804.

Bargagli, A. M., Schifano, P., Davoli, M., Faggiano, F., & Perucci, C. A. (2005). Determinants of methadone treatment assignment among heroin addicts on first admission to public treatment centres in Italy. *Drug & Alcohol Dependence*, 79, 191–199.

Beauman, S. S. (2005). Identification and management of neonatal abstinence syndrome. *Journal of Infusion Nursing*, 28, 159–167.

Bernard, J. P., Opdal, M. S., Karinen, R., Morland, J., & Khiabani, H. Z. (2007). Relationship between methadone and EDDP (2-ethylidene-1,5-dimethyl-3,3-diphenylpyrrolidine) in urine samples from Norwegian prisons. *European Journal of Clinical Pharmacology*, 63, 777–782.

Bridge, J., Hemingway, S., & Murphy, K. (2005). Implications of non-medical prescribing of controlled drugs. *Nursing Times*, 101, 32–33.

Broekmans, S., Vanderschueren, S., Morlion, B., Kumar, A., & Evers, G. (2004). Nurses’ attitudes toward pain treatment with opioids: A survey in a Belgian university hospital. *International Journal of Nursing Studies*, 41, 183–189.



Burns, L., & Mattick, R. P. (2007). Using population data to examine the prevalence and correlates of neonatal abstinence syndrome. *Drug & Alcohol Review*, 26, 487–492.

Canadian Nurses Association (2002). *Code of ethics for registered nurses*. Ottawa: Author. Retrieved March 17, 2009, from [www.cna-nurses.ca/CNA/documents/pdf/publications/CodeofEthics2002\\_e.pdf](http://www.cna-nurses.ca/CNA/documents/pdf/publications/CodeofEthics2002_e.pdf)

Carreno, J. E., Bobes, J., Brewer, C., Alvarez, C.E., San Narciso, G. I., Bascaran, M. T., et al. (2002). 24-hour opiate detoxification and antagonist induction at home. The ‘Asturian method’: A report on 1368 procedures. *Addiction Biology*, 7, 243–250.

Champion, J. K., Taylor, A., Hutchinson, S., Cameron S., McMenamin, J., Mitchell, A., et al. (2004). Incidence of Hepatitis C virus infection and associated risk factors among Scottish prison inmates: A Cohort Study. *American Journal of Epidemiology*, 159, 514–519.

Clarke, J. G., Stein, M. D., Hanna, L., Sobota, M., & Rich, J. D. (2001). Active and former injection drug users report of HIV risk behaviors during periods of incarceration. *Substance Abuse*, 22, 209–216.

College of Nurses of Ontario (2000). *Medical Directives, Revised 2000*. Toronto: College of Nurses of Ontario. Retrieved March 17, 2009, from [www.cno.org/docs/prac/41019\\_MedicalDirectives.pdf](http://www.cno.org/docs/prac/41019_MedicalDirectives.pdf)

Compton, P., & Athanasos, P. (2003). Chronic pain, substance abuse and addiction. *Nursing Clinics of North America*, 38, 525–537.

Corrarino, J. E., Williams, C., Campbell, W. S. III, Amrhein, E., LoPiano, L., & Kalachik, D. (2000). Linking substance-abusing pregnant women to drug treatment services: A pilot program. *Journal of Obstetric and Gynecological Nursing*, 29, 369–376.

Cullen, W., O’Leary, M., Langton, D., Stanley, J., Kelly, Y., & Bury, G. (2005). Guidelines for the management of Hepatitis C in general practice: A semi-qualitative interview survey of GPs’ views regarding content and implementation. *Irish Journal of Medical Science*, 174, 32–37.

Dolan, K. A., Shearer, J., MacDonald, M., Mattick, R. P., Hall, W., & Wodak, A. D. (2003). A randomized controlled trial of methadone maintenance treatment versus wait list control in an Australian prison system. *Drug and Alcohol Dependence*, 72, 59–65.

Estebanez, P., Russell, N. K., Aguilar, M. D., Cifuentes, I., Zunzunegui, M. V., & McPherson, K. (2001). Determinants of HIV prevalence amongst female IDU in Madrid. *European Journal of Epidemiology*, 17, 573–580.

Fahy, S., Browne, R., Sloan, D., Keating, S., & O’Connor, J. (2000). An audit of violent incidents in a drug treatment centre. *Irish Journal of Psychological Medicine*, 17, 29–33.

Fernandez, J., & Greening, M. (2005). Nurses: The agenda for change: Shaping service provision from the nursing perspective. *NT Research*, 10, 207–214.

Fiscella, K., Moore, A., Engerman, J., & Meldrum, S. (2004). Jail management of arrestees/inmates enrolled in community methadone maintenance programs. *Journal of Urban Health*, 81, 645–654.

- Fiscella, K., Moore, A., Engerman, J., & Meldrum, S. (2005). Management of opiate detoxification in jails. *Journal of Addictive Diseases*, 24, 61–71.
- Friedmann, P. D., Alexander, J. A., Yey, Y., Nahra, T., Soliman, S., & Pollack, H. A. (2006). Duration of non-methadone outpatient treatment: Results from a national survey. *Substance Abuse*, 27, 47–53.
- Gilchrist, G., Taylor, A., Goldberg, D., Mackie, C., Denovan, A., & Green, S. T. (2001). Behavioural and life-style study of women using a drop-in centre for female street sex workers in Glasgow, Scotland: A 10 year comparative study. *Addiction Research & Theory*, 9, 43–58.
- Goff, M., & O'Connor, M. Perinatal care of women maintained on methadone. (2007). *Journal of Midwifery and Women's Health*, 52, e23–e26.
- Goldberg, R. J., & Grabowski, R. (2003). Methadone maintenance: Its future in skilled nursing facilities. *Journal of the American Medical Directors Association*, 4, 98–100.
- Gourlay, D. L., & Heit, H. A. (2007). Risk management is everyone's business. *American Academy of Pain Medicine*, 8, 125–127.
- Griffie, J., Coyne, P., & Coyle, N. (2006). Difficult cases in pain management: Use of methadone in a multi-factorial approach. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 10, 45–49.
- Haug, N. A., Stitzer, M. L., & Svikis, D. S. (2001). Smoking during pregnancy and intention to quit: A profile of methadone-maintained women. *Nicotine & Tobacco Research*, 3, 333–339.
- Howells, C., Allen, S., Gupta, J., Stillwell, G., Marsden, J., & Farrell, M. (2002). Prison based detoxification for opioid dependence: A randomised double blind controlled trial of lofexidine and methadone. *Drug and Alcohol Dependence*, 67, 169–176.
- Jackson, L., Ting, A., McKay, S., Galea, P., & Skeoch, C. (2004). A randomized controlled trial of morphine versus phenobarbitone for neonatal abstinence syndrome. *Archives of Disease in Childhood: Fetal and Neonatal Edition*, 89, F300–F304.
- Johansson, B. A., Berglund, M., & Lindgren, A. (2007). Efficacy of maintenance treatment with methadone for opioid dependence: A meta-analytical study. *Nordic Journal of Psychiatry*, 61, 288–295.
- Kelly, J. J., Davis, P. G., & Henschke, P. N. (2000). The drug epidemic: Effects on newborn infants and health resource consumption at a tertiary perinatal centre. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 36, 262–264.
- Kennare, R., Heard, A., & Chan, A. (2005). Substance use during pregnancy: Risk factors and obstetric and perinatal outcomes in South Australia. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 45, 220–225.

Kinlock, T. W., Battjes, R. J., & Schwartz, R. P. (2002). A novel opioid maintenance program for prisoners: Preliminary findings. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 22, 141–147.

Kinlock, T. W., Gordon, M. S., Schwartz, R. P., O’Grady, K., Fitzgerald, T. T., & Wilson, M. (2007). A randomized clinical trial of methadone maintenance for prisoners: Results at 1-month post-release. *Drug and Alcohol Dependence*, 91, 220–227.

McKenzie, M, Macalino, G., McClung, C., Shield, D. C., & Rich, J. D. (2005). Opiate replacement therapy at time of release from incarceration: Project MOD, a pilot program. *Journal of Opioid Management*, 1, 147–151.

Miles, J., Sugumar, K., Macrory, F., Sims, D. G., & D’Souza, S. W. (2007). Methadone-exposed newborn infants: Outcome after alterations to a service for mothers and infants. *Child: Care, Health & Development*, 33, 206–212.

Mutasa, H. C. F. (2001). Risk factors associated with noncompliance with methadone substitution therapy (MST) and relapse among chronic opiate users in an Outer London community. *Journal of Advanced Nursing*, 35, 97–107.

National Aboriginal Health Organization (July 2008). *Cultural competency and safety: A guide for health care administrators, providers and educators*. Ottawa: Author.

Nocon, J. J. (2006). Buprenorphine in pregnancy: The advantages. *Addiction*, 101, 608.

O’Connor, P. G. (2000). HIV post-exposure therapy for drug users in treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 18, 17–21.

Pantalon, M. V., Fiellin, D. A., O’Connor, P. G., Chawarski, M. C., Pakes, J. R., & Schottenfeld, R. S. (2004). Counselling requirements for buprenorphine maintenance in primary care: Lessons learned from a preliminary study in a methadone maintenance program. *Addictive Disorders & Their Treatment*, 3, 71–76.

Petersen, T., & Stone, S. (2001). Prison injecting, methadone maintenance and the potential impact of changes in the crime sentences act. *Journal of Substance Use*, 5, 312–319.

Public Health Agency of Canada (2007). *Crossing sectors – experiences in intersectoral action, public policy and health*. Retrieved October 19, 2008, from [www.phac-aspc.gc.ca/publicat/2007/cro-sec/2kt-eng.php](http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/2007/cro-sec/2kt-eng.php)

Public Health Agency of Canada (2008). *Sexual health and sexually transmitted infections*. Retrieved March 17, 2009, from [www.publichealth.gc.ca/sti](http://www.publichealth.gc.ca/sti)

Registered Nurses’ Association of Ontario (2009). *Assessment and care of adults at risk for suicidal ideation and behaviour*. Toronto: Registered Nurses’ Association of Ontario.

Rich, J. D., Boutwell, A. E., Shield, D. C., Key, R. G., McKenzie, M., Clarke, J. G., et al. (2005). Attitudes and practices regarding the use of methadone in US state and federal prisons. *Journal of Urban Health*, 82, 411–419.

Richardson, R., Bolisetty, S., & Ingall, C. (2001). The profile of substance-using pregnant mothers and their newborns at a regional rural hospital in New South Wales. *Australian & New Zealand Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 41, 415–419.

Robertson, J. R., Raab, G. M., Bruce, M., McKenzie, J. S., Storkey, H. R., & Salter, A. (2006). Addressing the efficacy of dihydrocodeine versus methadone as an alternative maintenance treatment for opiate dependence: A randomized controlled trial. *Addiction*, 101, 1752–1759.

Siddappa, R., Fletcher, J. E., Heard, A. M. B., Kielma, D., Cimino, M., & Heard, C. M. B. (2003). Methadone dosage for prevention of opioid withdrawal in children. *Paediatric Anaesthesia*, 13, 805–810.

Soto Blanco, J. M., Perez, I. R., & March, J. C. (2005). Adherence to antiretroviral therapy among HIV-infected prison inmates (Spain). *International Journal of STD & AIDS*, 16, 133–138.

Stallwitz, A., & Stover, H. (2007). The impact of substitution treatment in prisons--a literature review. *International Journal of Drug Policy*, 18, 464–474.

Stoeber, H. (2002). Drug substitution treatment and needle exchange programs in German and European prisons. *Journal of Drug Issues*, 32, 573–595.

Srivastava, A., & Kahan, M. (2006). Methadone induction doses: Are our current practices safe? *Journal of Addictive Diseases*, 25, 5–13.

Stollberger, C., Hubar, J. Q., & Finsterer, J. (2005). Antipsychotic drugs and QT prolongation. *International Clinical Psychopharmacology*, 20, 243–51.

Trame, C. (2002). Just what are we treating--addiction or pain? *Clinical Nurse Specialist*, 16, 295–297.

Tsemberis, S., Gulchur, L., & Nakae, M. (2004). Housing first, consumer choice, and harm reduction for homeless individuals with a dual diagnosis. *American Journal of Public Health*, 94, 651–656.

Tsemberis, S., Padgett, D., & Gulchur, L. (2006). Housing first services for people who are homeless with co-occurring serious mental illness and substance abuse. *Research on Social Work Practice*, 16, 74–85.

Wade Lamont Hatt Inquest (2006). Verdict of Corner's Jury. *The Corner's Act* – Province of Ontario, Office of the Chief Coroner.

Weiss, M., & Ramakrishna, J. (2004). *ANTECEDENTESer paper: Health-related stigma: Rethinking concepts and interventions*. Research Workshop on Health-Related Stigma Conference, Amsterdam. Retrieved March 17, 2009, from [www.kit.nl/smartsite.shtml?ch=fab&id=2544](http://www.kit.nl/smartsite.shtml?ch=fab&id=2544)

## Anexo A: Estrategia de búsqueda de la evidencia existente

La estrategia de búsqueda adoptada en el desarrollo de la presente Guía se centra en dos ámbitos clave: 1) la identificación de Guías de práctica clínica publicadas sobre el tema del mantenimiento con metadona para el tratamiento de la dependencia de opioides; y 2) la identificación de revisiones sistemáticas y estudios primarios publicados en este ámbito entre 2000 y 2008.

### PASO 1 – Búsquedas en bases de datos

Un bibliotecario universitario de ciencias de la salud realizó la búsqueda de las evidencias existentes asociadas al TMM. Se llevó a cabo una búsqueda inicial en las bases de datos MEDLINE, Embase, CINAHL, PsycInfo y Cochrane Library donde se recuperaron guías, estudios primarios y revisiones sistemáticas publicadas entre 2000 y 2008 con los siguientes términos de búsqueda: “Aboriginal/First Nations”, “Addictions”, “Addictions nursing”, “Advocacy”, “Assessment”, “Child care”, “Concurrent Disorders”, “Corrections”, “Detention centres”, “Drug interactions”, “Fetal alcohol syndrome”, “Harm reduction”, “Health promotion”, “Hepatitis B”, “Hepatitis C”, “Heroin dependence”, “HIV”, “Immigration status”, “Injection drug use”, “Inmates”, “Interventions”, “Jail nursing”, “Mental illness”, “Methadone”, “Methadone maintenance therapy”, “Methadone/ therapeutic use”, “Morphine dependence”, “Narcotic abuse”, “Needle exchange”, “Neonatal abstinence syndrome”, “Nursing”, “Opiate abuse”, “Opiate dependence”, “Opiates”, “Opioids”, “Pain and chemical dependence”, “Poverty”, “Pregnancy”, “Prisoners”, “PTSD”, “Quality of life”, “Safety”, “Sexual assault/ sexual abuse”, “Social determinants of health”, “Stigma”, “Street drugs”, “Substance abuse”, “Substance abuse treatment”, “Substance dependence”, “Substance misuse”, “Substance-related disorders”, y “Urine toxicology” (aunque la búsqueda se realiza con los términos en inglés su equivalencia en español sería “Aborigen y Primeras Naciones”, “Adicciones”, “Enfermería de las adicciones”, “Apoyo”, “Valoración”, “Atención infantil”, “Transtornos concomitantes”, “Centros penitenciarios”, “Correccionales”, “Interacciones de sustancias”, “Síndrome alcohólico fetal”, “Reducción de daños”, “Promoción de la salud”, “Hepatitis B”, “Hepatitis C”, “Dependencia de la heroína”, “VIH”, “Situación de inmigración”, “Consumo parenteral de drogas”, “Reclusos”, “Intervenciones”, “Enfermería penitenciaria”, “Enfermedad mental”, “Metadona”, “Terapia de mantenimiento con metadona”, “Metadona y uso terapéutico”, “Dependencia de la morfina”, “Abuso de narcóticos”, “Intercambio de agujas”, “Síndrome de abstinencia neonatal”, “Enfermería”, “Abuso de opiáceos”, “Dependencia de opiáceos”, “Opiáceos”, “Opioides”, “Dolor y dependencia química”, “Pobreza”, “Embarazo”, “Presos”, “Trastorno de estrés postraumático”, “Calidad de vida”, “Seguridad”, “Agresión sexual y abusos sexuales”, “Determinantes sociales de la salud”, “Estigma”, “Drogas callejeras”, “Abuso de sustancias”, “Tratamiento para el abuso de sustancias”, “Toxicomanía”, “Consumo indebido de sustancias”, “Trastornos relacionados con el consumo de sustancias” y “Toxicología de la orina”). Según las indicaciones del equipo de consenso, se realizaron búsquedas adicionales en la literatura científica cuando se consideraron necesarias.

Esta búsqueda estaba estructurada para responder a las siguientes cuestiones:

1. ¿De qué tienen que ser conscientes las enfermeras para realizar una valoración adecuada (en su centro sanitario) de los pacientes dependientes de opioides o que abusan de los mismos y ya están en TMM o son candidatos en potencia al mismo (incluiría lo que las enfermeras han de saber sobre sí mismas y las necesidades de los pacientes)?
2. ¿Qué tienen que saber las enfermeras sobre el tratamiento de mantenimiento con metadona (incluida la administración, la seguridad, etc.)?
3. ¿Qué función desempeña la enfermera en el TMM (apoyo, educación sanitaria, promoción y prevención, etc.)?
4. ¿Cómo se apoya a los pacientes que solicitan atención (por ejemplo, reducción de daños y relación holística y terapéutica)?

## PASO 2 – Búsquedas estructuradas en Internet

Una persona realizó una búsqueda de contenidos relacionados con el ámbito de estudio a través de una lista ya confeccionada de sitios web en enero de 2008. Dicha lista se elaboró a partir de los conocimientos adquiridos sobre sitios web de práctica basada en la evidencia, los equipos o instituciones conocidos por el desarrollo de guías y las recomendaciones de la literatura. En relación con cada sitio buscado, se anotó la presencia o ausencia de guías, así como la fecha de la búsqueda. En algunas ocasiones, los sitios web no albergaban la guía, pero remitían a otro sitio web o a la fuente donde podía consultarse. Las guías se descargaron cuando existían versiones íntegras o se pidieron por teléfono o correo electrónico.

- Agency for Healthcare Research and Quality: [www.ahrq.gov](http://www.ahrq.gov)
- Alberta Medical Association - Clinical Practice Guidelines: [www.albertadoctors.org](http://www.albertadoctors.org)
- American Academy of Addiction Psychiatry: [www.aaap.org](http://www.aaap.org)
- American Psychiatric Association: [www.psych.org](http://www.psych.org)
- American Society of Addiction Medicine: [www.asam.org](http://www.asam.org)
- Annals of Internal Medicine: [www.annals.org](http://www.annals.org)
- Australian Drug Information Network: [www.adin.com.au](http://www.adin.com.au)
- Bandolier Journal: [www.jr2.ox.ac.uk/bandolier](http://www.jr2.ox.ac.uk/bandolier)
- BC Office of Health Technology Assessment : [www.chspr.ubc.ca](http://www.chspr.ubc.ca)
- British Columbia Council on Clinical Practice Guidelines: [www.hlth.gov.bc.ca/msp/protoguides/index.html](http://www.hlth.gov.bc.ca/msp/protoguides/index.html)
- Canadian Centre on Substance Abuse: [www.ccsa.ca](http://www.ccsa.ca)
- Canadian Coordinating Office for Health Technology Assessment: [www.ccohta.ca](http://www.ccohta.ca)
- Canadian Health Network: [www.canadian-health-network.ca](http://www.canadian-health-network.ca)
- Canadian Institute of Health Information: [www.cihi.ca](http://www.cihi.ca)
- Canadian Society of Addiction Medicine: [www.csam.org](http://www.csam.org)
- Centers for Disease Control and Prevention: [www.cdc.gov](http://www.cdc.gov)
- Centre for Addiction and Mental Health: [www.camh.net](http://www.camh.net)
- Centre for Evidence-Based Mental Health: <http://cebmh.com>
- Clinical Evidence: [www.clinicalevidence.org](http://www.clinicalevidence.org)
- Clinical Resource Efficiency Support Team (CREST): [www.crestni.org.uk](http://www.crestni.org.uk)
- CMA Infobase: Clinical Practice Guidelines: <http://mdm.ca/cpgsnew/cpgs/index.asp>
- Cochrane Library: Abstracts of Cochrane Reviews: [www.thecochranelibrary.com](http://www.thecochranelibrary.com)
- Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (DARE): [www.york.ac.uk/inst/crd/crddatabases.htm](http://www.york.ac.uk/inst/crd/crddatabases.htm)
- Drug Policy Alliance: [www.drugpolicy.org](http://www.drugpolicy.org)
- Euro-Methwork: [www.euromethwork.org](http://www.euromethwork.org)
- European Observatory on Health Care for Chronic Conditions, World Health Organization: [www.who.int](http://www.who.int)
- Evidence-based On-Call: [www.eboncall.org](http://www.eboncall.org)
- Evidence Based Nursing: <http://evidencebasednursing.com>
- Guidelines Advisory Committee: <http://gacguidelines.ca>
- Guidelines International Network: [www.g-i-n.net](http://www.g-i-n.net)
- Health Canada – Canada’s Drug Strategy: [www.cds-sca.com](http://www.cds-sca.com)
- Health-Evidence.ca: [www.health-evidence.ca](http://www.health-evidence.ca)
- Institute for Clinical Evaluative Sciences: [www.ices.on.ca](http://www.ices.on.ca)
- Institute for Clinical Systems Improvement: [www.icsi.org/index.asp](http://www.icsi.org/index.asp)
- Medic8.com: [www.medic8.com/ClinicalGuidelines.htm](http://www.medic8.com/ClinicalGuidelines.htm)
- Monash University Centre for Clinical Effectiveness: [www.med.monash.edu.au](http://www.med.monash.edu.au)

- National Alliance of Methadone Advocates: [www.methadone.org](http://www.methadone.org)
- National Electronic Library for Health: [www.library.nhs.uk](http://www.library.nhs.uk)
- National Guideline Clearinghouse: [www.guidelines.gov](http://www.guidelines.gov)
- National Institute for Clinical Evidence (NICE): [www.nice.org.uk](http://www.nice.org.uk)
- National Institute on Drug Abuse: [www.nida.nih.gov](http://www.nida.nih.gov)
- New South Wales Health: [www.health.nsw.gov.au](http://www.health.nsw.gov.au)
- New Zealand Guidelines Group: [www.nzgg.org.nz](http://www.nzgg.org.nz)
- NLM Health Services/Technology Assessment: [www.ncbi.nlm.nih.gov](http://www.ncbi.nlm.nih.gov)
- Nursing and Midwifery Practice Development Unit: [www.nwhb.ie](http://www.nwhb.ie)
- PEDro: The Physiotherapy Evidence Database: [www.pedro.fhs.usyd.edu.au](http://www.pedro.fhs.usyd.edu.au)
- Periodic Task Force on Preventative Health Care: [www.ftfphc.org](http://www.ftfphc.org)
- Royal College of General Practitioners: [www.rcgp.org.uk](http://www.rcgp.org.uk)
- Royal College of Nursing: [www.rcn.org.uk](http://www.rcn.org.uk)
- Royal College of Physicians London (RCPL): [www.rcplondon.ac.uk](http://www.rcplondon.ac.uk)
- Sarah Cole Hirsh Institute – Online Journal of Issues in Nursing: [www.nursingworld.org/ojin/hirsh/hirshtoc.htm](http://www.nursingworld.org/ojin/hirsh/hirshtoc.htm)
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network: [www.sign.ac.uk](http://www.sign.ac.uk)
- Swiss Society for Addiction Medicine: [www.ssam.ch](http://www.ssam.ch)
- The Qualitative Report: [www.nova.edu](http://www.nova.edu)
- TRIP Database: [www.tripdatabase.com](http://www.tripdatabase.com)
- University of California, San Francisco: <http://medicine.ucsf.edu/resources/guidelines/index.html>
- University of Laval Evidence-Based Practice Website Directory: <http://132.203.128.28/medecine/repertoire/repertoire.asp>
- US Department of Health and SAMHSA’s National Clearinghouse for Alcohol and Drug Information: <http://ncadi.samhsa.gov>
- Virginia Henderson International Nursing Library: [www.nursinglibrary.org](http://www.nursinglibrary.org)
- Victorian Government Health Information, Australia: [www.health.vic.gov.au](http://www.health.vic.gov.au)

### PASO 3 – Motores de búsqueda web

Además, se realizó una búsqueda de guías de práctica existentes en sitios web relacionadas con el TMM a través del motor de búsqueda Google ([www.google.com](http://www.google.com)), utilizando los términos clave de búsqueda para ello. Una persona la realizó, encargándose de anotar los resultados que recuperaba la búsqueda de términos, así como los sitios web consultados, la fecha y el resumen de las conclusiones.

### PASO 4 – Búsqueda manual y contribuciones del equipo

Se solicitó a los miembros del equipo que revisaran sus archivos personales para identificar guías que no se hubieran encontrado previamente a través de las estrategias de búsqueda descritas anteriormente. Se identificó una guía, pero, por consenso del equipo, se acordó que se quedase al margen del ámbito de la presente Guía, por lo que no se incluyó en la revisión.

## RESULTADOS DE BÚSQUEDA:

La estrategia de búsqueda antedicha se tradujo en la recuperación de más de 1.342 abstracts en materia de apoyo a pacientes en TMM. Un auxiliar de investigación cribó los abstracts para identificar duplicados y valorar los criterios de inclusión o exclusión definidos por el equipo.

Además, se identificaron 11 guías de práctica clínica que cumplían los criterios de criba (véase página 18) a cuya evaluación crítica se procedió con el instrumento *Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation* (AGREE Collaboration, 2001).

- Isaac, P., Janecek, E., Kalvik, A., & Brands, J. (Eds). (2004). *Methadone Maintenance A Pharmacist's Guide to Treatment, 2nd Ed.* Toronto: Centre for Addiction and Mental Health.
- College of Physicians and Surgeons of Alberta (2005). *Standards & Guidelines for Methadone Maintenance Treatment in Alberta.* [Online]. Available: [www.cpsa.ab.ca/collegeprograms/attachments\\_methadone/Standards%20&%20Guidelines%20for%20Methadone%20Maintenance%20Treatment%20in%20Alberta\\_Dec%202005.pdf](http://www.cpsa.ab.ca/collegeprograms/attachments_methadone/Standards%20&%20Guidelines%20for%20Methadone%20Maintenance%20Treatment%20in%20Alberta_Dec%202005.pdf)
- College of Physicians and Surgeons of Ontario (2005). *Methadone Maintenance Guidelines.* Toronto: College of Physicians and Surgeons of Ontario. [Online]. Available: [www.cpso.on.ca/publications/MethadoneGuideNov05.pdf](http://www.cpso.on.ca/publications/MethadoneGuideNov05.pdf)
- Correctional Service Canada (2002). *Methadone Treatment Guidelines.* Assistant Commissioner, Correctional operations and Programs; Guidelines 800-1.
- Verster A. Buning E. (2000) *Methadone Guidelines.* Amsterdam, The Netherlands: Euro-Metwork. [Online]. Available: [www.eurometwork.org](http://www.eurometwork.org).
- Health Canada (2002). *Best Practices Methadone Maintenance Treatment.* Ottawa: Minister of Public Works and Government Services Canada. [Online]. Available: [www.cds-sca.com](http://www.cds-sca.com).
- International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies (2003). *Spreading the light of science. Guidelines on Harm Reduction related to injecting drug use.* Geneva: International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies. [Online]. Available: [www.ifrc.org](http://www.ifrc.org).
- National Institute for Health and Clinical Excellence. (2007). *Methadone and buprenorphine for the management of opioid dependence.* London: National Institute for Health and Clinical Excellence. [Online]. Available: [www.nice.org.uk](http://www.nice.org.uk).
- Mental Health and Drug & Alcohol Office (2006). *Clinical guidelines for methadone and buprenorphine treatment of opioid dependence.* North Sydney, New South Wales: NSW Department of Health. [Online]. Available: [www.health.nsw.gov.au](http://www.health.nsw.gov.au).
- Meili D. Broers B. Bruggmann P, Fink A. Hammig R. (2007). *Clinical RECOMENDACIONES for Substitution-Assisted Treatment (SAT) in Opioid Dependence.* Bern, Switzerland: Swiss Society of Addiction Medicine. [Online]. Available: [www.ssam.ch](http://www.ssam.ch).
- Batki, S.L. Kauffman J.F. Marion, I. Parrino, M.W. Woody, G.E. (2005). *Medication-assisted treatment for opioid addiction in opioid treatment programs: a treatment improvement protocol. Tip 43.* Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration Center for Substance Abuse Treatment. [Online]. Available: [www.samhsa.gov](http://www.samhsa.gov).

## PASO 5

Además, los miembros del equipo obtuvieron información adicional (evidencias existentes: artículos, literatura, revisiones de expertos y literatura gris) que avalase y refinase las recomendaciones.



## Anexo B: Glosario

### **Abstinencia de sustancias:**

- A. Desarrollo de un síndrome propio de cada sustancia por la interrupción (o la reducción) de su consumo, que ha sido intenso y prolongado.
- B. El síndrome propio de la sustancia provoca una insuficiencia clínica significativa o el deterioro social, ocupacional o de otros ámbitos importantes de actividad (American Psychiatric Association, 1994).

### **Abuso de sustancias:** (American Psychiatric Association, 1994)

- A. Patrón de inadaptación de consumo de sustancias que conlleva a un deterioro o una insuficiencia clínicos significativos que se manifiestan en uno (o más) de los siguientes puntos durante un periodo de 12 meses:
  1. Consumo recurrente de sustancias resultante en la incapacidad de cumplir las principales obligaciones de rol en el trabajo, el colegio o en casa (por ejemplo, ausencias repetidas o mal rendimiento laboral relacionado con el consumo de sustancias; ausencias, suspensiones o expulsiones escolares relacionadas con sustancias; desatención de los hijos o la vivienda).
  2. Consumo recurrente de sustancias en situaciones en las que supone un peligro físico (por ejemplo, conducción de vehículos o manejo de maquinaria bajo los efectos del consumo de sustancias).
  3. Problemas recurrentes con la justicia por motivos de sustancias (por ejemplo, detenciones por escándalo público relacionado con sustancias).
  4. Consumo continuado de sustancias pese a los problemas sociales o interpersonales constantes o recurrentes provocados o exacerbados por los efectos de las mismas (por ejemplo, discusiones con el cónyuge como consecuencia de la intoxicación, peleas físicas).
- B. Los síntomas no han cumplido nunca los criterios sobre Dependencia de sustancias relativos a esta clase de sustancia.

**Acción intersectorial para la salud:** Alude a “una relación reconocida entre una o más partes del sector sanitario con una o más partes de otro sector que se ha entablado para actuar en una cuestión con miras a lograr resultados sanitarios (o resultados sanitarios intermedios) de un modo más eficaz, eficiente o sostenible que el que lograría el sector sanitario por sí solo” (World Health Organization, 1997, p. 3). En el ámbito de las adicciones y de la reducción de daños, la colaboración intersectorial es fundamental para el bienestar de los pacientes, como, por ejemplo, en los aspectos de la ‘vivienda’ y la ‘salud’.

**Adicción:** Enfermedad primaria y crónica, caracterizada por el deterioro del control del consumo de sustancias psicoactivas o del comportamiento. Clínicamente, se manifiesta a través de las dimensiones biológicas, psicológicas, sociológicas y afectivas. Los rasgos frecuentes son cambio de humor, liberación de emociones negativas, aportación de placer, preocupación con el consumo de sustancias o rituales; y consumo continuado de las sustancias o comportamiento persistente pese a las consecuencias negativas físicas, psicológicas o sociales. Como otras enfermedades crónicas, puede ser progresiva, recurrente y mortal (Canadian Society of Addiction Medicine, 1999).

**Administración:** La administración de un medicamento es un proceso continuo que va más allá de meramente dárselo a un paciente. La enfermera debe poner en práctica sus conocimientos sobre el paciente y el

medicamento al valorar, planificar, administrar, evaluar y documentar el proceso. La propia enfermera debe llevar a cabo todos los pasos de administración para minimizar las probabilidades de error y depurar responsabilidades individuales. Los medicamentos con receta, así como otras sustancias, incluidos medicamentos de venta libre y suplementos a base de plantas se rigen por normas de administración (College of Nurses of Ontario, 2005a).

**Agonista:** Sustancias que interactúan con los receptores, provocando el mismo efecto que tendrían las sustancias químicas naturales (Karch, 2008).

**Antagonista:** Sustancias que se combinan con los receptores sin desencadenar ningún cambio en la función celular. Cuando los antagonistas se unen a los receptores, los agonistas no pueden hacerlo y, por lo tanto, no pueden actuar (Gutierrez, 2008).

**Apetencia:** Excitación y necesidad biopsicológica de retomar la conducta adictiva, caracterizada por el fuerte deseo, la preocupación y una posible impulsividad (Canadian Society of Addiction Medicine, Adopted 1999).

**Atención holística:** Incluye la consideración de la situación física, emocional, afectiva, cognitiva, de desarrollo, ambiental y social del paciente (College of Nurses of Ontario, 2007b).

**Atención primaria:** “...se trata de la igualdad de acceso a la sanidad y a la atención sanitaria mediante la prestación de servicios sanitarios comunitarios que haga hincapié en la prevención de las enfermedades y la promoción de la salud” (MacDonald, 2002, p. 30) “es la atención fundamental (de promoción, prevención, curación, rehabilitación y asistencia) que se centra en la prevención de enfermedades y en la promoción de la salud” (Canadian Nurses Association, 1995, p.1).

**Biodisponibilidad:** Porcentaje de sustancia disponible para provocar un efecto farmacológico (Wynne et al., 2007).

**Colaborador:** Individuo, grupo o institución con un interés particular en las decisiones y acciones de las instituciones y que puede tratar de ejercer su influencia sobre las mismas (Baker et al., 1999). Entre los colaboradores se encuentran todos los individuos o grupos afectados directa o indirectamente por la modificación o solución del problema.

**Competencia cultural:** “...aplicación de los conocimientos, capacidades, actitudes y atributos personales que precisan las enfermeras para prestar una atención y un servicio adecuados en relación con las características culturales de sus pacientes [pudiendo ser éste una persona, una familia o una comunidad o grupo] (Canadian Nurses Association, 2004, p. 1). La competencia cultural incluye saber valorar la diversidad, conocer las costumbres y tradiciones de los pueblos a los que se atiende y ser sensible a los mismos sin dejar de preocuparse por la persona.” El concepto de competencia cultural ha de aplicarse con cautela, debido al peligro de caer en los estereotipos o de clasificar a las personas de una manera que las estigmatiza o las margina.

**Consenso:** Proceso para la toma de decisiones, y no un método científico para crear nuevos conocimientos. El consenso hace el mejor uso posible de la información disponible, ya se trate de datos científicos o del conocimiento colectivo de los participantes (Black et al., 1999).

**Consultas múltiples:** Se produce cuando un paciente solicita u obtiene una receta de una sustancia controlada a través de más de un profesional sin comunicarles de antemano que ha recibido un narcótico o una sustancia controlada en los últimos 30 días. Las consultas múltiples contravienen la ley en Canadá (Centre for Addiction and Mental Health, 2008b).

**Consumo indebido de sustancias:** Consumo de una sustancia psicoactiva (droga, medicamento o alcohol) con un fin distinto para el que fue concebido y que provoca daños físicos, sociales y psicológicos. El término se aplica también al patrón de consumo: experimental, de recreo y dependencia (Rassool, 2002).

**Delegación:** La delegación es un proceso formal por el cual un profesional sanitario que goza de la autoridad y de la competencia para realizar un procedimiento a tenor de uno de los actos controlados delega su realización en terceros en ciertas condiciones (College of Nurses of Ontario, 2007a).

**Dependencia de sustancias:** Patrón de inadaptación de consumo de sustancias que conlleva un deterioro o insuficiencia clínicos significativos que se manifiestan en tres (o más) de los siguientes puntos al mismo tiempo durante un mismo periodo de 12 meses (American Psychiatric Association, 1994)

- A. Tolerancia, definida de la siguiente manera:
  - i. necesidad de incrementar notablemente las cantidades de sustancia para intoxicarse o lograr el efecto deseado;
  - ii. notable reducción del efecto con el consumo continuado de la misma cantidad de sustancia.
- B. La abstinencia se manifiesta de una de las siguientes formas:
  - i. el síndrome de abstinencia propio de la sustancia; o
  - ii. se consume la misma sustancia (o una íntimamente ligada) para aliviar o evitar los síntomas de la abstinencia.
- C. A menudo se consumen cantidades mayores de la sustancia o durante un periodo superior al previsto.
- D. Existe un deseo constante o un esfuerzo inútil de cesar o controlar el consumo de sustancias.
- E. Se dedica mucho tiempo a actividades necesarias para la obtención de la sustancia (por ejemplo, visitas a múltiples médicos o recorrer grandes distancias en coche), al consumo de la misma o a recuperarse de sus efectos.
- F. Se abandona o se limitan importantes actividades sociales, ocupacionales o de recreo por el consumo de sustancias.
- G. El consumo de sustancia continúa pese a saber que se tiene un problema físico o fisiológico persistente o recurrente que probablemente se deba o se haya visto acentuado por la sustancia (por ejemplo, consumo actual de cocaína pese a reconocer una depresión inducida por la misma o seguir bebiendo pese a reconocer que el consumo de alcohol ha empeorado una úlcera).

**Con dependencia fisiológica:** evidencia de tolerancia o abstinencia (es decir, se presentan el punto 1 ó 2)

**Sin dependencia fisiológica:** Sin evidencia de tolerancia o abstinencia (es decir, no se presentan ni el punto 1 ni el 2).

**Desvío:** Transferencia de sustancias obtenibles por vía legal a canales ilegales, es decir, compartiéndolas o vendiéndolas (CPSO, 2005).

**Dispensación:** Acto controlado autorizado a farmacéuticos y médicos. Las enfermeras no están autorizadas para realizar este acto controlado; sin embargo, médicos y farmacéuticos pueden delegarlo en ellas. Antes de aceptar la delegación, la enfermera debe comprobar que se trata de una práctica aceptable en su centro. Conlleva recibir y leer la receta de un medicamento; ajustar una orden según la directriz aprobada (por ejemplo, sustituir una marca de medicamentos por otra); seleccionar la sustancia a dispensar; reconstituir productos y comprobar la fecha de caducidad; y volver a empaquetar y etiquetar el medicamento (College of Nurses of Ontario, 2008b).

**Dosis diaria estable:** Dosis diaria óptima de metadona que alivia los síntomas de la abstinencia, bloquea la euforia inducida por opioides y reduce el ansia de drogas sin sedación u otros efectos secundarios destacables (CPSO, 2005).

**Dosis divididas:** Modo alternativo de suministrar metadona a los pacientes, consistente en dos o más dosis diarias (de tal modo que no se ingiera todo de una vez). Se usa en pacientes que han demostrado un “metabolismo rápido” de la dosis diaria única (por ejemplo, en el tercer trimestre del embarazo) o siguen una medicación que induce el metabolismo rápido de la metadona (por ejemplo, determinados medicamentos para el VIH). En estos casos, deberá estudiarse consultarlo con un proveedor de TMM experimentado. Las dosis divididas no tienen por qué ser necesariamente iguales; es posible que se precise la ingesta vigilada dos veces al día (CPSO, 2005; College of Physicians and Surgeons of Alberta, 2005).

**Dosis obviada:** Se produce cuando un paciente se salta la dosis de metadona durante más de 24 horas. Basta un periodo tan breve como tres días sin ingerirla para desarrollar una pérdida de tolerancia clínica a los opioides. Las guías sobre metadona del College of Physicians and Surgeons of Ontario (2005) recomiendan la reevaluación del proveedor de TMM si se saltan varias dosis consecutivas.

**Enfermería transcultural:** “Área formal de práctica y estudio centrada en comparar las diferencias y similitudes de la atención humana (cuidado) en cuanto a creencias, valores y modos de vida estructurados de las culturas para prestar a las personas una atención sanitaria congruente, con sentido y beneficiosa desde un punto de vista cultural” (Leiniger & McFarland, 2002, p. 5).

**Estado estable:** Concentración media constante de una sustancia en el organismo; el nivel de la misma presenta picos y valles, pero las fluctuaciones se hallan dentro de un rango constante (Archangelo & Peterson, 2006).

**Estigma y discriminación:** “Por lo general, el estigma es un proceso social, experimentado o previsible, que se caracteriza por la exclusión, el rechazo, la culpa o la devaluación resultante de una experiencia o la previsión razonable de un juicio social negativo sobre una persona o grupo” (Martin & Johnston, 2007, p.8). En relación con el consumo de drogas, se trata de una actitud negativa que, en la mayoría de los casos, se basa en el prejuicio, la falta de información y el miedo que suscita la asociación entre las adicciones y la delincuencia y la percepción de que la gente tiene elección; a menudo, las personas formulan juicios morales basándose en experiencias personales anteriores. La presencia de estigmas es problemática, puesto que conduce a una discriminación constante y a una marginalización con efectos perjudiciales para pacientes,

familias y comunidades (pérdida de autoestima, aumento del aislamiento y de la vulnerabilidad, incremento de las probabilidades de que no accedan a los servicios). La discriminación se produce cuando se toman (o se abstiene de tomarse) medidas en base al estigma.

**Estigmas concurrentes:** Se da cuando existen fuerzas opresoras concurrentes que producen mutuamente un estigma. Así, por ejemplo, las personas que conviven con enfermedades mentales pueden ser objeto de estigma; si también consumen drogas puede crearse un estigma distinto y si presenta algún rasgo racial o es pobre puede aparecer otro: no se trata de un proceso acumulativo, sino que, como se ha dicho antes, se construyen conjuntamente por medio de estas fuerzas.

**Estigma asociativo:** Proceso de ser parte de un estigma en base a una asociación estrecha con una persona que padece una enfermedad mental, normalmente, un familiar, como si la familia estuviera manchada de algún modo por la relación. Del mismo modo, un profesional especializado en salud mental puede ser víctima de estigmas por alusión a su trabajo (Halter, 2008).

**Evidencia:** La evidencia es información que se aproxima a los hechos de un aspecto. La forma que adquiere depende del contexto. Las conclusiones que se desprenden de investigaciones de gran calidad y con metodologías adecuadas constituyen las evidencias más precisas. Puesto que, a menudo, la investigación suele estar incompleta y, en ocasiones, resulta contradictoria o no se encuentra disponible, se precisa otro tipo de información a modo de complemento necesario o sustituto de la investigación correspondiente. Las evidencias que respaldan una decisión abarcan múltiples formas de evidencia combinadas para hallar un equilibrio entre el rigor y la experiencia, aunque se prioriza lo primero sobre lo segundo (Canadian Health Services Research Foundation, 2006).

- Aprendizaje basado en evidencias: requiere medir nuestro propio rendimiento para entender el grado de eficacia de nuestras intervenciones de aprendizaje e integrar ciclos continuos de mejora en la práctica. Tras reunir y analizar las evidencias, se actúa con arreglo a las mismas y se comienza de nuevo el ciclo de evaluar y analizar.
- Práctica basada en la evidencia: “integración de conocimientos de la mejor investigación disponible, preferencias de pacientes, recurso y pericia clínica en la toma de decisiones con el paciente sobre la consecución de la mejor atención sanitaria posible” (College of Nurses of Ontario, 2005b).
- Práctica basada en la información: “...enfoque de la práctica de la enfermería en el que la enfermera tiene conocimiento de la evidencia fruto de la investigación relevante para su práctica clínica y fuerza de dicha evidencia” (Dobbins, 2008).
- Buena práctica: Alude a “prácticas, tratamientos e intervenciones clínicos que se traducen en el mejor resultado posible para el paciente y el centro sanitario que presta dichos servicios” (Lippincott, Williams & Wilkins, 2007, p.1). Prácticas prometedoras: “Los términos ‘lección aprendida’ y ‘prácticas prometedoras’ describen todos ellos prácticas de utilidad. A menudo se utilizan para indicar prácticas o enfoques que, en rigor, no se han evaluado como ‘buenas prácticas’, pero que, no obstante, brindan ideas sobre las cosas que mejor funcionan en una situación determinada”(Information & Knowledge for Optimal Health, 2007) – y con frecuencia son catalogadas de beneficiosas por los expertos (Walker & Bruns, 2006).

**Farmacocinética:** Examen de la absorción, de la distribución, del metabolismo y de la excreción de una

sustancia, el inicio de la acción, la vida media, el efecto pico y la duración de los efectos: cómo actúa el organismo sobre la sustancia (Karch, 2008).

**Farmacodinámica:** Conjunto de procesos por el que las sustancias producen cambios bioquímicos o psicológicos específicos en el organismo: cómo actúa la sustancia en el organismo (Archangelo & Peterson, 2006).

**Guías de práctica clínica o Guías de buenas prácticas:** Guías en desarrollo, elaboradas a partir de los puntos de vista de expertos clave y grupos de pacientes y respaldadas por evidencias sobre los enfoques y elementos de tratamiento que parecen traducirse en el éxito del pronóstico del tratamiento. Partiendo de esta definición, las buenas prácticas son recomendaciones susceptibles de evolucionar, basadas en la experiencia constante, la opinión, el punto de vista y la investigación continuada de expertos en la materia (Health Canada, 2008). En última instancia, las Guías de buenas prácticas son documentos desarrollados de manera sistemática para ayudar tanto al personal sanitario como a los pacientes, en la toma de decisiones oportunas en relación a la atención sanitaria (Field & Lohr, 1990).

**Inicio del TMM:** La primera dosis de metadona no se administra hasta que el College of Physicians and Surgeons of Ontario haya verificado, registrado y autorizado que el paciente no está recibiendo metadona de ningún otro proveedor. [Al ser una norma propia de Ontario, los proveedores de otras provincias deberán consultar sus propias normas individuales para determinar qué dicen las buenas prácticas].

**Interdisciplinar:** Alude a un rango de actividades colaborativas acometidas por un equipo de dos o más personas de distintas disciplinas que aplican los métodos y enfoques de sus respectivas especialidades (Canadian Collaborative Mental Health Initiative, 2005). Enfoques que analizan, sintetizan y armonizan los vínculos entre disciplinas por medio de un plan de atención coordinado y coherente (Choi & Pak, 2006).

**Multidisciplinar:** Disposiciones que beben de los conocimientos de diversas disciplinas sin que éstas superen sus propios límites y especialidades de conocimiento (Choi & Pak, 2006).

**Narcótico:** Sustancia derivada del opio o de compuestos similares al opio con potentes efectos analgésicos asociados a una alteración importante del ánimo y de la conducta y con potencial de crear dependencia y tolerancia tras su administración repetida (The American Heritage® Medical Dictionary Copyright©, 2007).

**Opiáceo:** Compuesto natural o semisintético derivado de la adormidera (papaver somnifer) (College of Physicians and Surgeons of Alberta, 2005).

**Opioide:** Compuesto de acciones o propiedades similares a los opiáceos: En sentido más genérico incluye todos los opiáceos (como heroína, morfina y codeína), así como todos los compuestos sintéticos similares a los opiáceos (como metadona y fentanilo) (College of Physicians and Surgeons of Alberta, 2005).

**Paciente:** Persona con quien la enfermera entabla una relación terapéutica. En la mayoría de los casos, el paciente es una persona, pero puede incluir también a familiares o tutores (grupo o comunidad) (College of Nurses of Ontario, 2006).

**Parafernalia o material para drogas:** Artículos empleados para preparar, fabricar y administrar sustancias objeto de consumo indebido. Por ejemplo, jeringuillas, agujas, filtros, cucharillas, torniquetes, etc.

**Pauta médica:** Orden escrita por el médico relativa a una receta, un procedimiento, un tratamiento, un medicamento o una intervención. Las pautas médicas pueden adoptarse en relación con un paciente cuando se satisfacen ciertas condiciones o se producen circunstancias específicas (College of Nurses of Ontario, 2008a).

**Perspectivas culturales críticas:** Consideración crítica de la “diferencia” respecto de la cultura. Se trata de una cuestión que reviste especial importancia en enfermería debido a que si la interpretación que se hace de la cultura es demasiado limitada, es decir, meras creencias, actitudes, conocimientos y prácticas o se equipara con la etnicidad o la nacionalidad, el ámbito de la salud y de la atención sanitaria puede ser insuficiente, es decir, puede que se obvien o no se aborden de manera adecuada los contextos sociales, políticos e históricos de las vidas de las personas que conforman la salud y la atención sanitaria (Hartrick Doane & Varcoe, 2005). Desde una perspectiva cultural crítica, la cultura se halla en cambio constante. Es nuestro propio aspecto relacional el que cambia con el tiempo según nuestra historia, experiencias pasadas, situación social, profesional y de género y la percepción que tenemos de cómo nos ven los demás en la sociedad (Browne & Varcoe, 2006).

**Práctica relacional:** “El enfoque relacional en la práctica de la enfermería que reconoce que los contextos económicos, sociales, culturales, familiares, comunitarios, históricos y geográficos de la gente, así como su género, edad, capacidad y demás factores personales contribuyen a moldear la salud y la enfermedad con sus significados correspondientes. Aunque la calidad de las relaciones es fundamental en enfermería, la práctica relacional va más allá de las relaciones interpersonales, centrándose en cómo el contexto social conforma la vida de la gente, su salud y la atención sanitaria. Adoptando un enfoque de práctica relacional, la enfermera centra su atención en el valor de saber qué le importa a las personas en el contexto de su vida diaria y cómo las capacidades y las influencias socioambientales dan forma a oportunidades, posibilidades y elecciones, así como a la salud de las personas y a la organización. Estos factores también influyen en cómo ven las enfermeras a los pacientes y sus familias y cómo se relacionan y trabajan con ellos. La enfermería entendida como práctica relacional se centra en la acción, es decir, los alumnos serán capaces de responder a las complejas formas en las que las experiencias sanitarias y los contextos de las vidas de los pacientes, en su sentido más amplio, van definiéndose y de participar en el cambio” (UBC School of Nursing, 2008).

**Recomendaciones para la institución y directrices:** Informe de los requisitos para garantizar que los centros sanitarios permiten el correcto desarrollo de la guía de buenas prácticas. Las condiciones para el buen funcionamiento son, en gran medida, responsabilidad de la institución, aunque puede haber implicaciones en cuanto a las directrices a nivel gubernamental o social.

**Recomendaciones para la práctica:** Informes de buenas prácticas basados en la evidencia y orientados a la práctica clínica.

**Reducción de daños:** Continuo de servicios que representa un enfoque filosófico y pragmático de la prestación de la atención, minimizando al mismo tiempo los resultados negativos asociados al consumo de sustancias. Está orientado a objetivos, es humanista y mantiene conciencia de coste-beneficio (Pauly, Goldstone, McCall, Gold & Pyne, 2007).

**Relación terapéutica:** La relación terapéutica es una relación con un objetivo orientada a metas, dirigida a conseguir lo mejor para el paciente en cuanto a intereses y pronóstico. La relación terapéutica se basa en un proceso interpersonal que se produce entre enfermera y paciente(s) (RNAO, 2006b).

**Revisión sistemática:** Aplicación de un enfoque científico riguroso para consolidar la evidencia de la investigación sobre un tema concreto. “Las revisiones sistemáticas indican si los efectos de los cuidados sanitarios son congruentes, si los resultados de las investigaciones pueden aplicarse a distintos grupos de población, entornos y con variaciones de tratamiento (por ejemplo, las dosis), y si los efectos pueden variar de forma significativa. El uso de una metodología explícita y sistemática en las revisiones limita el sesgo (errores sistemáticos) y reduce los efectos del azar, lo que proporciona unos resultados más fiables sobre los que sacar conclusiones y tomar decisiones” (Clarke & Oxman, 1999).

**Seguridad cultural:** La seguridad cultural es un concepto nacido en Nueva Zelanda (Aotearoa) durante la formación de las enfermeras maoríes en reconocimiento de las desigualdades del estado de salud y de la atención sanitaria de su pueblo, derivado de unos procesos y prácticas persistentes de colonización (Ramsden, 1993; 2000; Smye & Browne, 2002). Se trata de un concepto que han adoptado diversas instituciones en Canadá para abordar las desigualdades de la salud y de la atención sanitaria (por ejemplo, la Organización Nacional de Salud Aborigen —National Aboriginal Health Organization o NAHO, por su nombre y siglas en inglés—). La seguridad cultural empieza por la enfermera y el profesional sanitario: con la autorreflexión. La enfermera ha de reconocer que paciente (en tanto que persona, familia o comunidad) y profesional son “portadores de cultura” y que la relación de uno a uno siempre es bicultural, es decir, está influida por la(s) cultura(s) tanto de la enfermera como del paciente. Además, las enfermeras tienen que comprender que procesos y prácticas históricos, sociales, económicos y políticos, así como desigualdades de poder y estructurales configuran la salud y la atención sanitaria (Ramsden, 1993; 2000). Una práctica segura desde un punto de vista cultural conlleva abordar los diferenciales de poder que se hallan en el seno de las desigualdades que afectan a estas dos cuestiones. Además, exige que las enfermeras adopten directrices y prácticas que repercutan en la salud y en la atención sanitaria para cambiar el status quo, es decir, modificar aquellas directrices y prácticas que hacen que la persona corra el riesgo de que no se atiendan sus necesidades sanitarias o que crean “inseguridad”. La seguridad cultural es tanto un proceso como un resultado. En especial, es el propio paciente quien describe como tales a los servicios y atención sanitarios “culturalmente” seguros.

**Suspensión del TMM:** Notificación al College of Physicians and Surgeons of Ontario de que el paciente ha dejado de recibir metadona de su proveedor concreto. Se trata de una condición indispensable para iniciar el TMM con otro proveedor. [Al ser una norma propia de Ontario, los proveedores de otras provincias deberán consultar sus propias normas individuales para determinar qué dicen las buenas prácticas].

**Sustancia controlada:** Existen infinidad de sustancias controladas a tenor de la *Ley de sustancias controladas*, (en adelante, “*Controlled Substance Act*”, por su nombre en inglés). Dichas sustancias se agrupan en anexos. A continuación siguen algunos ejemplos de las más conocidas de cada Anexo.

- Anexo I: sustancias derivadas de la adormidera como la heroína, la codeína; sustancias derivadas de la coca, como la cocaína; y derivados sintéticos como la metadona.
- Anexo II: cannabis (marihuana) y sus derivados.
- Anexo III: sustancias tales como anfetaminas y dietilamida del ácido lisérgico (LSD).
- Anexo IV: sustancias como benzodiazepinas y barbitúricos.
- Anexos V y VI: precursores necesarios para la fabricación de sustancias controladas . (National Association of Pharmacy Regulatory Authorities, 2002-2004).



**Tolerancia a la sustancia:** Adaptación neurológica a los efectos psicoactivos de una sustancia; se precisan mayores cantidades de droga para lograr el mismo efecto. La tolerancia a los efectos psicoactivos del alcohol y de los opioides se desarrolla con rapidez. Los pacientes muy tolerantes pueden comportarse casi con total normalidad tras consumir dosis de opioides que serían mortales para los no tolerantes (Kahan & Wilson, 2002). En el caso de los opioides, la tolerancia a dichos efectos se desarrolla y se pierde en cuestión de días (CPSO, 2005).

**Tomas domiciliarias o Monodosis:** Dosis únicas (o múltiples) de metadona facilitadas por el farmacéutico dispensador o el personal designado susceptibles de ser ingeridas por el cliente sin supervisión; dosis de metadona para llevar a casa. Antes de recetarle al usuario dosis domiciliarias deben satisfacerse ciertos criterios (estabilidad clínica, antigüedad en TMM, capacidad de almacenar la metadona de forma segura en una caja bajo llave); dichos criterios deben evaluarse de nuevo con carácter regular para proseguir con las tomas o aumentar o reducir su número (CPSO, 2005; College of Physicians and Surgeons of Alberta, 2005).

**Última dosis verificada:** Fecha, hora y cantidad de la última dosis de metadona ingerida y verificada por un profesional sanitario.

**Umbral o exigencia (es decir, programas de umbral bajo, medio y alto):** Cualquier programa de reducción de daños con distintos niveles de criterios de admisión y supervisión. Así, por ejemplo, frecuencia de los análisis de orina, orientación obligatoria, frecuencia de las visitas al médico, etc.

**Vida media:** Tiempo necesario para eliminar del organismo la mitad de la cantidad total de sustancia. Por lo general, transcurridas cinco vidas medias, se habrá eliminado el 97% de una sustancia (Archangelo & Peterson, 2006).



## Anexo C: Determinantes sociales de la salud (DSS)

Existen infinidad de evidencias en Canadá y otros países que avalan la idea “de que las circunstancias socio-económicas de las personas y grupos son igual de importantes o más para el estado de salud que la atención médica y al conducta saludable personal, como los hábitos de fumar o alimenticios” (Evans et al., 1994; Frank, 1995; Federal/ Provincial/ Territorial Advisory Committee on Population Health, 1999; as cited in Health Canada, 2003, p. 2). Las evidencias sugieren que los DSS “repercuten directamente en la salud de las personas y de la población y que son los mejores indicadores de la salud individual y de la población, estructuran las elecciones sobre el estilo de vida e interactúan entre sí para favorecer la salud” (Raphael, 2003; as cited in Health Canada, 2003, p. 2). “En términos de salud poblacional, es de sobra conocido que la brecha o la desigualdad del estatus social o económico entre grupos de una misma población afecta en gran medida al estado de salud del conjunto. A mayor brecha, peor estado de salud de la población como un todo (Wilkinson, 1996; Wilkinson and Marmot, 1998; as cited in Health Canada, 2003, p. 2). Los siguientes nueve DSS se presentan en el documento de Health Canada (2003: pp.11-12) titulado: The social determinants of health: An overview of the implications for policy and the role of the health sector. An overview in response to papers presented at the Social Determinants of Health Across the Life-Span Conference, Toronto, Noviembre 2002. Otros determinantes sociales de la salud incluyen: paz, asistencia social y violencia familiar.

**Educación y atención en la primera infancia:** Acceso a educación y atención en la primera infancia para todos: centros de atención infantil y otros servicios de asistencia regulados, por ejemplo, atención infantil familiar en hogares privados para que las mujeres puedan incorporarse a la población activa. Incluye, asimismo, escolarización, donde el objeto fundamental es la educación en la primera infancia, como en guarderías y preescolar (Friendly, 2002).

**Educación:** La educación superior se asocia a una salud y unos pronósticos mejores, mientras que la educación básica a lo contrario.

**Empleo y seguridad laboral:** Capacidad de desempeñar un trabajo con sentido (tal y como lo percibe la persona) que cumpla una necesidad individual, familiar o comunitaria. Una tasa elevada de desempleo se asocia a un empeoramiento de la salud y a muerte prematura.

**Seguridad alimentaria:** Capacidad de adquirir o consumir una dieta de calidad adecuada o una cantidad suficiente de alimentos de una manera socialmente aceptable con la certidumbre de que es posible. La disponibilidad limitada de alimentos seguros depende de la disponibilidad de dinero para su compra y de la disponibilidad de comida en comunidades geográficamente aisladas (Campbell, 1991).

**Vivienda:** Capacidad de acceder a un alojamiento asequible, idóneo y adecuado (Layton, 2000).

**Renta:** Se considera que la renta repercute de diversas maneras importantes en la salud: la privación material actúa como barrera a un alojamiento adecuado, alimentos, calor y a la capacidad de participar en la sociedad, todos ellos condiciones indispensables para un desarrollo saludable; la falta de ingresos adecuados conlleva un estrés psicosocial que puede traducirse en un empeoramiento de la salud; y la gente tiene opciones limitadas (Raphael, 2004).

**Economía social:** Dotación de servicios prestados a la comunidad y sus miembros que no se rigen por los beneficios (Vaillancourt, Aubrey, Tremblay & Kearney, 2002).

**Inclusión y exclusión social:** Capacidad de todas las personas para participar plenamente en la vida canadiense. Debido a las desigualdades estructurales a la hora de acceder a los recursos sociales, económicos, políticos y culturales, algunas personas se quedan al margen. Estas desigualdades son fruto de la opresión por motivo de raza, clase, género, capacidad y discapacidad, orientación sexual, situación de inmigración, edad, religión, etc.

**Condiciones laborales:** Jackson (2002) ha identificado las siguientes condiciones laborales como fundamentales para determinar si un trabajo es sano o no: trabajo y seguridad laboral; condiciones físicas laborales; ritmo de trabajo; control y estrés; horario de trabajo (número de horas); oportunidades para la expresión y el desarrollo personales en el trabajo; participación y relaciones en el trabajo y equilibrio trabajo-vida personal.

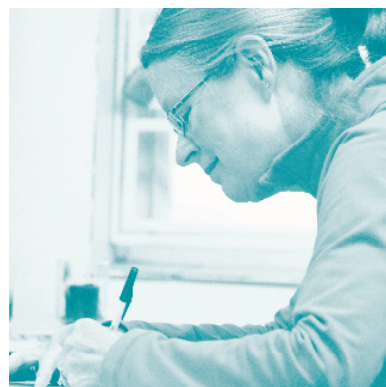
Además de los DSS, la CNA (October, 2005) incluye otros muchos determinantes sociales de la salud de la Organización Mundial de la Salud (Wilkinson & Marmot, 2003):

**Desigualdad económica:** La brecha entre ricos y pobres puede ser un determinante social de la salud todavía más significativo que la pobreza absoluta: “a medida que la brecha entre ricos y pobres se abre, empeora el estado de salud” (Auger, 2004; Raphael, 2002; as cited in CNA, p.3).

**Estatus social:** Las personas de una clase social inferior corren al menos un riesgo dos veces superior de padecer una enfermedad grave y fallecer de forma prematura que los que más tienen, estadística extensible a todos los estratos de la sociedad (Wilkinson & Marmot, 2003; as cited in CNA, p. 3).

**Estrés:** El estrés prolongado y acumulado se asocia a una salud peor, por ejemplo, enfermedades crónicas, infecciones y problemas de salud mental (Wilkinson & Marmot, 2003; as cited in CNA, p. 3).

Además de los determinantes sociales de la salud, existen otros determinantes básicos de la misma, incluidos: herencia genética y entorno físico (Health Canada, 2003, p. 1).



## Anexo D: Posibles interacciones comunes de sustancias con la metadona

SUSTANCIAS QUE PUEDEN AUMENTAR EL NIVEL DE METADONA O LA TOXICIDAD	SUSTANCIAS QUE PUEDEN REDUCIR EL NIVEL DE METADONA O LA ABSTINENCIA DE OPIOIDES
<p><b>Antibióticos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Ciprofloxacino</li> <li>■ Claritromicina</li> <li>■ Eritromicina</li> <li>■ Isoniacida</li> </ul>	<p><b>Antiepilépticos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Carbamazepina</li> <li>■ Fenobarbital</li> <li>■ Fenitoína</li> </ul>
<p><b>Antidepresivos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Fluoxetina</li> <li>■ Fluvoxamina</li> <li>■ Nefazodona</li> <li>■ Paroxetina</li> <li>■ Sertralina</li> </ul>	<p><b>Antirretrovirales:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Abacavir</li> <li>■ Amprenavir</li> <li>■ Efavirenz</li> <li>■ Indinavir</li> <li>■ Nelfinavir</li> <li>■ Nevirapina</li> <li>■ Ritonivir</li> <li>■ Saquinavir</li> </ul>
<p><b>Antifúngidos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Fluconazol</li> <li>■ Ketoconazol</li> <li>■ Metronidazol</li> </ul>	<p><b>Barbitúricos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Fenobarbital</li> <li>■ Secobarbital</li> <li>■ Butalbital</li> </ul>
<p><b>Otros:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Todas las benzodiazepinas</li> <li>■ Amiodarona</li> <li>■ Amitriptilina</li> <li>■ Cimetidina</li> <li>■ Delavirdina</li> <li>■ Dihidroergotamina</li> <li>■ Diltiazem</li> <li>■ Disulfiram</li> <li>■ Indinavir</li> <li>■ Propoxifeno</li> <li>■ Quinidina</li> <li>■ Saquinavir</li> <li>■ Alcalinizadores de la orina</li> <li>■ Verapamil</li> </ul>	<p><b>Otros:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Cocaína</li> <li>■ Primidona</li> <li>■ Rifampicina</li> <li>■ Risperidona</li> <li>■ Hipérico (Hypericum perforatum o hierba de San Juan)</li> <li>■ Nicotina</li> <li>■ Acidificadores de la orina</li> </ul>

(Antoniou & Lin-in Tseng, 2002; Elsayem & Breura, 2005; Isaac et al., 2004; Layson-Wolf et al., 2002; Weschules et al., 2008)

## Anexo E: Análisis de orina para la detección de sustancias

A través de la orina se puede detectar la duración del abuso de sustancias

SUSTANCIA	DURACIÓN (Según la dosis: si la dosis es mayor puede estar presente durante más tiempo del indicado)
Alcohol	Duración: 7 – 12 horas
Anfetaminas	2 – 5 días
Barbitúricos	Hasta 3 semanas
Benzodiazepinas	Hasta 4 semanas
Cocaína (metabolitos)	Hasta 7 días
<b>Cannabis</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Consumo único</li> <li>■ Consumo diario</li> <li>■ Consumo importante prolongado</li> </ul>	2 – 4 días 10 – 15 días 4 – 6 semanas
GHB	<12 horas
Alucinógenos	3 – 7+ días
<b>Opioides</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Codeína</li> <li>■ Heroína (Monoacetilmorfina [MAM])</li> <li>■ Hidromorfona</li> <li>■ Metadona</li> <li>■ Oxycodona</li> </ul>	48 horas <12 horas 2 – 4 días 1 – 4 días 2 – 4 días

(Gourlay, Heit & Caplan, 2006; Kahan & Wilson, 2002; Moeller et al., 2008)

## Anexo F: Falsos mitos sobre la metadona

A continuación sigue una lista de mitos extendidos sobre la metadona, junto a la realidad que los acompaña.

MITO	REALIDAD
La metadona coloca.	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Si buscas colocarte, la metadona es una decepción. Al principio, cuando empiezas el tratamiento, puede que te sientas mareado o somnoliento durante unos días, pero enseguida tolerarás esos efectos. Con la metadona, espera sentirte “normal”.</li> </ul>
La metadona te da náuseas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ El único momento en el que puedes marearte es al principio del tratamiento, cuando es posible que la dosis no baste para aliviar los síntomas de la abstinencia. En la mayoría de los casos, si te sientes mareado/a, será leve. Se te ajustará la dosis y te sentirás mejor en unos días.</li> <li>■ Cuando tomas metadona te resfrías o enfermas como cualquier otra persona, pero desde luego eres mucho menos propenso/a que a padecer enfermedades que otros consumidores de sustancias ilegales. Es mucho menos probable que quienes consumen metadona usen jeringuillas, mientras que por el contrario es más probable que coman bien y se cuiden. Además, por las mañanas, no te levantarás con náuseas. En todo caso, te ayudará a ponerte bien.</li> </ul>
El consumo prolongado de metadona daña el hígado, la glándula tiroides y la memoria.	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Consumir metadona de forma prolongada es seguro. No es dañina para los órganos internos y, cuando la dosis es correcta, no interfiere con el pensamiento. Si padeces alguna afección como hepatitis o cirrosis hepática, el tratamiento de mantenimiento con metadona puede mejorar tu acceso al tratamiento médico y ayudarte a gestionar la enfermedad.</li> </ul>
La metadona te pudre los dientes y los huesos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Se trata de un mito común y, aunque falso, los motivos que subyacen al mismo se merecen cierta atención.</li> <li>■ Uno de los efectos secundarios de la metadona, como sucede con muchos medicamentos, es que causa sequedad bucal, lo que puede hacer más propensos a los dientes a producir sarro, una de las principales causas de enfermedad gingival y de caries. Para proteger la dentadura, basta con seguir la rutina que se recomienda a todas las personas: lavarse y usar seda dental todos los días, enjuagarse con colutorio, ir al dentista al menos dos veces al año y eliminar el azúcar de la dieta. Beber mucha agua puede contribuir también a aliviar la sequedad bucal.</li> <li>■ Si tomas metadona y sientes que se te pudren los huesos, probablemente se deba a que la dosis es muy baja. El dolor de huesos, que puede causar la sensación de que se te “pudren”, es un síntoma del síndrome de abstinencia por esta sustancia. Una vez que se ha ajustado correctamente la dosis, no deberías experimentar ningún dolor ni otros síntomas propios de la abstinencia.</li> </ul>

MITO	REALIDAD
La metadona engorda.	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ No todo el mundo engorda con la metadona, pero hay gente que sí. Por lo general se debe a que, gracias a ella, mejoran tu salud y apetito, por lo que comes más. Si llevas mucho tiempo consumiendo drogas, puede que estés demasiado delgado y que te haga falta engordar un poco.</li> <li>■ Aunque la metadona bebida no “engorda” como los dulces y los alimentos grasos, puede ralentizar el metabolismo y provocar retención de líquidos, lo que, a su vez, puede conllevar un incremento de peso que puede controlarse consumiendo alimentos saludables y haciendo ejercicio con frecuencia. Si alimentas tu cuerpo, mantendrás los kilos a raya y, lo que es más importante, te sentirás bien.</li> </ul>
Dejar la metadona es fácil. Dejar la metadona es difícil	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ ¿Cómo es posible que los dos sean mitos? Desengancharse de la metadona no es fácil, pero tampoco tiene por qué ser difícil. Los síntomas del síndrome de abstinencia aparecen más despacio que los de la heroína, pero, con la metadona, el proceso de la abstinencia dura más. Cuando estés preparado para dejar la metadona, se “disminuirá” la dosis o se reducirá de manera gradual, normalmente al ritmo que decidas</li> </ul>
Los pacientes con metadona siguen siendo adictos, aunque no consuman otras drogas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Las personas que consumen metadona como parte de un tratamiento para dependencia de opioides no son más adictos que quienes consumen insulina en el marco de un tratamiento de diabetes. La metadona es un medicamento. El tratamiento con metadona te permite llevar una vida normal, trabajar, estudiar o cuidar de tus hijos.</li> </ul>
La metadona es una cura para la adicción a los opioides.	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ La metadona no es una cura; es una herramienta que te ayuda a reparar el daño causado por la dependencia y emprender una nueva vida. Como cualquier herramienta, hay que saber usarla. Al igual que un obrero utiliza un martillo para construir una casa o un pintor utiliza un pincel para pintar un cuadro, tú puedes recurrir a la metadona para ayudarte a mantenerte lejos de las drogas. La metadona hará más fácil el trabajo, lo cual no quiere decir que lo sea.</li> </ul>

(Reproducido con permiso del Centre for Addiction and Mental Health, 2008b, p.3-6.)



## Anexo G:













# Calendario-herramienta para el aprendizaje de la metadona

\*Adaptación de Julie Hinton, alumna de enfermería, con su permiso

Este calendario ha sido creado para ayudar a los pacientes a registrar cómo reacciona su organismo a la dosis de metadona. Se trata de que, todos los días, el paciente anote el código oportuno (véase la leyenda en la parte inferior) en el día correspondiente. A continuación, llevarán la herramienta al profesional sanitario para su evaluación, facilitando el intercambio de ideas acerca de la relación que guardan la dosis de metadona y los síntomas resultantes.

Tendencia de los efectos secundarios de la metadona utilizando I, II, III, IV, V, VI ó VIII. (Véase leyenda a continuación).  
Todas las semanas la enfermera anotará la dosis de metadona en la herramienta.

Febrero de 2008

Domingo	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
					1	2
3	 4 — mg	5	6	7	8	9
10	 11 — mg	12	13	14	15	16
17	 18 — mg	19	20	21	22	23
24	 25 — mg	26	27	28	29	
<p>Leyenda</p>  Visita al médico  I=Naúseas  II=Dolor de huesos  III=Sustancia  IV=Nutación  V=Sudoración  VI=Bien  VII=Enfado						



## Anexo H: Comparación de los síntomas de sobredosis por opioides y su abstinencia

A continuación sigue una lista de síntomas de sobredosis de opioides que se contrasta con los síntomas que provoca su abstinencia.

SOBREDOSIS DE OPIOIDES	ABSTINENCIA DE OPIOIDES
<p><b>Primeros signos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Nutación y somnolencia.</li> <li>■ Habla ininteligible.</li> <li>■ Labilidad emocional.</li> <li>■ Miosis</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Disforia.</li> <li>■ Náuseas o vómitos.</li> <li>■ Espasmos abdominales.</li> <li>■ Mialgia (dolor muscular).</li> <li>■ Lagrimeo (ojos llorosos).</li> <li>■ Rinorrea (goteo nasal).</li> <li>■ Midriasis, piloerección.</li> <li>■ Sudoración. n Diarrea.</li> <li>■ Bostezos.</li> <li>■ Fiebre.</li> <li>■ Insomnio.</li> <li>■ Ansiedad.</li> <li>■ Agitación.</li> <li>■ Fatiga.</li> <li>■ Taquicardia</li> </ul> <p>(CPSO, 2005)</p>
<p><b>Últimos signos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Depresión respiratoria.</li> <li>■ Intervalo QT prolongado.</li> <li>■ Arritmias ventriculares.</li> <li>■ Coma</li> </ul> <p>(Centre for Addiction and Mental Health, 2007)</p>	

La intoxicación o la sobredosis por metadona pueden producirse en los siguientes casos:

- La dosis recetada es demasiado elevada, sobre todo cuando se inicia el tratamiento por metadona, puesto que puede que el cliente no sea totalmente tolerante (durante las dos primeras semanas del TMM existe un elevado riesgo de sobredosis por metadona).
- El paciente recibe una dosis superior de metadona de la recetada (por ejemplo, se le suministra al paciente equivocado, se produce un error de dispensación).
- Ha transcurrido un tiempo insuficiente entre dosis.
- Se le administra metadona a un paciente al que no se le ha recetado (intolerante) (por ejemplo, desvío).
- Se consume alcohol, benzodiazepinas u otras sustancias además de la metadona

## Anexo I: TMM en entornos penitenciarios

Por ley, los servicios penitenciarios provinciales y federales están facultados a prestar servicios sanitarios a los presos. Aunque no caiga por su propio peso que estos centros prestan servicios sanitarios y contratan a personal, las enfermeras que trabajan en ellos cuidan a diario de miles de personas bajo custodia. Dado que el principal objetivo de los servicios correccionales es custodiar a las personas que albergan, las enfermeras penitenciarias se enfrentan al reto constante de compaginar los objetivos de la reducción de daños y del TMM con los de la custodia.

Muchos presos salen mal parados en cuanto a determinantes sociales de la salud y adolecen de un escasísimo acceso a profesionales de la salud. Muchos desconocen los objetivos y principios asociados a la reducción de daños, por lo que, con frecuencia, acceder al TMM resulta muy complicado.

En los entornos penitenciarios, las enfermeras deben trabajar con diligencia para superar y disipar los estigmas asociados al TMM de los reclusos, funcionarios de prisiones y los suyos propios. La conciencia de las enfermeras, su comprensión y la promoción que hacen del TMM en este entorno son importantes para facilitar el entendimiento, la tolerancia y la colaboración de todos: personal e internos. Por lo tanto, es fundamental que las propias enfermeras tengan conocimientos en materia de adicciones, reducción de daños y las ventajas del TMM, además deben ser capaces de ofrecer un tratamiento e información sin sesgos.

En el siguiente cuadro se abordan algunas cuestiones comunes relacionadas con el TMM específico de los centros penitenciarios. La información que sigue a continuación se ha extraído de la literatura, además de comunicaciones personales con las enfermeras que trabajan en instalaciones de este tipo.

TEMA	PROBLEMAS ESPECÍFICOS DE LOS CENTROS PENITENCIARIOS
Percepciones de la metadona (tanto de los presos como del personal no sanitario).	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Estigma: con frecuencia se usa “muñeca” para referirse a la metadona.</li> <li>■ Estigma: la metadona se considera un consumo legalizado de heroína.</li> <li>■ Es necesario impartir formación al personal de seguridad para que entienda que el TMM es un programa orientado a la reducción de daños, no a la abstinencia y que conlleva muchos beneficios.</li> <li>■ Muchos delincuentes perciben el TMM como una medida de control dentro del sistema penitenciario (Carlin, 2005); asimismo, sienten que si admiten que tienen un problema con los opioides, se les castigará, ya sea ahora o en el futuro.</li> <li>■ Es necesario formar a los pacientes para que entiendan que las muestras de orina recogidas en el marco del programa de TMM son médicamente confidenciales y que no pueden utilizarse con fines punitivos.</li> </ul>
Administración de metadona	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ El desvío de metadona es un problema capital en las cárceles. Los reclusos dependientes de opioides que no siguen ningún programa de TMM consumen metadona desviada para evitar los síntomas de la abstinencia cuando no consiguen opioides ilegales mientras están encarcelados. La metadona tiene un elevado valor en el ‘mercado negro’. Las estrategias frecuentes para su desvío incluyen: <ul style="list-style-type: none"> <li>● regurgitarla;</li> <li>● colocarse absorbents en la boca;</li> <li>● colocarse preservativos en la parte posterior de la garganta;</li> <li>● coserse bolsillos dentro de la ropa; y</li> <li>● falsificar la identidad</li> </ul> </li> <li>■ Para reducir el riesgo de desvío y proteger a personal y presos, los funcionarios de prisiones prestan apoyo al personal sanitario durante la administración de metadona.</li> <li>■ El personal de prisiones observa a los pacientes en TMM durante al menos 20 minutos tras su administración para reducir el riesgo de desvío.</li> </ul>

TEMA	PROBLEMAS ESPECÍFICOS DE LOS CENTROS PENITENCIARIOS
Administración de metadona (cont.).	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Con el objetivo de garantizar que se administra la metadona al paciente correcto, es necesario confirmar la identificación fotográfica de los reos antes de cada dosis.</li> <li>■ Puesto que a menudo la sobredosis de metadona es mortal, las enfermeras han de conocer sus signos y síntomas. Cualquier paciente del que se sospeche o sepa que presenta sobredosis deberá ser examinado en el hospital local y deberán ser vigilados muy de cerca a su regreso a la institución.</li> <li>■ Las enfermeras deberán estar familiarizadas con las políticas institucionales en materia de sobredosis de metadona.</li> <li>■ A veces resulta difícil conseguir que los pacientes cooperen en los análisis de orina para la detección de drogas, puesto que en estos centros las tomas domiciliarias no son nunca una opción. Además, para los pacientes en TMM es difícil confiar en que los resultados de los mismos no se usen para adoptar medidas punitivas en su contra.</li> </ul>
Planificación de la puesta en libertad y la salida	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Muchos delincuentes quieren empezar el TMM al principio de su condena y dejarlo antes de su salida.</li> <li>■ Las enfermeras han de saber que la salida de prisión es un momento en el que existe un riesgo muy elevado de que los pacientes vuelvan a consumir drogas e incurrir en actividades delictivas; además, corren un riesgo desproporcionadamente alto de infectarse por VIH, se producen más muertes relacionadas con sobredosis y existe un riesgo superior de ingresar de nuevo en prisión (Rich et al., 2005).</li> <li>■ Las enfermeras deberán facilitar la continuidad de la atención cuando la liberación de un preso sea evidente. Es fundamental elaborar un plan integral de puesta en libertad para quienes salgan de prisión.</li> </ul>
Cuestiones relacionadas	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ La estancia en prisión es un momento en el que existe un riesgo muy elevado de contraer enfermedades infecciosas (Kerr, Marsh, Li, Montaner &amp; Wood, 2005). Access to full MMT programs (including initiation and maintenance). Es necesario que exista acceso a todos los programas de TMM (incluidos inicio y mantenimiento) en entornos penitenciarios.</li> <li>■ Es posible que los internos se enganchen al consumo por vía parenteral por primera vez durante su estancia en prisión para encajar o para escapar de la realidad.</li> <li>■ No existen programas de cambio de agujas en estos centros. Es frecuente que compartan la misma aguja, aun cuando saben que uno de ellos presenta alguna infección hematógena como VIH o hepatitis.</li> </ul>



## Anexo J: Recursos educativos

Los siguientes recursos educativos han sido recopilados por el equipo de desarrollo como recurso para que enfermeras y pacientes aprendan más sobre adicciones, TTM y determinantes de la salud. No pretende ser un listado exhaustivo.

### Revistas relevantes:

Nombre	Página web
<i>Evidence-Based Nursing</i>	<a href="http://ebn.bmj.com/">http://ebn.bmj.com/</a>
<i>Health Policy</i>	<a href="http://www.sciencedirect.com">www.sciencedirect.com</a>
<i>International Journal of Drug Policy</i>	<a href="http://www.elsevier.com">www.elsevier.com</a>
<i>Journal of Addictions Nursing</i>	<a href="http://www.intnsa.org/jan.php">www.intnsa.org/jan.php</a>

### Recursos web:

Nombre	Página web
Addictions Ontario	<a href="http://www.addictionsontario.ca">www.addictionsontario.ca</a>
Association of Ontario Health Centres	<a href="http://www.aohc.org">www.aohc.org</a>
Canadian Centre on Substance Abuse	<a href="http://www.ccsa.ca">www.ccsa.ca</a>
Canadian Network of Substance Abuse and Allied Professionals	<a href="http://www.cnsaap.ca">www.cnsaap.ca</a>
Centre for Addiction and Mental Health (CAMH)	<a href="http://www.camh.net">www.camh.net</a>
College of Nurses of Ontario	<a href="http://www.cno.org">www.cno.org</a>
College of Physicians and Surgeons of Ontario	<a href="http://www.cpsso.on.ca">www.cpsso.on.ca</a>
Drug and Alcohol Registry of Treatment	<a href="http://www.dart.on.ca">www.dart.on.ca</a>
Drug and Alcohol Treatment Information System (DATIS)	<a href="http://www.datis.ca">www.datis.ca</a>
DrugInteractions.com	<a href="http://www.druginteractions.com">www.druginteractions.com</a>

Health Canada	<a href="http://www.hc-sc.gc.ca">www.hc-sc.gc.ca</a>
International Nurses Society on Addictions	<a href="http://www.intnsa.org">www.intnsa.org</a>
Local Health Integration Networks (Ontario)	<a href="http://www.health.gov.on.ca/transformation/lhin/lhin_mn.html">www.health.gov.on.ca/transformation/lhin/lhin_mn.html</a>
Medical Education and Training on Addiction	<a href="http://www.addictionmedicine.ca">www.addictionmedicine.ca</a>
Ministry of Health and Long-Term Care (Ontario)	<a href="http://www.health.gov.on.ca">www.health.gov.on.ca</a>
Ontario College of Pharmacists	<a href="http://www.ocpinfo.com">www.ocpinfo.com</a>
Ontario Federation of Community Mental Health and Addiction Programs	<a href="http://www.ofcmhap.on.ca">www.ofcmhap.on.ca</a>
Ontario Pharmacists Association Mental Health and Addiction Programs	<a href="http://www.opatoday.com">www.opatoday.com</a>
Smart Systems for Health Agency	<a href="http://www.ssha.on.ca">www.ssha.on.ca</a>
The Canadian Harm Reduction Network	<a href="http://www.canadianharmreduction.com">www.canadianharmreduction.com</a>
The Ontario Pharmacists Association	<a href="http://www.opatoday.com">www.opatoday.com</a>

## Otros recursos

Nombre	Información de contacto
OpiATE Clinical Consultation Services (Centre for Addiction and Mental Health)	Teléfono gratuito : 1-888-720-2227 (solo Ontario) Teléfono: 416-595-6968
Bevel Up: Drugs, Users and Outreach Nursing (educational kit including DVD)	<a href="http://www.nfb.ca/webextension/bevel-up/">www.nfb.ca/webextension/bevel-up/</a>
FIX: The story of an Addicted City (film)	<a href="http://www.canadawildproductions.com/">www.canadawildproductions.com/</a>
Initial Patient Assessment Form (CPSO, 2005)	College of Physicians and Surgeons of Ontario (2005). <i>Methadone Maintenance Guidelines</i> . Toronto: College of Physicians and Surgeons. Anexo E, página 52. <a href="http://www.cpso.on.ca">www.cpso.on.ca</a> .

<p>Programa para la obtención del Certificado de Tratamiento de dependencia de opiodes (en adelante, Opioid Dependence Treatment Certificate Program, por su nombre en inglés)</p>	<p>Titulación del Centre for Addiction and Mental Health (CAMH) y de la University of Toronto. <a href="http://www.camh.net">www.camh.net</a>.</p>
<p>Escalas de puntuación de la abstinencia de opiodes (en adelante, Opioid Withdrawal Rating Scales, por su nombre en inglés)</p>	<p>Mental Health and Drug &amp; Alcohol Office (2006). <i>Clinical guidelines for methadone and buprenorphine treatment of opioid dependence</i>. North Sydney, New South Wales: NSW Department of Health. Page 101-103. <a href="http://www.health.nsw.gov.au">www.health.nsw.gov.au</a>.</p>
<p>Página web de la RNAO sobre adicciones: Módulos de e-aprendizaje</p>	<p><a href="http://addictions.rnao.org">http://addictions.rnao.org</a></p>
<p>Speaker's Bureau de la RNAO: Apoyo a M pacientes en TM</p>	<p><a href="http://www.rnao.org/methadone_speakersbureau">www.rnao.org/methadone_speakersbureau</a></p>
<p>PDA de la RNAO: Apoyo a pacientes en TMM</p>	<p><a href="http://www.rnao.org/pda">www.rnao.org/pda</a></p>



APPENDICES



## Anexo K: Descripción de la Herramienta

Las Guías de buenas prácticas únicamente podrán implantarse con éxito si existen unos recursos, planificación y respaldo administrativo e institucional adecuados, así como los medios necesarios para ello. Para este propósito, la RNAO, a través de un equipo de enfermeras, investigadores y gestoras, ha desarrollado la *Herramienta de Implantación de Guías de práctica clínica* basadas en la evidencia disponible, las perspectivas teóricas y el consenso. Recomendamos el uso de esta herramienta de cara a la implantación en toda institución sanitaria, de cualquier Guía de buenas prácticas clínicas.

La *Herramienta* orienta paso a paso a los grupos e individuos que trabajan para planificar, coordinar y facilitar la implantación de la Guía. En concreto, recomienda que se sigan los siguientes pasos principales en la adopción de una guía::

**Capítulo 1:** Selección de las Guías de práctica clínica.

**Capítulo 2:** Identificación, análisis y contratación de colaboradores.

**Capítulo 3:** Valoración de la adecuación del entorno.

**Capítulo 4:** Definición de las estrategias de adopción.

**Capítulo 5:** Evaluación del éxito.

**Capítulo 6:** Recursos disponibles

Implantar las Guías en la práctica, de tal manera que se consiga cambiar la práctica clínica con éxito, resulta una tarea extremadamente compleja. La *Herramienta* supone un recurso fundamental para gestionar este proceso.

Implantar las Guías en la práctica, de tal manera que se consiga cambiar la práctica clínica con éxito, resulta una tarea extremadamente compleja. La *Herramienta* supone un recurso fundamental para gestionar este proceso. La herramienta puede descargarse de [www.rnao.org/bestpractices](http://www.rnao.org/bestpractices).

**ia** BPG

INTERNATIONAL  
AFFAIRS & BEST PRACTICE  
GUIDELINES

TRANSFORMING  
NURSING THROUGH  
KNOWLEDGE

JULIO DE 2009

Guías de buenas prácticas  
en enfermería

## Apoyo a pacientes en Terapia de Mantenimiento con Metadona

Realizada gracias a la financiación del  
Ontario Ministry of Health and Long Term Care

ISBN-13: 978-0-920166-96- 3  
ISBN-10: 0-920166-96- 2



9 780920 166963

 **RNAO**

Registered Nurses' Association of Ontario  
L'Association des infirmières et infirmiers  
autorisés de l'Ontario

 **Ontario**