



PÓSTER Nº: 1

Retirada de metadona en TMM. Factores asociados y predictores del éxito.

Carreras Alabau, A.; Almendros Rodríguez, C.; Carrobes Isabel, J.A.

Introducción: Los Centros de Atención Integral de Drogodependientes (CAID) de la Agencia Antidroga en la Comunidad de Madrid cuentan todavía con un importante porcentaje de pacientes en tratamiento de mantenimiento con metadona (TMM); en ellos se contempla el tratamiento de retirada de metadona (TRM) al final del periodo de mantenimiento. Sin embargo, dicha intervención no es un procedimiento habitual y genera muchos interrogantes. Su aplicación abrió una línea de investigación en Estados Unidos que exploraba los factores asociados al éxito (Latowsky, 1996). Estudios recientes con población española han mostrado mejores resultados cuando se emplean fármacos agonistas, sin embargo apenas se han realizado trabajos nacionales sobre la influencia de otros factores. Objetivos: En primer lugar, identificar las variables asociadas al resultado de la retirada de metadona y seguidamente, determinar los predictores del éxito de la intervención. El interés clínico se fundamenta en la posibilidad de establecer un pronóstico, orientar a los facultativos para aconsejar o no la desintoxicación y mejorar los procedimientos empleados. Material y método: Como parte de una investigación más amplia (Carreras, 2013), se presenta un estudio de cohortes de 81 pacientes en TMM en 16 CAID ambulatorios entre 2007 y 2009. Se analizaron, como independientes, variables personales, del TMM y del TRM. La variable dependiente analizada fue el resultado del TRM en dos momentos: 1) dosis cero y 2) abstinencia post-tratamiento. Las encuestas y cuestionarios de evaluación (HADS; PSS-10; COS; SDS; VIP), fueron seleccionados en función de su utilización en otros estudios con poblaciones similares. Los datos se sometieron a varios tipos de análisis: descriptivo, bivalente y multivalente, empleando modelos de regresión logística en este último caso. Resultados: El 28% de los pacientes mantuvo la abstinencia a opiáceos hasta seis meses después de completada la desintoxicación de metadona, el 58% había interrumpido el proceso antes de llegar a dosis cero y un 11% recayó durante el post-tratamiento. Las variables asociadas al logro de dosis cero fueron ansiedad, estrés percibido, duración TMM, servicios ampliados en TMM, adhesión TRM, evaluación interdisciplinar, acuerdo equipo-paciente, dosis de partida, tratamientos farmacológicos de apoyo, intervención social durante TRM, consumo de heroína o cocaína en TRM y frecuencia de síntomas de abstinencia. El análisis de regresión logística reflejó la capacidad predictiva del conjunto formado por las variables: estrés percibido (como factor de riesgo) y fármacos de apoyo, atención social y acuerdo equipo-paciente, (como factores de protección). Conclusiones: El empleo de fármacos de apoyo durante la desintoxicación aumenta las ventajas de logro de dosis cero, especialmente si se acompaña de atención social y se realiza con el acuerdo entre facultativos y pacientes. La reducción del estrés al principio de la intervención logra disminuir el riesgo de fracaso. Referencias: - Carreras, A. (2013). Factores psicológicos asociados a la efectividad de la retirada de metadona en el tratamiento de las drogodependencias. Tesis Doctoral sin publicar, Universidad Autónoma de Madrid, Madrid. - Latowsky, M. (1996). Improving detoxification outcomes from methadone maintenance treatment: the interrelationship of affective states and protracted withdrawal. *Journal of Psychoactive Drugs*, 28, 251-257.



PÓSTER Nº: 2

La importancia de un buen diagnóstico: Opiáceos-Tadh con T.P. antisocial.

De Haro García, I. M^a ;García Marín, S. ;Asensio Martínez, M.

Tipo de comunicación: Póster. Título: La importancia de un buen diagnóstico: Opiáceos -TADH con T.P. Antisocial. Autores: De Haro García, I. M^a. ; García Marín, S.; Asensio Martínez, M. Resumen: La presentación del caso de un varón de 30 años que contacta con CAD por consumo perjudicial de heroína, cocaína y cannabis. La motivación de cambio reside en el mantenimiento de la custodia de su hija menor. El paciente presenta una infancia compleja, apareciendo problemas de conducta a partir de los 6-7 años (contexto familiar con problemas económicos y violencia de género). Absentismo escolar, robos, maltrato de animales, en prisión en varias ocasiones por causas distintas. Inicia consumo regular de cannabis a los 12 años, cocaína inhalada a los 14 y heroína endovenosa y oral a los 22 (presentando periodos de abstinencia, con consumo actual). Destaca importante carga familiar de patología dual (padre con Trastorno Bipolar tipo II y alcoholismo; madre con trastorno de personalidad dependiente y hermano con trastorno esquizoide de la personalidad y dependencia a la cocaína). Presenta inicialmente un discurso contenido a nivel emocional, con desconfianza básica aunque colaborador. Participó en tratamiento individualizado psicoterapéutico y grupal modelo Matrix. El tratamiento farmacológico (buprenorfina 8 mgs /día y quetiapina 100 mgs/día, suspendida posteriormente por somnolencia). Es diagnosticado de Trastorno mental y del comportamiento debido a la dependencia a la heroína y al cannabis. Abuso de cocaína. Trastorno Antisocial de la personalidad con rasgos paranoides. En sucesivas entrevistas identifica conductas impulsivas y disruptivas previas al inicio del consumo, problemática escolar (cursó hasta E.G.B. con dificultades) con habituales llamadas de atención a sus padres por su comportamiento, problemas de baja autoestima con rigidificación conductual compensatoria. Se plantea la posibilidad de espectro TADH, pactando inicio de metilfenidato a dosis progresivas (hasta 54 mgs/día) con mejora parcial del cuadro, añadiendo este diagnóstico a los anteriores. El paciente mantiene abstinencia de cocaína y heroína desde el principio del tratamiento hasta la actualidad, con continuidad de tratamiento individualizado psicoterapéutico. Mantiene consumo de cannabis (en descenso). Ha mejorado el patrón desorganizado, con mejor capacidad de manejo en su vida diaria. Fuera de discusión está que el tratamiento combinado (fármacos e intervención psicosocial) es la estrategia más habitual y efectiva en este tipo de patología dual. Se utiliza este caso para señalar la potencialidad de la existencia en pacientes con consumo de alcohol y drogas en tratamiento de un TADH no diagnosticado (o sin tratamiento) y del impacto que esto supone en su tratamiento (1). Destaca la importante carga genética (además de los factores de riesgo medioambiental familiar) de la presencia de TADH acompañada de trastorno de personalidad antisocial. (2) (1) Kaye S, Darke S, Torok M. Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) among illicit psychostimulant users: a hidden disorder? *Addiction*. 2013; 108 (5): 923-31. (2) Freitag CM, Rohde LA, Lempp T, Romanos M. Phenotypic and measurement influences on heritability estimates in childhood ADHD. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2010, 19 (3): 311-23.



PÓSTER Nº: 3

Opiáceos y Depresión

García Marín, S; Asensio Martínez, M; De Haro García, I. M^a.

Tipo de comunicación: Póster. Título: Opiáceos y Depresión. Autores: García Marín, S; Asensio Martínez, M; De Haro García, I M^a Resumen Presentamos el caso de un varón de 44 años que inicia contacto con CAD en contexto de consumo moderado de heroína y sintomatología depresiva grave. Tras una etapa de abstinencia (asociada a tratamiento en comunidad terapéutica), teme una nueva recaída. Sus antecedentes familiares (madre con depresión y dos tíos maternos con dependencia alcohólica) y evolución personal de conductas de consumo lo sugieren; comienza con THC a los 14, con criterios de dependencia entre 18-21, Cocaína iniciada a los 15 años con dependencia a los 18. Primera toma de contacto con la heroína a los 22, con patrón de consumo diario desde los 37. El alcohol comenzó a los 17, habiendo continuado con él hasta la actualidad (10 UBES/ día). Nacido en una familia con disfuncionalidad, comienza su adolescencia con conductas hacia la búsqueda de emociones, manteniendo hasta ahora esta inestabilidad emocional. Tiene un hijo adolescente, siendo una variable incentivadora para su disposición hacia el tratamiento. En la exploración se aprecia un síndrome moderado depresivo con ideación auto-lítica y sentimientos de culpa (en relación a los consumos realizados, siendo consciente de las consecuencias de su toxicomanía). Describe sintomatología positiva con pseudoalucinaciones visuales. Caracterialmente expresa una baja autoestima, con escasa tolerancia al fracaso y dificultad para la autodisciplina. Rasgos paranoides y esquizoides de personalidad. Es diagnosticado de "Trastorno mental y del comportamiento por dependencia a múltiple tóxicos" y "Trastorno depresivo con sintomatología psicótica". Se inicia tratamiento farmacológico con aripiprazol 10mgs/día; Topiramato 100mgs/día; Quetiapina de liberación retardada 50 mgs./día y mirtazapina 30mgs./día. La mejora (parcial) de la sintomatología depresiva apoya el trabajo (a nivel individual, desde la perspectiva de Aceptación y Compromiso y grupal en modelo Matrix) de aspectos de personalidad (rasgos paranoides y esquizoides) y aspectos relativos a su clínica adictiva (consecución y mantenimiento de la abstinencia). La sintomatología depresiva presentada por el paciente respondía (según la etapa) a depresión inducida por tóxicos o depresión mayor independiente, pudiendo ser ambas posteriores a abuso de alcohol, cocaína y heroína (1) Así mismo, la depresión, la ideación y comportamiento suicida son fenómenos comunes entre los grandes consumidores de cannabis (en función de factores relacionados con la infancia y alcoholismo parental) (2). La conciencia de lo que le está sucediendo, la aceptación de esto y el compromiso con sus objetivos terapéuticos son la columna vertebral del tratamiento ambulatorio intensivo, tanto en su vertiente grupal como individual. (1). Samet S; Fenton MC, Nunes E, Greenstein E, Aharonovich E, Hasin D. Effects of independent and substance-induced mayor depressive disorder on remission and relapse of alcohol, cocaine and heroin dependence. *Addiction*, 2013; 108(1); 115-23 (2) Arendt M; Sher L; Fjordback L; Brandholdt J; Munk-Jorgensen P. Parental alcoholism predicts suicidal behavior in adolescents and young adults with cannabis dependence. *Int J Adolesc Med Health*, 2007; 19 (1) 67-77.



PÓSTER Nº: 4

PERCEPCIÓN DE CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES EN TRATAMIENTO CON OPIÁCEOS EN LA UNIDAD DEL DOLOR DEL HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO SANTA LUCIA

Navarro Hernández, A.; García Baños, C.; Fernández Muñoz, B.; Segura Martínez, R.; Murcia Liarte, J.B.; Martín López, M.; Navarro Pérez, A.; Sánchez Muñoz, M.

Introducción El dolor crónico tiene un importante impacto sobre la calidad de vida de los pacientes. Debido a ello, uno de los principales objetivos en el manejo del dolor crónico es el de mejorar la calidad de vida del paciente, y no sólo el de reducir el impacto social y económico del dolor. Los opioides tienen un papel inequívoco en el control del dolor agudo y de intensidad moderada relacionado con el cáncer. Sin embargo, su uso es todavía controvertido en el manejo del dolor crónico no maligno debido a los efectos secundarios que produce y a la tolerancia física que genera. En la actualidad existen dos estudios que sugieren que el tratamiento a largo plazo con opioides puede dar lugar a mejoras significativas en calidad de vida en pacientes con dolor crónico no maligno. Sin embargo, se necesitan más investigaciones metodológicamente rigurosas. **Objetivos** Conocer la percepción de calidad de vida en pacientes con dolor crónico de diversa etiología (musculoesquelético, neuropático y oncológico), que se encuentran en tratamiento con fármacos opiáceos en la Unidad del Dolor del HGUSL. Estudiar si existen diferencias en la percepción de calidad de vida entre los pacientes en tratamiento con opioides menores y mayores. **Metodología** La muestra se compone de 32 pacientes, mayores de 18 años, usuarios de la Unidad del Dolor del Hospital General Universitario Santa Lucía de Cartagena, que se encuentran en tratamiento con opioides mayores y menores para el control del dolor neuropático, musculoesquelético u oncológico. La valoración de la calidad de vida se realizó mediante el cuestionario de percepción de calidad de vida EuroQol-5D en un único momento temporal. Para el análisis de los datos se empleó el programa estadístico SPSS15. **Resultados** El grupo en tratamiento con opiáceos menores arrojó una mejor percepción de calidad de vida en el cuestionario EQ-5D, con una puntuación de 9,88 frente a la media del grupo en tratamiento con opiáceos mayores, que fue de 9,95. A pesar de ello, esta diferencia no llega a ser estadísticamente significativa entre los dos grupos de tratamiento ($\alpha=0,571$). **Conclusiones** La percepción de calidad de vida en nuestro grupo de pacientes en tratamiento con opiáceos es similar con independencia del tipo de fármacos con el que se encuentran en tratamiento. Dadas las limitaciones metodológicas de nuestro estudio, serían necesarios ensayos de mayor potencia y envergadura para obtener datos concluyentes acerca de este tema.



PÓSTER Nº: 5

Complicaciones en patología dual y cumplimiento del protocolo del programa de mantenimiento de metadona.

Asensio Martínez, M.; De Haro Garcia, I.; Garcia Marin, S.; Martínez López, C.; Crespo Ramos F.L.

Introducción: Tratamos de una situación crítica durante el tratamiento de un usuario del programa de mantenimiento de metadona, de bajo umbral. Surge conflicto, que atañe a la relación terapéutica del paciente con el personal del CAD. Material: Paciente varón de 57 años, inicia contacto en el CAD en el año 2011, refiriendo consumo de heroína habitual en los 10 años antes, seguimiento psiquiátricas y psicológicas, se le diagnostica de Trastorno mental y del comportamiento debido al consumo de opioides y Trastorno paranoide de personalidad. Durante este tiempo el paciente ha mantenido una actitud externalizadora de la responsabilidad del mantenimiento del consumo y querulante en relación al funcionamiento del centro impresionando de síntoma en relación a rasgos de personalidad. En Octubre 2013, le diagnostican un dermatofibrosarcoma sometiéndose a intervención quirúrgica y tratamiento quimioterápico. Coincide con esto exacerbación de la sintomatología, impresionando en algunos momentos de un humor y actitud delirante en relación al tratamiento recibido en el centro. Exige que demos el tratamiento “que él necesita”, quiere metadona semanal; pero en los controles da resultado positivo, dice que toma tratamiento analgésico, que su MAP le pautó. Se pautó tratamiento antipsicótico, que parece encapsular esta temática. Tiempo después, continuamente amenazas sobre denunciarnos; dice que su MAP está de acuerdo con que no recibe trato adecuado pues está enfermo. Su MAP niega todo relato. Al confrontarlo sigue negando lo innegable, y además solo a veces reconoce consumo ocasional. Parece que no toma tratamiento, aunque no lo reconoce, se niega a medicación inyectable y tampoco quiere ingreso hospitalario. Desbordado emocionalmente. Adaptamos el tratamiento a situación médica, los días de quimioterapia no recoge la metadona; adaptamos el protocolo a las características del paciente: si negativo, recoge semanal; para él no es suficiente, nada es suficiente, se siente maltratado hagamos lo que hagamos. Ha interpuesto reclamaciones y denuncias en distintos organismos, en una refiere amenazas físicas explícitas hacia nosotros. Se posibilita seguimiento en otro centro, cosa que había solicitado anteriormente él, pero quiere seguir con nosotros, de hecho en algunos momentos llega a disculparse por su actitud, y acepta acuerdos con nosotros, reincidiendo continuamente en su comportamiento previo. Fuera de este ámbito el paciente no muestra alteraciones. Conclusión: Como la patología dual y el empobrecimiento vital, en una situación de estrés emocional, realiza una cuadro delirante en relación a sus terapeutas, al mismo tiempo no quiere perder el vínculo con los mismos. Y como se dificulta el abordaje si el síntoma influye sobre su tratamiento y si aparecen amenazas explícitas hacia el personal. Bibliografía: -Negotiating the therapeutic alliance: A relational treatment guide. Safran, Jeremy D.; Muran, J. Christopher .New York, NY, US: Guilford Press. (2000). x 260 pp. - A comprehensive guide to the application of contingency management procedures in clinical setting. Nancy M. Petry. Drug and Alcohol Dependence. Volume 58, Issues 1–2, 1 February 2000, Pages 9–25



PÓSTER Nº: 7

Estudio de la dependencia a los opiáceos en adolescentes e influencia de los aspectos psicológicos

Esteban Ortín, R.; Jimenez Muñoz, L.; Quesada Gallego, M. L.; Orge Quesada, S.; Martínez Pastor, F.J.; Orge Quesada, S.

Introducción El contacto con los opiáceos (cannabis) y otras drogas es un hecho frecuente en la sociedad actual, debido a la relación que mantiene con fenómenos sociales. En los últimos años diferentes estudios muestran un incremento progresivo de la incidencia de hábitos tóxicos en adolescentes, con un inicio de consumo en edades cada vez más tempranas, con nuevas formas de consumo y con la introducción de nuevos tóxicos. **Objetivo:** conocer el contacto de los adolescentes con los opiáceos, su relación con aspectos psicológicos y familiares y el grado de dependencia que pudiera generar. **Material y métodos** Se realiza un estudio descriptivo transversal mediante un cuestionario autoadministrado a pacientes adolescentes que acuden a consulta de centro de salud urbano. **Variables:** edad, sexo, contacto con opiáceos y otras drogas del adolescente y de sus amigos, información recibida sobre estos tóxicos, tipo de personalidad del adolescente, dependencia de opiáceos y función familiar. Se entiende por contacto cualquier tipo de consumo de opiáceos. El tipo de personalidad del adolescente se evaluó mediante el cuestionario de Personalidad de Eysenck (EPI), que evalúa las características propias del repertorio conductual de cada persona. La dependencia a opiáceos se ha valorado mediante el test de CAST, un cuestionario cerrado que detecta el abuso de cannabis tanto por uso inadecuado cualitativo como cuantitativo y útil como cribado para posibles casos de dependencia al cannabis. Los datos fueron analizados mediante el programa informático SPSS vs. 18. Se muestran como media \pm error estándar y también como intervalos de confianza al 95%. Se propone un nivel de significación estadística con $p < 0,05$, aplicándose el test de la t de Student y el test χ^2 para comparar proporciones. **Resultados** Se incluyeron 172 adolescentes de edades >13 y < 17 , con edad media de 14,2 años ($\pm 0,1$). La distribución por sexos es similar en el grupo estudiado (53% hombres y 47% mujeres). Un 58% ($\pm 3,2$) han probado el cannabis, incrementándose si sus amigos lo han probado ($74\% \pm 2,3$; $p < 0,001$, χ^2); el 48% ($\pm 4,0$) tienen un test CAST patológico y un 8% ($\pm 2,1$) han probado otras drogas. El cuestionario EPI muestra diferencias significativas en mujeres que prueban el cannabis, con mayor puntuación en el eje neuroticismo/control. **Conclusiones:** El contacto con los opiáceos en adolescentes es elevado y puede generar una alta dependencia, mayor si ha probado otras drogas o se tienen amigos que lo consumen. Las mujeres presentan un perfil psicológico de riesgo para el contacto con el cannabis que pueden situarlas como líderes de su grupo. El médico de familia debe trabajar en la prevención multidisciplinaria de este problema. **Bibliografía:** Adamson, S. J., Kay-Lambkin. (2010). An improved brief measure of cannabis misuse: the Cannabis Use Disorders Identification Test-Revised (CUDIT-R). *Drug and Alcohol Dependence*, 110, 137-143. Jackson, D. L. (2007). The effect of the number of observations per parameter in misspecified confirmatory factor analytic models. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 14, 48-76.



PÓSTER Nº: 8

ESTUDIO SOBRE LA EVOLUCIÓN DEL TRATAMIENTO CON OPIOIDES PARA EL CONTROL DE SÍNTOMAS EN PACIENTES ONCOLÓGICOS Y VALORACIÓN DEL EXITUS DOMICILIARIO DESDE ATENCIÓN PRIMARIA

Esteban Ortín, R.; Quesada Gallego, M.L.; Jiménez Muñoz, L.; Martínez Pastor, F.J.; Orge Quesada, S.; Orge Quesada, S.

Introducción Los opioides mayores son los analgésicos más potentes disponibles. Pese a que su papel está claramente establecido en el tratamiento del dolor agudo intenso, postquirúrgico y oncológico, su uso es todavía controvertido en el dolor crónico no oncológico. En el tratamiento del dolor oncológico el principal objetivo es el alivio de los síntomas. **Objetivos** Describir la secuencia de tratamiento con opioides para el control de los síntomas en pacientes con enfermedad oncológica y en cuidados paliativos desde atención primaria. Determinar el número de exitus en domicilio de dichos pacientes. **Material y Método** Estudio descriptivo trasversal. Se realiza en centro de salud urbano de la provincia de Córdoba. Se incluyen todos los pacientes con enfermedad oncológica fallecidos en 2013 recogidos mediante registros oficiales del ayuntamiento, toma de datos de la historia digital DIRAYA y usando análisis de los mismos con el programa SPSS versión 18. **Resultados** Se incluyeron 172 pacientes fallecidos en 2013. El 25.1% de los fallecidos en el 2013 padecían enfermedad oncológica. De éstos, el 35.4% están incluidos en el Proceso Asistencial Integral de Cuidados Paliativos del Centro de Salud. El 87.5% de los pacientes incluidos en el P.A.I. toman opioides, frente al 6% de los pacientes no incluidos ($p < 0.001$). El 55.4% de los pacientes estudiados fallecen en domicilio. El 32% de éstos están incluidos en el P.A.I. frente al 68% de los que no están incluidos en dicho programa ($p=0.546$). **Conclusiones** Se puede observar la accesibilidad a opioides de los pacientes con enfermedad oncológica desde atención primaria en relación con los pacientes en seguimiento por servicio de oncología. En cambio no hay significado estadístico en cuanto al exitus en domicilio. Esto puede deberse a que el fallecimiento en domicilio es influenciado por más factores, los pacientes oncológicos adultos tienen preferencia por fallecer en domicilio, mientras que los más jóvenes lo desean a nivel hospitalario siendo éstos los que tienen un nivel educativo superior. **Palabras Clave** death, palliative care, oncologic. **Bibliografía** 1. Estrategia Nacional en Cuidados Paliativos. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 2007. En : Catálogo general de publicaciones oficiales. 2. Stuart B, Connor S, Kinzbrunner BM et al.: Medical guidelines for determining prognosis in selected non-cancer diseases. *Hosp J.* 1996; 11 (2): 47-63. 3. Payne SA, Turner JM. Research methodologies in palliative care: a bibliometric analysis. *Palliative Medicine.* 2008; 22: 336-342. 4. Workman S. A communication model for encouraging optimal care at the end of life for hospitalized patients. *Q J Med.* 2007; 100: 791-797. 5. ESTRATEGIA EN CUIDADOS PALIATIVOS DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD. ACTUALIZACIÓN 2010-2014 67 6. Sánchez MA, Garzón JA, Sánchez R, Díaz F, Gil M, Pérez R. Información escrita entregada por los equipos de soporte de Cuidados Paliativos a pacientes, familia y personal de atención primaria de salud en las visitas en domicilio. *Medicina Paliativa.* 2008; 15: 149-154.



PÓSTER Nº: 9

“Adicción a morfínicos sintéticos, el éxito de la Buprenorfina/Naloxona”, a propósito de un caso.

Fernández Muñoz, B.; Segura Martínez, R.; Vera Izquierdo, F; Navarro Hernández, A.; Nuñez Muñoz, V.; Gomez Sabaniel, S.; Quijano Sevillano, L.

Introducción Las principales recomendaciones para prevenir la adicción a opioides durante el tratamiento del dolor crónico son plantear los objetivos del tratamiento con el paciente, combinando los opioides con otras estrategias de intervención, establecer una relación terapéutica firme, observar la conducta del paciente y su cumplimiento de prescripciones e incluirlo en programa psico-educativo que integre todos los aspectos relacionados con el manejo del dolor. Muchas veces esto no ocurre el paciente crea una dependencia iatrogénica a los opioides. **Objetivos** Destacar los beneficios de la buprenorfina/naloxona ante casos de adicción iatrogénica de opiáceos. **Material y Método** A propósito de un paciente de 49 años intervenido por espondilodiscitis L4-L5 en 2005, precisando de incrementos de analgesia por tolerancia, llegando a crear una dependencia. Primer contacto con Salud Mental en 2007 por Síndrome Ansioso-Depresivo y síndrome adaptativo moderado. Es en febrero de 2014 el primer contacto con CAD. Se detecta un Síndrome de dependencia a la medicación opiácea que recibe como para analgesia; tomando hasta 1500 mcg/día sublingualmente, sin beneficio subjetivo suficiente para el dolor. Malestar de abstinencia a opiáceos. Se indica la desintoxicación hospitalaria a opiáceos sintéticos preferente por dificultad de contención a nivel ambulatorio. Se mantiene la pauta actual de abstral 100mcgr hasta su desintoxicación y su tratamiento antidepresivo y ansiolítico. Ingresa en Unidad de Desintoxicación Hospitalaria del Hospital Reina Sofía, refiriendo un consumo habitual de Fentanilo 100mcgr (hasta 10/d), Dopar 300mg (0-0-1), Palexia 100mg (1-0-1), Tizanidina 2mg(0-1-0) como relajante muscular y Arcoxia como antiinflamatorio. Clínicamente solo refiere dolor lumbar, prácticamente fijo y pérdida de fuerza en pierna izquierda desde que fue sometido a la operación de lesión lumbar. Pérdida de sensibilidad en algunos dedos del pie de la misma pierna. La evolución durante su estancia procediendo a la desintoxicación de fentanilo, según pauta habitual, así como ajuste del resto de medicación, sin presentar síntomas ni signos significativos de abstinencia, iniciándose tratamiento con buprenorfina el día 28, con buena tolerancia y mejoría progresiva de los síntomas referidos a su ingreso, llegando a estar sin el dolor de base habitual y sin presentar dolor disruptivo, siendo alta para control ambulatorio una vez finalizada la desintoxicación, con una dosis de buprenorfina/naloxona de 8mg/d (manteniendo pauta de antidepresivos y antiinflamatorios), recomendando no realizar tratamiento con opioides agonistas totales e iniciar grupo Mindfulness. **Juicio Diagnóstico** Trastorno mental y del comportamiento por consumo iatrogénico de opiáceos, con criterios de dependencia (F11.25) Trastorno de la personalidad tipo evitativo. Tras alta de desintoxicación. Estable en la sensación subjetiva de dolor, salvo cambios puntuales. Buprenorfina/naloxona de 8 mg/d. Puntualmente puede tomar 2 mg. A la semana modificamos la pauta de Buprenorfina/naloxona diaria a 10 mg/día. A las 3 semanas precisa modificación de la pauta de buprenorfina/naloxona a 12mg/d. **Resultados** Aumento en dosis de Buprenorfina/naloxona desde alta de hospitalización requiriendo hasta 12mg/d. Estabilidad del paciente en la actualidad. Abstinencia de opioides sintéticos. Manejo efectivo del dolor. **Discusión/Conclusiones** Este caso es un reflejo de tantos. Son muchos los pacientes que requieren de analgésicos potentes, creando tolerancia y una dependencia



PÓSTER Nº: 10

“Cómo mantener la abstinencia. Buprenorfina/Naloxona junto al Tratamiento Psicosocial Matrix”, a propósito de un caso.

Fernández Muñoz, B.; Segura Martínez, R.; Navarro Hernández, A.; Nuñez Muñoz, V.; López Sanchez M^ªE.; Fernández Garrido, A.

Introducción Muchas son las revisiones que evidencian la mejoría de la buprenorfina/naloxona sobre la ya clásica metadona. A propósito de un caso que presenta los 16 años de evolución de un paciente con Trastorno Mental y del comportamiento por consumo de opiáceos, desde sus inicios con metadona hasta la actualidad completamente abstinentes y rehabilitado gracias al tratamiento con buprenorfina/naloxona y la terapia psicológica del Modelo de Tratamiento Intensivo Psicosocial MATRIX (hablaremos de repercusión en la mejora del paciente). Objetivos Destacar los beneficios de la buprenorfina/naloxona respecto a la metadona. Recabar la importancia de la terapia psicológica como complemento del éxito terapéutico. Material y Método A propósito de un paciente de 32 años de edad diagnosticado de Trastorno mental y del comportamiento debido al consumo de opiáceos (F11) y cocaína (F14). Inició el consumo de heroína y cocaína en 1998 a los 17 años de edad. Se inicia con tratamiento para deshabituación con Antaxone hasta enero de 2000, que se inicia en programa de mantenimiento con metadona con una dosis de 50mg/d. Manteniendo una abstinencia parcial. Durante el periodo 2003 a 2006 abandona seguimiento retomándolo en mayo de 2006, consumiendo esporádicamente pese a estar en PMM 50mg/d. En septiembre de 2008 comienza tratamiento con buprenorfina/naloxona 8mg/d logrando un periodo de abstinencia a consumos de dos años. Consumos esporádicos de cocaína. En 2012 continúa tratamiento de buprenorfina/naloxona de e inicia terapia grupal con psicología en grupo Matrix, alcanzando máximo tiempo de abstinencia. Finalización en 2014 de grupo de Prevención de recaídas, continuando con apoyo social, continuando conectado a Matrix. Resultados Mantiene abstinencia a todo tipo de sustancias, incluido alcohol. Mantiene ánimo distímico y sintomatología ansiosa, relacionada con la compleja situación que atraviesa: problemas económicos, paro de larga duración, se halla pendiente de juicio por no poder pagar la manutención de sus hijos, padre alcohólico y con problemas de salud. Ha respondido muy bien a los grupos y está correctamente integrado, necesita ganar autoconfianza y seguridad en sí mismo, por lo que continuará acudiendo a tratamiento psicológico individual. Tratamiento actual: Suboxone 2mg/d ; Vandral 75mgR/d; Tx15mg 0-0-1; Seroquel 0-0-1. Acude semanalmente a las sesiones grupales/individuales de psicología. Discusión/Conclusiones La prevención de recaídas mediante el tratamiento con TAO (antagonistas opioides) concretamente la buprenorfina/naloxona combinado con abordaje psicosocial, es el tratamiento más eficaz y efectivo. Hemos considerado de interés demostrar con este caso clínico que el tratamiento con buprenorfina/naloxona tiene un impacto positivo mayor sobre la calidad de vida que el tratamiento con metadona. En un estudio que comparaba dichos tratamientos en igualdad de calidad de vida al inicio del mismo, la mejoría fue superior en el grupo de buprenorfina, especialmente en aspectos como el trabajo, actividades de ocio y grado de aceptación de sí mismo. Estudios en los que pacientes con metadona fueron trasladados a buprenorfina/naloxona, el cambio mejoró significativamente la calidad de vida relacionada con la salud, la gravedad de la dependencia y el estado general de salud, tanto al mes como a los tres meses. Mejoría significativa del estado de vida social, disfunción cognitiva y la capacidad de tomar decisiones es mejor.



PÓSTER Nº: 11

“¿QUÉ MOTIVA LA ABSTINENCIA A CONSUMOS?” ESTUDIO DESCRIPTIVO DE ANÁLISIS DE SUSTANCIAS EN ORINAS.

Fernández Muñoz B.; Segura Martínez, R.; Navarro Hernández, A; Nuñez Muñoz, V.; Meca Martínez, A.; Fernández Garrido, A.

INTRODUCCIÓN Uno de los factores asociados a la entrada de pacientes a los centros de atención a drogodependencias son los problemas legales, que les obliga a iniciar seguimiento en programas de orinas judiciales. La inclusión de un individuo en un programa de análisis toxicológico puede variar según el contexto legal en el que se incluye la realización de la prueba analítica. Podemos enumerar las siguientes áreas de aplicación de las pruebas: servicios de urgencia hospitalaria, medicina forense, instituciones penitenciarias y programas terapéuticos de rehabilitación o desintoxicación de drogodependientes. El presente estudio abarca pacientes de la red de salud mental, incluidos en Programa de Orinas Judiciales, procedentes de distintos recursos asistenciales ambulatorios y de régimen interno, con motivo común de la desintoxicación y rehabilitación. El programa de orinas judiciales consiste en realizar recogidas de orinas semanales bajo supervisión de un sanitario; éstas son recogidas en las dependencias del dispensario de metadona de nuestro centro y analizadas por el laboratorio de la Conserjería de Sanidad. Destacaremos el fundamento de las determinaciones de cada sustancia. **OBJETIVOS** - Realizar una descripción exhaustiva de los resultados de las determinaciones realizadas en programa de orinas judiciales - Clasificar los resultados de dichas determinaciones según centros de procedencia y tipo de sustancia. -Estudiar si el programa de orinas judiciales repercute en la abstinencia a sustancias **MATERIAL** Estudio descriptivo de corte retrospectivo de los resultados de las determinaciones realizadas en el marco de los programas de deshabituación y rehabilitación en drogodependencias en los distintos recursos asistenciales del área II de salud; para su elaboración disponemos de una base de datos que recaba los resultados y el número de determinaciones analíticas desde el año 2008 al 2013; acotaremos la observación al periodo comprendido entre 2011-2013. **RESULTADOS** Entre los datos extraídos destacar, por ejemplo en el año 2011, se realizaron un total de 16931 determinaciones, de las cuales las determinaciones a cocaína fueron las mayoritarias y los principales centros prescriptores salud mental y Comunidad Terapéutica de “La Huertecica”; en cuanto a los resultados obtenidos, podemos resumir que la tasa de abstinencia a sustancias en Programa de orinas judiciales es alta (99.18% para anfetaminas, 97.41 % para opiáceos y 94.03% para cocaína) ; la sustancia ante la que más prevalece el consumo es el cannabis (19.43%). Se encontraron diferencias significativas intercentros según sean de régimen ambulatorio o interno; objetivamos que el consumo de cocaína en Comunidad terapéutica se sitúa en el 0.48%, mientras que en centro de día , es de 3.02% y en salud mental 10.69%; en Torre Nazaret, régimen interno absoluto, este porcentaje es del 0% **DISCUSIÓN** El programa de orinas judiciales contiene el consumo en general y para todas las sustancias; los motivos que con frecuencia motivan las admisiones de estos pacientes son las sanciones legales y juicios pendientes y la abstinencia es mayor en recursos terapéuticos no ambulatorios. Debemos de reflexionar sobre en qué ámbito mejorar para una abstinencia duradera, que no sea únicamente motivada por los cargos penales. Actuar desde la prevención primaria sería un ámbito de actuación interesante para explotar los distintos recursos de actuación abaratando costes.



PÓSTER Nº: 12

Perfil del paciente con problemas de abuso de fármacos opioides

Coloma Carmona, A., Vidal Arenas, V., Mrozowicz-Gaudyn, D., Carballo, J.L., Rodríguez-Marín, J., van-der Hofstadt, C., Pérez Carbonell, A., Ramón Pérez, J.M., Gutiérrez Ramírez, M.

Introducción: El consumo de fármacos opioides está empezando a ser considerado como un problema de salud pública, por lo que parece necesario llevar a cabo análisis de los factores de riesgo en el desarrollo de abuso y dependencia de los mismos. **Objetivos:** Describir el perfil del paciente que abusa de fármacos opioides, en términos de variables sociodemográficas, historia personal y familiar de abuso de sustancias, psicopatología y variables relacionadas con el consumo del fármaco. **Método:** Participaron un total de 42 consumidores de fármacos opioides, de los cuales un 45,2% (n=19) cumplía con criterios de abuso evaluados a través del Prescription Opioid Misuse Index (POMI). La edad media de los participantes fue de 60,38 (DT = 15,64) años, de los cuales un 81% eran mujeres. Se evaluaron variables sociodemográficas, sintomatología ansioso-depresiva con el Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) y dolor percibido con el Brief Pain Inventory (BPI). También se evaluaron factores de riesgo como el historial de abuso familiar y personal de sustancias y psicopatología con el Opioid Risk Tool (ORT), así como variables relacionadas con el consumo de fármacos (número, dosis y tipo de fármaco). Se llevaron a cabo análisis descriptivos y bivariados para la elaboración del perfil. **Resultados:** Se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,05$) entre el grupo de pacientes que abusa de psicofármacos y los que no en la intensidad percibida del dolor y en la interferencia del dolor en las actividades diarias, puntuando en ambas más alto el grupo de pacientes que abusa. También se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,05$) en la situación laboral, siendo mayor el porcentaje de desempleo y de baja laboral en aquellos pacientes que abusan. Por otra parte, los resultados muestran que los pacientes que abusan consumen más fármacos ($p < 0,05$). **Conclusiones:** Los resultados obtenidos muestran como la percepción de la intensidad del dolor y el nivel de interferencia del mismo en las actividades diarias pueden ser factores que influyen en el abuso de fármacos opioides. El dolor repercute sobre la calidad de vida del paciente, aspecto que se ve reflejado en los porcentajes obtenidos en desempleo y baja laboral. Además, un consumo de un número mayor de psicofármacos está relacionado con el abuso y, probablemente, con la dependencia física, debido a que podría estar indicando tolerancia. Teniendo en cuenta los resultados, se establece que el perfil del paciente que abusa de fármacos opioides sería el de una mujer de unos 50 años de edad, en situación de desempleo o baja laboral, con una intensidad percibida del dolor media-alta y una interferencia del dolor en la actividad diaria muy alta. Esta paciente tiene unos niveles de ansiedad y depresión medios y consume de manera habitual una media de 5 fármacos. Conocer el perfil del paciente con problemas de abuso de fármacos opioides e identificar los factores de riesgo en el desarrollo del mismo, puede ser de gran utilidad a la hora de establecer un plan de tratamiento que minimice en la medida de lo posible el riesgo de padecer, a largo plazo, dependencia a este tipo de sustancias.



PÓSTER Nº: 13

“TERAPIA SUSTITUTIVA CON BUPRENORFINA/NALOXONA Y PERFIL DE SEGURIDAD EN PACIENTES PORTADORES DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS”

Segura Martínez, R; Fernández Muñoz, B; Fernández Garrido, A; Navarro Hernández, A.; López Espejo, Silvia; Ibáñez Martínez, MI

INTRODUCCIÓN La buprenorfina es un opiáceo semisintético que se desarrolló en los años setenta, en un intento de buscar un analgésico opiáceo no adictivo. utilizándose como medicamento alternativo para el dolor agudo, crónico y fundamentalmente en la analgesia perioperatoria y estados cancerosos a dosis bajas Posteriormente, a finales de los años setenta y principios de los ochenta comienzan a realizarse investigaciones para su uso en el manejo de la dependencia a heroína. La conclusión de los autores sobre el interés de la buprenorfina era que las propiedades agonistas de 8 mg de buprenorfina eran equivalentes a las de 40-60 mg de metadona, siendo la buprenorfina más segura, ya que no creaba dependencia física significativa y el riesgo de sobredosis era muy bajo, debido a sus efectos agonistas parciales sobre los receptores opiáceos, siendo un instrumento farmacoterapéutico muy seguro y de una enorme eficacia. **OBJETIVOS** Se evalúa la efectividad, seguridad y adecuación de buprenorfina para programas de mantenimiento en pacientes que consumen heroína o en mantenimiento con metadona. **DESARROLLO** Se trata de un estudio descriptivo realizado a una muestra de pacientes admitidos a terapia sustitutiva con buprenorfina/naloxona en el Centro de Atención a Drogodependientes de Cartagena; la muestra se compone de 118 sujetos a los que en sucesivas visitas con enfermería y psiquiatría se registra una serie de parámetros , en este caso su estado serológico frente a enfermedades infecciosas más prevalentes en drogodependencias (Virus de la Hepatitis C, Virus de la inmunodeficiencia Humana y virus de la Hepatitis B) para estudiar la pertinencia o no de este enfoque terapéutico en base a la seguridad del fármaco y la evidencia bibliográfica disponible. **CONCLUSIONES** De un total de 118 registros se desprende que el porcentaje de pacientes admitidos a tratamiento con buprenorfina/naloxona enfermos de VHC es del 28.8%, seguido de un 18.7% pacientes VIH positivos y un 4.3 % portadores del VHB; casi todos ellos se encuentran por tanto en seguimiento or medicina infecciosa y son tratados con distintos antirretrovirales así como interferón. Se conoce que la coadministración de buprenorfina/naloxona junto con antiretrovirales está asociada a un menor número de efectos adversos en relación con la metadona ya que las alteraciones en la cantidad de buprenorfina carecen habitualmente de significancia clínica ; así se ha estimado, que con buprenorfina , se da 10 veces menos de mortalidad por sobredosis, y hay un riesgo menor de intoxicaciones accidentales en niños y en general tiene un alto perfil de seguridad. **BIBLIOGRAFÍA** 1. Bardsley CH. Opioids. In: Marx JA, ed. Rosen's Emergency Medicine: Concepts and Clinical Practice. 7th ed. Philadelphia, Pa: Mosby Elsevier; 2009:chap 160. 2. Shannon MW. Emergency Management of Poisoning. In: Shannon MW, Borron SW, Burns MJ, eds. Haddad and Winchester's Clinical Management of Poisoning and Drug Overdose. 4th ed. Philadelphia,Pa: Saunders Elsevier; 2007: chap 2



PÓSTER Nº: 14

“MANEJO INEFECTIVO DEL DOLOR CRÓNICO: RECOMENDACIONES PARA EL ABORDAJE AMBULATORIO”

Segura Martínez, R; Fernández Muñoz, B; Fernández Garrido, A; Navarro Hernández, A.

INTRODUCCIÓN La Organización Mundial de la Salud ha realizado grandes esfuerzos para que se considere la adicción como un problema médico, proponiendo el cambio de la palabra adicción, por la palabra dependencia. Estas situaciones generan un fuerte temor para el uso terapéutico de los derivados del opio tanto en los médicos, enfermeras, personal de salud como en los pacientes, familiares y relacionados, pues para los clínicos se plantea el dilema ético de tener la posibilidad de generar de manera iatrogénica un problema adictivo y para los pacientes el temor a ser excluidos socialmente y ser tildados de adictos. Aún así, los opioides son una gran herramienta terapéutica para el manejo del dolor y, en algunos casos, son imprescindibles

OBJETIVOS - Establecer pautas y recomendaciones para la prevención del del riesgo de adicción con el uso de opioides en el manejo del dolor crónico - Plantear las intervenciones que desde enfermería se destinan al abordaje de este problema

MATERIAL Y MÉTODOS Se trata de un estudio descriptivo a modo de revisión bibliográfica para buscar evidencia disponible en base a la cual establecer una serie de recomendaciones destinadas a la prevención de la adicción a opioides de prescripción en el contexto de pacientes con dolor crónico de distinta etiología. Las palabras clave usadas para la búsqueda bibliográfica en los metabuscadores Medline, Cochrane, Cuiden son dolor, opioides, adicción y abuso

CONCLUSIONES De la bibliografía consultada se desprende que las principales recomendaciones para prevenir la adicción a opioides durante el tratamiento del dolor crónico son plantear los objetivos del tratamiento con el paciente, simultanear los opioides con otras estrategias de intervención, establecer una relación terapéutica firme, y observar la conducta del paciente y su nivel de cumplimiento de prescripciones. Desde enfermería las principales intervenciones van orientadas hacia el control del dolor, solucionar conocimientos deficientes, autocontrol de la ansiedad y apoyo familiar durante el tratamiento.

BIBLIOGRAFÍA 1. Casals M, Samper D. Efectividad, tolerabilidad y calidad de vida en el tratamiento del dolor crónico no oncológico, con tramadol de liberación controlada en dosis única diaria. Rev Soc Esp Dolor, 2004, vol. 11, p. 129-40(Internet). Disponible en : <http://scielo.isciii.es/pdf/dolor/v11n3/original2.pdf> 2. Hanks G. Morfina y opiáceos alternativos para el tratamiento del dolor oncológico: recomendaciones de la EAPC. Med Pal, 2002, vol. 9, no 1, p. 22-29(Internet) Disponible en: <http://www.paliativossinfronteras.com/upload/publica>



PÓSTER Nº: 15

“USO PROBLEMÁTICO DE OPIOIDES DE PRESCRIPCIÓN ; UNA APROXIMACIÓN DESDE SALUD MENTAL”

Segura Martínez, R; Fernández Muñoz, B; Fernández Garrido, A; Navarro Hernández, A.

INTRODUCCIÓN Aún no es clara la ventaja de la separación de términos como adicción, tolerancia y dependencia física; desde el punto de vista clínico y en el contexto del tratamiento del dolor con opioides es relevante tener claro que puede aparecer tolerancia y síndrome de abstinencia sin que necesariamente exista alteración conductual severa relacionada con la adicción. Es por esto que muchos autores han propuesto otras definiciones , como las del uso problemático de opioides , que sirven para alertar sobre la presencia de una posible adicción y realizar acciones de intervención tempranas. OBJETIVOS -Delimitar y conceptualizar el abuso de opioides de prescripción médica - Recopilar los criterios que diversas clasificaciones (OMS, CIE-10) proponen para etiquetar como dependencia a opiáceos situaciones susceptibles de serlo MATERIAL Y MÉTODO Mediante la presente revisión bibliográfica pretendemos clarificar los criterios según los cuales se pasa a considerar un uso problemático de opioides como “dependencia”, con el fin de poner en marcha lo antes posible todas las intervenciones que una situación de dicha índole requiere; hemos buscado en las bases de datos Cinhal, Medline, Cochrane utilizando como palabras clave para el análisis bibliográfico “ dependencia “ , “opiáceos” , “prescripción” CONCLUSIONES La OMS publicó las definiciones de términos relacionados con el fenómeno de la adicción, la principal propuesta es sustituir la palabra adicción por la de dependencia, entendida esta como un patrón maladaptativo de uso de sustancias que lleva a deterioro clínicamente significativo manifestado por una serie de criterios entre los que destacan el uso escalonado de la sustancia, la alteración de las actividades sociales, ocupacionales o recreativas. Por su parte la CIE-10 incluye a la definición de dependencia “ el deseo fuerte e insuperable de de ingerir sustancias psicotrópicas, aún cuando hayan sido prescritas por un médico”; podemos hablar de “uso problemático de opioides “ ante un paciente que se muestra muy preocupado en asuntos relacionados con la clínica del dolor, se observa un patrón de problemas con las prescripciones y obtiene fuentes adicionales de formulación como servicios de urgencias o fuentes ilegales. El fin último de la conceptualización de esta problemática es estandarizar las investigaciones y estrategias de intervención . BIBLIOGRAFÍA 1. Casals M, Samper D. Efectividad, tolerabilidad y calidad de vida en el tratamiento del dolor crónico no oncológico, con tramadol de liberación controlada en dosis única diaria. Rev Soc Esp Dolor, 2004, vol. 11, p. 129-40(Internet). Disponible en : <http://scielo.isciii.es/pdf/dolor/v11n3/original2.pdf> 2. Hanks G. Morfina y opiáceos alternativos para el tratamiento del dolor oncológico: recomendaciones de la EAPC. Med Pal, 2002, vol. 9, no 1, p. 22-29(Internet) Disponible en: <http://www.paliativossinfronteras.com/upload/publica>



PÓSTER Nº: 16

：“¿RESULTA EFECTIVA LA TERAPIA SUSTITUTIVA CON BUPRENORFINA /NALOXONA?; RESULTADOS EN POBLACIÓN ATENDIDA EN CAD CARTAGENA”

Segura Martínez, R; Fernández Muñoz, B; Fernández Garrido, A; Navarro Hernández, A.

INTRODUCCIÓN La buprenorfina es un opiáceo semisintético que se desarrolló en los años setenta, en un intento de buscar un analgésico opiáceo no adictivo. A pesar de los diferentes resultados obtenidos por la bibliografía, los datos indicaban que la buprenorfina representaba una promesa farmacológica para el tratamiento de la dependencia a heroína. A mediados de los ochenta aparecieron un gran número de estudios indicando que los usuarios de heroína estaban utilizando preparados de buprenorfina para aliviar síntomas de abstinencia, comenzando a estudiarse para esta indicación. Posteriormente se demostró que altas dosis (8 mg/día) eran más efectivas que bajas dosis en reducir el uso de heroína y retener a los pacientes en tratamiento **OBJETIVOS** Se evalúa la efectividad y adecuación de buprenorfina para programas de mantenimiento en pacientes que consumen heroína o en mantenimiento con metadona en el Centro de Atención a Drogodependientes de Cartagena **MATERIAL Y MÉTODOS** Se trata de un estudio descriptivo realizado a una muestra de pacientes admitidos a terapia sustitutiva con buprenorfina/naloxona en el Centro de Atención a Drogodependientes de Cartagena; la muestra se compone de 118 sujetos a los que en sucesivas visitas con enfermería y psiquiatría se registra una serie de parámetros, en este caso los resultados del control de tóxicos, para determinar qué tipo de influencia ejerce la terapia sobre el seguimiento y la abstinencia a opiáceos. **CONCLUSIONES** De un total de 118 sujetos destacamos que el 12.7% resultaron positivos para la determinación de opiáceos en orina; para el caso de la cocaína la abstinencia es menor y el 23.7% dio positivo en los controles; por último y en cuanto al seguimiento de la terapia, el 95.7% dio positivo para buprenorfina. múltiples artículos demuestran la eficacia y seguridad de la buprenorfina en el tratamiento de la adicción a opiáceos, como el realizado por Kakko et al, con una retención del 75% tras un año de tratamiento con buprenorfina y apoyo psicosocial En cualquier caso, se conocen poco los datos sobre la comorbilidad psicopatológica y médica y los tratamientos farmacológicos en pacientes dependientes de opiáceos. Es necesario realizar un estudio epidemiológico amplio que actualice la realidad de la práctica clínica habitual del paciente dependiente de opiáceos en España (manejo terapéutico, comorbilidades, etc.) valore la gravedad de su adicción, la repercusión sobre el tipo de tratamiento, la presencia de patología dual y las repercusiones médicas. **BIBLIOGRAFÍA** 1. Roncero, C., Fuste, G., Barral, C., Rodríguez-Cintas, L., Eiroa-Orosa, F. J., & Casas, M. (2009). Manejo terapéutico y comorbilidades del paciente con dependencia a opiáceos, en programa de terapia sustitutiva: estudio PROTEUS. *Trastornos adictivos*, 11(4), 266-270. 2. Álvarez-González, F. J. (2009). Buprenorfina-naloxona: lo nuevo de 2009. *Trastornos adictivos*, 11(4), 247-251.



PÓSTER Nº: 17

"POR UNA CONDUCCIÓN MÁS SEGURA"

Fernández Muñoz, B.; Segura Martínez, R.; Navarro Hernández, A.; Nuñez Muñoz, V.; Martínez Ibáñez, M^al; Sánchez Gómez A.

Introducción La entrada en vigor de la nueva ley de Seguridad Vial contempla modificaciones que conciernen a nuestros pacientes. Resulta primordial para el personal sanitario conocer las actualizaciones, tratamientos y sanciones. El perfil actual del paciente en tratamiento por dependencia a opioides es un varón de mediana edad con años de evolución de la dependencia, que consume otras sustancias, trabaja, conduce vehículos a motor y que es muy probable que tenga un trastorno psiquiátrico. El 70% de los tratamientos para los pacientes con dependencia a opioides en España consiste en tratamiento con antagonista opioide.

Objetivos Dar a conocer a los profesionales sanitarios la intencionalidad de la Dirección General de Tráfico con la nueva ley de Seguridad vial. Evidenciar qué tratamiento con antagonista opiáceo es más recomendable para la conducción. Destacar la prevalencia de consumo entre los conductores. Contabilizar el número de pacientes conductores habituales en tratamiento con metadona del área VIII. Establecer directrices para prevenir la conducción bajo el efecto de las drogas y fármacos psicoestimulantes.

Material y Método Estudio de la nueva legislación de Seguridad Vial. Revisión de los estudios más relevantes que evidencien la mejora de un fármaco u otro. Exploración de estudios epidemiológicos para obtener prevalencias de objetivos a conseguir.

Resultados La existencia de medidas legales y su estricta aplicación son la mejor forma de disuadir al conductor de conducir bajo el efecto de sustancias. Según datos del Instituto Nacional de Toxicología y ciencias forenses casi la mitad de los conductores fallecidos en España en 2012 había consumido alcohol, drogas o psicofármacos. En los que se detectaron drogas, más de la mitad había consumido cocaína, seguida del cannabis. Los pacientes con consumo crónico de drogas opiáceas presentan déficits neuropsicológicos; la mortalidad por accidente es elevada. Datos del estudio PROTEUS revelan que la mitad de pacientes en tratamiento por dependencia a opiáceos conduce; estando con metadona casi la mayoría. Los estudios recientes muestran que tanto pacientes con metadona como con buprenorfina tienen mayor riesgo de implicación en accidentes y de ser responsables de éstos, debido a la escasa información de que se dispone para decantarse hacia un lado u otro. Ambos fármacos repercuten en el rendimiento psicomotor y pueden deteriorar la capacidad para conducir.

Discusión/Conclusiones Los estudios experimentales indican que los PMB ofrecen mejores resultados que los PMM en tareas relevantes para la conducción. La buprenorfina quizás sea más segura a largo plazo, pero los autores concluyen que no pueden emitir ninguna recomendación clara y precisa sobre ambos programas y la conducción. Sin embargo, el uso de buprenorfina/naloxona ha sido reclamado por las sociedades científicas de Socidrogalcohol, Sociedad Española de Toxicomanías (SET) y Sociedad Española de Patología Dual (SEPD) que han señalado los grupos de pacientes de especial utilidad. En pacientes en los que sea necesario mantener un buen rendimiento cognitivo y psicomotor (que tengan que conducir vehículos o manejar máquinas) debido a la menor disfunción cognitiva que presentan los pacientes con buprenorfina respecto a la metadona. No hay suficiente información sobre las intervenciones preventivas que deben llevar a cabo por profesionales sanitarios, no hay estrategias concretas con gran evidencia científica.



PÓSTER Nº: 18

PERFIL DE PACIENTE QUE INGRESA POR DESINTOXICACIÓN A OPIACEOS EN LA UNIDAD DE DESINTOXICACIÓN HOSPITALARIA DE LA REGIÓN DE MURCIA

Campillo Cascales, M.J.; Peñalver Garcerán, M.I.; García Basterrechea, J.M.; González Blas, I.; Mayor Barranco, J.; Martínez Hernández, R.

Introducción: Las Unidades de desintoxicación (UDH) siguen siendo un recurso que permite ofertar un tratamiento de desintoxicación junto a la oportunidad de evitar cualquier consumo que pueda interferir en este proceso. Objetivos: El objetivo fundamental del presente estudio es analizar las características de los pacientes que acuden a la UDH para desintoxicación por opiáceos y establecer un perfil. Material y Método: Se analizaron las historias clínicas de todos los pacientes ingresados en la Unidad de Desintoxicación Hospitalaria entre Enero de 2013 y Enero de 2014 (n=150). Se elaboró un cuestionario que recogía variables sociodemográficas, clínicas, toxicológicas y de tratamiento. Instrumentos: el diagnóstico fue establecido según los criterios diagnósticos de la CIE-10. Para el análisis estadístico se utilizó el programa IBM SPSS v.21. Resultados: De los 150 pacientes que ingresaron durante ese periodo 70 fueron para desintoxicación a opiáceos (46,6% de la muestra). El perfil del paciente que acude por este motivo es un varón (81,4%), tiene una media de edad de 39,94 años (d.t.= 8,80). Más de la mitad es soltero y convive con su familia de origen. Durante este periodo hay una mayor demanda de desintoxicación por heroína (48,57%) y metadona (34,28%). El 90% no realiza ninguna actividad laboral, estando en su mayoría (78,6%) en situación de desempleo. En cuanto al nivel educativo, un 68,6% tiene estudios primarios. Tan sólo un 17,1% presenta causas judiciales pendientes en el momento de ingreso. En cuanto a la presencia de patología infecciosa, un 5,7% presenta VIH, un 34,3% VHC y un 8,6% VHB/VHC. La presencia de patología dual está presente en un 54,3%, siendo los trastornos más prevalentes los trastornos de personalidad y los trastornos afectivos. Un 27,1% ha tenido gestos autolíticos previos y un 25,7% ingresos psiquiátricos previos. Un 58,6% había tenido ingresos de desintoxicación previos en la UDH y la media de estancia del ingreso actual fue de 8,50 días (d.t.=4,70). En un 60,8% hay un policonsumo de sustancias. Un 38,6% no termina el tratamiento, de los que un 35,7% es alta voluntaria y un 2,9% forzosa. Conclusión: – Los pacientes que realizan desintoxicaciones a opiáceos representan un alto porcentaje dentro de la UDH. - El perfil actual del usuario que acude por desintoxicación a opiáceos a la UDH se corresponde con un varón, con media de edad de 40 años, sin pareja, que convive con su familia de origen y sin actividad laboral y con ingresos previos. - La patología psiquiátrica comórbida más prevalente son los Trastornos Personalidad, seguido de los Trastornos Afectivos. - Hay un alto porcentaje de tratamientos de desintoxicación previos, lo que reafirma la cronicidad. Bibliografía: Fernández Miranda, J.J., Pereiro Gómez, C. (Coord.) (2007). Guía para el tratamiento de la dependencia a opiáceos. Valencia: Socidrogalcohol. 26. Fernández Miranda J.J, Torrens Melich, M. (Editores) (2005). Monografía opiáceos. Adicciones; 17(2).



PÓSTER Nº: 19

EFICACIA DE LA BUPRENORFINA-NALOXONA EN UN CASO DE POLITOXICOMANIA

Navarro Hernández, A.; Murcia Liarte, J.B.; Fernández Muñoz, B.; Segura Martínez, R.; García Baños, C.; Navarro Pérez, A.; Sánchez Muñoz, M.; Martín López, M.

Motivo de consulta Paciente de 34 años, que acude a Centro de Atención a Drogodependencias (CAD) desde 1998, con 17 años y derivado desde Atención Primaria. Historia toxicológica El paciente inicia consumo de sustancias en la preadolescencia e influenciado por el grupo de iguales. Hasta ese momento el paciente se encuentra bien adaptado social y académicamente. A esta edad empieza a consumir heroína por vía pulmonar con una frecuencia diaria, además de cannabis y cocaína de forma esporádica. Exploración psicopatológica Aspecto adecuado y aseado. Sin signos de alteraciones conductuales, ni sensorio-perceptivas. Curso, y contenido del pensamiento conservados. Estado de ánimo distímico, asociado a situación vital estresante. Refiere ansiedad flotante e insomnio de conciliación. Alimentación conservada. Impresiona de inteligencia media. Se muestra motivado al cambio terapéutico. Historia de la enfermedad actual A lo largo de este tiempo inicia programas de deshabituación con metadona e ingresa en centros de deshabituación con pobre respuesta terapéutica y con múltiples recaídas. Debido a la falta de mejoría se inicia en 2008 tratamiento con Buprenorfina/Naloxona, vía sublingual. Desde entonces el paciente se mantiene abstinentes a heroína, con una dosis de mantenimiento de 2 mg. A pesar de la abstinencia a opiáceos el paciente mantiene el consumo esporádico de cocaína y cannabis, hasta 2012 que inicia Programa Matrix, con buena adherencia y respuesta terapéutica, manteniendo la abstinencia en la actualidad. Discusión El caso muestra las ventajas del uso de la Buprenorfina/Naloxona en el tratamiento de la dependencia a opiáceos, pues tras la prescripción de esta medicación, el paciente consigue mantenerse abstinentes a heroína durante 6 años. En el pasado el consumo había sido ininterrumpido durante 10 años a pesar del tratamiento con metadona. Por tanto, consideramos óptima la implantación de este programa como alternativa a la metadona, puesto que la evidencia está arrojando resultados muy satisfactorios en el tratamiento de la dependencia a opiáceos.



PÓSTER Nº: 20

TDAH y edad de inicio en el consumo de opiáceos.

Herrera-Gutiérrez, E.; Ramírez-Reffay, A.; Martínez-Sánchez, E.

INTRODUCCIÓN. La asociación entre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en población adulta y los Trastornos por Uso de Sustancias (TUS) se ha puesto de manifiesto en diversos estudios (para una revisión, véase Daigre et al., 2013). **OBJETIVO.** Partiendo del hecho de que los hallazgos no siempre son coincidentes, la finalidad de este trabajo es profundizar en el conocimiento de esta relación. En concreto, se analizan posibles diferencias entre dos grupos de sujetos adultos dependientes de sustancias, con y sin TDAH, en cuanto a la edad de inicio en el consumo de distintos tipos de opiáceos. **MÉTODO.** En el estudio participaron 88 sujetos (11 mujeres y 77 hombres), de edades comprendidas entre 18 y 59 años, que estaban siendo atendidos en el Centro de Información y Asesoramiento a Drogodependientes (CIAD) de la Asociación NYPACOLD de Lorca y en la Fundación Solidaridad y Reinserción Proyecto Hombre de Murcia. Para el diagnóstico de TDAH se usaron la Escala Autoaplicada para TDAH en Adultos (ASRS.v1.1) y los criterios del DSM-IV-TR. Para determinar las edades de inicio en el consumo de drogas, entre las que se encontraban los opiáceos, se utilizó la entrevista semiestructurada EuropASI. **RESULTADOS.** Según las pruebas T de Student efectuadas, en nuestra muestra no encontramos diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos de sujetos respecto a la edad media de inicio en el uso de opiáceos, tanto analizadas las sustancias por separado como al agruparlas en una única categoría genérica. **DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.** Aunque nuestros hallazgos no permiten confirmar la existencia de una asociación clara entre inicio temprano en el consumo de opiáceos y TDAH, la tendencia de los datos apunta en esta dirección. Una posible causa de la ausencia de significación estadística de las pruebas T podría ser el bajo tamaño muestral, ya que los cálculos efectuados del tamaño del efecto (índice d de Cohen) así lo indican. Según dichos análisis, el grupo de personas con TDAH sería el que se inicia antes en el consumo de alcohol ($d=0.46$), cocaína ($d=0.37$) y cualquier opiáceo ($d=0.44$). Estos resultados son consistentes con la literatura que señala que la sintomatología propia del TDAH dificulta la regulación del comportamiento y supone una vulnerabilidad biológica y psicosocial para desarrollar una conducta adictiva (Pedrero et al., 2009).

REFERENCIAS:

- Daigre, C., Terán, A., García-Vicent, V. y Roncero, C. (2013). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad y dependencia de sustancias depresoras. Una revisión. *Adicciones*, 25(2), 171-186.
- Pedrero, E.J., Puerta, C., Rojo, G., Ruiz-Sánchez, J.M., Llanero, M. y Olivar, A. (2009). Déficit de atención e hiperactividad en adultos con adicción a sustancias: ¿TDAH o síndrome secundario al abuso de sustancias? *Revista Española de Drogodependencias*, 34(1), 32-45.



PÓSTER Nº: 21

“CREO QUE TENGO UNA ADICCIÓN A LA CODEÍNA”: A PROPÓSITO DE UN CASO

Segura Martínez, R.; Fernández Muñoz, B.; Fernández Garrido, A.; López Espejo, S; Romero Baeza, J; Montesinos López de Rodas, I.

INTRODUCCIÓN El presente caso versa sobre mujer 44 años que consulta en nuestro Centro de Atención Drogodependientes en marzo de 2013 por adicción a codeína en el marco de una infección del tracto urinario secundaria a intervención quirúrgica urológica y que cursa con recurrencias y dolor, todo ello de unos cinco años de evolución. La paciente solicita a su MAP ser atendida en el CAD, ya que reconoce en las entrevistas con enfermería y psiquiatría que antes se trataba de dolor pero que ha desarrollado una dependencia, puesto que los días que no lo toma se encuentra con molestias gastrointestinales y malestar general y percibe beneficios al usarlo como ansiolítico a diario y de forma abusiva(unos 16 comprimidos al día de la asociación paracetamol-codeína). En la primera visita con psiquiatría, se ofrece a la paciente deshabituación con buprenorfina/naloxona o disminución progresiva, y esta se decanta por intentar hacer una disminución progresiva . En la primera revisión transcurridos quince días ha reducido a cinco comprimidos diarios, pero relata craving moderado alto e informa de que surgen otros problemas, “ la codeína me ayudaba a aumentar mi autoestima y a calmarme” en el entorno de un problema de fobia social. La paciente abandona por completo la codeína en mayo 2013. En sucesivas revisiones la paciente escribe autoinformes en los que explica cómo decide reducir o suspender algunos de los fármacos por aumento de apetito y peso. Es en este momento cuando psiquiatría deriva a la paciente para relajación individual con enfermería

OBJETIVOS Exponer los resultados obtenidos en la práctica clínica como método de contribuir a la evidencia científica disponible en base a este tema.

MATERIAL Y MÉTODO Se decide realizar una revisión del tipo “A propósito de un caso”, por considerar los métodos y resultados obtenidos con esta paciente susceptibles de publicación y contribución a la praxis clínica diaria en atención a pacientes con problemática de abuso a opioides de prescripción médica.

DISCUSIÓN /CONCLUSIONES Estas situaciones generan un fuerte temor para el uso terapéutico de los derivados del opio tanto en los médicos, enfermeras, personal de salud como en los pacientes, familiares y relacionados, pues para los clínicos se plantea el dilema ético de tener la posibilidad de generar de manera iatrogénica un problema adictivo y para los pacientes el temor a ser excluidos socialmente y ser tildados de adictos. Aún así, los opioides son una gran herramienta terapéutica para el manejo del dolor y, en algunos casos, son imprescindibles. Las principales recomendaciones para prevenir la adicción a opioides durante el tratamiento del dolor crónico son plantear los objetivos del tratamiento con el paciente, simultanear los opioides con otras estrategias de intervención, establecer una relación terapéutica firme, y observar su cumplimiento de prescripciones e incluirlo en programa psico-educativo que integre todos los aspectos relacionados con el manejo del dolor.

BIBLIOGRAFÍA 1. Sublingual buprenorphine/naloxone for chronic pain in at-risk patients: development and pilot test of a clinical protocol. Rosenblum A, Cruciani RA, Strain EC. J Opioid manag.2012 Nov-Dec;8(6):369-82. doi:10.5055/jom.2012.0137 PMID: 23264315 [PubMed - indexed for MEDLINE] 2. Gordon M. Manual of nursing diagnosis. Jones & Bartlett Learning, 2010.



PÓSTER Nº: 22

¿CÓMO INICIAR A UN PACIENTE EN PROGRAMA SUSTITUTIVO CON BUPRENORFINA/NALOXONA?"

Segura Martínez, R; Fernández Muñoz, B; Fernández Garrido, A; Navarro Hernández, A; Montesinos López de Rodas, I; Martínez Pérez, A .

INTRODUCCIÓN La buprenorfina es un opiáceo semisintético que surgió en un intento de buscar un analgésico opiáceo no adictivo. Los datos descritos en la bibliografía indican que la buprenorfina representa una promesa farmacológica para el tratamiento de la dependencia a heroína. El tratamiento con suboxone comprende una serie de fases que son las que siguen: inducción, registro de síntomas en el primer y segundo día de la inducción, estabilización y mantenimiento. **OBJETIVOS** Describir las etapas a seguir al iniciar a un paciente en programa sustitutivo sustitutivo con buprenorfina/naloxona, con el fin de elaborar una guía estandarizada aplicable en el ámbito ambulatorio de la deshabituación a opiáceos. **MATERIAL Y MÉTODOS** Para esta revisión bibliográfica consultamos en las principales bases de datos al uso empleando como palabras clave “deshabitación”, “ opiáceos” y “buprenorfina” , así como en ficha técnica y manuales de uso del fármaco, con el fin de hallar una adecuada respuesta para instaurar unos pasos a seguir al iniciar a un paciente en la deshabituación a opiáceos.

CONCLUSIONES En primer lugar habrá que preparar al paciente para la inducción, recabar datos esenciales en la entrevista como una muestra de orina que atestigüe que estamos ante un paciente consumidor de opiáceos, así como historia toxicológica y fecha y hora del último consumo, a saber que la abstinencia a opiáceos ha de ser de 20 horas para heroína y 36 horas para el caso de la metadona, con el fin de asegurar que el paciente llegue en un estado de abstinencia de leve a moderado. A continuación , la inducción será aquella etapa de transición de heroína y otros opiáceos a buprenorfina/ naloxona ; la inducción se realiza por lo general con una primera dosis de 2 mg y se vigila al paciente a los 30- 60 minutos iniciales. En esta fase el principal objetivo es el de controlar los síntomas físicos de abstinencia, entre los que diferenciamos los síntomas de abstinencia tempranos (agitación, ansiedad , dolores musculares, sudoración profusa..) y los síntomas de abstinencia tardíos(diarrea, calambres abdominales, náuseas, vómitos..) de los que tendrá que informar el paciente en la segunda visita de forma precisa, con el fin de ajustar la dosis diaria habitual y comenzar la fase de estabilización y mantenimiento; si el paciente logra los objetivos terapéuticos es en esta fase donde apremia resolver sus necesidades psicosociales ya que se conoce son las que en última instancia ayudarán al paciente a identificar situaciones de alto riesgo, generar conductas positivas y llevar a cabo cambios significativos en el estilo de vida que contribuyan a manejar con éxito este tipo de tratamiento. **BIBLIOGRAFÍA** 1. Roncero, C., Fuste, G., Barral, C., Rodríguez-Cintas, L., Eiroa-Orosa, F. J., & Casas, M. (2009). Manejo terapéutico y comorbilidades del paciente con dependencia a opiáceos, en programa de terapia sustitutiva: estudio PROTEUS. *Trastornos adictivos*, 11(4), 266-270. 2. Álvarez-González, F. J. (2009). Buprenorfina-naloxona: lo nuevo de 2009. *Trastornos adictivos*, 11(4), 247-251.



PÓSTER Nº: 23

TRATAMIENTO DOMICILIARIO CON METADONA: UNIDAD MÓVIL MADROÑO

Gutiérrez Perera, J.; Álvarez Rodríguez, J. ; Alcalá López, A.; Rincón Frutos, M.; Segovia Muñoz, A.; Ortiz Alonso, C; Bermúdez Reyna, S.; Ezquerro Boado, A.; Cabezón Martín, C; Peña Sáenz, A.; Martín Martín, M.

INTRODUCCIÓN MADROÑO es una unidad móvil dependiente del Instituto de Adicciones de Madrid Salud (Ayuntamiento de Madrid) gestionada por la asociación Madrid Positivo que interviene con drogodependientes con alto grado de deterioro socio- sanitario. La intervención se realiza en dos ámbitos diferentes: en los escenarios de consumo del centro de Madrid mediante programas de reducción del daño que incluyen tratamiento con metadona y en los domicilios de pacientes crónicos con un grado de incapacidad que les impide acudir a los centros normalizados de tratamiento. **OBJETIVOS** Los objetivos del programa de atención domiciliaria son: • Tratar la adicción y supervisar tratamiento (metadona) • Control síntomas y curso de patologías asociadas así como asegurar el tratamiento • Facilitar gestión de problemas sociales • Soporte emocional de pacientes y familias en situaciones terminales **MATERIAL Y MÉTODOS** Un equipo interdisciplinar compuesto por 1 médico, 1 trabajadora social, 1 enfermera y 1 educador social se desplaza al domicilio a realizar la valoración de los pacientes con incapacidad. Si el paciente presenta criterios para recibir tratamiento domiciliario, se incluye en programa y se acude al domicilio a dispensar la metadona con una frecuencia variable según las necesidades del paciente. **RESULTADOS** Desde el año 2009 al año 2013 se han atendido 45 personas, el 80% varones con una mediana de edad de 50 años, todos ellos españoles. Los problemas médicos asociados fueron: SIDA avanzado 23 casos (43%); EPOC 10 casos (19%); Problemas traumatológicos 7 casos (13%); Cáncer 6 casos (11%); Cirrosis por VHC 4 casos (8%); Obesidad mórbida 3 casos (6%). De los 45 pacientes 16 fallecieron (36%) 10 fueron derivados a su C. A. D. de referencia (22%) y 19 pacientes continúan en programa de atención domiciliaria. **CONCLUSIONES** Debido a la mejora de la adherencia a los PMM ha aumentado la edad de los pacientes incluidos en los mismos y con ello el número de patologías crónicas que limitan la autonomía de las personas y las incapacitan para acudir a un centro normalizado de tratamiento, presentando asimismo una elevada tasa de mortalidad. Todo ello hace que cada vez sean más necesarios servicios cualificados y muy específicos para este tipo de población, como MADROÑO



PÓSTER Nº: 24

“DEPENDENCIA A OPIOIDES, PREVENCIÓN DE RECAÍDAS CON METADONA Y BUPRENORFINA/NALOXONA.

Fernández Muñoz, B.; Segura Martínez, R.; Navarro Hernández, A.; Núñez Muñoz, V.; Gómez Sabaniel, S.; Quijano Sevillano, L.; Buendía Escudero, T.; Fernández Garrido, A.

Introducción La dependencia a opioides es una enfermedad de origen multifactorial, de curso crónico y con frecuentes recaídas. Las opciones de tratamiento farmacológico son la desintoxicación y el tratamiento de prevención de recaídas y recaídas bien con antagonistas o agonistas opioides : es el tratamiento más eficaz y efectivo debiéndose mantener al menos 12 meses, aunque pueden prolongarse años e incluso de por vida como la mayoría de las enfermedades crónicas. **Objetivos** Dar a conocer a los profesionales de la salud los tratamientos utilizados para la dependencia a opiáceos. Describir la farmacología y los efectos adversos. Indicar la dosificación adecuada, para la inducción y mantenimiento.

Material/Método Farmacología de la metadona Opiode sintético liposoluble que ejerce sus efectos mediante unión al receptor μ . Se utiliza desde la década de los 60. Método de absorción y metabolización. Efectos adversos. Fármacos que aumentan y disminuyen el citocromo. Dosificación: Comenzar con dosis bajas e ir incrementándolas para evitar el riesgo de sobredosis. Dosis de inducción recomendada: por debajo de 30-40mg. Incrementar en no más de 20mg a la semana. Dosis óptima de mantenimiento de 50-120mg/día. En España, la dosis media de inducción es de 30mg y dosis media de mantenimiento de 47mg/d.

Farmacología de la Buprenorfina. Es un derivado semisintético de alcaloide opiáceo tebaína, presente en el opio o jugo de la adormidera. Es altamente lipofílica. Se comporta como un agonista parcial en el receptor μ y como un antagonista en el receptor κ . Su alta afinidad por el receptor opioide μ y disociación lenta hace que la buprenorfina produzca una dependencia menor (mejor que mtd). Hablaremos del “efecto techo”, Efectos adversos típicos de los agonistas opioides y los debidos a una cierta abstinencia. Menos interacciones que la metadona, en especial con los antirretrovirales. Dosificación: Importante que no quede ningún rastro de opioides. Hay muchas guías de recomendación. En España se recomienda dosis iniciales de 2 y 8mg tras al menos unas 6-10 horas sin consumir heroína y 24-72h si es metadona. La estabilización en 2-3 días (más rápida). Dosis efectivas de mantenimiento de 12-24mg/día. Máxima dosis recomendada 32mg/día. **Resultados** El éxito de los TAO radica en su doble mecanismo, bloqueando los efectos de euforia que producirían los opioides y suprimiendo el deseo por la heroína. Contrarrestan la adicción con mediante un efecto directo “anti-craving”. Este bloqueo es crucial para conseguir la normalización del comportamiento y tanto la metadona como buprenorfina producen este efecto a dosis altas. Ambos fármacos están incluidos en la lista modelo de medicamentos esenciales de la OMS.

Discusión/Conclusiones Aunque el TAO con metadona sigue siendo importante para la dependencia a opioides, existe un grupo de pacientes que no responde o abandona el tratamiento. Puede que no sea el fármaco apropiado en algunos casos como son: tratamientos o infecciones concomitantes, riesgo de sobredosis, necesidad de conducir o el estigma de la metadona. La buprenorfina por su efecto techo disminuye su potencial de abuso y el uso inadecuado y le otorga un buen perfil de seguridad; es mucho menos probable que produzca una depresión respiratoria.



PÓSTER Nº: 25

“PERFIL DEL PACIENTE CANDIDATO A BUPRENORFINA/NALOXONA”

Fernández Muñoz, B.; Segura Martínez, R.; Navarro Hernández, A.; Nuñez Muñoz, V.; Gómez Sabaniel, S.; Quijano Sevillano, L.; Gómez Sanchez A.; Fernández Garrido, A.

Introducción Son muchos los pacientes que demandan cambio en su medicación sustitutiva de dependencia a opiáceos. Hemos considerado de especial interés reflejar en un tríptico los pacientes candidatos, los criterios de inclusión que deben de tener en cuenta los facultativos y el asesoramiento por enfermería. **Objetivos** Determinar los pacientes que pueden beneficiarse del tratamiento con buprenorfina/naloxona. Informar tanto al profesional sanitario como a los pacientes que frecuentan el centro de atención al drogodependiente. **Material/Método** De la revisión bibliográfica diferenciamos a los pacientes con distintos tipos de patologías tanto psiquiátricas como orgánicas. El tratamiento con antagonista opiáceo con B/N es una opción que puede usarse cuando fracase en tratamiento con metadona. Se ha utilizado con éxito en individuos con ciertas características: puntuación psicopatológica alta, puntuaciones bajas de los factores de susceptibilidad a la desinhibición y el aburrimiento, ausencia de dependencia de alcohol y duración de la dependencia menor de 10 años. El uso de B/N ha sido reclamado por las sociedades científicas, que han señalado los grupos de pacientes de especial utilidad: Consumidores de heroína con historia de consumo corto, bajo/moderado en cantidad y frecuencia, y pocos problemas relacionados con el consumo. En tratamiento con metadona con una evolución buena y que deseen cambiar de opiáceo por o como paso previo para dejar el tratamiento con opiáceos. Como fármaco de desintoxicación de la dependencia de heroína En tratamiento para el VIH y cuya medicación interaccione de manera clínicamente significativa con metadona. Pacientes que manejan maquinaria pesada o que conducen vehículos (en discusión por la nueva ley de seguridad mayo/2014). Con bajo nivel de neuroadaptación, que no han desarrollado un elevado nivel de tolerancia/dependencia de los opiáceos. Polimedicados. Menor potencial de interacción. Patología Dual. Indicios de presentar propiedades antidepressivas. Recaídas previas, o que tengan miedo a recaer. Riesgos de sobredosis anteriores. Pacientes que necesiten un buen rendimiento cognitivo y psicomotor. Disfunción sexual inducida por metadona. Con marcado deterioro grave en sus parámetros de calidad de vida. Pacientes que lo solicitan por distintas razones, desde rechazo al tratamiento con metadona por razones físicas o psicológicas, hasta sentirse marginado por el carácter estigmatizante de la metadona. **Resultados B/N:** Baja probabilidad de producir tolerancia y/o dependencia. Lenta disociación del receptor mu, las manifestaciones de abstinencia en el proceso retirada sean de baja intensidad, facilitando la desintoxicación. Menor probabilidad de mortalidad por sobredosis frente a la metadona. Menor actividad intrínseca como agonista parcial y el efecto techo para la depresión respiratoria, perfil de seguridad muy elevado. Menor probabilidad de desvío al mercado ilegal. Menos trastornos sexuales (hipogonadismo, disminución de la libido) en pacientes en tratamiento con buprenorfina. Mejores parámetros en el empleo, ingresos económicos, actividades de ocio y aceptación de sí mismo. Menor disfunción cognitiva. **Discusión/Conclusiones** Son claras las evidencias de los beneficios de tratamiento con B/N respecto a la metadona. Nuestros pacientes presentar gran comorbilidad en distintas enfermedades que hacen de la B/N el tratamiento ideal de elección como por ejemplo por su efecto neutro sobre la inmunidad y nula interacción con los retrovirales.



PÓSTER Nº: 26

“EL ESTIGMA SOBRE EL TRATAMIENTO PARA LA ADICCIÓN A OPIOIDES”

Fernández Muñoz, B.; Segura Martínez, R.; Sánchez Gómez, A.; Núñez Muñoz, V.; Gómez Sabaniel, S.; Quijano Sevillano, L.; Buendía Escudero, T.; Fernández Garrido, A.

Introducción El consumo inadecuado de opioides prescritos y incremento de muertes por heroína han causado estragos. El estigma sobre su tratamiento impide que puedan reducirse los casos. Los fármacos como la metadona y la buprenorfina son fundamentales en el tratamiento de la adicción a opioides: aumenta la abstinencia, disminuye el uso de drogas, transmisión de infecciones y actividad criminal. La implementación de éstos aumenta la expectativa de vida de los adictos. **Objetivos** Destacar los factores que contribuyen al estigma de la adicción a opiáceos y su tratamiento con fármacos. Confrontar el estigma asociado al uso inadecuado de opioides. **Material/Método** Revisión de artículos, señalando la existencia de 4 factores contribuyentes al estigma: La adicción a opioides como una enfermedad médica aun no es totalmente aceptada. Este concepto errado ha separado históricamente a esta enfermedad y su tratamiento de los cuidados de salud. Al separar el cuidado y tratamiento de los pacientes con adicción a opioides de la atención médica general. Es posible que los médicos clínicos no estén alertas sobre el consumo de otras sustancias, ni de su salud mental u otras condiciones de la salud del paciente. Los fármacos tratan efectivamente la adicción a opioides pero no la adicción a cocaína, sedantes, cannabis, nicotina o alcohol. Tampoco son útiles con otras enfermedades orgánicas. El sistema de salud y las personas en general no hablan sobre el consumo de opioides ni su tratamiento, existen prejuicios en los términos que utilizan sobre este tema. Algunos jueces prohíben que las personas en prisión reciban metadona o buprenorfina y solo en raras oportunidades reciben la medicación a diferencia de un paciente con otro tipo de enfermedad crónica. **Resultados** Algunas asociaciones no apoyan la metadona o buprenorfina. Están promoviendo que los pacientes que controlan su enfermedad con estos fármacos no quieren mencionar su tratamiento en los grupos de apoyo por miedo al rechazo. El tratamiento con pacientes dependientes a opiáceos solo cubre servicios básicos. Son pacientes que necesitan mayor apoyo, cuidados y un tratamiento farmacológico distinto. Frecuentemente los profesionales, familiares y allegados atribuyen signos y síntomas a la medicación y colaboren con el estigma del tratamiento. Desde el personal sanitario ya se utiliza terminología discriminatoria: los resultados de los análisis de orina son considerados “limpios” o “sucios” en vez de positivos o negativos. Las personas en prisión deben manejar sin medicación los síntomas de la abstinencia a opioides. Puede llevar a una sobredosis fatal cuando el paciente es excarcelado y consume. A los médicos que trabajan en cárceles apenas se les permite usar estos fármacos. **Discusión/Conclusiones** El objetivo es que el afectado pueda llevar una vida productiva controlando los síntomas. El tratamiento prolongado se asocia a un menor riesgo de recaídas, es efectivo y no existe otro con su nivel de evidencia. A pesar de todo esto, existe una alta resistencia a utilizar fármacos en el abuso de opioides. El estigma asociado a la adicción de opioides y su tratamiento es insano pero evitable. Los profesionales pueden evitarlo describiendo al paciente el trastorno y el tratamiento de forma adecuada y sin prejuicios.



PÓSTER Nº: 27

El consumo de narcóticos en estudiantes de secundaria: ¿accesibilidad o moda?

Herrera Gutiérrez, E.; Collados Torres, L.; Martínez Frutos, M.T.

INTRODUCCIÓN. Según los resultados de la encuesta estatal sobre el uso de drogas en enseñanzas secundarias (ESTUDES; PNSD, 2013), en los últimos años el consumo de opiáceos como la heroína se ha reducido entre los jóvenes. Si bien esta encuesta también revela que el 0,7% de los estudiantes de entre 14 y 18 años asegura haber tomado heroína en el último año. Además, la edad media de inicio en el consumo de narcóticos sigue siendo baja y cada vez son más las mujeres que se adentran en estas prácticas nada saludables. **OBJETIVO.** El propósito de este trabajo es ofrecer un análisis del comportamiento actual de los adolescentes frente a este tipo de drogas, así como de los factores que pueden estar influyendo en el mismo y de las estrategias para afrontar el problema de la adicción desde los centros educativos. **MÉTODO:** Se revisa la literatura científica sobre el tema, con especial énfasis en el papel de la Promoción y Educación para la Salud en las escuelas e institutos. **RESULTADOS.** Del estudio de las publicaciones se desprende, junto a datos preocupantes de consumo, que entre los principales motivos que pueden estar influyendo en este patrón de comportamiento se encuentran la influencia del grupo de iguales, la moda, los valores y la cultura en general, pero también una más fácil accesibilidad a estas sustancias. **DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.** La realidad social en la que nos encontramos inmersos requiere un cambio de paradigma educativo. En este sentido, en los centros educativos es fundamental el tratamiento transversal de la Promoción y Educación para la Salud (Martínez-Frutos, Herrera-Gutiérrez y Collados-Torres, 2014). Dicha educación, que debe iniciarse en la familia y continuar en la escuela, desde edades muy tempranas, además de facilitar que el alumnado reflexione sobre esta realidad y sus consecuencias ha de posibilitar que estos alumnos adquieran hábitos y estilos de vida que les mantengan alejados de conductas que pongan en riesgo su bienestar biopsicosocial.

REFERENCIAS:

Martínez-Frutos, M.T., Herrera-Gutiérrez, E. y Collados-Torres, L. (2014). Necesidades y retos de la Promoción y Educación para la Salud en la escuela. En R. Nortes Martínez-Artero y J.I. Alonso Rosique (Eds.), *Investigación Educativa en Educación Primaria* (pp. 263-274). Murcia: EDITUM.

Plan Nacional Sobre Drogas (2013). *Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanzas Secundarias (ESTUDES) 2012/2013*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.



PÓSTER Nº: 28

La promoción de la salud y la prevención de la adicción a los opiáceos en el contexto universitario

Herrera Gutiérrez, E. ; Jiménez Roset, J.; Martínez Frutos, M.T.

INTRODUCCIÓN. En la actualidad, la adicción a las drogas (legales e ilegales) es un problema que ha ocasionado una gran preocupación social, debido al alto índice de jóvenes que practican estas conductas. Diversos estudios ponen de manifiesto que el policonsumo ha aumentado, principalmente en el grupo de jóvenes universitarios, llegando a tomar opiáceos como la heroína (Zaldívar, López, García y Molina, 2011). Además, los resultados nos informan de un aumento en el consumo de heroína, aunque las cifras están siempre por debajo del 1%. El consumo de drogas ocasiona un auténtico problema de salud pública y social, dados los costes humanos, sociales y económicos que conlleva, sin olvidar las consecuencias psicológicas, físicas y sociales que causa en el sujeto que las consume y en sus familiares. Por tanto, es necesario realizar intervenciones en todos los niveles y contextos educativos, también en el universitario. **OBJETIVO.** La pretensión de este trabajo es examinar los estudios recientes sobre el consumo de opiáceos y otras sustancias adictivas en jóvenes universitarios, con especial atención a las iniciativas de prevención del comportamiento adictivo y de promoción de la salud que se están llevando a cabo en algunas universidades españolas. **MÉTODO.** La revisión de la literatura nacional e internacional sobre ambas cuestiones se complementa con un estudio descriptivo de la realidad de nuestras universidades en cuanto a actividades, acciones y programas. **RESULTADOS.** La mayoría de las iniciativas desarrolladas en el ámbito universitario se han orientado a la prevención del consumo de opiáceos y otras drogas; aunque hay casos, como la Universidad de Murcia (Herrera-Gutiérrez y Jiménez Roset, 2011), donde la mirada se dirige hacia la promoción de la salud, con vistas a lograr mejores condiciones de salud de la comunidad universitaria y fomentar la adopción de estilos de vida que actúen como factores de protección frente a conductas de riesgo. **DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.** Las características psicosociales de los universitarios (deseos de mayor independencia y libertad) y los espacios de diversión típicos a estas edades (fiestas universitarias) favorecen la aparición de conductas de riesgo que debemos tener en cuenta a la hora de diseñar cualquier acción. Asimismo, es esencial el desarrollo de redes académicas y profesionales de Promoción de la Salud y Educación para la Salud, como la Red de Universidades Españolas Saludables (REUS).

REFERENCIAS:

Herrera-Gutiérrez, E. y Jiménez Roset, J. (2011). Proyecto Universan@s: prevención del consumo de drogas y promoción de la salud en la comunidad universitaria. En: Actas del V Congreso Internacional y I Congreso Nacional de Universidades Promotoras de la Salud. San José, Costa Rica, 5-7 octubre, 2011.

Zaldívar Basurto, F., López Ríos, F., García Montes, J.M. y Molina Moreno, A. (2011). Consumo autoinformado de alcohol y otras drogas en población universitaria española. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 9(1), 113-132.