



Guía para la elaboración o actualización de protocolos para tratamiento a personas con trastorno relacionado al consumo de opioides

Inicio de Tratamiento con Buprenorfina en salas de emergencias-
urgencias

Programa de Opioides y Sustancias
Oficina de Planificación y Desarrollo
Departamento de Salud
Agosto 2023

Coordinadores de la Guía:

Eduardo Zavala Mendoza, PhD., MP, PPL
Omayra A. Morales Espada, MSW

Lineamientos preparados por:

Carlos A. Rivera Lluveras, Psy.D., CPPF
Christian Romero Ramos, MHS

Guía preparada por:

Carlos A. Rivera Lluveras, Psy.D., CPPF

Guía revisada por:

Andrés Calvo Díaz, MD
Wanda I. González Tirado, MSN
Mireilly Rodríguez Mendoza, MSW

Cita sugerida:

Departamento de Salud. (2023). Guía para la elaboración o actualización de protocolos para tratamiento a personas con trastorno relacionado al consumo de opioides. San Juan, Puerto Rico: Oficina de Planificación y Desarrollo.

Dirección postal:

Departamento de Salud
Oficina de Planificación y Desarrollo
P.O. Box 70184
San Juan, Puerto Rico 00936-8184

Dirección física:

Departamento de Salud
Oficina de Planificación y Desarrollo
Edificio A, Oficina 165, Calle Monacillo, Antiguo Hospital de Psiquiatría
Centro Médico, San Juan, Puerto Rico

Portal cibernético:

www.salud.gov.pr
www.opioides.pr.gov

Correo electrónico:

opioides@salud.pr.gov

¿Tienes alguna recomendación o insumo para mejorar esta guía? Por favor, escríbenos a opioides@salud.pr.gov; de esta forma nos ayudarás al proceso de revisión y actualización.

Registro de revisiones o actualizaciones al documento

¿Quién llevó a cabo la revisión o actualización?	¿En qué consistió la revisión o actualización?	¿En qué fecha se llevó a cabo?

Tabla de Contenido

I. Propósito de la guía.....	5
II. Justificación para iniciar el tratamiento con buprenorfina desde sala de emergencias-urgencias.....	5
III. ¿Qué debo saber para iniciar el tratamiento con buprenorfina desde la sala de emergencias-urgencias?	6
IV. Rol del médico de la sala de emergencias-urgencias ante la crisis de opioides.	6
1. Fase de Evaluación.....	7
2. Fase de Inicio del tratamiento con buprenorfina	7
3. Fase de Referido	9
VI. Referencias.....	10
Anejo 1. Glosario de términos.....	11
Anejo 2. Flujograma del inicio de tratamiento con buprenorfina desde urgencias.....	13
Anejo 3. Flujograma para iniciar el tratamiento con buprenorfina en el hogar.....	14
Anejo 4. Cernimiento para el Trastorno por Uso de Opioides basado en el DSM-5TR.	15
Anejo 5. Clinical Opiate Withdrawal Scale.....	18

Guía para la elaboración o actualización de protocolos para tratamiento a personas con trastorno relacionado al consumo de opioides

Inicio de Tratamiento con Buprenorfina en salas de emergencias-urgencias

I. Propósito de la guía

En agosto 2023, el Dr. Carlos R. Mellado López, Secretario del Departamento de Salud, firmó la Orden Administrativa #577 con el objetivo de establecer la obligación de que toda facilidad de emergencia-urgencia adopte un protocolo para brindar servicios a personas con Trastornos por Uso de Opioides (TUO). Esta orden incluye, pero no se limita, al proceso de brindar servicios iniciales asistidos con medicamentos y referido a tratamiento especializado. Por cuanto, esta guía tiene como propósito proveer unos lineamientos para asistir a los médicos de urgencias en el proceso de tratamiento inicial con buprenorfina.

II. Justificación para iniciar el tratamiento con buprenorfina desde sala de emergencias-urgencias

Las personas con un Trastorno por Uso de Opioides (TUO) suelen visitar la sala de emergencias-urgencias para recibir cuidado médico, por lo que es un escenario idóneo para iniciar el tratamiento especializado. Los datos publicados por los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés) en el 2018 indican que ha ocurrido un aumento del 30% en las visitas por sobredosis de opioides entre julio de 2016 y septiembre de 2017 (Vivolo, Seth, Gladden et al., 2018). Las personas que acuden a urgencias por enfermedades crónicas como la diabetes y el asma se estabilizan con medicación y son referidas a cuidado ambulatorio. No obstante, las personas con un TUO son estigmatizadas en lugar de comprender que los consumidores de opioides se beneficiarían con un plan de intervención y tratamiento similar a estas otras condiciones crónicas de salud. Un estudio de 2015 (JAMA) descubrió que el doble de pacientes estaba en tratamiento por TUO a los treinta (30) días cuando se inició con buprenorfina desde sala de urgencias en comparación con aquellos que solo recibieron un referido o un referido y una intervención breve. Además, utilizaron menos opioides ilícitos en los últimos siete (7) días (D'Onofrio, O'Connor, Pantaloni, Chawarski, Busch, Owens, Bernstein, & Fiellin, 2015).

III. ¿Qué debo saber para iniciar el tratamiento con buprenorfina desde la sala de emergencias-urgencias?

La buprenorfina tiene un perfil farmacológico eficaz y seguro para el tratamiento de la dependencia de opiáceos (González & Álvarez, 2008). Es agonista parcial de los receptores opiáceos μ (donde tiene una afinidad muy alta pero una actividad intrínseca baja) y antagonista de los receptores opiáceos κ (González & Álvarez, 2008). Lo que quiere decir con una afinidad muy alta es que le permite competir y desplazar a los agonistas opioides completos.

La fase de inducción es un proceso seguro y cómodo para la mayoría de los pacientes, siendo fundamental una correcta y suficiente información. La buprenorfina se administra cuando el paciente presenta síntomas de abstinencia (Clinical Opiate Withdrawal Scale [COWS \geq 8]) (SAMHSA, 2018). Su baja actividad intrínseca da como resultado menos euforia y un menor potencial de desviación (Mattick, Breen, & Davoli, 2014). Además, los pacientes que reciben buprenorfina tienen menos probabilidades de sufrir una sobredosis, morir, utilizar opioides ilícitos, propagar el VHC (Hepatitis C) o el VIH y tener menos complicaciones por el uso de sustancias inyectables y contactos con el sistema de justicia (Mattick, Breen, & Davoli, 2014).

IV. Rol del médico de la sala de emergencias-urgencias ante la crisis de opioides

El médico de la sala de emergencias-urgencias puede realizar lo siguiente:

- Identificar a las personas que reciben altas dosis de opioides.
- Identificar a las personas que se encuentran experimentando síntomas de sobredosis de opioides.
- Identificar a las personas que se encuentran experimentando síntomas de abstinencia a opioides.
- Identificar a las personas que están haciendo mal uso de medicamentos opioides prescritos.
- Utilizar el sistema de monitoreo de prescripciones de medicamentos (PDMP, por sus siglas en inglés).
- Evitar prescribir combinaciones de medicamentos o sustancias que aumenten el riesgo de una sobredosis, especialmente el prescribir benzodiazepinas.
- Orientar al paciente y familiares sobre los opioides, riesgo de sobredosis y uso de naloxona.
- Prescribir opioides de manera segura.
- Prescribir naloxona.

- Iniciar tratamiento con buprenorfina.
- Referir a tratamiento especializado para Trastorno por Uso de Opioides (TUO).
- Ofrecer estrategias de reducción de daños.

V. Fases para el tratamiento con buprenorfina desde urgencias

En este apartado se estarán explicando las tres (3) fases para el proceso de inicio de tratamiento con buprenorfina desde la sala de emergencias-urgencias. Es importante señalar que lo descrito en estas fases son lineamientos que sirven de guía para el médico, pero en ningún momento sustituyen su juicio clínico.

1. Fase de Evaluación

Esta fase consiste en realizar una evaluación sobre los síntomas y necesidad del paciente cuando se presenta a la sala de emergencias-urgencias. Se recomienda lo siguiente:

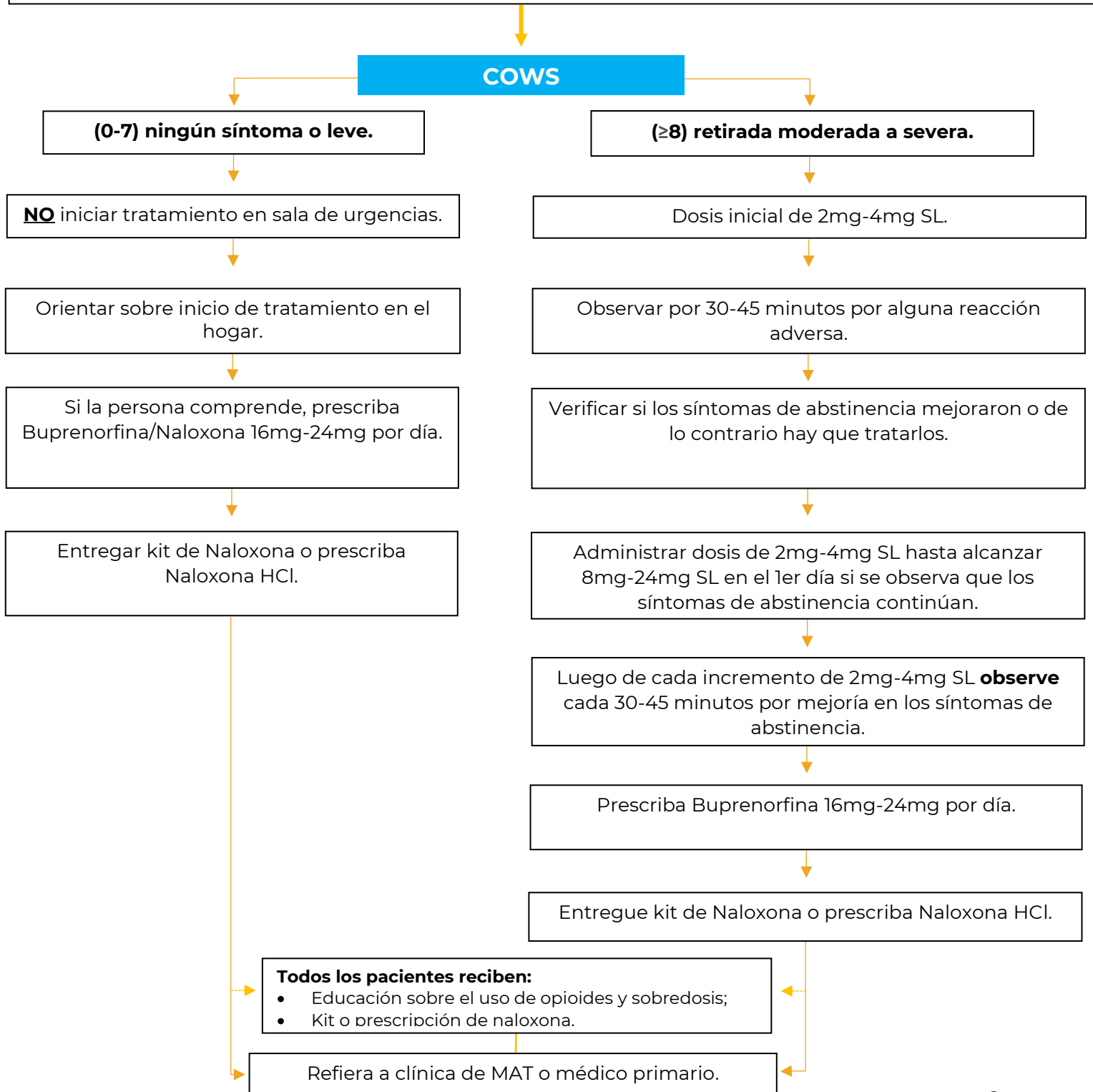
- a. Identificar historial físico y de uso de sustancias – evaluar por infecciones, el uso de medicamentos prescritos, condiciones de salud y de salud mental, uso de sustancias no prescritas (incluyendo el alcohol).
- b. Identificar por intoxicación, síntomas de sobredosis de opioides y síntomas de abstinencia.
- c. Identificar posibles personas gestantes – considerar realizar pruebas de embarazo o última fecha de periodo menstrual. Evaluar posible enlace y referido a Clínicas de Tratamiento Integral Asistido con Metadona.
- d. Administración de cuestionarios – administrar el Clinical Opiate Withdrawal Scale (COWS) (Anejo 2) y administrar el Cuestionario de Trastorno por Uso de Opioides basado en el DSM-5TR (Anejo 3).
- e. Orientación y educación sobre el inicio (inducción) del tratamiento con buprenorfina.

2. Fase de Inicio del tratamiento con buprenorfina

A continuación, se presenta un flujograma que facilita la comprensión del proceso de administración de la buprenorfina.

Flujograma 1 – Lineamientos recomendados para el inicio de tratamiento con buprenorfina (ver **Anejo B** para versión de consulta rápida para imprimir).

Evaluar el tipo de opioide consumido y su último uso. Administrar el **Clinical Opiate Withdrawal Scale (COWS)** y el Cernimiento de Trastornos por Uso de Opioides basado en el DSM-5TR. Los pacientes que toman metadona pueden tener síntomas de abstinencia a la buprenorfina hasta por 72 horas después de su último uso.



3. Fase de Referido

En esta fase se explica el proceso de referido para dar continuidad al tratamiento con buprenorfina a nivel ambulatorio y referidos a tratamientos especializados en el área de sustancias.

- a. **Independientemente de si la persona quiere o no quiere** el tratamiento con buprenorfina, se debe referir al/a Trabajador/a Social, Consejero/a o Manejador/a de Casos para orientación, educación, intervención breve y evaluación en el área de trastornos por uso de sustancias.
 - i. Realización de Checklist de referido a tratamiento desde sala de emergencia, Cernimiento de TUO basado en DSM-5TR, GAD-7 y/o PHQ-9.
- b. Tanto en el inicio de tratamiento con buprenorfina en sala de emergencias-urgencias como en el hogar es importante referir a la persona a una clínica de tratamiento asistido con medicación (MAT).
- c. Se recomienda que la cita en la clínica de MAT sea inmediatamente después del alta o entre los primeros 3 a 5 días.
- d. Puede acceder al portal de servicios y tratamiento de Puerto Rico para facilitar la búsqueda de centros y entidades comunitarias que ofrecen tratamientos (residenciales y ambulatorios) y servicios a personas con Trastorno por Uso de Opioides (TUO) <https://arcq.is/OCSCGK0>

VI. Referencias

- González, F. & Álvarez, F.J. (2008). Aspectos farmacológicos de los programas de tratamiento con buprenorfina-naloxona. *Trastornos Adictivos*, 10(1), 1-16. Recuperado en <https://www.elsevier.es/es-revista-trastornos-adictivos-182-pdf-13117591>
- D'Onofrio, G., O'Connor, P.G., Pantalon, M.V., Chawarski, M.C., Busch, S.H., Owens, P.H., Bernstein, S.L. and Fiellin, D.A. (2015). Emergency department-initiated buprenorphine/naloxone treatment for opioid dependence: a randomized clinical trial. *JAMA*, 313(16), 1636-1644.
- Mattick, R.P., Breen, C., Kimber, J., & Davoli, M. (2014). Buprenorphine maintenance versus placebo or methadone maintenance for opioid dependence. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 2. Art. No.: CD002207. DOI: 10.1002/14651858.CD002207.pub4
- SAMSHA. (2018). Treatment Improvement Protocol - TIP63: Medications for Opioid Use Disorders – Resources Related to Medications for Opioid Use Disorder. Recuperado en <https://store.samhsa.gov/product/SMA18-5063PT5>
- Vivolo-Kantor, A.M., Seth, P., Gladden, R.M., et al. (2018). Vital Signs: Trends in Emergency Department Visits for Suspected Opioid Overdoses — United States, July 2016–September 2017. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*, 67, 279–285. DOI: <http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm6709e1>.

Anejo 1. Glosario de términos

Buprenorfina – fármaco agonista parcial de los receptores opiáceos, con una potencia analgésica de 3.5 a 7 veces mayor que la de la morfina.

Medicamentos para el trastorno por uso de sustancias – tipo de tratamiento integral que proporciona una farmacoterapia de mantenimiento (con un agonista opiáceo, un agonista parcial o un medicamento antagonista, generalmente proporcionado de un programa de tratamiento con opiáceos certificado y autorizado o en un entorno de tratamiento en el consultorio de un profesional de la salud). Las guías de la Organización Mundial de la Salud, en el 2009, indicaron que el tratamiento con medicamento no debe estar condicionado al ofrecimiento de servicios psicosociales, aunque sea recomendable.

Naloxona – medicamento con el poder de salvar vidas que puede revertir una sobredosis de opiáceos, incluida heroína, fentanilo y medicamentos opiáceos recetados. La naloxona es segura, fácil de usar y con frecuencia se administra con un atomizador nasal.

Opiáceos – los opiáceos (opiáceos naturales) y los opiáceos pertenecen a una clase de analgésicos depresores derivados de o químicamente similares a sustancias encontradas en la planta de amapola. Estos incluyen compuestos naturales y sintéticos. Algunos efectos pueden ser: euforia, alivio de dolor, sedante, picor, resequedad en la boca, depresión respiratoria, náusea/vómito, sudor y constipación.

Proveedor de Servicios Médicos – persona con grado académico en medicina con licencia para proveer servicios médicos en Puerto Rico, ya sea para el cuidado de salud física como mental.

Proveedor de Tratamiento Asistido por Buprenorfina – persona con grado académico en medicina con licencia para proveer servicios médicos en Puerto Rico que cuenta con la autorización requerida para ofrecer el tratamiento con buprenorfina.

Referido a tratamiento – Después de un resultado de detección de alto riesgo, se proporciona un referido a tratamiento. Este es un proceso que debe ser proactivo, en el cual se facilite el acceso a la atención especializada para aquellos que requieren más evaluaciones y tratamiento. Se proveerá terapia breve o referido a tratamiento especializado y otros servicios, según sugiera la puntuación del instrumento y necesidades identificadas por el profesional que brinda el servicio. La decisión sobre el nivel de cuidado terapéutico adecuado deberá producirse mediante discusión de caso entre el proveedor médico y el paciente. Además, debe ser compatible con las anotaciones y diagnósticos presentes en el expediente médico. No obstante, si el paciente no reconoce la necesidad de tratamiento, el trabajador social clínico u otro profesional de salud mental disponible, realizará intervenciones terapéuticas breves en vías de resolver la ambivalencia mediante estrategias motivacionales y reducción de daños. Esto a fin de promover el desarrollo del paciente en las etapas

motivacionales hasta que acceda al tratamiento recomendado o estabilice su estado de salud, lo que ocurra primero.

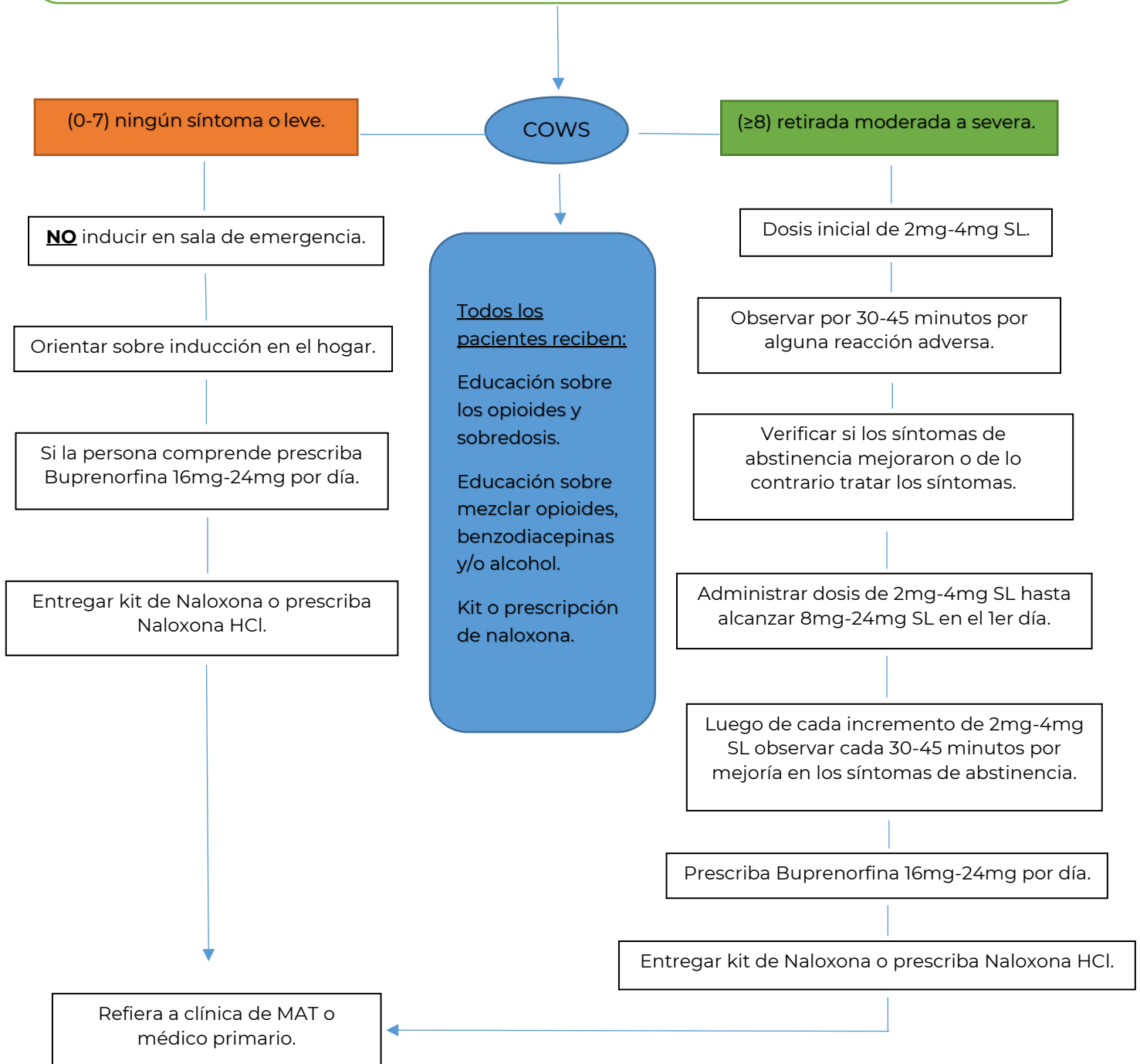
Síntomas de abstinencia – término utilizado para describir los síntomas físicos y mentales de una persona cuando deja de fumar o reduce de manera repentina el consumo de una sustancia adictiva, como los opiáceos y los opioides, los productos de nicotina o las bebidas alcohólicas.

Trastorno por uso de opioides (TUO) – el *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, Fifth Edition* (DSM-5TR) lo define como un patrón problemático de uso de opioides que causa un deterioro o angustia clínicamente significativo.

Anejo 2. Flujograma del inicio de tratamiento con buprenorfina desde urgencias Guía de Consulta Rápida

Diagnóstico del Trastorno por Consumo de Opioides de Moderado a Grave

Evaluar el tipo de opioide consumido y su último uso mediante la administración del **Clinical Opiate Withdrawal Scale (COWS)** y el Cernimiento de Trastornos por Uso de Opioides basado en el DSM-5TR. Pacientes que toman metadona pueden tener síntomas de abstinencia (retirada) a la buprenorfina hasta 72 horas después del último uso. Considerar la consulta antes de iniciar buprenorfina con estos pacientes.



Anejo 3. Flujograma para iniciar el tratamiento con buprenorfina en el hogar Guía de Consulta

Antes de comenzar el tratamiento debe sentirse muy mal físicamente por los síntomas de abstinencia (retirada). Tome en consideración lo siguiente para conocer el nivel de los síntomas:

Deben haber pasado alrededor de:

12 horas desde su último consumo de heroína
12 horas desde su última vez que inhaló analgésicos (Oxycontin)
16 horas desde su última vez que tragó analgésicos
Entre 48 y 72 horas desde su último consumo de metadona

Debe sentir por lo menos 3 de estos síntomas:

Inquietud	Dolores corporales	Piel de gallina
Bostezos intensos	Temblores/espasmos	Pupilas dilatadas
Escalofríos o sudoración	Ansiedad o irritabilidad	
Secreción nasal fluida	Cólicos estomacales, náuseas, vómitos, diarreas	

UNA VEZ SE ENCUENTRE LISTO/A, SEGUIR ESTAS INSTRUCCIONES:

DÍA 1

8 a 12 mg de buprenorfina

La mayoría de las personas se sienten mejor el 1er día después de una dosis de 8 a 12mg.

PASO 1

Tome la 1ra dosis de 4mg y espere 45 minutos.

PASO 2

¿Aún se siente mal?
Tome otra dosis de 4mg y espere 6 horas.

PASO 3

¿Aún se siente mal?
Tome última dosis de 4mg y deténgase.

- Coloque la tira debajo de la lengua y la mantiene ahí hasta que se disuelva por completo (15 minutos).
- **NO** coma ni beba nada.
- **NO** trague el medicamento.

DÍA 2

16 mg de buprenorfina

Tome 1 sola dosis de 16 mg.

La mayoría de las personas se sienten mejor después de una dosis de 16 mg.

Repita esta dosis hasta su cita de seguimiento.

Si los síntomas empeoran cuando comienza a tomar buprenorfina antes de su cita programada, regrese a sala de emergencias-urgencias.

Anejo 4. Cernimiento para el Trastorno por Uso de Opioides basado en el DSM-5TR

Nombre de la persona: _____ Fecha (día/mes/año): _____

Código de identificación: _____

Favor de marcar el tipo de alcohol o sustancias para la cual se está completando este cernimiento (utilizar un cernimiento por cada sustancia consumida).

<input type="checkbox"/> Alcohol	<input type="checkbox"/> Cannabis	<input type="checkbox"/> Alucinógenos Fenciclidina (LSD)	<input type="checkbox"/> Otros Alucinógenos
<input type="checkbox"/> Inhalantes	<input type="checkbox"/> Opioides	<input type="checkbox"/> Sedantes, Hipnoticos, Anxiolíticos (Xanax)	<input type="checkbox"/> Estimulantes: Anfetaminas/Metanfetaminas
<input type="checkbox"/> Estimulantes: Cocaína/Crack	<input type="checkbox"/> Otros Estimulantes	<input type="checkbox"/> Tabaco	<input type="checkbox"/> Otras sustancias

Preguntas dirigidas al uso de alcohol u otras sustancias.

Las siguientes preguntas se refieren a su consumo de alcohol o sustancias por los pasados **12 meses**. Favor de marcar **SÍ** a aquellas preguntas que mejor describen su consumo de alcohol o sustancias durante los pasados 12 meses y marcar **NO** en aquellas preguntas que no describen su uso de alcohol o sustancias.

	Sí	No
1. En los últimos 12 meses, a menudo consumí alcohol o sustancias en grandes cantidades durante periodos de tiempo más largos de lo que pretendía.		
2. En los últimos 12 meses, a menudo quería o intentaba reducir o controlar mi consumo de alcohol o sustancias.		
3. En los últimos 12 meses, paso mucho tiempo, ya sea (1) usando alcohol o sustancias, (2) en actividades tratando de obtener alcohol o drogas, o (3) recuperándome de los efectos de mi consumo de alcohol o sustancias.		
4. En los últimos 12 meses, renuncié o reduje mi participación en actividades sociales, ocupacionales o recreativas importantes debido a mi consumo de alcohol o sustancias.		
5. En los últimos 12 meses, continué consumiendo alcohol o sustancias a pesar de saber que probablemente causó o empeoró los problemas psicológicos o físicos que tenía (ejemplo: alta presión, diabetes, depresión, etc.).		
6. En los últimos 12 meses, descubrí que necesitaba mayores cantidades de alcohol o sustancias de las que solía necesitar para sentirme intoxicado o para obtener un efecto deseado; u obtuve mucho menos efecto al usar la misma cantidad de alcohol o sustancias que en el pasado.		

<p>7. En los últimos 12 meses, experimenté síntomas de abstinencia (retirada) cuando traté de reducir o detener mi consumo de alcohol o sustancias; o bebí o consumí sustancias para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.</p> <p>De responder Sí, favor de describir sus síntomas de abstinencia: _____</p> <p>_____</p>		
<p>8. En los últimos 12 meses, mi consumo continuo de alcohol o sustancias resultó en que no cumpliera con mis obligaciones importantes en el trabajo, la escuela o el hogar.</p>		
<p>9. En los últimos 12 meses, he consumido repetidamente alcohol o sustancias en situaciones que eran físicamente peligrosas.</p>		
<p>10. En los últimos 12 meses, he experimentado fuertes deseos (urgencia o “cravings”) o impulsos de consumir alcohol o sustancias.</p>		
<p>11. En los últimos 12 meses, continué consumiendo alcohol o sustancias a pesar de tener problemas sociales o interpersonales persistentes o recurrentes causados o empeorados por los efectos de mi consumo de alcohol o sustancias.</p>		

Tipos de Sustancias

- Alcohol
- Cafeína
- Cannabis
- Alucinógenos o Fenciclidina
- Otros Alucinógenos
- Inhalantes
- Opioides
- Sedantes, Hipnóticos o Ansiolíticos
- Estimulantes
- Tabaco
- Otras Sustancias o desconocidas

Para algunas clases de medicamentos, puede utilizar el nombre de la clase en el diagnóstico, en lugar de la sustancia específica. Ejemplo: para alguien que usa cocaína, usted no va a utilizar el Trastorno por Uso de Estimulantes, sino que va a utilizar el Trastorno por Uso de Cocaína. Para el uso de Xanax, va a utilizar Trastornos por Uso de Ansiolítico.

Codificación de Gravedad del Consumo

- Leve: 2-3 síntomas reportados
- Moderado: 4-5 síntomas reportados
- Severo: 6 o más síntomas reportados

Especificadores

- Remisión temprana: no hay síntomas excepto los deseos urgentes (“cravings”) durante al menos 3 meses pero menos de 12 meses.
- Remisión completa: no hay síntomas excepto los deseos urgentes (“cravings”) durante al menos 12 meses.

Nota: Los síntomas de abstinencia no se consideran un síntoma de alucinógenos o inhalantes, ya que no se ha establecido que ocurran; sin embargo, las categorías de gravedad siguen siendo las mismas.

Nota: Para sustancias médicamente prescritas y tomadas de acuerdo con las prescripciones médicas: la tolerancia y los síntomas de abstinencia no se consideran síntomas si ocurren únicamente bajo la supervisión médica adecuada.

Códigos Diagnósticos

Trastorno	DSM 5TR (Leve: 2-3 síntomas)	DSM 5TR (Moderado 4-5; Severo \geq 6 síntomas)
Trastorno por Uso de Alcohol	305.00	303.90
Trastorno por Uso de Cannabis	305.20	304.30
Trastorno por Uso de Alucinógenos Fenciclidina (LSD)	305.90	304.60
Trastorno por Uso de Alucinógenos Otro Alucinógeno	305.30	304.50
Trastorno por Uso de Inhalante	305.90	304.60
Trastorno por uso de Opioides	305.50	304.00
Trastorno por Uso de Sedantes, Hipnóticos, Ansiolíticos	305.40	304.10
Trastorno por Uso de Estimulante Tipo-Anfetamina	305.70	304.40
Trastorno por Uso de Estimulante Tipo-Cocaína	305.60	304.20
Trastorno por Uso de Estimulante Otro Estimulante	305.70	304.40
Trastorno por Uso de Tabaco	305.1	305.1
Trastorno por Uso de Otra/Desconocida Sustancia	305.90	304.90

APPENDIX 1 Clinical Opiate Withdrawal Scale

For each item, circle the number that best describes the patient's signs or symptom. Rate on just the apparent relationship to opiate withdrawal. For example, if heart rate is increased because the patient was jogging just prior to assessment, the increase pulse rate would not add to the score.

Patient's Name: _____ Date and Time ____/____/____:_____	
Reason for this assessment: _____	
Resting Pulse Rate: _____ beats/minute <i>Measured after patient is sitting or lying for one minute</i> 0 pulse rate 80 or below 1 pulse rate 81-100 2 pulse rate 101-120 4 pulse rate greater than 120	GI Upset: over last 1/2 hour 0 no GI symptoms 1 stomach cramps 2 nausea or loose stool 3 vomiting or diarrhea 5 multiple episodes of diarrhea or vomiting
Sweating: over past 1/2 hour not accounted for by room temperature or patient activity. 0 no report of chills or flushing 1 subjective report of chills or flushing 2 flushed or observable moistness on face 3 beads of sweat on brow or face 4 sweat streaming off face	Tremor observation of outstretched hands 0 no tremor 1 tremor can be felt, but not observed 2 slight tremor observable 4 gross tremor or muscle twitching
Restlessness Observation during assessment 0 able to sit still 1 reports difficulty sitting still, but is able to do so 3 frequent shifting or extraneous movements of legs/arms 5 unable to sit still for more than a few seconds	Yawning Observation during assessment 0 no yawning 1 yawning once or twice during assessment 2 yawning three or more times during assessment 4 yawning several times/minute
Pupil size 0 pupils pinned or normal size for room light 1 pupils possibly larger than normal for room light 2 pupils moderately dilated 5 pupils so dilated that only the rim of the iris is visible	Anxiety or Irritability 0 none 1 patient reports increasing irritability or anxiousness 2 patient obviously irritable or anxious 4 patient so irritable or anxious that participation in the assessment is difficult
Bone or Joint aches <i>If patient was having pain previously, only the additional component attributed to opiates withdrawal is scored</i> 0 not present 1 mild diffuse discomfort 2 patient reports severe diffuse aching of joints/muscles 4 patient is rubbing joints or muscles and is unable to sit still because of discomfort	Gooseflesh skin 0 skin is smooth 3 piloerection of skin can be felt or hairs standing up on arms 5 prominent piloerection
Runny nose or tearing <i>Not accounted for by cold symptoms or allergies</i> 0 not present 1 nasal stuffiness or unusually moist eyes 2 nose running or tearing 4 nose constantly running or tears streaming down cheeks	Total Score _____ The total score is the sum of all 11 items Initials of person completing assessment: _____

Score: 5-12 = mild; 13-24 = moderate; 25-36 = moderately severe; more than 36 = severe withdrawal

This version may be copied and used clinically.