



DETECCIÓN DE CONDUCTAS ABERRANTES RELACIONADAS CON DROGAS OPIOIDES

Sánchez Medina Alan Gonzalo
MR Anestesiología - HRDT Perú
Rotación Medicina del dolor y cuidados paliativos
INMNSZ - México

Uso de los opioides

Los opioides se utilizan con mucha frecuencia para manejar el dolor relacionado con el cáncer; también son utilizados como tratamiento para las personas con dolor crónico no oncológico, sin embargo, muchos médicos son reacios a recetar opioides, en estos pacientes, ya que se le atribuye efectos adversos, tolerancia y adicción.

En 1986, Portenoy Foley publicó evidencia creíble de que la prescripción de medicamentos opioides podría, de hecho, ser eficaz para el tratamiento del dolor crónico. Hasta ese momento, el uso de los analgésicos con potencial riesgo de abuso, había sido vitado por temor de la tolerancia y dependencia.

Actualmente el papel de los analgésicos opioides se establece claramente en el dolor agudo y el dolor crónico oncológico, pero su utilidad a largo plazo en el dolor crónico no oncológico es controvertido. No obstante su uso para el dolor crónico no oncológico está aumentando.

Los opioides pueden ser un tratamiento eficaz para el dolor crónico, sin embargo, los proveedores de salud son reacios a prescribir opioides debido la preocupación por la tolerancia, dependencia y abuso o adicción.

Uso de opioides

Existe un aumento constante en el uso de opioides en los Estados Unidos, Canadá, Argentina, México y otros países en Latinoamérica. Esto se ha debido a la importancia que se le da actualmente al dolor, la formación de nuevas unidades de dolor, las investigaciones que demuestran su efectividad en diversos campos, las nuevas formulaciones y la presión de la industria farmacéutica. Asimismo los opioides son los fármacos más frecuentemente abusados en los Estados Unidos y Canadá, incrementando así sus complicaciones y muertes por sobredosis. Una revisión de la literatura informa que 15% a 23% de los pacientes con dolor crónico cumplieron los criterios para un trastorno de abuso de sustancias, lo que sugiere que este sigue siendo un problema importante pero poco abordado.

El mal uso de medicamentos opioides influye negativamente en la capacidad realizar un tratamiento eficaz en personas con dolor crónico, siendo las preocupaciones con respecto a las actitudes de búsqueda de opioides y el abuso los dilemas más comunes reportados por los médicos para decidir si se debe o no prescribir opioides.

Terminología

Es importante primero definir con claridad la terminología: tolerancia, dependencia física y adicción o abuso. La primera es la propiedad farmacológica de los opioides que define la necesidad de dosis mayores para mantener el efecto analgésico. La segunda se caracteriza por la aparición de signos y síntomas de supresión, si los analgésicos opioides se interrumpen con brusquedad o si se administra un antagonista opioide. Por lo general hay tolerancia vinculada con la dependencia física. La tercera es el síndrome psicológico y de comportamiento en el cual ocurre ansia por los fármacos, uso compulsivo a pesar del daño físico, psicológico y social, conductas aberrantes y recidivas después de la supresión. Además hay que mencionar el término pseudoadicción que es observado en pacientes con dolor oncológico o crónico, cuya búsqueda de opioides es debida a una dependencia psíquica, pero con fines analgésicos. El abuso y la adicción son preocupaciones clínicas comunes y convincentes sobre el uso de opioides para el dolor crónico. Abuso de sustancias se define como el uso de cualquier droga en una forma distinta a como se indica o prescribe.

Conductas aberrantes

Las conductas aberrantes relacionadas con las drogas son comportamientos que sugieren la presencia de abuso de drogas o adicción. Determinar el potencial de un individuo para conductas aberrantes de uso de drogas así como prevenir el mal uso de los opioides recetados es importante en la evaluación y tratamiento de pacientes con dolor crónico.

Un meta-análisis sobre el uso de tratamiento crónico con opioides (COT) para dolor crónico no oncológico concluye que la historia personal de trastorno por consumo de sustancias es el mejor predictor del uso indebido de drogas, conductas aberrantes relacionadas con la droga; así como mala respuesta al tratamiento. Otros estudios determinan que las mujeres presentan mayor frecuencia de uso indebido de opioides.

El uso indebido de opioides y las conductas aberrantes de consumo de drogas son fenómenos que se presentan con patrones de conducta característicos como: prestamos de medicamentos, uso de drogas no prescritas o solicitud de recetas anticipadas. Además, se definen como problemas desde la perspectiva del médico que prescribe, en lugar de desde la perspectiva del paciente.

La probable búsqueda de droga por el paciente, no conforme con la terapia opioide, así como el uso de otras drogas ilícitas, son consideradas como conductas aberrantes; sin embargo, ninguno de estos, proporcionan pruebas concluyentes de la adicción, y los pacientes pueden ser dados de alta erróneamente como mal uso de medicamentos que en realidad reflejan pseudoadicción principalmente por inadecuado manejo de opioides.

Como no hay una regla de oro para identificar qué pacientes están y no abusando de sus medicamentos recetados, se clasifican a los pacientes en categorías de conductas aberrantes relacionados con la medicación mediante la triangulación de tres perspectivas: la de auto-informe a través de entrevista estructurada, informe médico y los resultados de toxicología de orina.

Herramientas para valorar el riesgo de adicción a través de conductas aberrantes

Las dificultades en la identificación de la adicción a opioides en pacientes con dolor no son necesariamente debido a la falta de sofisticación por parte de los profesionales, sino el resultado de los retos clínicos inherentes a la identificación de la enfermedad adictiva cuando la droga de abuso es por prescripción médica.

Existe una variedad de instrumentos utilizados para establecer el riesgo de adicción (Adams, et al. 2004 ; mayordomo, Budman 2004; Manchikanti 2004), y/o identificar a aquellos con la enfermedad (Butler, et al. 2007; Compton 1998; Compton, Wu, Schieffer, 2008; Wu, Compton, et al, 2006). Todas estas herramientas carecen de resultados concluyentes; así, mientras que proporcionan claridad conceptual y especificidad en la monitorización del paciente, no pueden considerarse una prueba absoluta de la enfermedad adictiva.

Es evidente, a partir de la literatura, que la identificación de la adicción en los pacientes con dolor no se puede hacer basándose en la presencia de un solo factor de riesgo o indicador. Adicción, ya sea o no en el contexto del dolor crónico, se diagnostica por la aparición de un conjunto de síntomas durante un período de tiempo. Los criterios diagnósticos (DSM-IV-TR) para la adicción a opioides no han demostrado ser válidos en el contexto del dolor crónico y COT.

Reconociendo las dificultades inherentes a la identificación de la adicción a los opioides en pacientes en los que los opioides son terapéuticamente prescritos, la Academia Americana de Medicina del Dolor, la Sociedad Americana del Dolor, y la Sociedad Americana de Medicina de Adicciones desarrollaron una

declaración de consenso que proporciona aclaraciones sobre la presentación de la adicción poblaciones con dolor crónico.

Las guías actuales de práctica recomiendan la utilización del Current Opioid Misuse Measure to Monitor (COMM) creada para mejorar el tratamiento de pacientes con dolor crónico y mejorar la comodidad para el médico con la terapia con opioides. La COMM no solo permite identificar las características del paciente que podría tener problemas con los opioides (predicción de comportamientos mal uso); más bien, el COMM ayuda a identificar a los pacientes con prescripción de opioides para el dolor que están actualmente haciendo mal uso de los mismos. El COMM puede ofrecer a los médicos una manera de controlar los comportamientos de mala utilización y el desarrollo de estrategias de tratamiento diseñado para reducir al mínimo el daño. Es una herramienta útil para aquellos proveedores que necesitan documentar el continuo cumplimiento de sus pacientes y el uso adecuado de los opioides para el dolor.

Recomendaciones

La estrecha vigilancia de los pacientes que están en mayor riesgo de mal uso de la medicación prescrita debe contener un protocolo de tratamiento que incluya un acuerdo de opiáceos, exámenes toxicológicos de orina regulares, listas de verificación de cumplimiento, número de píldoras y si está indicado, asesoramiento motivacional.

Los médicos deben informar a sus pacientes sobre los riesgos de los medicamentos recetados. Sólo después de una evaluación cuidadosa y exhaustiva de las condiciones médicas del paciente, con la información de confirmación de diagnóstico y evaluación de la relación riesgo-beneficio, los médicos deberían considerar iniciar el tratamiento con opioides.

Bibliografía

1. Robert N. Jamison,*Juliana Serrailier, and Edward Michna. Assessment and Treatment of Abuse Risk in Opioid Prescribing for Chronic Pain. *Pain Res Treat.* 2011; 2011
2. Fulton, Heather G. BSc; Barrett, Sean P. PhD; Stewart, Sherry H. PhD; MacIsaac, Cindy. Prescription Opioid Misuse: Characteristics of Earliest and Most Recent Memory of Hydromorphone Use. *Journal of Addiction Medicine* 2012 Jun; 6(2): 137–144
3. Whittle, Samuel L. MBBS, MCLinEpi; Richards, Bethan L. MBBS, MCLinEpi; Buchbinder, Rachelle MBBS, PhD. Opioid Analgesics for Rheumatoid Arthritis Pain. *JAMA* 2013 February; 309(5): 485–486
4. Meldon Kahan, MD. Pharmacists' experiences with dispensing opioids. *Can Fam Physician.* 2011 November; 57(11): e448–e454
5. Jeanne M. Manubay, MD,a,Carrie Muchow, Ed M,c and Maria A. Sullivan, MD, PhDd. Prescription Drug Abuse: Epidemiology, Regulatory Issues, Chronic Pain Management with Narcotic Analgesics. *Prim Care.* 2011 March; 38(1): 71–vi
6. Gabriel E. Mejía Terrazas. Adicción en pacientes con dolor crónico. *Abril* 2006; 7 (4):1067-1079
7. Steven D. Passik, PhD, John Messina, PharmD, Anthony Golsorkhi, MD, Aberrant Drug-Related Behavior Observed During Clinical Studies Involving Patients k. *January* 2011. 41(1): 116:125
8. Compton, Peggy RN, PhD1. Treating Chronic Pain with Prescription Opioids in the Substance Abuser: Relapse Prevention and Management *Journal of Addictions Nursing* 2011 March; 22(1-2): 39–45
9. Joanna L. Starrels, MD. Systematic Review: Treatment Agreements and Urine Drug Testing to Reduce Opioid Misuse in Patients With Chronic Pa. *Annals of Internal Medicine* June 2010;152(11):712-720
10. Ellen C. Meltzer MD, Denis Rybin MD, Richard Saitz MD, Jeffrey H. Samet MD, Sonia L. Schwartz BS, Stephen F. Butler, PhD et al. Identifying prescription opioid use disorder in primary care:

diagnostic characteristics of the Current Opioid Misuse Measure (COMM). *Pain*. 2011 February; 152(2): 397–402

11. Stephen F. Butler PhD, Simon H. Budman PhD, Gilbert J. Fanciullo MD, and Robert N. Jamison PhD. Cross Validation of the Current Opioid Misuse Measure (COMM) to Monitor Chronic Pain Patients on Opioid Therapy. *Clin J Pain*. 2010 Nov–Dec; 26(9): 770–776
12. Caleb J. Banta-Green PhD, Michael Von Korff ScD, Mark D. Sullivan PhD, Joseph O. Merrill MD, Suzanne R. Doyle PhD, and Kathleen Saunders JD. The Prescribed Opioids Difficulties Scale. *Clin J Pain*. 2010 Jul-Aug; 26(6): 489–497
13. Mark D. Sullivan, Michael Von Korff, Caleb Banta-Green, Joseph O. Merrill, and Kathleen Saunders. Problems and concerns of patients receiving chronic opioid therapy for chronic non-cancer pain. *Pain*. 2010 May; 149(2): 345–353
14. Robert N. Jamison, Edgar L. Ross, Edward Michna, Li Q. Chen, Caroline Holcomb, and Ajay D. Wasan. Substance Misuse Treatment for High Risk Chronic Pain Patients on Opioid Therapy: A Randomized Trial. *Pain*. 2010 September; 150(3): 390–400
15. Robert N. Jamison, Stephen F. Butler, Simon H. Budman, Robert R. and Ajay D. Wasan. Gender Differences in Risk Factors for Aberrant Prescription. *The Journal of Pain*, 2010 April 11(4): pp 312-320
16. Laxmaiah Manchikanti, MD1, Standiford Helm II, MD2, Bert Fellows, MA3, Jeffrey W. Janata, PhD4, Vidyasagar Pampati, MSc5, Jay S. Grider, DO, PhD6, et al. Opioid Epidemic in the United States. *Pain Physician* 2012; 15:2150-1149