

FARMACODEPENDENCIA

DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA DEPENDENCIA A LOS OPIOIDES

Edurne Ramírez Arias*

SUMMARY

The surge in opioid abuse highlights the importance of questioning patients about their use of prescription analgesics, and knowing when and how to intervene. To evoke and strengthen motivation for change in a patient who denies that opioid use is a problem or is clearly ambivalent about seeking treatment, consider collaborative approach in order to assess the patient's desire for help.¹²

INTRODUCCIÓN

La mayoría de las drogas que hoy en día se consideran adictivas tienen antecedente de uso durante

milenarios en diferentes culturas. Por ejemplo, el opio es utilizado con fines medicinales desde hace aproximadamente 3500 años; existen referencias del uso medicinal del cannabis en la medicina tradicional china, el uso del tabaco y la hoja de coca son ancestrales en las culturas nativas de América. Su uso problemático también ha sido descrito desde la antigüedad y se ha relacionado con conceptos de tipo moral como defectos de carácter, vicios o pecados.⁶⁻⁸ La dependencia hacia los analgésicos opiodes y las consecuencias adversas asociadas con su uso han incrementado de manera constante durante la pasada década, solo considerando

que entre los años 2004 y 2008 en Estados Unidos, el número de visitas a los departamentos de emergencia con consultas relacionadas con la prescripción no médica de opiodes aumentó en más de un 111%; llevando consigo a una alta prevalencia de manera creciente en muertes no intencionadas, incluso, excediendo las que se presentaron por uso de heroína o cocaína.⁵⁻¹¹⁻¹⁴⁻¹⁹

DISCUSIÓN

La Organización Mundial de la Salud ha realizado grandes esfuerzos para que se considere la adicción como un problema médico, que no debe ser tratado

* Médico General Servicio de Emergencias, Hospital Monseñor Sanabria, Puntarenas.
Correo electrónico: edurne_ramirez@yahoo.com

como un problema moral o delincuencial, proponiendo incluso el cambio de la palabra adicción, por la palabra dependencia.³⁻⁸⁻¹¹ No obstante, y dado los grandes problemas sociales relacionados con las adicciones, los adictos tienen un trato fuertemente peyorativo. Si bien, la investigación en este campo ha sido intensa, hoy se reconoce que el problema es complejo, multifactorial y para el cual aún no se ha encontrado un tratamiento efectivo, o un método claro para enfrentar todas las problemáticas asociadas.³⁻⁸ Estas situaciones generan un fuerte temor para el uso terapéutico de los derivados del opio tanto para el personal médico como para 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.⁸ Aún así, los opiodes son una gran herramienta terapéutica para el manejo del dolor, y en algunos casos, son imprescindibles.³ El curso del uso de opiodes es muy variable, ya que algunos pacientes inician con una prescripción médica legítima, generalmente con fines analgésicos y continúan su uso aún después que el dolor cede, otros experimentan alivio con opiodes sin prescripción

médica o los usan de forma intermitente sin efectos adversos. Algunos de ellos progresan al uso de otras sustancias, tales como heroína a pesar del peligro que conlleva y no son pocos los casos con un desenlace fatal de muerte por sobredosis de opiodes.¹¹⁻¹⁵

TEORÍAS DE LA ADICCIÓN

Se han planteado varias teorías acerca de la adicción a los opioides, en la que interactúan factores de tipo biológico, genético, psicológico, social, y factores relacionados con la farmacocinética y farmacodinamia de la sustancia en sí misma.⁴⁻⁸⁻¹⁶

Factores neurobiológicos: las vías neuronales involucradas en la adicción corresponden al sistema mesolímbico dopaminérgico, denominado, sistema de recompensa y el uso sostenido de la sustancia adictiva en este sistema genera sensibilización del mismo a la sustancia y al contexto relacionado con el consumo; es decir a las condiciones en las que la persona realizó el hecho, convirtiéndose en memorias fuertes, de manera tal que cuando la persona se expone al estímulo condicionado, el sistema mesolímbico dopaminérgico se activa de manera fuerte induciendo la necesidad de consumo de la sustancia.⁴

Factores genéticos: se deben

entender de manera multifactorial y de interacción compleja, es decir, no existe un determinante único, y no todos se han identificado claramente como riesgos. Factores culturales: tienden a influenciar el consumo, de forma que las conductas permisivas sobre el uso de sustancias psicoactivas facilitan su uso.

Factores psicológicos:

las motivaciones para el mantenimiento en el uso de sustancias psicoactivas, en algunas personas se han encontrado dificultad o incapacidad para enfrentar emociones dolorosas como son la culpa, ira o ansiedad.²⁻⁹⁻¹⁶

TERMINOS CLÍNICOS RELACIONADOS CON LA ADICCIÓN

Los programas de detección se basan en aquel que está circunscrito a la mucosa y submucosa gástrica. La Organización Mundial de la Salud publicó las definiciones de términos relacionados con el fenómeno de la adicción, tratando de precisar y unificar conceptos, que difieren mucho de un contexto cultural a otro, con el fin de estandarizar las investigaciones y estrategias de investigación sobre esta problemática, su propuesta, así como la de la Asociación Americana de Psiquiatría, es la sustituir la palabra adicción por dependencia.³⁻¹⁸

Droga: también denominada fármaco, es toda aquella sustancia que introducida en el organismo vivo pueda modificar una o más de las funciones del mismo.⁷

Farmacodependencia: estado psíquico, y a veces físico causado por la acción recíproca entre el organismo vivo y un fármaco, que se caracteriza por modificaciones del comportamiento y por otras reacciones que comprenden un impulso irreprimible de tomar la droga en forma continua o periódica, con el fin de experimentar sus efectos psíquicos y, a veces, para evitar el malestar producido por la privación.⁷

Dependencia psíquica: situación en la que existe un sentimiento de satisfacción y un impulso psíquico que exigen la administración regular o continua de la droga para mantener placer o evitar malestar.⁷

Dependencia física: estado de adaptación que se manifiesta por la aparición de intensos trastornos físicos cuando se interrumpe la administración de la droga.⁷

reporte por parte del paciente de su situación; así como la ausencia de síntomas y signos obvios de ello, subraya la necesidad del médico tratante para identificar pacientes que están abusando de opiodes y a partir de ello iniciar un abordaje adecuado del caso.¹⁰⁻¹² Se puede iniciar el interrogatorio con una pregunta sencilla como, “usted toma algún analgésico?”. Si la respuesta es positiva, es necesario identificar su nombre e indagar sobre la frecuencia del uso del mismo; así como la ruta de administración y la cantidad tomada, además de la evolución de este patrón. Importante preguntar de forma específica sobre opiodes cuando se determina el abuso de sustancias, pese a que inicialmente puede ser muy dificultoso detectar dependencia a los opiodes cuando el paciente no es abierto al interrogatorio, existen otros indicadores de comportamientos sobre búsqueda de ciertas drogas que deben desencadenar una serie de cuestionamientos adicionales.¹¹

incesante dolores de tipo lumbar o de causas ortopédicas sin los estudios respectivos que lo documenten

- Requiere de un opioide específico para manejo del dolor
- Muestra poco interés en el examen físico, exámenes diagnósticos o medidas no farmacológicas
- Habla sobre cambios en su trabajo o en las relaciones interpersonales
- Deja de participar en actividades o aficiones que previamente ocupaban una considerable cantidad de su tiempo. Ello puede señalar aislamiento social o indicar que el paciente está invirtiendo la mayoría de su tiempo en la búsqueda de opiodes.¹¹

ANÁLISIS DEL ENTORNO BIOPSIOSOCIAL

Posterior a realizar el diagnóstico que pone en evidencia acerca de una dependencia a los opiodes, es meritorio realizar una evaluación exhaustiva sobre el entorno biopsicosocial, ya que en una encuesta poblacional realizada a 20.000 personas en Estados Unidos, se encontró que las personas que cumplen criterios DSM III para abuso de sustancias, un 76% de los hombres y 65% de las mujeres asoció al menos

EVALUANDO EL ABUSO DE OPIOIDES: INICIAR CON PREGUNTAS CLAVE

Muchos de los pacientes con dependencia a los opiodes no buscan tratamiento para ello e inicialmente aparentan no tener manifestaciones relacionadas con su adicción, en consecuencia, el no

BANDERAS ROJAS SOBRE LA DEPENDENCIA A LOS OPIOIDES

Se describen “banderas rojas” sobre la dependencia a los opiodes que deben alertar al médico tratante en la identificación de tal enfermedad:

- El paciente describe de forma

un diagnóstico psiquiátrico comórbido. Los más frecuentes fueron el trastorno de personalidad antisocial, las fobias o trastornos de ansiedad, y la depresión mayor.¹² Además de ello, se ha observado que concurren desórdenes en el uso de otras sustancias; así como estresores psicosociales que contribuyan a su abuso. Una vez identificada la situación, es importante evaluar la disposición del paciente para modificar su condición, es útil categorizar el paciente en un “estado de cambio” (precontemplación, contemplación, preparación, acción o mantenimiento), esto con el fin de adoptar el siguiente paso a seguir acorde a ello.

ABORDAJE

En el caso de un paciente que niega que el uso de opiodes le genere un problema o muestra una actitud ambivalente sobre búsqueda de tratamiento, podría requerir de herramientas motivacionales mediante un abordaje dirigido a evocar y fortalecer la motivación para lograr un cambio. Se debe considerar una pregunta que inspire al paciente a expresar las razones para modificar su accionar tal como “De que forma le gustaría a usted que esta situación fuera distinta?”.¹¹

TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO DEL CASO

A pesar de algunas diferencias demográficas, se aplican las mismas reglas para la rehabilitación de los adictos a los opiáceos que para los alcohólicos. La estrategia básica comprende la desintoxicación y apoyo general familiar, pudiéndose mejorar el proceso por medio de material de lectura o la derivación a grupos de autoayuda. También es importante establecer objetivos realistas para los pacientes, y un programa de asesoramiento y educación para acrecentar su motivación hacia la abstinencia.⁸⁻¹⁴ La desintoxicación es el proceso mediante el cual se busca suprimir, de forma brusca o gradual una sustancia a una persona físicamente dependiente

a dicha sustancia. Se considera el primer paso en el tratamiento de las adicciones, aunque no es definitivo, pues pueden presentarse recaídas a mediano y largo plazo.

OBJETIVOS EN LA DESINTOXICACION

Los objetivos que se buscan en la desintoxicación se resumen en la Tabla 1.⁸

Puede hacerse de forma ambulatoria u hospitalaria y para la elección dependen varios factores, tales como la cantidad de dosis consumida diariamente, severidad del síndrome de abstinencia, presencia de comorbilidad médica que pueda agravarse durante la abstinencia y generar riesgo vital y además, la severidad de la ansiedad del consumo.

TABLA 1. OBJETIVOS DE LA DESINTOXICACION

Liberar al organismo de la dependencia física asociada al consumo crónico de droga
Disminuir las molestias y el discomfort asociado a la supresión del consumo y consecuentemente a la abstinencia
Proporcionar un tratamiento seguro que permita al adicto supera las primeras dificultades que surgen al plantearse el abandono del consumo
Crear un espacio de diálogo y comunicación centrado en la motivación para la obtención de un compromiso más amplio con el tratamiento
Detectar y tratar cualquier problema médico existente
Aprovechar el momento para educar al paciente en todos aquellos aspectos relacionados con la salud y la prevención de recaídas

OPCIONES DE TRATAMIENTO

Si la cantidad diaria total de opiodes es baja, y el síndrome de abstinencia es leve a moderado, puede intentarse la reducción gradual del medicamento que está consumiendo (10-25% de forma gradual cada semana en un ambiente ambulatorio), también pueden requerirse el uso de medicamentos no adictivos para control de los trastornos del sueño como difenhidramina y antidepresivos tricíclicos; así como apoyo psicoterapéutico. Si la cantidad es moderada a alta, se puede considerar la sustitución por un opioide de vida media larga o de liberación prolongada como la metadona, y realizar la reducción gradual de estos medicamentos (10% semanal o quincenal según la tolerabilidad del paciente). Durante el proceso de desintoxicación es muy importante el acompañamiento psicoterapéutico y la motivación para continuar el manejo a largo plazo, y para ello, sin duda, es importante remitir al paciente a un grupo especializado en el manejo de adicciones.⁸⁻¹⁴

RESUMEN

El surgimiento del abuso de opioides resalta la importancia de indagar a los pacientes sobre el uso de analgésicos de prescripción

médica con el fin de determinar cuándo y cómo intervenir. Con el propósito de evocar y fortalecer una motivación para un cambio en un paciente que no reconoce como un problema el uso de opiodes, o es ambivalente sobre buscar o no tratamiento, se debe considerar un abordaje integral para evaluar el deseo del paciente para buscar ayuda.¹²

BIBLIOGRAFÍA

1. American Psychiatric Association. DSM IV Diagnostic and Statistical Manual of mental diseases. Washington. 1994
2. Bohnert AS, Valenstein M, Blair MJ, et al. Association between opioid prescribing patterns and opioid overdose-related deaths. *JAMA*. 2011; 305: 1315-1321
3. Braunwald, Fauci, Kasper, Hauser et al. Harrison: Principios de Medicina Interna. Decimoquinta Edición. México: Mc Graw-Hill, 2001
4. Carreño, E. Baño, D, Fusté, G. Guía para el tratamiento de la dependencia de opiáceos: 2007. En: www.socidrogalcohol.org
5. Castañeda M. Farmacodinamia de Opiáceos. 2008. En <http://www.facultadsalud.unicauca.edu.co/revista/%5CPDF%5C2008%5C100103200806.pdf>
6. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Emergency department visits involving nonmedical use of selected prescription drugs-United States, 2004-2008. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2010; 59:705-709
7. First, M. American Psychiatric Association. R 19 opioid use disorder. En: <http://www.dsm5.org/ProposedRevisions/Pages/proposedrevision.aspx?rid=460>. Obtenido 28 Noviembre, 2012
8. Gelder M, Mayou R. *Psiquiatría: an Oxford Core Text*. Segunda Edición. España: Editorial Marbán, 2007
9. Goleman, D. Bases neurobiológicas de la adicción: 2008. En: www.neuroclassics.org
10. Hall AJ, Logan JE, Toblin RL et al. Patterns of abuse among unintentional pharmaceutical overdose fatalities. *JAMA*. 2008; 300:2613-2620
11. Hill K, Rice L. Diagnosing and treating opioid dependence. *The Journal of Family Practice*. 2012; 61(10): 588-596.
12. Ives TJ, Chelminsky PR, Hammett-Stabler CA, Malone RM. Predictors of opioid misuse in patients with chronic pain: a prospective cohort study. *BMC Health Serv Res*. 2006 Apr 4; 6: 46.
13. Kaland H, Roschlau W. Principios de Farmacología Médica. Sexta Edición. México: Oxford University Press México, 1998
14. Moreno N. Adicción a opioides en el manejo del dolor crónico. 2007. En www.dolor.org.co/libros/opioides/12-ADICCION.pdf
15. Organización Mundial de la Salud. Clasificación internacional de enfermedades CIE 10. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Ginebra 1992.
16. Pineda-Ortiz, J. Bases neurobiológicas y clínicas de la dependencia a opiáceos: 2001. En: www.euskonews.com/0125zkb/gaia12502es.html
17. Sullivan MD, Edlund MJ, Zhang L, Unützer J, Wells KB. Association between mental health disorders, problem drug use, and regular prescription opioid use. *Arch Intern Med*. 2006 Oct 23; 166(19):2087-93.
18. Veilleux JC, Colvin PJ, Anderson J, et al. A review of opioid dependence treatment: pharmacological and psychosocial interventions to treat opioid addiction. *Clin Psychol Rev*. 2011; 30: 155-166
19. Warner M, Chen LH, Makuc DM. Increase in fatal poisonings involving opioid analgesics in the United States, 1999-2006. *NCHS Data Brief*. 2009; (22): 1-8.4.