

# Prácticas seguras en el manejo de analgésicos opioides

## Módulo IV.- Evaluación del riesgo y tratamiento de los daños causados por el uso de opioides

### Capítulo IV.1

#### Conductas aberrantes inducidas por opioides

Qué son

Cómo detectarlas

Cómo manejarlas

José Manuel Fernández Fernández  
Médico Psiquiatra  
UAD Ribeira

# IV.1.- CONDUCTAS ABERRANTES INDUCIDAS POR OPIOIDES

QUE SON

COMO DETECTARLAS

Y

COMO MANEJARLAS

José Manuel Fernández Fernández  
Médico psiquiatra  
UAD Ribeira



# CONDUCTAS ABERRANTES

# Introducción

*“Cualquier comportamiento relacionado con la medicación que se aleje de la estricta adherencia al plan terapéutico”*



Los **analgésicos opioides**, junto con las **benzodiazepinas** y los **estimulantes**, se encuentran entre los **fármacos de prescripción** que con más frecuencia se relacionan con un **uso indebido**, un **abuso** o una **adicción**



A diferencia de las drogas ilegales, estos fármacos son **prescritos por un médico**, lo que **genera en muchos pacientes la falsa creencia de que son fármacos totalmente seguros** y que **los efectos adversos** que pudieran aparecer **nunca van a ser graves**. **Nada más lejos de la realidad.**

# ANALGÉSICOS OPIOIDES

## USO INDEBIDO vs CONDUCTAS ABERRANTES



**El uso indebido y las conductas aberrantes: primer paso para el desarrollo de una adicción.**

- **Uso indebido:**

Cualquier uso de estos fármacos, intencional o no, fuera de los parámetros de prescripción, en el que se utilicen los opioides de manera inapropiada, con unos fines distintos a los prescritos y sin que sea necesario que la persona busque conseguir efectos gratificantes.

- ❖ **Conductas aberrantes:**

*Cualquier comportamiento relacionado con la medicación que se aleje de la estricta adherencia al plan terapéutico.*

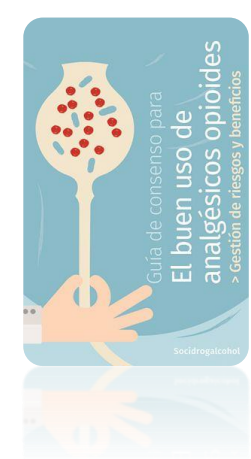
# ANALGÉSICOS OPIOIDES



## USO INDEBIDO

- ✓ Errores en la administración por una incorrecta comprensión de la pauta
- ✓ Toma del fármaco durante más tiempo del prescrito
- ✓ Incremento de la dosis para aumentar la analgesia
- ✓ Automedicación para tratar otros síntomas, como el insomnio
- ✓ Aceptación o apropiación para uso propio de los fármacos prescritos a un familiar o un amigo.

\* <http://analgesicosopioides.org/>



# CONDUCTAS ABERRANTES

## Qué son

*Cualquier comportamiento relacionado con la medicación que se aleje de la estricta adherencia al plan terapéutico*

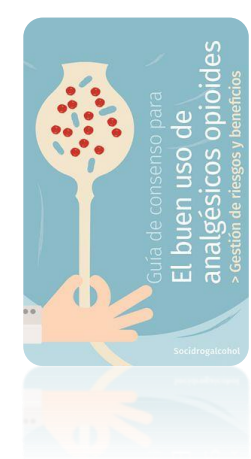
- ❖ Es esperable que los pacientes con dolor y un **tratamiento continuado con analgésicos opioides** sean dependientes, es decir, que la **interrupción brusca del tratamiento desencadene una sintomatología de abstinencia**
- ❖ Pero esto no tiene por qué significar que sean adictos, entendiendo la **adicción** a analgésicos opioides como una **búsqueda compulsiva** de estos fármacos y una **pérdida de control** sobre su uso.



# CONDUCTAS ABERRANTES



*Cualquier comportamiento relacionado con la medicación que se aleje de la estricta adherencia al plan terapéutico*



# CONDUCTAS ABERRANTES

## Cómo detectarlas

- ❖ En el paciente con dolor crónico es importante **determinar el riesgo de aparición** o la **presencia** de estas **conductas aberrantes**, así como **evitar el uso indebido de los opioides de prescripción**, porque podrían constituir el **primer paso para el desarrollo de una adicción a estos fármacos**.
- ❖ Si se detectan en un paciente, su **evaluación y seguimiento deben ser más exhaustivos**.
- ❖ Existen **varios instrumentos para la evaluación del riesgo de abuso** de los analgésicos opioides que nos pueden ayudar en la toma de decisiones clínicas, pero no son herramientas diagnósticas.



# CONDUCTAS ABERRANTES

## Cómo detectarlas



### A.- Listados

*“checklist”*

Uso clínico médico

1. De la Guía clínica de consenso para el buen uso de los analgésicos opioides.
2. DCNO “ El médico interactivo”.
3. ABC: Lista Conductas Adictivas: “Addiction Behaviors Checklist”
4. PADT sección 4: Evaluación conductas Aberrantes
5. El mánager opioide. Sección D: *Comportamiento anormal relacionado con drogas* (Passik, Kirsh et al, 2002)

### B.- Cuestionarios autoaplicados paciente

**SOAPP-R:** Screener and Opioid Assessment for Patients with Pain-Revised

Cuestionario de detección y evaluación de opioides para pacientes con dolor (versión revisada)

**COMM:** Current Opioid Misuse Measure

Cuestionario de Medición del Uso Indebido de opioides

# CONDUCTAS ABERRANTES Cómo detectarlas

## “Checklist “



### CONDUCTAS ABERRANTES RELACIONADAS CON LOS ANALGÉSICOS OPIOIDES

- Quedarse sin medicación en poco tiempo de forma reiterada
- Solicitar recetas a varios médicos (*“doctor shopping”*)
- Perder frecuentemente las recetas de analgésicos opioides
- Solicitar frecuentemente aumentos de dosis
- Aumentar la dosis sin supervisión médica
- Centrar las consultas en los opioides
- Frecuentar los servicios de urgencias
- Rechazar de forma sistemática los tratamientos no opioides

\*en: Guía de Consenso para el buen uso de analgésicos opioides. Gestión de riesgos y beneficios. 2017. Socidrogalcohol



# CONDUCTAS ABERRANTES

## Cómo detectarlas

### “Checklist “



## CONDUCTAS ABERRANTES

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Aumento de dosis en corto tiempo                      | <input type="checkbox"/> Machacar fórmulas <i>retard</i>                      |
| <input type="checkbox"/> No acudir a citas                                     | <input type="checkbox"/> Inyección fórmulas orales                            |
| <input type="checkbox"/> Manejo de dosis por el paciente                       | <input type="checkbox"/> Acumulación recetas                                  |
| <input type="checkbox"/> Pérdida o robo de recetas                             | <input type="checkbox"/> Alergia o intolerancia a los demás fármacos          |
| <input type="checkbox"/> Consumo incontrolado                                  | <input type="checkbox"/> El opiáceo es el único fármaco que le quita el dolor |
| <input type="checkbox"/> Consumo de otras sustancias estupefacientes o alcohol | <input type="checkbox"/> Falsificación o manipulación recetas                 |
| <input type="checkbox"/> Visitas frecuentes a urgencias/otros centros          | <input type="checkbox"/> Venta de recetas                                     |
| <input type="checkbox"/> Episodios de intoxicación/sobredosis                  | <input type="checkbox"/> “ <i>doctor shopping</i> ”: control e-recetas        |

\*en: <http://actualizaciones,elmedicointeractivo.com/dcno>



# CONDUCTAS ABERRANTES

## Cómo detectarlas “Checklist”



### Addiction Behaviors Checklist (ABC)

Designed to track behaviors characteristic of addiction related to prescription opioid medications in chronic pain patients. Items are focused on observable behaviors noted both during and between visits. ABC is focused on longitudinal assessment and tracking of problematic behaviors.

### LISTA de COMPROBACIÓN DE CONDUCTAS ADICTIVAS

### ABC: Addiction Behaviors Checklist

- Cuestionario de 20 ítems diseñado como seguimiento de conductas de adicción en pacientes con dolor crónico.
- Puntuación  $\geq 3$  indica posible uso inapropiado de opioides y debe indicarse un examen adicional o si signos específicos de mal uso realizar un seguimiento más cuidadoso del paciente

#### Addiction Behaviors Checklist

**Instructions:** Code only for patients prescribed opioid or sedative analgesics on behaviors exhibited “since last visit” and “within the current visit” (NA = not assessed)

##### Addiction behaviors—since last visit

1. Patient used illicit drugs or evidences problem drinking*	Y	N	NA
2. Patient has hoarded meds	Y	N	NA
3. Patient used more narcotic than prescribed	Y	N	NA
4. Patient ran out of meds early	Y	N	NA
5. Patient has increased use of narcotics	Y	N	NA
6. Patient used analgesics PRN when prescription is for time contingent use	Y	N	NA
7. Patient received narcotics from more than one provider	Y	N	NA
8. Patient bought meds on the streets	Y	N	NA

##### Addiction behaviors—within current visit

1. Patient appears sedated or confused (e.g., slurred speech, unresponsive)	Y	N	NA
2. Patient expresses worries about addiction	Y	N	NA
3. Patient expressed a strong preference for a specific type of analgesic or a specific route of administration	Y	N	NA
4. Patient expresses concern about future availability of narcotic	Y	N	NA
5. Patient reports worsened relationships with family	Y	N	NA
6. Patient misrepresented analgesic prescription or use	Y	N	NA
7. Patient indicated she or he “needs” or “must have” analgesic meds	Y	N	NA
8. Discussion of analgesic meds was the predominant issue of visit	Y	N	NA
9. Patient exhibited lack of interest in rehab or self-management	Y	N	NA
10. Patient reports minimal/inadequate relief from narcotic analgesic	Y	N	NA
11. Patient indicated difficulty with using medication agreement	Y	N	NA

##### Other

1. Significant others express concern over patient's use of analgesics	Y	N	NA
--	---	---	----

\*Item 1 original phrasing: (“Patient used ETOH or illicit drugs”), had a low correlation with global clinical judgment. This is possibly associated with difficulty in content interpretation, in that if a patient endorsed highly infrequent alcohol use, he or she would receive a positive rating on this item, but not be considered as using the prescription opioid medications inappropriately. Therefore, we include in this version of the ABC a suggested wording change for this item that specifies problem drinking as the criterion for alcohol use.

##### ABC Score: \_\_\_\_\_

Score of  $\geq 3$  indicates possible inappropriate opioid use and should flag for further examination of specific signs of misuse and more careful patient monitoring (i.e., urine screening, pill counts, removal of opioid).

Checklist developed by Bruce D. Naliboff, Ph.D. with support from VA Health Services Research and Development. Used with permission. Published in: Wu SM, Compton P, Bolus R, et al. The addiction behaviors checklist: validation of a new clinician-based measure of inappropriate opioid use in chronic pain. *J Pain Symptom Manage.* 2006;32(4):342-351.

\*en: Riesgos asociados al abuso de opioides. Arbonés, E; Montes, A. Butlletí de Prevenció d'Erors de Medicació de Catalunya. Vol.14 N°4 oct-dic.2016 Departament Salut GenCat.



## INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

# PADT: Pain Assessment and Documentation Tools

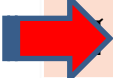
## Escala de Evaluación y Documentación del Dolor

### PADT: 4 dominios Evaluación 4 A's

**A**nalgesia eficaz

**A**ctividades vida diaria

Efectos **A**dversos

 Aparición conductas **A**berrantes

❖ **“Check list”** de 4 dominios. Duración 10 a 20 min

❖ Las 4 A's fueron desarrolladas, inicialmente, como medio para que los médicos pudieran **monitorizar y documentar el progreso de sus pacientes, una vez iniciado el tratamiento** .

❖ Pero también es útil para explicar a los pacientes el alcance de la terapéutica y para ayudarles a comprender la meta más amplia, al ser tratados en un contexto de manejo del dolor.



# INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN **PADT**

## PROGRESS NOTE Pain Assessment and Documentation Tool (PADT™)

Patient Stamp Here

Patient Name: \_\_\_\_\_ Record #: \_\_\_\_\_  
 Assessment Date: \_\_\_\_\_

### Current Analgesic Regimen

Drug name	Strength (eg, mg)	Frequency	Maximum Total Daily Dose
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

*The PADT is a clinician-directed interview; that is, the clinician asks the questions, and the clinician records the responses. The Analgesia, Activities of Daily Living, and Adverse Events sections may be completed by the physician, nurse practitioner, physician assistant, or nurse. The Potential Aberrant Drug-Related Behavior and Assessment sections must be completed by the physician. Ask the patient the questions below, except as noted.*

### Analgesia

If zero indicates "no pain" and ten indicates "pain as bad as it can be," on a scale of 0 to 10, what is your level of pain for the following questions?

1. What was your pain level on average during the past week? (Please circle the appropriate number)

No Pain 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Pain as bad as it can be

2. What was your pain level at its worst during the past week?

No Pain 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Pain as bad as it can be

3. What percentage of your pain has been relieved during the past week? (Write in a percentage between 0% and 100%) \_\_\_\_\_

4. Is the amount of pain relief you are now obtaining from your current pain reliever(s) enough to make a real difference in your life?  
 Yes  No

5. Query to clinician: Is the patient's pain relief clinically significant?  
 Yes  No  Unsure

### Activities of Daily Living

Please indicate whether the patient's functioning with the current pain reliever(s) is Better, the Same, or Worse since the patient's last assessment with the PADT.\* (Please check the box for Better, Same, or Worse for each item below.)

	Better	Same	Worse
--	--------	------	-------

1. Physical functioning

2. Family relationships

3. Social relationships

4. Mood

5. Sleep patterns

6. Overall functioning

\* If the patient is receiving his or her first PADT assessment, the clinician should compare the patient's functional status with other reports from the last office visit.

(Continued on reverse side)

## PROGRESS NOTE Pain Assessment and Documentation Tool (PADT™)

### Adverse Events

1. Is patient experiencing any side effects from current pain reliever(s)?  Yes  No

Ask patient about potential side effects:

	None	Mild	Moderate	Severe
a. Nausea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Vomiting	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Constipation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Itching	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Mental cloudiness	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Sweating	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Fatigue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Drowsiness	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Other _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Other _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Patient's overall severity of side effects?  
 None  Mild  Moderate  Severe

### Potential Aberrant Drug-Related Behavior

This section must be completed by the physician. Please check any of the following items that you discovered during your interactions with the patient. Please note that some of these are directly observable (eg, appears intoxicated), while others may require more active listening and/or probing. Use the "Assessment" section below to note additional details.

- Purposeful over-sedation
  - Negative mood change
  - Appears intoxicated
  - Increasingly unkempt or impaired
  - Involvement in car or other accident
  - Requests frequent early renewals
  - Increased dose without authorization
  - Reports lost or stolen prescriptions
  - Attempts to obtain prescriptions from other doctors
  - Changes route of administration
  - Uses pain medication in response to situational stressor
  - Insists on certain medications by name
  - Contact with street drug culture
  - Abusing alcohol or illicit drugs
  - Hoarding (ie, stockpiling) of medication
  - Arrested by police
  - Victim of abuse
- Other: \_\_\_\_\_

### Assessment: (This section must be completed by the physician.)


Is your overall impression that this patient is benefiting (eg, benefits, such as pain relief, outweigh side effects) from opioid therapy?  Yes  No  Unsure

Comments: \_\_\_\_\_

### Specific Analgesic Plan:

- Continue present regimen
  - Adjust dose of present analgesic
  - Switch analgesics
  - Add/Adjust concomitant therapy
  - Discontinue/taper off opioid therapy
- Comments: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_ Physician's signature: \_\_\_\_\_

Provided as a service to the medical community by Janssen Pharmaceutica Products, L.P. **JANSSEN**  PHARMACEUTICA PRODUCTS, L.P.



## INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

### PADT:

### Pain Assessment and Documentation Tools

### Escala de Evaluación y Documentación del Dolor

### Sección 4:

### Evaluación

### conductas aberrantes

#### Potencial conductas aberrantes relacionadas con uso de drogas

*Esta sección debe ser cubierta por el médico*

Por favor, revise y marque cualquiera de los siguientes ítems que descubrió durante sus entrevistas con el paciente. Tenga en cuenta que algunos ítems son directamente observables (ej: parece intoxicado), mientras que otros pueden requerir más escucha activa y / o sondeo. Utilice la sección "Evaluación" a continuación para observar detalles adicionales

- Sobresedación deliberada
- Estado de ánimo negativo (deprimido)
- Parece intoxicado
- Cada vez más descuidado o deteriorado
- Participación o involucrado en accidentes automovilísticos u otros
- Solicitudes frecuentes de renovaciones tempranas de recetas
- Aumentos de dosis sin autorización
- Informes de prescripciones perdidas o robadas
- Intentos de obtener recetas de otros médicos
- Cambios en la vía de administración
- Utiliza analgésicos en respuesta al factor de estrés situacional
- Insistir en ciertos medicamentos por su nombre
- Contacto con la cultura de las drogas callejeras
- Abuso de alcohol o drogas ilegales
- Acaparamiento (almacenamiento) de medicamentos
- Arrestado por la policía
- Víctima de abusos
- Otros:.....

#### EVALUACIÓN *Esta sección debe ser cubierta por el médico*

¿Es su impresión general que este paciente se está beneficiando ( el alivio del dolor supera los efectos adversos) de la terapia con opioides?:  Si  No  Dudoso

**Comentarios:**.....

**Especifique el plan analgésico:** Continúa el régimen actual

- Ajuste de dosis de los analgésicos actuales
- Rotación analgésicos opioides
- Añadir/ajustar terapia concomitante
- Interrumpir/reducir la terapia con opioides

# INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

## EL MANAGER OPIOIDE

### GUIA CANADIENSE PARA EL MANEJO DE OPIOIDES

- ✓ Como **material de ayuda** en las **consultas de seguimiento** de los **pacientes con DCNO a tratamiento con analgésicos opioides de prescripción**, se recomienda el uso de “ **el manager opioide**”, una **herramienta para profesionales de la salud que prescriben opioides para el DCNO**, que incluye elementos esenciales de la **Guía Canadiense para el manejo de opioides. National Opioid Use Guideline Group (NOUGG)**.
- ✓ Se puede descargar en español: <http://nationalpaincentre.mcmaster.ca/opioid/>
- ✓ Se puede usar como anexo de la historia clínica, y consta de **4 apartados**:
  - A. Previo a la primera prescripción
  - B. Inicio de la terapia de prueba
  - C. Mantenimiento y monitoreo
  - D. **¿Cuándo es tiempo de disminuir la dosis o suspender el tratamiento?**



# EL MANAGER OPIOIDE



## ¿Cuándo es tiempo de disminuir la dosis o suspender el tratamiento con opioides?

### D ¿Cuándo es tiempo de disminuir la dosis o suspender el tratamiento con opioides?

Cuando suspender un opiode	Ejemplos y consideraciones
<b>Condición dolorosa resuelta</b>	El paciente recibe tratamiento definitivo para su condición dolorosa. Un ensayo de reducción de dosis es recomendado para determinar si la condición dolorosa inicial se ha resuelto.
<b>Riesgos &gt; beneficios</b>	Riesgo de sobredosis ha aumentado. Clara evidencia de uso inadecuado. Es evidente un comportamiento anormal relacionado con la droga.
<b>Efectos adversos &gt; beneficios</b>	Los efectos adversos deterioran la funcionalidad por debajo del nivel basal. El paciente no tolera los efectos adversos.
<b>Complicaciones medicas</b>	Las complicaciones médicas se han hecho evidentes (por ejemplo hipogonadismo, apnea del sueño, hiperalgesia inducida por opioides).
<b>La efectividad analgésica no es alcanzada</b>	<b>Efectivo = <math>\geq</math> 30% de disminución en dolor o mejoría funcional</b> El dolor y la funcionalidad permanecen sin respuesta después de terapias de prueba con diferentes opioides. El opiode está siendo usado para regular el estado de ánimo más que para control del dolor. Disminuciones periódicas o suspensión de la terapia deben ser consideradas para confirmar la efectividad del tratamiento.

### Como suspender un opiode - lo fundamental

**¿Cómo debo parar?** El opiode debe ser suspendido gradualmente y no abruptamente.

**¿Cuánto tiempo tomará suspender el opiode?** La suspensión gradual del opiode puede ser completada en un periodo comprendido entre 2 semanas y 4 meses.

**¿Cuándo debo ser más cuidadoso cuando suspendo gradualmente un opiode?**  
Embarazo: Severos y agudos síndromes de abstinencia opiode han sido asociados a trabajo de parto prematura y abortos espontáneos.

**¿Cómo debo disminuir la dosis?**  
Disminuya la dosis no más de 10% de la dosis total cada 1-2 semanas. Una vez que un tercio de la dosis original sea alcanzado, disminuya 5% cada 2-4 semanas. Evite medicamentos sedantes o hipnóticos, especialmente benzodiazepinas, durante el proceso de suspensión gradual.

### Comportamiento anormal relacionado con drogas (Modificado por Passik, Kirsh et al 2002)

Indicador	Ejemplos
Alteración de la vía de administración	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inyectando, mordiend o triturando las presentaciones orales</li> </ul>
Adquisición del opiode por otras fuentes	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tomando la droga de amigos o relativos</li> <li>• Comprando la droga en las calles</li> <li>• Visitando a más de un doctor para obtener la prescripción</li> </ul>
Uso no autorizado	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Múltiples incrementos de la dosis sin previa autorización</li> <li>• Uso en exceso y descontrolado</li> </ul>
Búsqueda desesperada de droga	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pérdida repetida de la prescripción</li> <li>• Demanda agresiva de la necesidad de incrementar la dosis</li> <li>• Acoso al personal por formulas y nuevas citas</li> <li>• "Nada más funciona"</li> </ul>
Síntomas de abstinencia repetidos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Marcada disforia, mialgias, síntomas gastrointestinales, ansiedad</li> </ul>
Condiciones asociadas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alcoholismo, adicción a cocaína, cannabis u otras drogas</li> <li>• Ansiedad o trastorno del estado de ánimo que no corresponde al tratamiento</li> </ul>
Características sociales	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Deterioro o pobre funcionamiento social</li> <li>• Preocupación expresada por los miembros de la familia</li> </ul>
Opinión personal acerca de la medicación opiode	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Admite algunas veces ser adicto</li> <li>• Se resiste a disminuir dosis o rotar el opiode.</li> <li>• Admite un efecto de cambios en el estado de ánimo</li> <li>• Admite síntomas de síndrome de abstinencia</li> </ul>

\* : Comportamientos más indicativos de adicción que los otros.



# CONDUCTAS ABERRANTES

**COMPORTAMIENTO ANORMAL** relacionado con drogas  
(modificado por Passik, Kirsh et al, 2002 ) \* *El mánager opioide área D*

Indicador	Ejemplos
<b>Alteración vía administración</b>	<input type="checkbox"/> Inyectando, mordiendo o triturando presentaciones orales
<b>Adquisición del opioide por otras fuentes</b>	<input type="checkbox"/> Tomando la droga de amigos o relativos <input type="checkbox"/> Comprando la droga en las calles <input type="checkbox"/> Visitando a más de un doctor para obtener la prescripción
<b>Uso no autorizado</b>	<input type="checkbox"/> Múltiples incrementos de dosis sin previa autorización <input type="checkbox"/> Uso en exceso y descontrolado
<b>Búsqueda desesperada</b>	<input type="checkbox"/> Pérdida repetida de la prescripción <input type="checkbox"/> Demanda agresiva de la necesidad de incrementar dosis <input type="checkbox"/> “Nada más funciona”.
<b>Síntomas de abstinencia repetidos</b>	<input type="checkbox"/> Disforia, mialgias, síntomas gatrointestinales, ansiedad
<b>Condiciones asociadas</b>	<input type="checkbox"/> Alcoholismo, adicción a cocaína, cannabis u otras drogas <input type="checkbox"/> Ansiedad o TEA que no corresponde al tto
<b>Características sociales</b>	<input type="checkbox"/> Deterioro o pobre funcionamiento social <input type="checkbox"/> Preocupación expresada por los miembros de la familia
<b>Opinión personal acerca de la medicación opioide</b>	<input type="checkbox"/> Admite algunas veces ser adicto <input type="checkbox"/> Se resiste a disminuir dosis o rotar el opioide <input type="checkbox"/> Admite un efecto de cambios en el estado de ánimo <input type="checkbox"/> Admite síntomas de Sme abstinencia

Comportamientos más indicativos de adicción

\*en: El mánager opioide. National Opioid Use Guideline Group (NOUGG) Canadian



# INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

## Conductas aberrantes

**Cuestionarios para evaluar el riesgo de abuso de analgésicos opioides ( SOAPP-R Y COMM)**

©2010 Inflexion, Inc. Canadian National Opioid Use Guideline Group (NOUGG)



La versión española del **cuestionario de detección y evaluación de opioides para pacientes con dolor, versión revisada (Screener and Opioid Assessment for Patients with Pain- Revised, SOAPP® -R)** y del **cuestionario de medición del uso indebido actual de opioides (Current Opioid Misuse Measure, COMM™)** están disponibles en

<https://www.painedu.org/soapp.asp>





# INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

## 1.- SOAPP-R

### Detección y evaluación de Opioides para pacientes con dolor

La **SOAPP-R** es un cuestionario rápido (autoaplicado) y fácil de usar diseñado para **ayudar a los profesionales médicos** a **evaluar el riesgo relativo** de los **pacientes de problemas** al recibir terapia a largo plazo con opioides.

- ✓ Diseñado para aplicar a **pacientes con dolor crónico** a quienes se está considerando administrar terapia analgésica con opioides
- ✓ Fue desarrollada sobre el consenso de los expertos con respecto a conceptos importantes que suelen **predecir que pacientes requerirán más o menos supervisión** al recibir terapia a largo plazo con opioides.
- ✓ Consta de 24 puntos ( ítems) y se realiza en <10 minutos.
- ✓ Es ideal para **documentar las decisiones sobre el nivel de supervisión planificado para un paciente** en particular o para **justificar remisiones a una clínica especializada en dolor**.
- ✓ La SOAPP-R **NO es un detector de mentiras**. Los pacientes que se han propuesto ocultar la verdad lo harán de todos modos.
- ✓ Se **deben utilizar otros datos clínicos** junto con la **puntuación obtenida en la SOAPP-R** al decidir el plan de tratamiento de un paciente en particular.



SOAPP®-R

# INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

## 1.-SOAPP-R

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nº de HC: \_\_\_\_\_

*Las siguientes son algunas preguntas hechas a pacientes. Algunos de estos pacientes toman medicamentos para el dolor. Otros aún no toman medicamentos para el dolor, pero estamos considerando dárselos. Responda cada pregunta con la mayor sinceridad posible. No hay respuestas correctas ni incorrectas.*

0 = Nunca, 1 = Rara vez, 2 = A veces, 3 = A menudo, 4 = Muy a menudo

1. ¿Con qué frecuencia le cambia el estado de ánimo?  0  1  2  3  4
2. ¿Con qué frecuencia ha sentido necesidad de tomar dosis mayores de medicamento para tratar el dolor?  0  1  2  3  4
3. ¿Con qué frecuencia se ha sentido impaciente con sus médicos?  0  1  2  3  4
4. ¿Con qué frecuencia se ha sentido tan presionado por distintas cosas que no puede manejarlas?  0  1  2  3  4
5. ¿Con qué frecuencia hay tensión en su casa?  0  1  2  3  4
6. ¿Con qué frecuencia ha contado sus pastillas para el dolor para ver cuántas le quedan?  0  1  2  3  4
7. ¿Con qué frecuencia se ha sentido preocupado de que la gente lo juzgue por tomar medicamentos para el dolor?  0  1  2  3  4
8. ¿Con qué frecuencia se siente aburrido?  0  1  2  3  4
9. ¿Con qué frecuencia ha tomado más medicamentos para el dolor de los que debía tomar?  0  1  2  3  4
10. ¿Con qué frecuencia le ha preocupado que lo dejen solo?  0  1  2  3  4
11. ¿Con qué frecuencia ha sentido ansias de tomar medicación?  0  1  2  3  4
12. ¿Con qué frecuencia otras personas se han mostrado preocupadas por el uso que usted hace de la medicación?  0  1  2  3  4
13. ¿Con qué frecuencia alguno de sus amigos cercanos ha tenido problemas de alcoholismo o drogadicción?  0  1  2  3  4
14. ¿Con qué frecuencia otras personas le dijeron que tenía mal genio?  0  1  2  3  4
15. ¿Con qué frecuencia se ha sentido dominado por la necesidad de conseguir medicamentos para el dolor?  0  1  2  3  4

### Detección y evaluación de Opioides para pacientes con dolor

16. ¿Con qué frecuencia se ha quedado sin medicamentos para el dolor antes de tiempo?  0  1  2  3  4
17. ¿Con qué frecuencia otras personas le han impedido conseguir lo que usted merece?  0  1  2  3  4
18. ¿Con qué frecuencia, en su vida, ha tenido problemas legales o ha sido arrestado?  0  1  2  3  4
19. ¿Con qué frecuencia ha asistido a reuniones de alcohólicos anónimos o narcóticos anónimos?  0  1  2  3  4
20. ¿Con qué frecuencia ha tenido una discusión tan fuera de control que alguien resultó herido?  0  1  2  3  4
21. ¿Con qué frecuencia ha sido abusado sexualmente?  0  1  2  3  4
22. ¿Con qué frecuencia otras personas han sugerido que tiene un problema de drogadicción o alcoholismo?  0  1  2  3  4
23. ¿Con qué frecuencia ha tenido que pedir prestados medicamentos para el dolor a sus familiares o amigos?  0  1  2  3  4
24. ¿Con qué frecuencia ha sido tratado por un problema de alcoholismo o drogadicción?  0  1  2  3  4

▪ **Predecir el riesgo de abuso/conductas aberrantes en el uso de opioides en pacientes con dolor**

▪ **Autoevaluación**  
24 ítems

▪ **P(+)> 18**

Puntuación	RIESGO
< 9	BAJO
10-21	MODERADO
≥ 22	ELEVADO



# CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS PARA EL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON **SOAPP-R RIESGO ELEVADO**

- ☑ Evaluar **historia previa** y **contacto con los médicos** que lo atendieron o atienden actualmente
- ☑ Análisis de **detección toxicológica** en cada visita a la clínica.
- ☑ **Medicación por períodos limitados** (p. ej., cada 2 semanas).
- ☑ **Entrevista con familiares** y contar con la participación de un **especialista en adicciones y/o un profesional de la salud mental**.
- ☑ Utilizar **formulaciones con menos potencial de abuso**  
(p. ej., opioides de acción prolongada en vez de opioides de acción rápida, preparados transdérmicos en vez de orales, medicamentos resistentes a la adulteración, etc.).
- ☑ Ante los primeros signos de un **comportamiento aberrante** o una **violación del acuerdo** sobre los opioides se debe **cambiar el plan de tratamiento**.
  - Supervisión más estricta
  - Remitir al paciente a un programa de prescripción de opioides bajo condiciones más estrictas (**UCAs**).
- ☑ Si las violaciones o **los comportamientos aberrantes persisten**, **suspender la terapia con opioides** y remitir a **UCAs**.



# INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

## 2.- COMM: Current Opioid Misuse Measure Medida del Uso Indebido de Opioides

❖ Autoevaluación de 17 ítems, duración < 10 min. Puntuación  $\geq 9$  es (+)

❖ **Supervisar pacientes que están a tratamiento con analgésicos opioides a largo plazo.** Identifica quienes usan indebidamente la medicación ( Puntuación  $\geq 9$ ).

❖ Ayuda a determinar si los pacientes están desarrollando **conductas aberrantes asociadas al uso de opioides**. Ideal para documentar las decisiones sobre el **nivel de supervisión** planificado para un paciente o para **justificar remisiones** a una clínica especializada en dolor o adicciones.

❖ **Identifica 6 cuestiones clave:**

1. **Signos y síntomas de intoxicación**
2. **Labilidad emocional**
3. **Datos identificativos de respuesta deficiente a los medicamentos**
4. **Adicción**
5. **Patrón de mal uso de los servicios de salud**
6. **Comportamiento problemático (aberrante) respecto de la medicación**



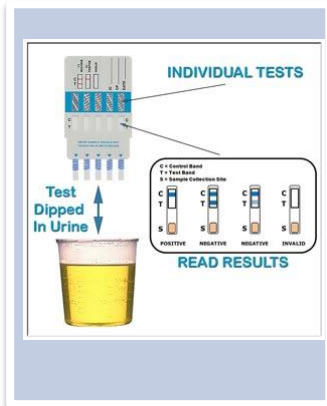


# CONDUCTAS ABERRANTES

## Cómo detectarlas (2)



Informatización *e-recetas*



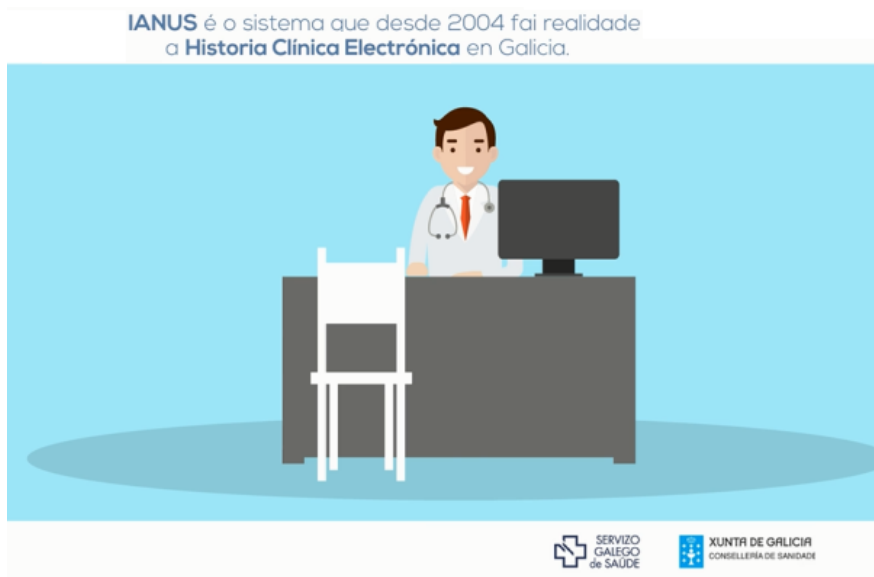
Controles orina

Urinoanálisis detección drogas abuso



# INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

## Informatización E-receta



### ✓ Supervisión periódica medicación pautada:

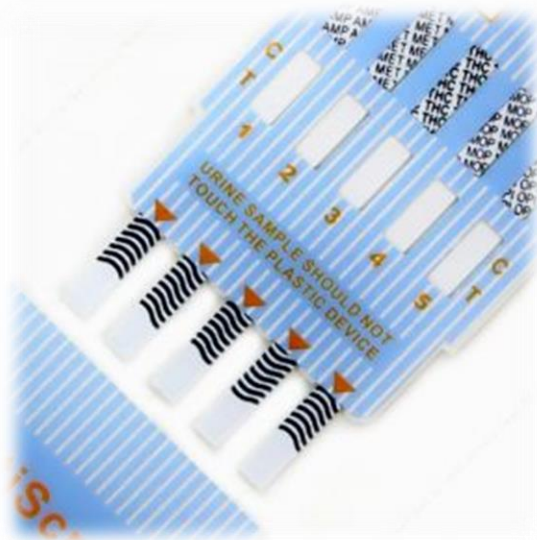
- ✓ Evitar **sobrescripción** de opioides (*efecto “**doctor shopping**”\**)
- ✓ Evitar la **combinación con otros psicofármacos** que aumenten el riesgo de intoxicación/sobredosis.
- ✓ Control **Interacciones farmacológicas**.

\*Nordmann S, Pradel V, Lapeyre-Mestre M, Frauger E, Pauly V, Thirion X, et al. Doctor shopping reveals geographical variations in opioid abuse. Pain Physician 2013;16(1):89-100.



# INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

## Controles Urinoanálisis



Los **test de orina** pueden ser útiles al inicio y durante el tratamiento.

Abuso de sustancias  
Adherencia  
Desviación de uso





# CONDUCTAS ABERRANTES

# Cómo manejarlas

## ACTITUD

Aquellos pacientes que presenten **criterios de uso indebido, abuso, conductas aberrantes o adicción a opioides de prescripción** precisan un **tratamiento integral y multidisciplinar** que incluya un **manejo adecuado** tanto del **dolor** como del **trastorno por uso de opioides**.

\*en: Guía de Consenso para el buen uso de analgésicos opioides. Gestión de riesgos y beneficios. 2017. Socidrogalcohol



# ACTITUD

- ✓ La prescripción de **dosis elevadas de analgésicos opioides** no puede mantenerse indefinidamente en los pacientes con dolor crónico, *aunque refieran de forma reiterada que los necesitan para su dolor*, especialmente si valoramos un posible abuso o adicción a estos fármacos.
- ✓ Ante la **sospecha de un posible abuso**, podemos **intentar** un **tratamiento estructurado con opioides**, que consiste en **ir reduciendo de forma progresiva la dosis del opioide** si esta es muy elevada, con **controles toxicológicos** de orina programados y con una **supervisión estrecha** a fin de detectar posibles **conductas aberrantes** relacionadas con el abuso, **valorando incluso la supresión total del opioide si se considera oportuno**.



\*en: Guía de Consenso para el buen uso de analgésicos opioides. Gestión de riesgos y beneficios. 2017. Socidrogalcohol



# ACTITUD

Ante la **aparición clínica de conductas aberrantes** las guías y revisiones clínicas recomiendan varias opciones en función de su gravedad:

- 1. Remitirse al consentimiento informado/pacto terapéutico del paciente** (en el que se debe incluir que: *“ante el incumplimiento del tratamiento, se puede suspender la prescripción de opioides”*) y remitirlo a un **Centro de Deshabitación para el tratamiento de su adicción** o consumo indebido de opioides.
- 2. Reevaluar el tratamiento y realizar los cambios que se consideren para controlar este cuadro.**
  - ✓ Aumentar la frecuencia de visitas o los controles de análisis de orina
  - ✓ Reforzar la información al paciente de los riesgos para su salud,
- 3. Rotar a otro opioide que se considere más seguro.** (*Buprenorfina-nlx*)

\*en: Guía de Consenso para el buen uso de analgésicos opioides. Gestión de riesgos y beneficios. 2017. Socidrogalcohol



# SOAPP-R RIESGO ELEVADO

## CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS PARA EL TRATAMIENTO

- ☑ Evaluar **historia previa** y contacto con los médicos que lo atendieron o atienden actualmente
- ☑ Análisis de detección toxicológica en cada visita a la clínica.
- ☑ **Medicación por períodos limitados** (p. ej., cada 2 semanas).
- ☑ **Entrevista con familiares** y contar con la participación de un **especialista en adicciones** y/o un **profesional de la salud mental**.
- ☑ Utilizar **formulaciones menor potencial de abuso**  
(p. ej., opioides de acción prolongada en vez de opioides de acción rápida, preparados transdérmicos en vez de orales, medicamentos resistentes a la adulteración, etc.).
- ☑ Ante los primeros signos de un **comportamiento aberrante** o una **violación del acuerdo** sobre los opioides se debe **cambiar el plan de tratamiento**.
  - **Supervisión más estricta**
  - **Remitir al paciente** a un programa de prescripción de opioides bajo condiciones más estrictas (**UCAs**).
- ☑ Si las violaciones o los comportamientos aberrantes persisten, **suspender la terapia con opioides** y remitir a **UCAs**.

## Táboa 5.- PAUTAS RECOMENDADAS PARA PACIENTES CON CONDUCTAS ABERRANTES ASOCIADAS A OPIOIDES

<i>Categoría</i>	<i>Pauta recomendada</i>
<b>Evaluación del paciente</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>☑ Evaluación exhaustiva de todos los pacientes a los que se prescriban opioides para tratar el dolor crónico</li> <li>☑ Deben evaluarse factores de riesgo conocidos:               <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ T. psiquiátricos: TP, T Ansiedad, T Depresivos</li> <li>▪ Historia personal y familiar de adicciones. (TUS)</li> </ul> </li> </ul>
<b>Estrategia terapéutica</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>☑ Administración de medicamentos por un solo médico</li> <li>☑ Ajuste cuidadoso de dosis</li> <li>☑ Recetar menos unidades de prescripción</li> <li>☑ Visitas más frecuentes</li> </ul>
<b>Seguimiento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>☑ Reevaluar periódicamente: efectividad del tratamiento, los efectos adversos y el cumplimiento</li> <li>☑ Análisis de orina periódicos</li> <li>☑ Seguimiento del posible uso indebido: Conductas aberrantes (Escala)</li> </ul>
<b>Educación del paciente</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>☑ Sobre el uso correcto del fármaco</li> <li>☑ Pactos terapéuticos donde se indiquen los posibles riesgos/beneficios del tratamiento</li> </ul>

\*Calvo Falcón R; Torres Morera LM : *Tratamiento con opioides en el dolor crónico no oncológico: recomendaciones para una prescripción segura.* Rev.Soc Esp Dolor 2017; 24(6):313-323



## Medidas promisorias para la prescripción de opioides más segura



**Problema:** Alta prescripción  
**Solución:** Prácticas de prescripción más seguras



**Problema:** Demasiadas recetas



En el 2015, la cantidad de opioides recetados era suficiente para que todos en los EE. UU. fueran tratados con estos medicamentos, **sin parar, por 3 semanas.**

*(640 MME por persona, lo que es igual a 5 mg de hidrocodona cada 4 horas)*



**Solución:** Menos recetas

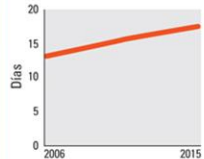
Usar opioides **solo** cuando los beneficios probablemente superen los riesgos. Las opciones distintas a los opioides incluyen:

- Analgésicos como acetaminofeno, ibuprofeno y naproxeno.
- Terapia física y ejercicio.
- Terapia cognitivo conductual.

Las terapias que no incluyen opioides pueden funcionar mejor y tienen menos riesgos y efectos secundarios.



**Problema:** Demasiados días



*El promedio de días de suministro por receta aumentó del 2006 al 2015.*

Incluso en dosis bajas, tomar un opioide por más de 3 meses aumenta en **15 veces** el riesgo de adicción.



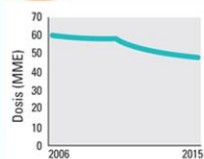
**Solución:** Menos días

Para el dolor intenso, las recetas deberían ser solo para la duración prevista del dolor lo suficientemente fuerte para que se requieran opioides. Por lo general, **tres días o menos** son suficientes; muy raras veces se necesitan más de siete días.

Si continúa el uso de opioides, pregunte si los beneficios siguen superando los riesgos. Si no es así, use otros tratamientos y reduzca los opioides gradualmente.



**Problema:** Dosis demasiado alta



*El promedio diario de MME por receta se redujo tanto a nivel nacional como en la mayoría de los condados, pero todavía es muy alto.*

Una dosis de 50 MME o más por día **duplica** el riesgo de muerte por sobredosis de opioides, en comparación con 20 MME o menos por día. Con 90 MME o más, el riesgo aumenta **10 veces.**



**Solución:** Dosis más bajas

Use la **dosis eficaz más baja** de opioides de liberación inmediata al comienzo, y revalúe los beneficios y los riesgos al considerar aumentar la dosis.

Evite una dosis diaria de 90 MME o más. Si el paciente ya toma una dosis alta, ofrezca la oportunidad de reducir gradualmente a dosis más seguras.

Para obtener más recomendaciones al considerar opioides para el dolor crónico cuando no se trate de cuidados terminales, vea las **Directrices de los CDC para la prescripción de opioides para el dolor crónico**. Las directrices también pueden usarse como fundamento para que los sistemas de salud, los estados y las aseguradoras garanticen la prescripción adecuada y mejoren la atención para todas las personas.

# EVALUACIÓN DEL RIESGO ASOCIADO AL USO DE OPIOIDES



## 6. Falsos mitos en el uso de opioides



Los opioides siempre producen adicción



La adicción es posible pero poco probable si se pautan adecuadamente. Solo una minoría de los pacientes con dolor crónico está en alto riesgo de desarrollar problemas de adicciones. Hay que distinguir entre fenómenos de tolerancia, dependencia y adicción





**Cuando los Riesgos  
superan a los Beneficios:  
Trastornos por Uso de  
Analgésicos Opiáceos**

---

# CUANDO LOS RIESGOS SUPERAN A LOS BENEFICIOS

## Trastornos por uso de analgésicos opioides

Cuando una persona ha desarrollado una adicción a analgésicos opioides presenta un estado de necesidad biológica de autoadministrarse los fármacos, que puede manifestarse subjetivamente como dolor, asociado a un deseo intenso o necesidad imperiosa (*craving*) de tomar los opioides.

Los analgésicos opioides, junto con las benzodiazepinas y los estimulantes, se encuentran entre los fármacos de prescripción que con más frecuencia se relacionan con un uso indebido, un abuso o una adicción.

Al ser fármacos prescritos por un médico, se genera en muchos pacientes la falsa creencia de que son totalmente seguros y que los efectos adversos que pudieran aparecer nunca van a ser graves.



## Trastorno por abuso de sustancias

10%-30%

Usuarios de  
opioides



Desarrolla trastorno por uso de opioides

?

Usuarios de nuevos opioides sintéticos



Uso continuado de la sustancia a pesar de sufrir las consecuencias adversas de dicho uso





Aunque la **adicción** se desarrolla en un pequeño porcentaje de los pacientes con dolor crónico tratados con opioides, **es un fenómeno no predecible que hay que tener en cuenta**, ya que cuando se desarrolla se convierte a menudo en una **enfermedad crónica**, que **no remite simplemente con la interrupción del tratamiento** y que presentará un **elevado riesgo de recaída** si no se realiza una atención integral y un seguimiento adecuado.



\*en: Guía de Consenso para el buen uso de analgésicos opioides. Gestión de riesgos y beneficios. 2017. Socidrogalcohol



# DESARROLLO DE ADICCIÓN

El **consumo crónico** de las drogas produce **cambios neurobiológicos** en diversas **regiones cerebrales** que van a dar lugar a **cambios motivacionales, emocionales**, en la **toma de decisiones** y en otros **procesos cognitivos**, como consecuencia de **respuestas biológicas compensatorias** al **efecto farmacológico crónico** de dichas sustancias, en un intento de alcanzar de nuevo la homeostásis.

\*en: Guía de Consenso para el buen uso de analgésicos opioides. Gestión de riesgos y beneficios. 2017. Socidrogalcohol



# Adicción y “craving”

- Cuando una persona ha desarrollado una adicción a analgésicos opioides presenta un **estado de necesidad biológica de autoadministrarse los fármacos**, que puede manifestarse subjetivamente como dolor, asociado a un deseo intenso o necesidad imperiosa (*“craving”*) de tomar los opioides.
- Trastorno neurobiológico crónico que comporta tanto un **uso aberrante del opioide** como un **comportamiento social inadaptado** ( trastornos comportamentales)

\*en: Guía de Consenso para el buen uso de analgésicos opioides. Gestión de riesgos y beneficios. 2017. Socidrogalcohol



# ABUSO vs ADICCIÓN

## ABUSO

Uso intencional, recurrente y con fines no médicos de los opioides, con la intención de modificar o controlar un **efecto físico** o **emocional** determinado.

## ADICCIÓN

Patrón dominante, desadaptativo, compulsivo y problemático del comportamiento, con pérdida de control sobre el uso de los opioides.

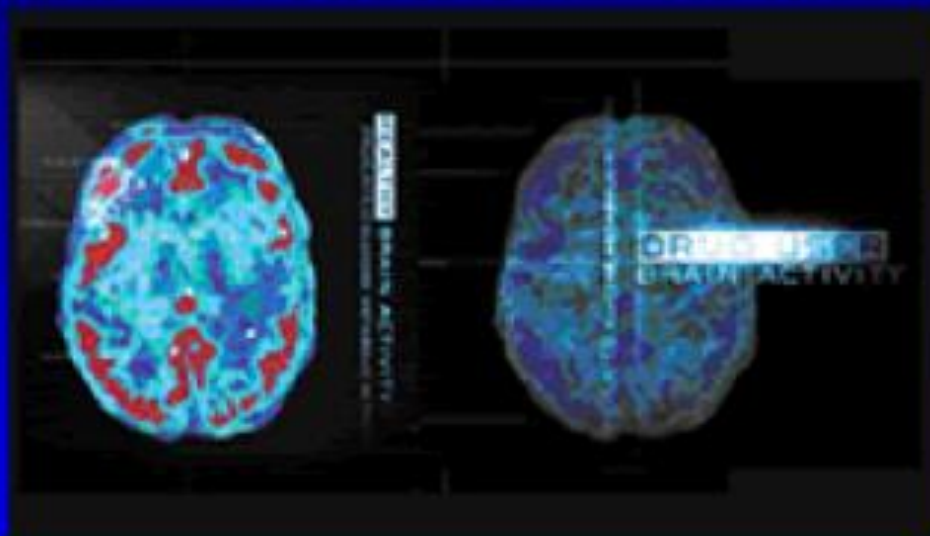


\*en: Guía de Consenso para el buen uso de analgésicos opioides. Gestión de riesgos y beneficios. 2017. Socidrogalcohol

# ADICCIÓN

¿Qué es adicción?

**Adicción es una enfermedad cerebral**



*La dependencia de sustancias es una enfermedad del Sistema Nervioso Central, debida a una disfunción neurobiológica de estructuras cerebrales mesencefálicas, límbicas y corticales y de circuitos cerebrales implicados en la motivación y la conducta*

*Dra. Nora Volkov ( NIDA)*

- Caracterizada por conducta compulsiva
- El abuso continuo de drogas a pesar de las consecuencias negativas
- Un desorden crónica, potencialmente recurrente



# DEPENDENCIA FISICA vs ADICCIÓN

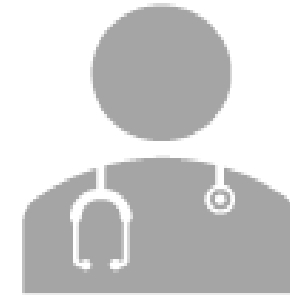
La dependencia física no es sinónimo de adicción.



- ✓ Tolerancia y dependencia física son fenómenos esperables y predecibles de la prescripción de opioides.
- ✓ Reflejan neuroadaptaciones del sistema opioide y se resuelven rápidamente tras la interrupción del fármaco.
- ✓ Son considerados criterios diagnósticos del TUS ilícitas en el DSM-5.

- ✓ La **adicción** no es un resultado predecible de la prescripción de opioides.
- ✓ Patrón **dominante, desadaptativo, compulsivo y problemático del comportamiento**, con **pérdida de control** sobre el uso de los opioides.
- ✓ Es una **enfermedad médica crónica** que no remite simplemente con la interrupción del opioide y tendrá un alto riesgo de recaída durante años si no se realiza el tratamiento adecuado.

# DEPENDENCIA FRENTE A ADICCION



La **tolerancia** y la **abstinencia** que se desarrollan con la **administración continuada** de analgésicos opioides para el tratamiento del dolor crónico determinan la necesidad del fármaco que experimenta el paciente y pueden poner en marcha **conductas de búsqueda compulsiva** del mismo.

Pero en los **pacientes con dolor crónico**, estos comportamientos de búsqueda de los opioides no son necesariamente sinónimos de adicción.

- ☑ No hay refuerzo (+)
- ☑ El **refuerzo (-)** (anhedonia, hierpalgesia y abstinencia) desencadena la **búsqueda compulsiva** de los analgésicos opioides para aliviar estos síntomas.

# La espiral descendente hacia la adicción



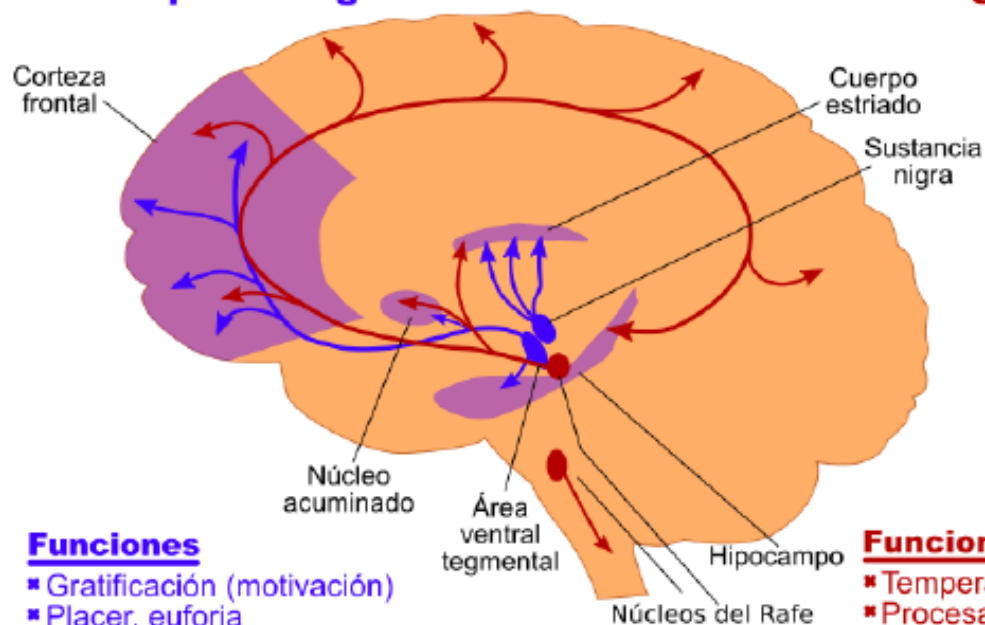
Garland et al. 2013.

## El Ciclo de la Adicción



Dackiw C. Neurobiology of addiction: treatment and public policy implications. *Nature Neuroscience* [Internet]. 2005 [cited 2022 May 26];8(11):1431-7. Disponible en: <http://www.nature.com/neuro/journal/v8/n11/abs/nn1431.html>

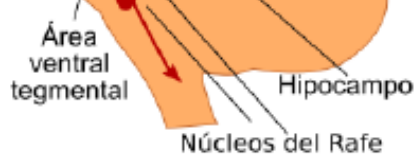
## Vías dopaminérgicas



### Funciones

- Gratificación (motivación)
- Placer, euforia
- Función motora fina
- Compulsión
- Preservación

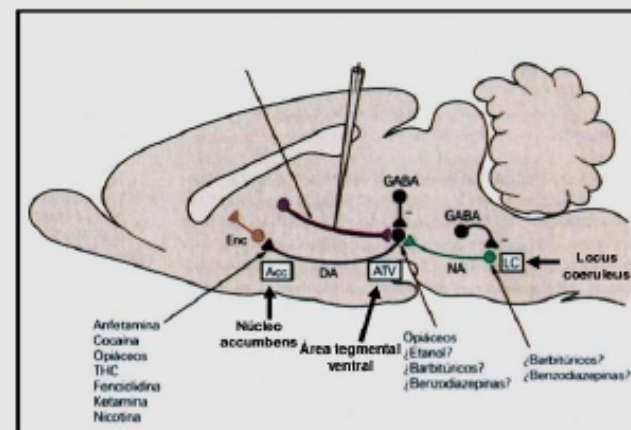
## Vías serotoninérgicas



### Funciones

- Temperamento
- Procesamiento de memoria
- Sueño
- Cognición

### Lugar de acción de las drogas de abuso

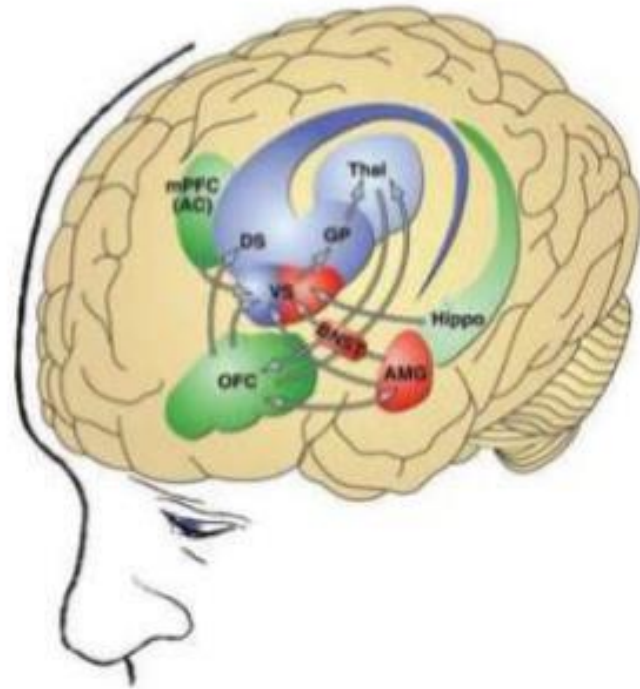


### Círculo Recompensa: N Accumbens (DAS)

Deseo - Acción - Satisfacción  
Dopamina - Adrenalina - Serotonina

Las drogas son sustancias químicas que modifican el funcionamiento de determinados sistemas de neurotransmisión y circuitos cerebrales, produciendo cambios cognitivos, emocionales, motivacionales y conductuales.

## Sistemas cerebrales implicados en la el desarrollo de la adicción



### Binge/intoxication

- ventral striatum (VS), including nucleus accumbens  
euphoria, reward
- dorsal striatum (DS)  
habits, perseveration
- global pallidus (GP)  
habits, perseveration
- thalamus (Thal)  
habits, perseveration

### Withdrawal/negative affect

- amygdala (AMG), bed nucleus of the stria terminalis (BNST), together also known as the "extended amygdala"  
malaise, dysphoria, negative emotional states
- ventral striatum (VS)  
decreased reward

### Preoccupation/anticipation

- anterior cingulate (AC)
- prefrontal cortex (mPFC), orbitofrontal cortex (OFC)  
subjective effects of craving, executive function
- basolateral nucleus of the amygdala  
conditioned cues
- hippocampus (Hippo)  
conditioned contextual cues

### Relevancia estímulos

- Euforia
- Intoxicación
- Aprendizaje estímulos
- Hábitos

### Afecto negativo

- Disforia
- Ansiedad
- Irritabilidad/ malestar

### Disfunción ejecutiva

- Impulsividad/ Compulsividad
- Alts sueño
- Alts capacidad toma decisiones

Koob GF, Volkow ND. Neurocircuitry of addiction. *Neuropsychopharmacology* : official publication of the American College of Neuropsychopharmacology [Internet]. Nature Publishing Group; 2010 Jan [cited 2011 Jun 15];35(1):217–38. Disponible en: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/artid/reader.fcgi?artid=2805560&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>

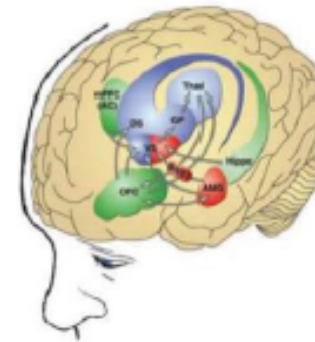
# Neuroadaptación mesencefálica

- Los síntomas de neuroadaptación mesencefálica serían los característicos de **tolerancia** y de **abstinencia**.
- Son específicos para cada grupo de sustancia, aunque pueden ser parecidos entre las diversas sustancias depresoras y los psicoestimulantes

## TOLERANCIA

Necesidad de aumentar la dosis del opioide para lograr mantener el grado inicial de analgesia

### Sistemas cerebrales implicados en la el desarrollo de la adicción



#### Brigs/Intensification

- ventral striatum (VS), including nucleus accumbens, nucleus, reward
- dorsal striatum (DS)
- habit, perseveration
- globus pallidus (GP)
- VS/DS, perseveration
- nucleus (Nac)
- habit, perseveration

#### Withdrawal/negative affect

- amygdala (AMG), bed nucleus of the stria terminalis (BNST), together also known as the "extended amygdala"
- nucleus, dysphoria, negative emotional states
- ventral striatum (VS)
- decreased reward

#### Preoccupation/anticipation

- anterior cingulate (AC)
- posterior cingulate (PPC), orbitofrontal cortex (OFC)
- subjective effects of craving, executive function
- basolateral nucleus of the amygdala
- conditioned cues
- hippocampus (Hipp)
- conditioned contextual cues

#### Relevancia estímulos

- Euforia
- Intoxicación
- Aprendizaje estímulos
- Hábitos

#### Afecto negativo

- Distorsión
- Ansiedad
- Irritabilidad/malestar

#### Disfunción ejecutiva

- Impulsividad/Compulsividad
- Más sueño
- Más capacidad toma decisiones

Koob GF, Volkow ND. Neurocircuitry of addiction. *Neuropsychopharmacology*. a publication of the American College of Neuropsychopharmacology [Internet]. Nature Publishing Group; 2010 Jun. 15;25(5):217–38. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2916141/>

## DEPENDENCIA FÍSICA

Necesidad fisiológica de los opioides (el organismo se ha habituado a su presencia). Responsable de los síntomas de abstinencia cuando se suspenden los opioides de forma brusca.

# Neuroadaptación límbica

✓ Los síntomas de neuroadaptación límbica serían los síntomas **cognitivos**, **motivacionales**, **emocionales** y **conductuales** de los estados de **craving**.

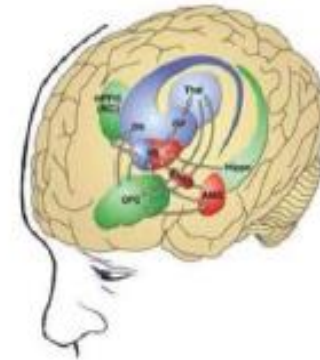
☑ Síntomas **apetitivos**:

- Los relacionados con el **efecto reforzador positivo**

☑ Síntomas **evitativos**:

- Los relacionados con el **efecto reforzador negativo**

## Sistemas cerebrales implicados en el desarrollo de la adicción



### Recompensación

- **Núcleo accumbens (NAc)**, incluyendo núcleo accumbens ventral, núcleo accumbens dorsal, núcleo accumbens medial, núcleo accumbens lateral
- **Núcleo subestriado (STN)**, núcleo subestriado

### Modulación negativa

- **Amygdala (AMG)**, **Núcleo accumbens** (NAc), **Corteza prefrontal (CPF)**, **Corteza entorrinal (ENT)**, **Corteza cingulada (CG)**, **Corteza orbitofrontal (COF)**, **Corteza prefrontal (CPF)**, **Corteza entorrinal (ENT)**, **Corteza cingulada (CG)**, **Corteza orbitofrontal (COF)**

### Procesamiento ejecutivo

- **Corteza prefrontal (CPF)**, **Corteza entorrinal (ENT)**, **Corteza cingulada (CG)**, **Corteza orbitofrontal (COF)**, **Corteza prefrontal (CPF)**, **Corteza entorrinal (ENT)**, **Corteza cingulada (CG)**, **Corteza orbitofrontal (COF)**

### Relevancia estímulos

- Euforia
- Intoxicación
- Aprendizaje estímulos
- Hábitos

### Afecto negativo

- Distorsión
- Ansiedad
- Irritabilidad/ malestar

### Disfunción ejecutiva

- Impulsividad/ Compulsividad
- Aits sueño
- Aits capacidad toma decisiones

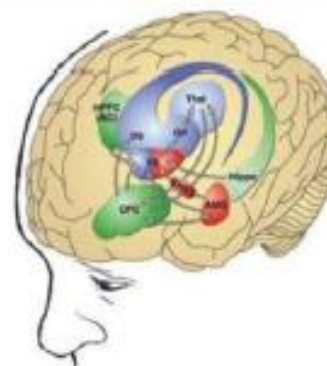
Koob GF, Volkow ND. Neurocircuitry of addiction. *Neuropsychopharmacology* : official publication of the American College of Neuropsychopharmacology [Internet]. Nature Publishing Group; 2010 Jan [cited 2013 Jun 15];35(1):217-36. Disponible en: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2805963&tool=pmcentrez&render=abstract>

# Neuroadaptación prefronto-estriada

Los síntomas de neuroadaptación prefronto-estriada serían:

- ☑ las manifestaciones **cognitivo-conductuales** de la **compulsión al consumo**
- ☑ la **dificultad para controlar la conducta adictiva**

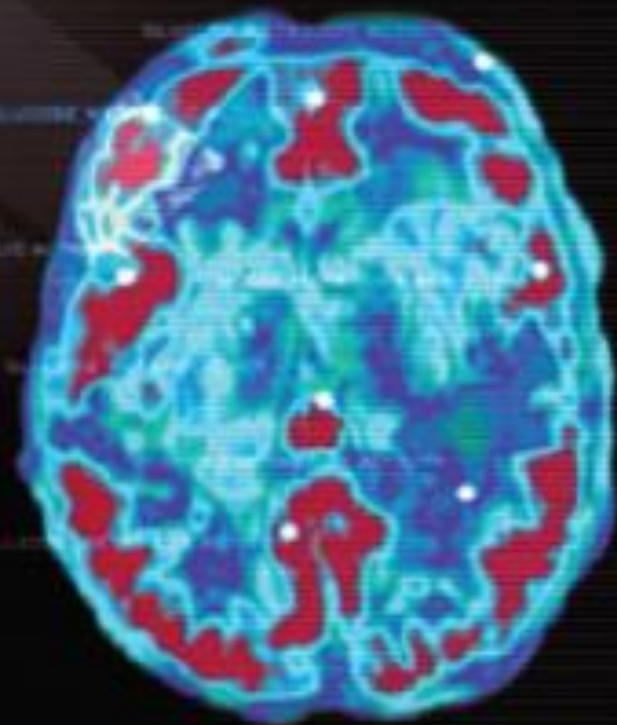
## Sistemas cerebrales implicados en el desarrollo de la adicción



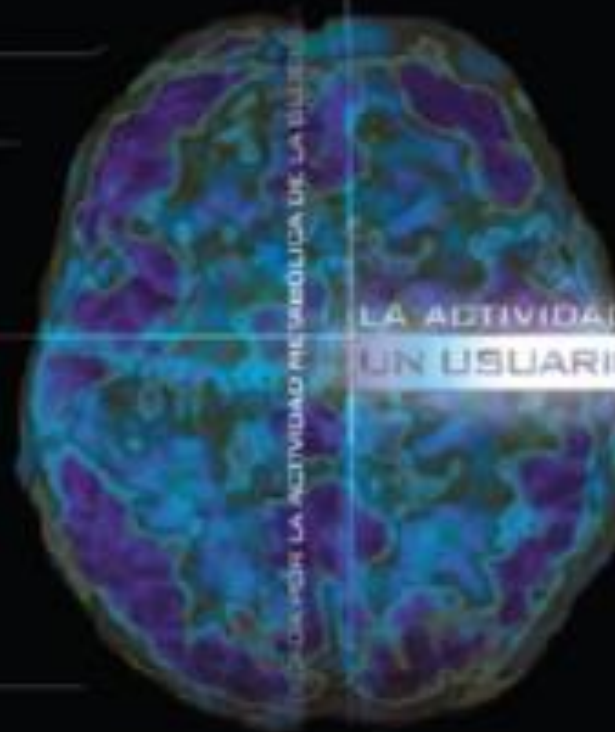
- Relevancia estímulos**
- Euforia
  - Intoxicación
  - Aprendizaje estímulos
  - Hábitos
- Afecto negativo**
- Distoria
  - Ansiedad
  - Irritabilidad/ malestar
- Disfunción ejecutiva**
- Impulsividad/ Compulsividad
  - Alta sueño
  - Alta capacidad toma decisiones

Koob GF, Volkow ND. Neurocircuitry of addiction. *Neuropsychopharmacology* : official publication of the American College of Neuropsychopharmacology [Internet]. Nature Publishing Group; 2010 Jan [cited 2013 Jan 22];35(1):207-18. Disponible en: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2895606&url=pubmed&render=page>





LA ACTIVIDAD CEREBRAL **SAUDABLE** mostrada por la actividad metabólica de la glucosa.



LA ACTIVIDAD CEREBRAL DE UN USUARIO DE DROGAS

*“La drogadicción es una enfermedad del cerebro que se puede tratar”.*



Nora D. Volkow, M.D.  
Directora  
Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas



# ADICCIÓN A ANALGÉSICOS OPIOIDES

## Factores de riesgo implicados en el desarrollo de adicción



Dosis diarias > 100 mg DEM

Uso opioides a largo plazo

- > 3 meses

Comorbilidad psiquiátrica

- Depresión, Ansiedad, TEPT, T Personalidad, TUS

Formulaciones de acción potente y liberación UR

Edad joven

- 16 - 45 años



# Trastornos por consumo de sustancias: Características

A.- Patrón patológico de comportamientos relacionados con el consumo de sustancias:

## Control deficitario

- 1.- Consumo en grandes cantidades o durante más tiempo
- 2.- Deseos insistentes en dejar o regular el consumo y múltiples esfuerzos fallidos por disminuir/abandonar
- 3.- Invierte mucho tiempo en conseguir, consumir o recuperarse de sus efectos
- 4.- Deseo intenso de consumo ( ansia/ urgencia)

## Deterioro social

- 5.- Incumplimiento deberes (académico, laboral y doméstico)
- 6.- Sigue consumiendo a pesar de los múltiples problemas sociales e interpersonales
- 7.- Reducción o abandono actividades sociales, ocupacionales o recreativas

## Consumo de riesgo

- 8.- Consumo recurrente incluso en situaciones de riesgo físico
- 9.- Consumo continuado a pesar de los problemas físicos ó psicológicos

## Criterios farmacológicos

- 10.- TOLERANCIA
- 11.- ABSTINENCIA

### CRITERIOS de Gravedad

- LEVE: 2-3 síntomas
- MODERADO: 4-5 síntomas
- GRAVE > 6 síntomas



# ADICCION A ANALGÉSICOS OPIOIDES

## 1.2 - Criterios diagnósticos del trastorno por uso de analgésicos opioides(DSM-5)

Patrón problemático del consumo de opioides que provoque un deterioro o malestar clínicamente significativo y que se manifiesta al menos por 2 de los siguientes hechos:

- Consumo frecuente de cantidades superiores a las pautadas o durante más tiempo del previsto
- Deseo persistente de abandonar o controlar el consumo, y fracaso en los esfuerzos por lograrlo
- Mucho tiempo invertido en actividades relacionadas con el consumo
- Craving o poderosos deseo o necesidad de consumir

Incumplimiento de los deberes fundamentales debido al consumo

Consumo continuado a pesar de las consecuencias negativas

Consumo importante en situaciones importantes

Consumo importante en situaciones importantes

Consumo mantenido a pesar de problemas físicos y psicológicos

Tolerancia\*

Abstinencia\*

**(\*) Tolerancia y abstinencia solo podrán considerarse como criterios diagnósticos en aquellos pacientes que no estén bajo una supervisión médica adecuada o no se atengan a la prescripción médica.**



## Trastornos Inducidos por Opiáceos

Cod	SUSTANCIA	T. Psicóticos	T. Bipolares	T. Depresivos	T. Ansiedad	TDC	T. Sueño	Disf. Sexuales	Sme confusional (Delirium)	T Neurocognitivos	T Consumo sustancias	Intoxicación	Abstinencia
<b>F11</b>	<b>Opioides</b>			<b>I/A</b>	<b>A</b>		<b>I/A</b>	<b>I/A</b>	<b>I/A</b>		<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>

X: La categoría está reconocida en el DSM-5

I: Se puede añadir el especificador: " de inicio durante la intoxicación"

A: Se puede añadir el especificador: " de inicio durante la abstinencia"

I/A: Se puede añadir el especificador: " de inicio durante la intoxicación" ó " de inicio durante la abstinencia"

## Trastornos Inducidos por Opiáceos

- T. Depresivos
- T. Ansiedad ( Sme abstinencia)
- T. Sueño
- Disf sexuales
- Sme Confusional (delirium)
- TUS: T Uso Sustancias**
- Intoxicación**
- Sme Abstinencia**

**TABLA 3. Diagnóstico diferencial entre tolerancia, síndrome de abstinencia, adicción e hiperalgesia inducida por opioides\***

Fenómeno	Definición	Síntomas	Solución
<b>TOLERANCIA</b>	Disminución de la respuesta analgésica a una dosis estable de opioide.	Reaparición del dolor con la misma intensidad que antes de iniciar el tratamiento.	Aumentar la dosis del opioide y valorar
<b>SÍNDROME DE ABSTINENCIA</b>	Reacción fisiológica a la interrupción brusca de la administración del opioide o a la administración de un antagonista después de un uso reciente de opioides.	Disforia, trastornos gastrointestinales, dolores musculares, lagrimeo, rinorrea, midriasis, sudoración, piloerección, bostezos, fiebre, insomnio.	Desintoxicación o aumento de dosis del opioide.
<b>ADICCIÓN</b>	Patrón dominante y problemático con el uso de opioides, a pesar de las consecuencias negativas.	El uso recurrente provoca déficits físicos e interpersonales, tolerancia, abstinencia, deseo y búsqueda del opioide, cambios del humor y alteraciones de la personalidad.	Valorar reducir la dosis. Desintoxicación o tratamiento de mantenimiento con sustitutivos (metadona o buprenorfina/naloxona) Programas de rehabilitación.
<b>HIPERALGESIA</b>	Estado de aumento de la sensibilidad al dolor difuso ante un estímulo de intensidad estable, independiente de la progresión de la enfermedad.	Empeoramiento significativo del dolor original o dolor difuso que es independiente del dolor original y que empeora al aumentar la dosis de opioide.	Rotación de opioides. Retirada del opioide y valorar tratamiento con sustitutivos. Fármacos coadyuvantes (ketamina, destrometorfano, pregabalina, gabapentina, inhibidores de la Cox-2)

\* Adaptada de Arout y col.<sup>10</sup>

\*Henche Ruiz, AI: "El auge de la analgesia opioide. Problemas relacionados con el uso a largo plazo". Boletín Farmacoterapéutico de Castilla-La Mancha (SESCAM). Vol XVII nº3 2016



# TOLERANCIA

- ☑ La administración continuada de cualquier opioide conlleva el desarrollo de **tolerancia**, que implica la **necesidad de aumentar la dosis de forma periódica para lograr mantener el efecto**.
  - ❖ La **tolerancia a los efectos analgésicos y euforizantes** de los opiáceos se desarrolla de forma relativamente rápida
  - ❖ La **tolerancia a la depresión respiratoria** lo hace más lentamente
  - ❖ Con los aumentos progresivos de dosis para mantener la analgesia (o la euforia), el riesgo potencial de sobredosis va en aumento
- ☑ **Cambios neuroadaptativos** del sistema opioide que conducen a la desensibilización de los receptores opioides.





# TOLERANCIA

## ✓ Tolerancia cruzada:

Extensión de la tolerancia de una sustancia a otras que están química y farmacodinámicamente relacionadas.

## ✓ Tolerancia cruzada incompleta entre opioides:

Se desarrolla para un agonista opioide determinado y en menor medida para el resto, tanto para la **analgesia** como para la **toxicidad**.

Cuando se cambia de agonista en una rotación de opioides, se **reducirá a una dosis de un 25-75%** ( hasta un 90% en caso de la metadona) porque la tolerancia para el nuevo opioide será menor que la desarrollada para el opioide original.



# Conclusiones (1)



Es esperable que los pacientes con dolor en tratamiento con analgésicos opioides sean dependientes, que no significa que sean adictos

La administración continuada de cualquier opioide conlleva el desarrollo de **tolerancia y Síndrome de abstinencia** cuando se suspende de forma brusca el consumo

**Conductas aberrantes:** cualquier comportamiento relacionado con la medicación que se aparte de la estricta adherencia al plan terapéutico

La **tolerancia y abstinencia** no se considerarán criterios diagnósticos del trastorno por consumo en los pacientes con dolor crónico que solo toman los analgésicos bajo supervisión médica adecuada

Debemos transmitir al paciente que el objetivo principal del tratamiento es **mejorar la funcionalidad física y mental** y su **calidad de vida**

# Conclusiones (2)



El **mal uso o uso indebido** de los analgésicos opioides de prescripción puede provocar **cuadros de intoxicación aguda** con depresión respiratoria

El consumo simultáneo de **analgésicos opioides y benzodiacepinas** **cuadruplica el riesgo de muerte por sobredosis**.

Tanto el paciente como sus familiares deben ser informados del riesgo de interacción y de los signos de potencial toxicidad de la combinación de ambos fármacos por sinergia.

Las personas que presenten **trastornos psiquiátricos o adictivos** tienen un **mayor riesgo de consumo prolongado de analgésicos opioides**.

Los **trastornos depresivos y de ansiedad** se asocian con **mayor intensidad del dolor, más quejas y mayor interferencia con las actividades de la vida diaria**.

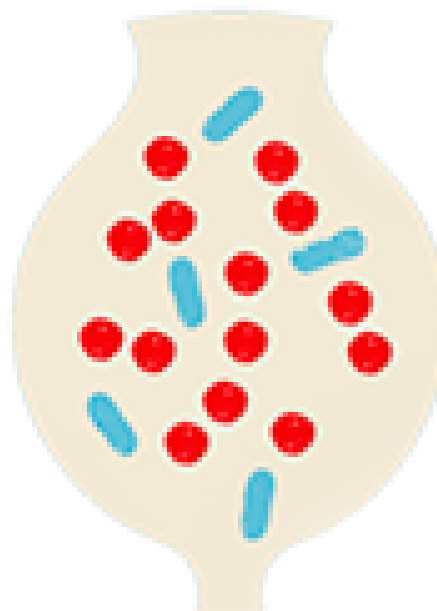
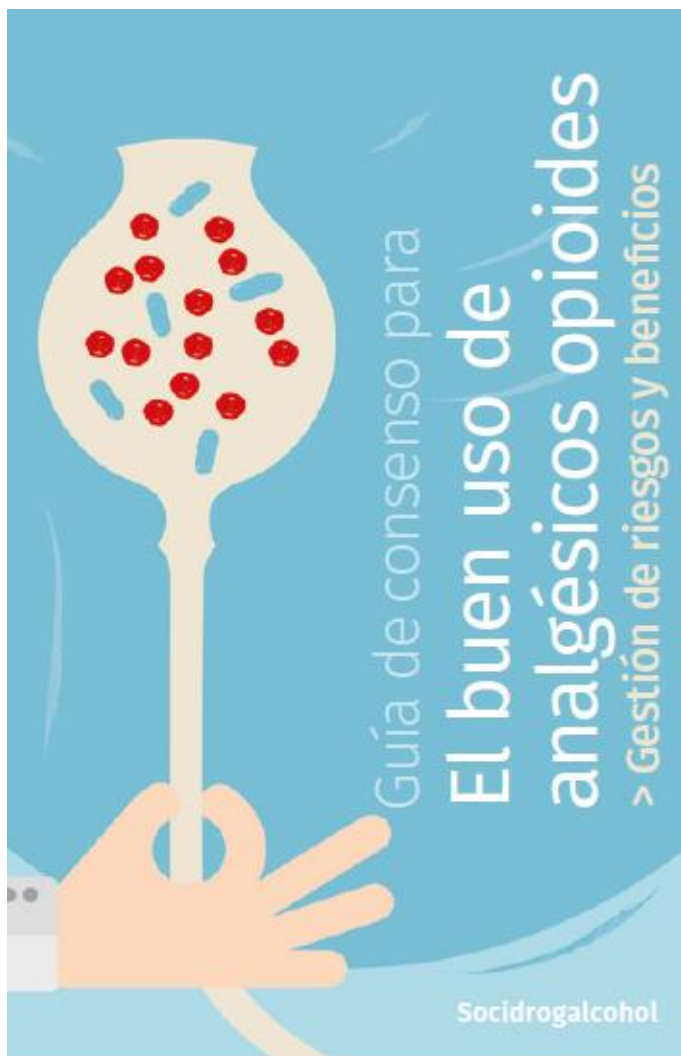
El uso de analgésicos opioides con ISRS puede desencadenar **Sme Serotoninérgico tipo NIO**, que debemos tener en cuenta

# BIBLIOGRAFÍA





# BIBLIOGRAFÍA



[http://www.pnsd.mscbs.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/bibliotecaDigital/publicaciones/pdf/2017\\_GUIA\\_Buen\\_uso\\_opioides\\_Socidrogalcohol.pdf](http://www.pnsd.mscbs.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/bibliotecaDigital/publicaciones/pdf/2017_GUIA_Buen_uso_opioides_Socidrogalcohol.pdf)

<http://socidrogalcohol.org/manuales-y-guias-clinicas-de-socidrogalcohol/file/178-guía-de-consenso-para-el-buen-uso-de-analgésicos-opioides.html?tmpl=component>





# BIBLIOGRAFÍA



 <http://analgesicosopioides.org/>



 <https://www.sedolor.es/>



 <https://www.painedu.org/clinician-tools/#tools-to-download>

 <https://www.cdc.gov/drugoverdose/prescribing/guideline.html>



Centers for Disease Control and Prevention  
CDC 24/7: Saving Lives, Protecting People™

 <http://nationalpaincentre.mcmaster.ca/>





# BIBLIOGRAFÍA

## Guías clínicas

**Guía de consenso para el buen uso de analgésicos opioides. Gestión de Riesgos y Beneficios.**  
J Guardia Serecigni Cord. Socidrogalcohol 2017

**Prácticas seguras para el uso de opioides en pacientes con dolor crónico. 2015.**  
Documento de consenso. Ministerio de Sanidad,SS e Igualdad.

<https://www.sedolor.es/download/practicas-seguras-uso-opioides-pacientes-dolor-cronico/>

**The 2017 Canadian Guideline for Opioids for Chronic Non-Cancer.**  
Jason Busse Main Editor (pdf)

 [http://nationalpaincentre.mcmaster.ca/documents/Opioid%20GL%20for%20CMAJ\\_01may2017.pdf](http://nationalpaincentre.mcmaster.ca/documents/Opioid%20GL%20for%20CMAJ_01may2017.pdf)

2017 Canadian Guideline  
for Opioids for  
Chronic Non-Cancer Pain



Download PDF

**Guideline for opioid therapy and chronic noncancer pain. CMAJ (2017)**  
<https://www.cmaj.ca/content/cmaj/189/18/E659.full.pdf>

**CDC- Guideline for Prescribing Opioids for Chronic Pain. CDC (2016)**  
<https://www.cdc.gov/drugoverdose/prescribing/guideline.html>



# BIBLIOGRAFÍA Boletines

## **Dolor crónico no oncológico: Tratamiento farmacológico. CADIME (2015)**

- [https://cadime.es/docs/bta/CADIME\\_BTA\\_2015\\_30-4.pdf](https://cadime.es/docs/bta/CADIME_BTA_2015_30-4.pdf)

## **Uso adecuado de opioides mayores en el dolor crónico no oncológico. Bolcan (2016)**

- [https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/f18ff244-a298-11e6-acfb-b7af34d5e321/BOLCAN\\_Vol8\\_N2\\_OpioidesMayores\\_DCNO\\_SEPT2016.pdf](https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/f18ff244-a298-11e6-acfb-b7af34d5e321/BOLCAN_Vol8_N2_OpioidesMayores_DCNO_SEPT2016.pdf)

## **El auge de la analgesia opioide. Problemas relacionados con su uso a largo plazo. SESCAM (2016).**

- [https://sanidad.castillalamancha.es/sites/sescam.castillalamancha.es/files/documentos/farmacia/boletin\\_3\\_2016.pdf](https://sanidad.castillalamancha.es/sites/sescam.castillalamancha.es/files/documentos/farmacia/boletin_3_2016.pdf)

## **Dolor crónico no oncológico. SESCAM (2014)**

- [https://sanidad.castillalamancha.es/sites/sescam.castillalamancha.es/files/documentos/farmacia/dolor\\_cronico\\_0.pdf](https://sanidad.castillalamancha.es/sites/sescam.castillalamancha.es/files/documentos/farmacia/dolor_cronico_0.pdf)

## **Riesgos asociados al uso de opioides. Butletí de Prevenció d'Errors de Medicació (2016)**

## **Opioides en el tratamiento del dolor crónico no oncológico. BITN (2014).**

- [https://www.navarra.es/NR/rdonlyres/56A8FB8B-FEDF-4C55-B004-C4EE91169C0C/327202/Bit\\_v22n6.pdf](https://www.navarra.es/NR/rdonlyres/56A8FB8B-FEDF-4C55-B004-C4EE91169C0C/327202/Bit_v22n6.pdf)
- 



# BIBLIOGRAFÍA

- Calvo Falcon, Rafael & Torres, Luis M. (2017). **Tratamiento con opioides en dolor crónico no oncológico: Recomendaciones para una prescripción segura.** Revista de la Sociedad Española del Dolor. 24. 10.20986/resed.2017.3550/2016.
- Arbonés,E; Montes,A.: **Riesgos asociados al abuso de opioides.** Serv Anest. H del Mar. Barcelona. Butlletí de Prevenció d' Errors de Medicació de Catalunya. Vol 14 nº 4 oct-dic.2016. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya.
- Opioides en el manejo del dolor. El difícil equilibrio entre la opiofobia y la opiofilia.** INFAC vol. 22 Nº 5 2014.
- Addiction Behaviors Checklist (ABC):** Published in: Wu SM, Compton P, Bolus R, et al. The addiction behaviors checklist: validation of a new clinician-based measure of inappropriate opioid use in chronic pain. *J Pain Symptom Manage.* 2006;32(4):342-351.



MUCHAS  
GRACIAS



[josemanuel.fernandez.fernandez@sergas.es](mailto:josemanuel.fernandez.fernandez@sergas.es)



