

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

Capítulo IV.1.- Conductas aberrantes inducidas por opioides. Que son, como detectarlas y cómo manejarlas.

José Manuel Fernández Fernández  
Médico Psiquiatra UAD Ribeira

## Capítulo IV.1.- CONDUCTAS ABERRANTES INDUCIDAS POR OPIOIDES.

### Que son, como detectarlas y como manejarlas

- 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.**

## DEPENDENCIA FRENTE A ADICCIÓN

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**.

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 la **búsqueda compulsiva** de estos fármacos y una **pérdida de control sobre su uso**.

## USO INDEBIDO Y CONDUCTAS ABERRANTES

El **uso indebido** de los analgésicos opioides es un término amplio que se refiere a 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 **finés distintos** a los **prescritos** y **sin que sea necesario** que la persona busque **conseguir efectos gratificantes**.

Este término englobaría:

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

Estas y otras conductas relacionadas con los opioides son comportamientos que deben alertarnos sobre la posibilidad de **uso indebido**, **abuso** o **adicción**.

## IV.1.2.- CONDUCTAS ABERRANTES. Qué es?

El término **conductas aberrantes** hace referencia a *cualquier comportamiento relacionado con la medicación que se aleje de la estricta adherencia al plan terapéutico.*

**CONDUCTAS ABERRANTES Cómo detectarlas  
“Check list “**

**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

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 detecta en un paciente, su evaluación y seguimiento deben ser más exhaustivos.**

## EVALUACION DE POSIBLES CONDUCTAS ABERRANTES RELACIONADAS CON LOS ANALGÉSICOS OPIOIDES

**Tabla 7.** Conductas aberrantes y señales de alarma que nos deben hacer sospechar un uso inadecuado de los analgésicos opioides.

Alteración de la vía de administración	Masticar o calentar los parches. Inyectarse los comprimidos machacados.
Acceso a los opioides por distintas vías	Aceptar los opioides de amigos o parientes. Comprar el fármaco en la calle. Obtener recetas de varios médicos. Acudir frecuentemente a urgencias solicitando el fármaco.
Uso indebido	Múltiples aumentos de dosis sin supervisión médica. Uso compulsivo en lugar de seguir la pauta programada.
Búsqueda compulsiva de los opioides	Consultas repetidas refiriendo pérdidas de recetas. Solicitar (incluso de forma agresiva) aumentos frecuentes de dosis. Expectativas erróneas sobre el tratamiento opioide ("Nada más funciona"). Resistencia a la rotación de opioides o a la disminución de dosis. Rechazar de forma sistemática los tratamientos no opioides y los tratamientos no farmacológicos.
Síntomas de abstinencia repetidos	Disforia, mialgias, síntomas gastrointestinales, ansiedad, deseo compulsivo de consumir los opioides.
Trastornos concomitantes	Adicción o uso nocivo de alcohol u otras drogas. Trastornos subyacentes del estado de ánimo o de ansiedad que no respondan a los tratamientos habituales.
Problemática sociofamiliar	Deterioro o aislamiento social. Preocupación expresada por los familiares.
Consideraciones sobre los opioides	Puede considerar ser adicto o abusar de los opioides. Admite utilizar los opioides para estabilizar el ánimo. Reconoce síntomas de abstinencia.

BOLETIN DE INFORMACION FARMACOTERAPEUTICA DE NAVARRA CLAVES PARA UN USO ADECUADO DE OPIOIDES EN DOLOR CRONICO NO ONCOLOGICO

### CONDUCTAS ABERRANTES

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



## ABUSO Y ADICCIÓN

El **abuso** de una sustancia se define como el **uso intencional no médico** de forma **recurrente** para lograr un **efecto físico** o **emocional deseado**.

En el caso de los analgésicos opioides, hablaríamos de **abuso** cuando una persona los toma de **forma intencional**, **sin una prescripción médica** o de una **forma distinta a la prescrita** (en cuanto a dosis o vía de administración) **con el fin de lograr efectos gratificantes**. Estos actuarían como **reforzadores positivos** para el **inicio de la adicción**, como ocurre en los consumidores ilícitos de otros opioides.

Sin embargo esto no es lo habitual. En general, los **pacientes con dolor crónico sin antecedentes** de consumo de alcohol u otras drogas **tratados con analgésicos opioides** se suelen saltar la etapa de refuerzo positivo y no presentan necesariamente el perfil de riesgo del consumidor ilícito. En estos pacientes parece que el **refuerzo negativo** que suponen la **desaparición de la anhedonia**, la **hiperalgesia** y la **abstinencia** desencadena la **búsqueda compulsiva** de **los analgésicos opioides** para **aliviar estos síntomas**.

### DEPENDENCIA FRENTE A ADICCIÓN

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, hiperalgesia y abstinencia) desencadena la **búsqueda compulsiva** de los analgésicos opioides para aliviar estos síntomas.

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

Según la última edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5), para el diagnóstico del trastorno por consumo de opiáceos se requiere la *presencia de un patrón problemático de consumo que provoque un deterioro o malestar clínicamente significativo y que se manifieste al menos por 2 hechos de los especificados en la tabla adjunta.*

MANUAL DIAGNÓSTICO Y ESTADÍSTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES DSM-5

## 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

La **tolerancia** y la **abstinencia** no podrán considerarse criterios diagnósticos por consumo (adicción) en los pacientes con dolor crónico que solo toman analgésicos opioides bajo supervisión médica adecuada. En cambio, **podrían considerarse como criterios diagnósticos** en aquellos **pacientes que no se atienen a la prescripción médica (toman más dosis de la pauta, siguen prescripciones de diferentes médicos a la vez duplicando la medicación, se automedican consiguiendo los opioides por otras vías, etc.).**

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.

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.

## 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.

## 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. Sociodrogalcohol

## 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

## IV1.3.- CONDUCTAS ABERRANTES. ¿ CÓMO DETECTARLAS?

- Si se detectan en un paciente, su evaluación y seguimiento deben ser más exhaustivos.
- Existen varios instrumentos que nos ayudan a la evaluación del riesgo de abuso o detección de conductas aberrantes respecto a los analgésicos opioides de prescripción, Algunos cuestionarios en formato *“check list”* y otros cuestionarios autoaplicables y que nos pueden ayudar en la toma de decisiones clínicas.

### 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. Lista de Conductas Adictivas o ABC (*“Addiction Behaviors Checklist”*)
4. PDAT 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

### A.- “Checklist”

### CONDUCTAS ABERRANTES Cómo detectarlas “Check list “

CONDUCTAS ABERRANTES RELACIONADAS CON LOS ANALGÉSICOS OPIOIDES

<input type="checkbox"/> Quedarse sin medicación en poco tiempo de forma reiterada
<input type="checkbox"/> Solicitar recetas a varios médicos ( <i>“doctor shopping”</i> )
<input type="checkbox"/> Perder frecuentemente las recetas de analgésicos opioides
<input type="checkbox"/> Solicitar frecuentemente aumentos de dosis
<input type="checkbox"/> Aumentar la dosis sin supervisión médica
<input type="checkbox"/> Centrar las consultas en los opioides
<input type="checkbox"/> Frecuentar los servicios de urgencias
<input type="checkbox"/> 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. Sociodrogalcohol

### CONDUCTAS ABERRANTES Cómo detectarlas “Check list “

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

**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).

Addition behaviors—since last visit	Y	N	NA
1. Patient used illicit drugs or evidenced 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

Addition behaviors—within current visit	Y	N	NA
1. Patient appears excited 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/insignificant relief from narcotic analgesic	Y	N	NA
11. Patient indicated difficulty with medication agreement	Y	N	NA

Other

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

**ABC Score:**  
Score of 1/3 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. Clark, PhD, with support from VA Health Services Research and Development. Used with permission. Published in: Wm. S. Compton, D. Stinson, E. et al. The addition behaviors checklist: validation of a new clinician-based measure of inappropriate opioid use in chronic pain. J. Fam. Psychol. 2010; 24: 381-391.

\*en: Riesgos asociados al abuso de opioides. Arbonés, E; Montes, A. Butlletí de Prevenció d' Erros de Medicació de Catalunya. Vol.14 Nº4 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**

- Analgesia eficaz
- Actividades vida diaria
- Efectos Adversos
- Aparición conductas Aberrantes

- ❖ "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: 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 sondas. Utilice la sección "Evaluación" a continuación para observar detalles adicionales.

- Sobredosis 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
- Acaparramiento (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?  Sí  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

## EL MANAGER OPIOIDE

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

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

**Cuando suspender un opiáceo**

**Ejemplos y consideraciones**

**Condición adversa resuelta**

**Riesgos/complicaciones**

**Efectos adversos > beneficios**

**Complicaciones médicas**

**La efectividad analgésica no es adecuada**

**Comportamiento anormal relacionado con el uso de opioides**

**Indicador**

**Ejemplos**

**Abuso de la vía de administración**

**Adquisición del opiáceo por otros fuentes**

**Uso no autorizado**

**Almacenamiento de drogas**

**Síntomas de abstinencia repetidos**

**Condiciones asociadas**

**Características sociales**

**Opinión personal acerca de la medicación opiáceo**

## CONDUCTAS ABERRANTES

### COMPORTAMIENTO ANORMAL relacionado con drogas (modificado por Passik, Kirsh et al, 2002) - El manager opiáceo área D

Indicador	Ejemplos
Alteración vía administración	<input type="checkbox"/> Inyectando, mordiéndose o triturando presentaciones orales <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
Adquisición del opiáceo por otras fuentes	<input type="checkbox"/> Múltiples incrementos de dosis sin previa autorización <input type="checkbox"/> Uso en exceso y descontrolado
Uso no autorizado	<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".
Búsqueda desesperada	<input type="checkbox"/> Dismoría, malajías, síntomas gastrointestinales, ansiedad
Síntomas de abstinencia repetidos	<input type="checkbox"/> Alcoholismo, adicción a cocaína, cannabis u otras drogas <input type="checkbox"/> Ansiedad o TEA que no responde al tto
Condiciones asociadas	<input type="checkbox"/> Deterioro o pobre funcionamiento social <input type="checkbox"/> Preocupación expresada por los miembros de la familia
Características sociales	<input type="checkbox"/> Admite algunas veces ser adicto <input type="checkbox"/> Se resiste a disminuir dosis o rotar el opiáceo <input type="checkbox"/> Admite un efecto de cambios en el estado de ánimo <input type="checkbox"/> Admite síntomas de Sme abstinencia
Opinión personal acerca de la medicación opiáceo	<input type="checkbox"/> Compartimientos más indicativos de adicción

\*en: El manager opiáceo. National Opioid Use Guideline Group (NOUGG) Canadian

**B.- CUESTIONARIOS:**

**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 ( items) 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.

**INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN**

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

- ❖ Autoevaluación de 17 ítems. Puntuación > 9 es (+)
- ❖ **Supervisar pacientes que están a tratamiento con analgésicos opioides a largo plazo.**
- ❖ Ayuda a determinar si los pacientes están desarrollando **conductas aberrantes asociadas al uso de opioides.**
- ❖ 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**

**C.- Control y supervisión e-recetas. Informatización recetas electrónicas.**

**INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN**

**Informatización E-receta**

**Supervisión periódica medicación pautada:**

- ☑ Evitar **sobreprescripción** 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.

En cada revisión o cada vez que se haga una receta, se debe supervisar la medicación que tiene pautada el paciente para **valorar la posible sobreprescripción** de opioides o las **combinaciones con otros fármacos** que **aumenten el riesgo de sobredosis.**

**D.- Controles de orina detección drogas abuso.**

**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

Algunas guías recomiendan realizar **controles toxicológicos** en orina al comenzar el tratamiento con analgésicos opioides y, posteriormente, al menos una vez al año, para determinar el consumo de los opioides, de otros fármacos o de drogas ilegales.

<b>TABLA 4</b>	<b>TABLA 5</b>
<b>CRITERIOS DE USO PROBLEMÁTICO DE OPIOIDES O COMPORTAMIENTO ABERRANTE</b>	<b>PATRON DE CONDUCTA DEL TRASTORNO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS DSM-V</b>

**Tabla 4. Criterios de uso problemático de opioides o comportamiento aberrante**

- Durante la consulta de dolor, el paciente muestra un enfoque abrumador en temas relacionados al opioide, ocupando gran parte del tiempo en ello, lo que impide tratar temas relacionados al dolor. Este comportamiento debe persistir más allá de la tercera sesión.
- El paciente reiteradamente (tres o más veces) solicita recetas antes del tiempo de renovación, refiriendo mayor necesidad por escalamiento de dosis, en ausencia de cambios agudos del dolor o de su condición de salud que lo justifiquen.
- El paciente hace múltiples llamados telefónicos o visita la unidad o consulta de dolor, solicitando adelanto de recetas al personal no médico. También es criterio si en solo una visita genera un problema grave (causa disturbio o conducta agresiva).
- Frecuentes problemas con la prescripción refiriendo pérdida de fármacos y recetas o robo de los mismos.
- Obtención de opioides de fuentes externas al centro donde trata su dolor, Servicios de Urgencia, otras unidades de dolor o de forma ilegal.

Comportamientos observados que se sugieren que el paciente está utilizando los opioides con un fin distinto del tratamiento de su dolor. Chabal C. Prescription Opiate Abuse in Chronic Pain Patients: Clinical Criteria, Incidence and Predictors. Clin J Pain 1997;13:150-5.

**Tabla 5. Patrón de conducta del trastorno de consumo de sustancias DSM-V**

Requiere dos o tres de las formas expuestas a continuación para hacer diagnóstico:

- Incumplimiento de las obligaciones principales en el trabajo, clases o en casa.
- Consumo continuado en situaciones físicamente peligrosas (ej. conducción).
- Problemas sociales o interpersonales persistentes o recurrentes.
- Ingesta de sustancias en cantidades mayores o durante más tiempo de lo establecido.
- Deseo persistente o esfuerzos sin éxito por reducir el consumo.
- Inversión de mucho tiempo en actividades necesarias para obtener sustancias, consumirlas o recuperarse tras su consumo.
- Renuncia o reducción de actividades sociales, ocupacionales o recreativas importantes.
- Consumo continuado a pesar de conocer el peligro.
- Ansiedad extrema por el consumo.

Criterios diagnósticos utilizados para los trastornos del consumo de sustancias, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM-V.

#### IV.1.4.- CONDUCTAS ABERRANTES ¿Cómo manejarlas?

Dadas las características especiales de los analgésicos opioides, es conveniente que los pacientes firmen un **consentimiento informado** en el que autoricen el tratamiento con estos fármacos, tras haber sido informados de todos los aspectos importantes del mismo, establecido los objetivos y elaborado el **plan individualizado de tratamiento integral**, que cubra sus necesidades físicas y psicosociales y que consiga encontrar un equilibrio adecuado entre el **alivio del dolor**, la **mejoría funcional** y los **efectos adversos**.

La **firma de este CI es imprescindible cuando se van a prescribir opioides potentes de acción ultrarrápida en pacientes con dolor crónico no oncológico**, ya que su uso en este tipo de dolor **no está indicado** en la ficha técnica.

La prescripción crónica de analgésicos opioides conlleva riesgos considerables por lo que requiere un **seguimiento estrecho** del paciente y **reevaluaciones periódicas**.

Si se plantea un **tratamiento a largo plazo**, se debe realizar una **revaluación del paciente a intervalos inferiores a 3 meses**.

En **cada revisión o cada vez que se haga una receta**, se debe **supervisar la medicación que tiene pautada** el paciente para valorar la posible **sobreprescripción** de opioides o **las combinaciones con otros fármacos** que aumenten el **riesgo de sobredosis**.

- Ante la **sospecha o certeza de uso indebido, abuso o adicción** a estos fármacos, se debe **considerar la retirada de los opioides**.
- 
- 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**.

- 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 o 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: Educación del paciente sobre analgésicos opioides.

- ✓ Aumentar la frecuencia de visitas/ controles de análisis de orina.
- ✓ Reforzar la información al paciente de los riesgos para su salud.
- ✓ Pauta de retirada de analgésicos opioides o desescalado analgésico y considerar otros enfoques terapéuticos.
- ✓ Reevaluar :
  - causa del dolor
  - medicación farmacológica no opioide y coadyuvantes antiepilépticos o antidepresivos,
  - posibilidad de técnicas percutáneas intervencionistas
  - Tratamiento psicológico
  - Técnicas no farmacológicas

**3.- Retirar el opioide causante de conductas aberrantes y rotar a otro opioide que se considere más seguro**

Entre los opioides “más seguros” se encuentran los utilizados en los tratamientos de deshabitación (**metadona** y **buprenorfina** sola o asociada a naloxona). El empleo de metadona como analgésico es controvertido en las guías, que la recomiendan solo en profesionales con experiencia en su manejo. Por otra parte, la buprenorfina es de uso habitual en dolor crónico y se encuentra disponible para su


administración por vía transdérmica, oral sublingual e inyectable.

En el caso de rotación de opioide debida a tolerancia al opioide previo, se podrían tener en cuenta, por su doble mecanismo de acción sinérgico y su baja tasa de uso excesivo, el **tramadol** en dolor moderado y el **tapentadol** en dolor moderado-severo

### PAUTAS RECOMENDADAS PARA PACIENTES CON CONDUCTAS ABERRANTES ASOCIADAS A OPIOIDES

Táboa 5.- PAUTAS RECOMENDADAS PARA PACIENTES CON CONDUCTAS ABERRANTES ASOCIADAS A OPIOIDES	
Categoría	Pauta recomendada
Evaluación del paciente	<ul style="list-style-type: none"> <li><input checked="" type="checkbox"/> Evaluación exhaustiva de todos los pacientes a los que se prescriban opioides para tratar el dolor crónico</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> 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>
Estrategia terapéutica	<ul style="list-style-type: none"> <li><input checked="" type="checkbox"/> Administración de medicamentos por un solo médico</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Ajuste cuidadoso de dosis</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Recetar menos unidades de prescripción</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Visitas más frecuentes</li> </ul>
Seguimiento	<ul style="list-style-type: none"> <li><input checked="" type="checkbox"/> Reevaluar periódicamente: efectividad del tratamiento, los efectos adversos y el cumplimiento</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Análisis de orina periódicos</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Seguimiento del posible uso indebido: Conductas aberrantes (Escala)</li> </ul>
Educación del paciente	<ul style="list-style-type: none"> <li><input checked="" type="checkbox"/> Sobre el uso correcto del fármaco</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> 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



## 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**.




## 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



## Directrices de los CDC para la prescripción de opioides para el dolor crónico no oncológico para una prescripción más segura

### 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

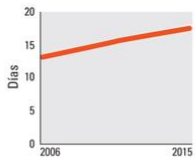
Usar opioides **solo** cuando los beneficios probablemente superen los riesgos. Las opciones distintas a los opioides incluyen:

- 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



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

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



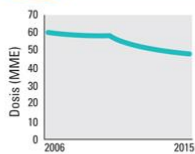
**Solución:**  
Menos días

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



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.**

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.



**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.

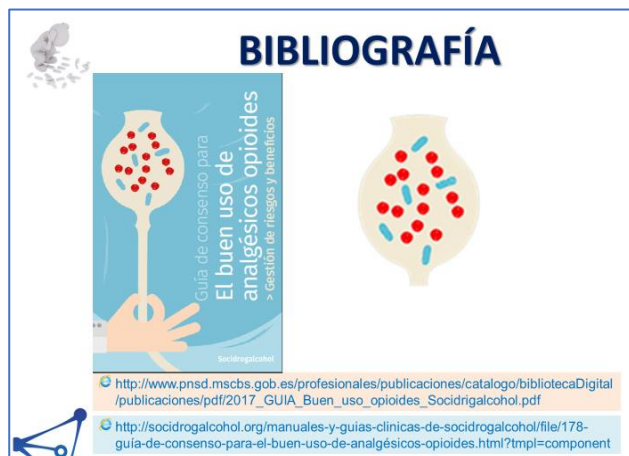
Para obtener más recomendaciones al considerar opioides para el dolor crónico cuando no se trate de cuidados terminales, vea las **Directrices de los CDC para la prescripción de opioides para el dolor crónico**. Las directrices también pueden usarse como fundamento para que los sistemas de salud, los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

[www.cdc.gov/drugoverdose/prescribing/guideline.html](http://www.cdc.gov/drugoverdose/prescribing/guideline.html)

## CONCLUSIONES:

1. El término **conductas aberrantes** hace referencia a *cualquier comportamiento relacionado con la medicación que se aleje de la estricta adherencia al plan terapéutico.*
2. 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.
3. Hay que transmitir al paciente que el **objetivo principal del tratamiento es mejorar su funcionalidad física y mental y su calidad de vida.**
4. Ante la **sospecha de un posible abuso**, podemos intentar un **tratamiento estructurado con opioides**, que consiste en ir reduciendo de forma progresiva la dosis de opioide.
5. El **mal uso o uso indebido** de los analgésicos opioides puede provocar cuadros de **intoxicación aguda o sobredosis.**
6. Conocer las **herramientas y recomendaciones de las sociedades científicas** y ponerlas en práctica. Revisar el tratamiento en los pacientes con DCNO que usen dosis > 90 mg DEM/día.
7. Ante el problema de alta prescripción, la solución: **prácticas seguras de prescripción.**
  - a. **Control recetas: menos recetas**
  - b. **Mayor frecuentación consultas**
  - c. **Usar dosis eficaz mas bajas**

## BIBLIOGRAFÍA



**BIBLIOGRAFÍA**

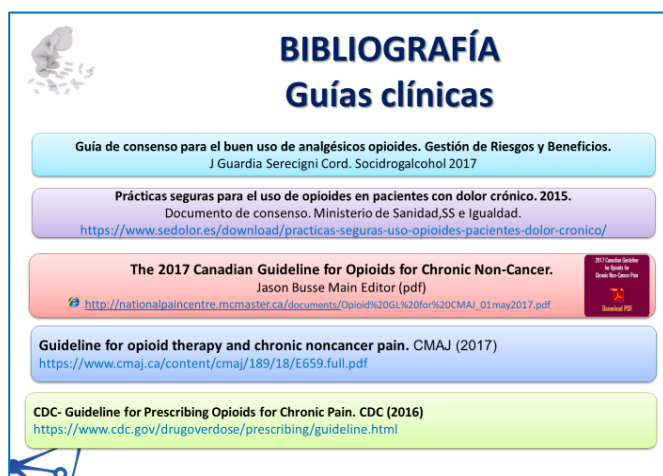
Guía de consenso para el buen uso de analgésicos opioides > gestión de riesgos y beneficios. Sociodrogalcohol

- [http://www.pnsd.mscbs.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/bibliotecaDigital/publicaciones/pdf/2017\\_GUIA\\_Buen\\_uso\\_opioides\\_Sociodrogalcohol.pdf](http://www.pnsd.mscbs.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/bibliotecaDigital/publicaciones/pdf/2017_GUIA_Buen_uso_opioides_Sociodrogalcohol.pdf)
- <http://sociodrogalcohol.org/manuales-y-guias-clinicas-de-sociodrogalcohol/file/178-guia-de-consenso-para-el-buen-uso-de-analgésicos-opioides.html?tmpl=component>



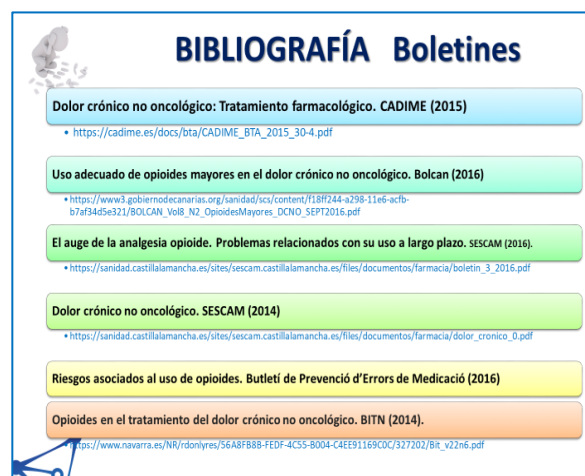
**BIBLIOGRAFÍA**

- <http://analgesicosopioides.org/>
- <https://www.sedolor.es/>
- <https://www.painedu.org/clinician-tools/#tools-to-download>
- <https://www.cdc.gov/drugoverdose/prescribing/guideline.html>  
CDC 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. Sociodrogalcohol 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-chronico/>
- The 2017 Canadian Guideline for Opioids for Chronic Non-Cancer.** Jason Busse Main Editor (pdf) [http://nationalpaincentre.mcmaster.ca/documents/Opioid%20GL%20for%20CMAJ\\_01.may2017.pdf](http://nationalpaincentre.mcmaster.ca/documents/Opioid%20GL%20for%20CMAJ_01.may2017.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/sca/content/118f744-a298-11e6-acfb-b7af34d5e321/BOLCAN\\_Vol8\\_N2\\_OpioidesMayores\\_DONO\\_SEPT2016.pdf](https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/sca/content/118f744-a298-11e6-acfb-b7af34d5e321/BOLCAN_Vol8_N2_OpioidesMayores_DONO_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/farmacologia/boletin\\_3\\_2016.pdf](https://sanidad.castillalamancha.es/sites/sescam.castillalamancha.es/files/documentos/farmacologia/boletin_3_2016.pdf)
- Dolor crónico no oncológico.** SESCAM (2014) [https://sanidad.castillalamancha.es/sites/sescam.castillalamancha.es/files/documentos/farmacologia/dolor\\_cronico\\_0.pdf](https://sanidad.castillalamancha.es/sites/sescam.castillalamancha.es/files/documentos/farmacologia/dolor_cronico_0.pdf)
- Riesgos asociados al uso de opioides.** Butlletí de Prevenció d'Errors de Medicació (2016)
- Opioides en el tratamiento del dolor crónico no oncológico.** BITN (2014). [https://www.navarra.es/NR/rdonlyres/56ABF888-FEDF-4C55-B004-C4EE91169C0C/327202/Bit\\_v22n6.pdf](https://www.navarra.es/NR/rdonlyres/56ABF888-FEDF-4C55-B004-C4EE91169C0C/327202/Bit_v22n6.pdf)

- 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.

## ANEXO

### ADICCTION BEHAVIORS CHECKLIST” (ABC) LISTA DE VERIFICACIÓN DE COMPORTAMIENTOS ADICTIVOS

#### 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.

Addiction Behaviors Checklist			
<b>Instructions: Code only for patients prescribed opioid or sedative analgesics on behaviors exhibited “since last visit” and “within the current visit” (NA = not assessed)</b>			
<b>Addiction behaviors—since last visit</b>			
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
<b>Addiction behaviors—within current visit</b>			
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
<b>Other</b>			
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.			
<b>ABC Score: _____</b>			
Score of ≥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.