

Dependencia a opioides en pacientes con dolor crónico: revisión bibliográfica

Dependence on opioids in patients with chronic pain: literature review

Victoria Eugenia Montaña

Myriam Sthefany Niño Ruiz

Resumen

Los opioides son un medicamento analgésico utilizado para el tratamiento del dolor crónico oncológico y no oncológico, se ha convertido en un problema de salud pública debido al aumento de su prescripción en las ultimas décadas por su indicación para el tratamiento del dolor crónico no oncológico, a causa de esto se ha visto que los pacientes han generado dependencia o adicción a los opioides a medida que su consumo es prolongado, aumentando el riesgo de problemas para la salud, siendo el principal la sobredosis, la cual genera depresión respiratoria y eventualmente la muerte. En este articulo trataremos como de identificar ¿Cuales son los opioides que generan mayor dependencia?, ¿Como actúan los opioides en el sistema de recompensa ubicado en el cerebro?, ¿Cómo identificar si un paciente tienen riesgo de abuso de opioides al tener un dolor crónico?, ¿Cómo realizar un tratamiento y seguimiento de estos pacientes con dolor crónico y adicción a los opioides? y ¿Cómo identificar los síndromes de abstinencia para evitar posibles complicaciones?.

Palabras clave: dolor, opioides, manejo del dolor crónico, dolor crónico no oncológico, dependencia a opioides, adicción a opioides, prescripción de opioides, fisiología del dolor.

Abstract

Opioids are an analgesic drug used for the treatment of chronic cancer and non-cancer pain, it has become a public health problem due to the prescription increment for the treatment of chronic non-cancer pain the last decades, because of this particular situation the patients has started to generate dependence or addiction to opioids as their keep using it for long periods of time, aswell that increase the risk of health problems, being the main outcome and overdose, which generates respiratory depression and eventually death. In this article we will try to identify ¿What are the opioids that generate greater dependence? ¿How do opioids act in the reward system located in the brain?, ¿How to identify if a patient is at risk of opioid abuse when having a pain chronic ?, ¿How to perform a treatment and follow-up of these patients with chronic pain and opioid addiction? and ¿How to identify the abstinence syndromes to avoid possible complications?

Keywords: pain, opioids, chronic pain management, chronic non-cancer pain, opioids dependence, opioid addiction, prescription of opioids, physiology of pain.

Introducción

Los opioides son un medicamento usualmente utilizado en el tratamiento del dolor oncológico y no oncológico, los cuales ayudan a disminuir las señales de dolor que recibe el cerebro de las distintas partes del cuerpo. Los opioides actúan en áreas del cerebro que controlan las emociones, ayudando a disminuir los efectos del estímulo doloroso, cumpliendo el cerebro un papel fundamental en el proceso de la adicción a los opioides (National Institute on Drugs Abuse, 2012). Entre los opioides mas conocidos y prescritos están la hidrocodona, la codeína, el tramadol, la morfina, la metadona, la oxicodona, la buprenorfina y la naloxona, pero existen muchos más fármacos opioides.

La morfina es el compuesto principal que se consigue del opio, el cual se obtiene de la amapola (*Papaver Somniferum* y *Papaver Album*), al cortarla sale una sustancia blanca que se transforma en una goma café, considerada opio crudo. El opio contiene muchos alcaloides, el principal es la morfina llamada así por Morfeo, dios griego del sueño, la cual se encuentra en concentraciones cercanas al 10% y de este se derivan los demás opioides (Schumacher, Basbaum y Way, 2007).

Los opioides se han convertido en un problema de salud pública a nivel mundial, debido al aumento de la prescripción en las últimas décadas. En Estados Unidos la prescripción de opioides llego a su punto máximo en 2010 y luego ha disminuido cada año hasta el 2015, pero sigue siendo 3 veces mayor en comparación a 1999. Actualmente se ha encontrado una prescripción de

opioides, 6 veces más por residente en los condados con más alta prescripción, ubicados en la zona de los Apalaches y el oeste de los Estados Unidos en comparación con los de más baja prescripción ubicado en el condado de Texas. La prescripción de opioides se comenzó a finales de la década de 1990 para tratar el dolor crónico no oncológico, como es el dolor lumbar, el dolor articular tipo artritis, el dolor neuropático, entre otros (Centers for Disease Control and Prevention (CDC), 2017).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha informado que en el mundo hay alrededor de 15 millones de personas con dependencia a los opioides, la mayoría de estas personas utilizan heroína producida y fabricada en forma ilícita, aunque el número de personas consumidoras por prescripción médica es cada vez mayor, a causa de esto se estima que cada año mueren 69.000 personas en el mundo por sobredosis de opioides. Existen tratamientos eficaces para el manejo de las personas con dependencia a los opioides, pero únicamente el 10% de las personas dependientes reciben tratamiento. En el 2010 en Estados Unidos se produjo 16.651 muertes por sobredosis a opioides prescritos y 3.036 muertes por sobredosis de heroína (OMS, 2014), demostrando que los opioides prescritos son tan peligrosos como el consumo de la heroína.

El Centro para el Control de Enfermedades (CDC) reportó para el periodo de 2006 a 2015, las tasas anuales de prescripción de opiáceos en Estados Unidos, aumentando de 72,4 a 81,2 recetas por cada 100 habitantes desde el 2006 hasta el 2010, se mantuvo constante desde el 2010 al 2012 y luego disminuyó a 70,6 por cada 100 habitantes entre el 2012 hasta 2015; la prescripción anual de opioides mayor de 30 días aumento un 58,9%, es decir paso de 17,6 a 28,0 por cada 100 habitantes, entre el 2006 al 2012 y se mantuvo igual entre 2012 al 2015. Las tasas de prescripción menor a 30 días se mantuvo estable entre el 2006 al 2012 y disminuyó de 53,2 por

cada 100 habitantes en el 2012 a 42,4 en el 2015; con base en lo anterior se observa que ocurrió una disminución en prescripción de opioides entre el 2010 y 2012 debido a la aparición de nuevas guías nacionales que regulaba la prescripción de dosis altas de opioides, creando mayor conciencia entre los médicos y pacientes por el alto riesgo de daño asociado a ellos y por nuevas políticas establecidas por el estado frente a la prescripción de opioides; A pesar de haber logrado la disminución en la prescripción, las tasa de muertes por sobredosis continúan aumentando principalmente por el uso de Fentanilo y heroína ilícitos, por lo que se establecieron nuevas políticas para reducir el número de personas expuestas a opiáceos y así evitar el trastorno por consumo de opioides (Guy Jr, et al., 2017).

En Colombia el Estudio Nacional de Sustancias Psicoactivas en 2013, reportó el consumo de alguna vez en la vida de analgésicos opioides sin prescripción médica, el cual fue del 1,07% en personas entre los 12 a 65 años, se incluyeron los siguientes fármacos: morfina, oxicodona, fentanilo, hidromorfona, meperidina, tramadol e hidrocodona, el mayor consumo se encuentra entre los 18 a 34 años y de 45 a 64 años, es más prevalente entre estratos 4 a 6 y no hay diferencia entre sexos (Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia, 2013).

La Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación (SCARE) reporta que el indicador de consumo medio de opioides prescritos fue de 300 dosis al día entre el 2011 al 2013, ubicando el consumo por encima del límite mínimo permitido por la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE), definiéndolo estadísticamente como 200 SDDD/millón de habitantes/día (SCARE, 2017).

Como hemos visto los opioides son un problema de salud pública a nivel mundial, que esta causando múltiples problemas para la salud de sus consumidores, entre los cuales se encuentra la dependencia o adicción a ellos, las sobredosis que en muchos casos resultan ser mortales. Los opioides cada vez son mas prescritos en nuestro medio por lo cual es muy importante conocer cuáles son las indicaciones para su prescripción por parte del personal medico y como identificar cuando la persona con dolor crónico oncológico o no oncológico esta generando una dependencia a ellos, para prevenir toda la problemática expuesta anteriormente.

Metodología

Se realizó una búsqueda sistemática en la literatura publicada en bases de datos electrónicas para identificar ensayos controlados, aleatorizados, estudios de cohorte, casos clínicos de interés sobre pacientes con dolor oncológico y no oncológico con consumo de opioides para su tratamiento de dolor que han demostrado tener dependencia o adicción a opioides. Se utilizaron bases de datos electrónicas como Uptodate, Pubmed, Ovid, Cochrane, EBSCON, entre otros. Se empleo el análisis intra e intertextual y como instrumento se utilizó la ficha bibliográfica.

Desarrollo del tema

Opiáceos y dolor crónico

El dolor es una experiencia multidimensional, tiene un componente sensorial-discriminativo, otro afectivo no placentero y un tercer componente cognitivo o atencional, el estímulo doloroso es percibido por el sistema sensorial exteroceptivo, el cual se integra

posteriormente al sistema nervioso central (SNC), generando una reacción ante el estímulo doloroso (Change Pain, 2017).

Los opioides son los fármacos más usados para el tratamiento del dolor moderado a intenso oncológico y para pacientes no oncológicos con dolor crónico, aunque su uso es controversial (Labianca, Sarzi-Puttini, Zuccar, Cherubin, Vellucci y Fornasar, 2012). El dolor no oncológico crónico (>3meses) ha aumentado la prescripción de opioides en los últimos 20 años y con ello la aparición de los efectos secundarios por el consumo prolongado de opioides (Edgerton y Loven, 2011).

Los opiáceos recetados se pueden usar para tratar el dolor de moderado a severo y a menudo se recetan después de una cirugía o lesión, o por problemas de salud como el cáncer. En los últimos años, se ha producido un aumento dramático en la aceptación y el uso de los opiáceos recetados para el tratamiento del dolor crónico no relacionado con el cáncer, como el dolor de espalda o la osteoartritis, a pesar de los graves riesgos y la falta de pruebas sobre su eficacia a largo plazo.

Fisiología del dolor

Existen diversos estímulos productores de dolor por lo cual los receptores del dolor varían según el tejido, para la piel los estímulos dolorosos serían los que potencialmente lesionan los tejidos como: quemaduras, pinchazos, lesiones por congelación, cortada y trituración (maceración de la piel). En las vísceras huecas como el estómago y el intestino el dolor es a causa de ingurgitación o inflamación de la mucosa, distensión o espasmo del musculo liso y tracción sobre

la inserción mesentérica. En el musculo esquelético el dolor es por isquemia, esta es la base de la claudicación intermitente, necrosis, hemorragia e inyección de soluciones irritantes y lesión de las vainas de tejido conjuntivo, en el musculo cardiaco el dolor es por isquemia. En las articulaciones el dolor es causado por inflamación y exposición a solución salina hipertónica provocando dolor en la membrana sinovial, estiramiento y desgarro de los ligamentos. En la cabeza el dolor comprende la tracción ejercida en arterias y estructuras meníngeas que las sostienen ocasionada por traumas, o tener lesiones intraneurales de las vainas de los nervios, compresión de las raíces nerviosas y ganglios sensitivos son algunas causas de dolor en la cabeza o cefaleas (Ropper, Samuels y Klein, 2014).

El dolor fisiológico alerta sobre estímulos lesivos en el entorno, por lo cual detectar y recordar los tipos nocivos que causan lesiones es un paso evolutivo clave en el desarrollo de un sistema nervioso plásico.

El dolor fisiológico inicia en las fibras sensoriales nociceptoras (terminaciones periféricas de las fibras aferentes sensoriales primarias) especializadas en los diferentes tejidos, activados únicamente por estímulos nocivos. Los nociceptores activan neuronas de la medula espinal que se proyecta en cortex por vía talamica, ocasionando dolor. Los nociceptores logran distinguir los estímulos inocuos de los nocivos mediante un umbral de alta estimulación y la capacidad de codificar dicha intensidad del estímulo en una frecuencia de impulsos, los nociceptores no se adaptan al estímulo percibido sino que se sensibilizan disminuyendo el umbral del dolor causando hiperalgesia (Pergolizzi Jr , LeQuang, Berger y Raffa, 2017).

Los nociceptores según su localización tienen características específicas por lo cual se dividen en 3 grupos: cutáneos (mas estudiados), musculares-articulares y viscerales. La activación de nociceptores perifericos activan a nivel moleculo-funcional dos tipos de transducción: la activación y la modificación de la sensibilidad del receptor, ambos crean cambios en la membrana neuronal en la conductancia al sodio, potasio y calcio creando potenciales de acción que generan modificaciones en 2 sentidos: disminuye el umbral de excitación y aumenta el número de receptores, esto se llama *up and down regulation*, el cual genera aumento o disminución del número de receptores. Los mediadores que actúan para aumentar el número de receptores, *up regulation*, es la prostaglandina, bradicinina e histamina y para la *down regulation* es el oxido nítrico. La transmisión se inicia a través de aferentes primarios al ganglio de la raíz dorsal, y, desde allí, va al cuerno dorsal de la médula espinal, la señal viaja por las vías ascendentes del dolor hacia el cerebro, allí se interpreta la señal del dolor, asignando un significado, e inicia las respuestas de defensa; además envía una señal a través de vías descendentes que modula el dolor (Pergolizzi Jr, LeQuang, Berger y Raffa, 2017).

Los opioides generan analgesia a través de la activación de los receptores centrales y periféricos conocidos como receptores opioides Mu (MOP), Kappa (KOP) y Delta (DOP). La mayoría de los fármacos opiáceos tienen mayor afinidad y actividad extrínseca al primer receptor mientras que los dos últimos tienen menos afinidad y actividad extrínseca, solo tienen algún efecto a altas dosis. La activación de los receptores por los opioides causan disminución en la liberación de neurotransmisores excitatorios y aumentan el umbral al dolor (Pergolizzi Jr, LeQuang, Berger y Raffa, 2017).

Efecto de los opioides en el cerebro

Los opioides actúan uniéndose a los receptores opioides que se encuentran en el cerebro, la medula espinal, el tracto gastrointestinal y otros órganos del cuerpo, causando disminución de la percepción del dolor, somnolencia, náuseas, vómito, estreñimiento, confusión mental, dependencia a la medicación opioide y en altas dosis puede causar depresión respiratoria y eventualmente la muerte (National Institute on Drugs Abuse, 2012). Algunas personas experimentan euforia a los opioides debido a que actúan en el sistema de recompensa ubicado en el SNC, que está regulado por neurotransmisores, principalmente la dopamina, el cual permite desarrollar conductas aprendidas a causa de eventos placenteros o desagradables; la principal región donde se desarrollan estas conductas son el área tegmental ventral y sus proyecciones dopaminérgicas, las cuales motivan a las conductas de sobrevivencia y de reproducción (Belsasso, Estañol y Juárez, 2002). Los opiáceos actúan simulando la acción de las endorfinas naturales del cuerpo (Vallejo y Ruiz, 2009), uniéndose a los receptores opioides principalmente los *mu*, causando liberación de dopamina en el área tegmentaria ventral estimulando el sistema de recompensa y generando placer, además de crear una nueva conducta agradable y placentera al consumo de opioides (News Medical Life Science, 2017).

Los efectos conseguidos por el consumo de opioides son la gran estimulación del sistema de recompensa por lo cual se desarrolla una dependencia a ellos, que con el paso del tiempo produce tolerancia (necesidad de tomar dosis cada vez mas altas para conseguir el mismo efecto) y dependencia física. La dependencia física se produce por adaptaciones del SNC al consumo prolongado de opioides, el paciente experimentara síntomas de abstinencia al reducir o suspender abruptamente el opioide. Estos síntomas pueden ser leves o severos según el tipo de opioide pero generalmente se puede controlar realizando un desmonte lento del opiáceo. Cuando el paciente ha

generado tolerancia al opioide, puede ser difícil evaluar si el paciente está desarrollando abuso con los opioides o es una necesidad médica real por la cual necesitaría dosis más altas para controlar sus síntomas dolorosos, aquí el médico debe estar alerta y contemplar todos los síntomas y el nivel de funcionamiento que tiene el paciente para así determinar cuál es la conducta a seguir con él, evitando generar o crear una adicción al fármaco (National Institute on Drugs Abuse, 2012).

Clasificación de los opioides

Los analgésicos opioides incluyen gran variedad de medicamentos, estos han sido clasificados según su mecanismo de acción o su capacidad de potencia.

Clasificación por mecanismo de acción

Esta clasificación se centra en la afinidad a los receptores opioides y el modo de acción de los diferentes medicamentos opioides que existen, estos son los responsables de los diversos efectos tanto analgésicos, como los adversos. Se clasifican así (Muriel, Santos y Sánchez-Montero, 2017):

1. *Agonistas puros*: Actúan principalmente en los receptores $\mu(u)$, causando como efecto analgesia, euforia, depresión respiratoria, estreñimiento, náuseas, vómitos y retención urinaria, entre estos se encuentran (Muriel, Santos y Sánchez-Montero, 2017):

a. *Morfina*: fármaco ejemplo, su efecto analgésico aumenta con la dosis al igual que los efectos adversos.

b. *Heroína*: Potente analgésico con gran acción adictiva, por lo cual no se aprueba su consumo.

c. *Fentanilo*: Es de 50 a 150 veces mas potente que la morfina, pasa al SNC, con escaso efecto cardiotoxico y rápido inicio de acción que lo convierte en idóneo para uso anestésico.

d. *Metadona*: Es ligeramente mas potente que la morfina, con dosis repetidas se produce acumulación del fármaco en los tejidos causando intensa depresión respiratoria en sobredosis.

e. *Codeína*: efecto analgésico muy inferior al de la morfina por lo cual su efecto depresor en el SNC es menor causando menor depresión respiratoria.

f. *Tramadol*: acción analgésica moderada, su efecto no se revierte complemente con el antagonista naloxona porque actúa en la activación del sistema serotoninérgico y noradrenérgico.

2. *Agonistas-Antagonistas*: Actúan sobre los receptores Kappa como agonista parcial y antagonistas sobre los receptores mu, su efecto dependerá del nivel de afinidad que haya sobre cada receptor. Los fármacos con este mecanismo son (Muriel, Santos y Sánchez-Montero, 2017):

a. *Pentazocina*: moderado efecto analgésico, causa aumento de la frecuencia cardiaca y el consumo de oxigeno por lo cual no se recomienda en infarto agudo de miocardio (IAM), por su acción en los receptores kappa no causa depresión respiratoria, ni estreñimiento.

b. *Nalbufina*: mayor efecto analgésico que el anterior, no produce depresión respiratoria, ni síntomas gastrointestinales.

3. *Agonistas Parciales*: Su actividad es menor que los agonistas puros sobre los receptores mu y actúa levemente en los receptores kappa, puede comportarse como antagonista (Muriel, Santos y Sánchez-Montero, 2017). El fármaco con este mecanismo es:

a. *Buprenorfina*: tiene una potencia analgésica de 20 a 30 veces mayor que la morfina, ya que actúa en los receptores mu de manera muy firme, la dependencia es lenta por lo cual los síntomas de abstinencia aparecen tardíamente y de moderada intensidad; por tener esta fijación

tan fuerte no revierte fácilmente su efecto con la naloxona, por lo cual es necesario realizar medidas de reanimación al paciente.

4. *Antagonistas*: Tiene afinidad por los receptores opioides pero carece de actividad en el receptor, tienen mayor afinidad por el receptor mu pero también actúa en los receptores kappa y delta. Revierte los efectos de los anteriores medicamentos (Muriel, Santos y Sánchez-Montero, 2017). Los fármacos con este mecanismos son: *Naloxona* y *Naltrexona*.

Clasificación por potencia

Esta clasificación fue creada por la OMS como recomendación sobre el uso de los opioides en dolor, indicando el manejo escalonado que se debe realizar para el adecuado manejo de los cuadros dolorosos. Los medicamentos se clasifican en (Vallejo y Ruiz, 2009):

a. *opioides Débiles*: Indicados para el manejo del dolor moderado a dosis bajas y para dolor severo a dosis altas, en este grupo se encuentran: Codeína y Tramadol.

b. *Opioides Potentes*: indicado a pacientes con dolor severo en los cuales el riesgo-beneficio es mayor, se debe tener mayor seguimiento y control por su potencial de adicción: Morfina, Fentanilo, Metadona, Buprenorfina.

La OMS recomienda administrar gradualmente los opioides para el tratamiento de dolor oncológico y no oncológico en adultos, iniciando con analgésicos no opioides, seguidos por opioides débiles y de último opioides potentes, todo según el dolor referido por el paciente y la tolerancia que tenga a los opioides. En el caso de los niños, no se recomienda administrar opioides débiles, debido al metabolismo variable de la codeína en ellos (OMS, 2014).

Efectos secundarios

Además de los graves riesgos de adicción, abuso y sobredosis, el uso de opiáceos recetados puede tener una serie de efectos secundarios, incluso cuando se toman según las instrucciones, los efectos secundarios se dividen en transitorios (el paciente desarrolla tolerancia) y los persistentes (no se desarrollan tolerancia). Esto varía según el paciente, sea por su genética o adquirido (Pergolizzi Jr, LeQuang, Berger y Raffa, 2017).

Efectos secundarios transitorios

- Náuseas, vómitos y sequedad de boca:

Tiene una incidencia entre 15%-30% (Labianca, Sarzi-Puttini, Zuccar, Cherubin, Vellucci y Fornasar, 2012). Por la estimulación de la zona de activación del quimiorreceptor, disminución de la motilidad gastrointestinal, aumento de la sensibilidad vestibular (HemOncotoday, 2009). El tratamiento de primera línea es metoclopramida, ondansetrón los cuales deben ser administrados en la 1ª semana. En los casos que además se asocie a vértigo se debe usar escopolamina o difenhidramina (si el síntoma se relaciona con sensibilidad vestibular) (Pergolizzi Jr, LeQuang, Berger y Raffa, 2017).

- Prurito:

La incidencia oscila entre 2%-10%, es uno de los efectos más comunes, principalmente con la morfina oral en paciente con dolor crónico por cáncer (Labianca, Sarzi-Puttini, Zuccar, Cherubin, Vellucci y Fornasar, 2012). El mecanismo no es del todo claro, se cree que es por la liberación de histamina por la morfina, pero el fentanilo y la oximorfona no liberan histamina y

causan el mismo efecto. De primera línea se trata con antihistamínicos o naltrexona oral a bajas dosis (Labianca, Sarzi-Puttini, Zuccar, Cherubin, Vellucci y Fornasar, 2012).

- Somnolencia, sedación:

Es un efecto que impacta negativamente en la calidad de vida. Se trata con metilfenidato o el modafinilo, el ultimo carece de los efectos secundarios asociados a las anfetaminas como la ansiedad y la taquicardia (Pergolizzi Jr, LeQuang, Berger y Raffa, 2017).

- Depresión respiratoria:

Es un efecto letal pero desarrolla tolerancia rápidamente. Se aumenta con el consumo de medicamentos de acción central, cáncer, apnea del sueño, EPOC, neumonía (Pergolizzi Jr, LeQuang, Berger y Raffa, 2017). Se trata con antagonista de los receptores opioides, según las semividas de los opioides y naloxona (Labianca, Sarzi-Puttini, Zuccar, Cherubin, Vellucci y Fornasar, 2012).

Efectos secundarios persistentes

- Estreñimiento y constipación:

Es el síntoma más frecuente hasta el 95% de los paciente con opioides (Labianca, Sarzi-Puttini, Zuccar, Cherubin, Vellucci y Fornasar, 2012). Se produce por activación de los receptores opioides en el tracto gastrointestinal, inhibe el vaciamiento gástrico, aumenta el tono del esfínter y bloquea el peristaltismo (Pergolizzi Jr, LeQuang, Berger y Raffa, 2017). Se puede tratar con laxantes pero desarrollan tolerancia y con alvimopan y metilnaltrexina (Labianca, Sarzi-Puttini, Zuccar, Cherubin, Vellucci y Fornasar, 2012).

- Alteración de la función endocrina:

Los opioides activan receptores opioides localizados dentro del hipotálamo, la glándula pituitaria y los testículos causando hipogonadismo, disminución de la libido, alteración de la menstruación e impotencia sexual en hombres. El manejo es con suplementos de testosterona o estrógenos y prolactina (Pergolizzi Jr, LeQuang, Berger y Raffa, 2017). Un estudio de caso-control en 20 hombres sobrevivientes al cáncer con ingesta de 200mg de morfina, demostró que el 90% tenían hipogonadismo, impotencia sexual, fatiga y depresión comparado con el 40% de los 20 pacientes control (Edgerton y Loven, 2011).

- Tolerancia:

Necesidad de tomar a mayor concentración del medicamento para el mismo alivio del dolor.

- Dependencia física:

Síntomas de abstinencia cuando el medicamento se detiene o se disminuye la concentración del medicamento.

- Mayor sensibilidad al dolor.

Evaluación y diagnóstico

Historia Clínica

La historia clínica es la principal herramienta para la evaluación del dolor crónico, la cual debe ser completa, el dolor ha sido considerado en “quinto signo vital” por lo cual su evaluación es

muy importante en cualquier consulta médica. Se debe tener en cuenta la opinión del paciente y sus familiares durante toda la evaluación. En el dolor crónico es muy importante evaluar (Rosenquist, 2018):

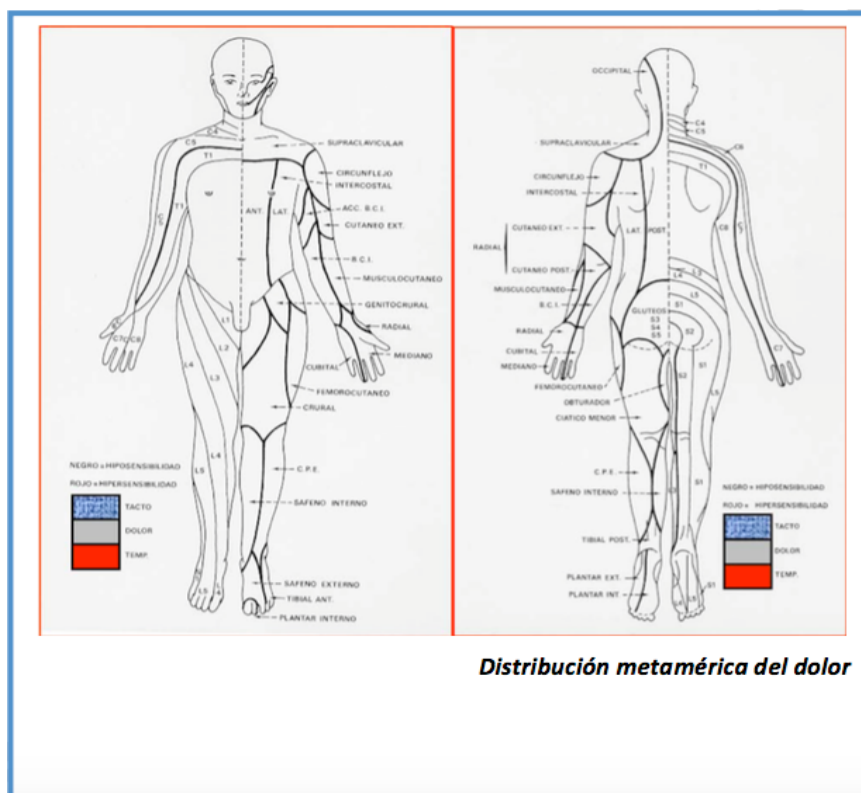
1. Características del dolor:

La historia clínica debe evaluar todos los elementos que componen el dolor, incluyendo el inicio del dolor, las circunstancias en las que se presentó, si se conoce el posible mecanismo causal del dolor, como ha progresado o modificado en el tiempo. Estas preguntas se realizan para conocer la naturaleza del dolor, en ocasiones el paciente no es capaz de describir correctamente los síntomas y características del dolor por lo cual el médico puede ayudarlo con descriptores del dolor como agudo, sordo, tipo palpitaciones, cólicos, punzadas, etc.

Estos son los principales factores que se deben evaluar con los síntomas (Rosenquist, 2018):

- a. Ubicación del dolor: se debe realizar sobre un esquema corporal (cuadro 1) el cual esta compuesto por la distribución metamérica del dolor acá se incluye los diferentes nervios del organismo por lo que se puede marcar en el esquema el área dolorosa junto a las diversas alteraciones que presenta el paciente como: la hiperestesia, anestesia, hiperalgesia, analgesia, disestesia, alteraciones térmicas y alodinia (Muriel & Llorca Diez, 2018).

Cuadro 1. Distribución metamérica del dolor



- Radiación.
- Intensidad.
- Características/calidad.
- Aspectos temporales: duración, inicio, cambios desde el inicio.
- El dolor es constante o intermitente.
- Características para considerar el dolor irruptivo.
- Factores que exacerbaban o desencadenan el dolor.
- Factores que mejoran, “alivian” el dolor.

Síntomas asociados:

- Restricciones en los rasgos de movimiento, rigidez o edema.

- b. Dolor muscular, espasmo o “calambre”.
- c. Variaciones en el color o temperatura de la piel.
- d. Cambios en la sudoración.
- e. Alteración en el crecimiento de las uñas, cabello o la piel.
- f. Cambios en la fuerza muscular.
- g. Alteraciones en la sensibilidad: considerados como positivos en donde se incluyen las disestesias/picazón o negativos como entumecimiento.

2. Impacto del dolor:

Se debe evaluar el impacto que el dolor ha causado en el paciente desde la función física como la vida social, familiar, laboral y como esto afecta la calidad de vida. Las posibles preguntas que se pueden hacer para valorar este punto son (Rosenquist, 2018):

- a. Funcionamiento social y recreativo:
 - ¿Cuál es la frecuencia con la que participa en actividades placenteras como ir al cine, conciertos, eventos con amigos, viajes?.
 - En la última semana, ¿Con que frecuencia el dolor ha interferido en esas actividades?.
- b. Estado del ánimo, afecto y ansiedad:
 - ¿El dolor interfiere con su energía, el estado de ánimo o en la personalidad?
 - ¿Lloras con frecuencia?.
- c. Relaciones:
 - ¿El dolor ha afectado la relación con los miembros de la familia, amigos, compañeros laborales o personas significativas?.

d. Ocupación:

- ¿El dolor ha modificado sus responsabilidades y/o las horas laborales?.
- ¿Cuándo fue la última vez que trabajó(si corresponde) y porqué dejó de trabajar?.

e. Dormir:

- ¿El dolor interfiere con el sueño?.
- ¿En que frecuencia ha sido en la última semana?.

f. Ejercicio:

- ¿ Cual es la frecuencia en la que realiza algún tipo de ejercicio?.
- En la última semana, ¿Con qué frecuencia el dolor ha interferido en la capacidad para hacer ejercicio?.

3. Actividades de la vida diarias

Se debe evaluar también el impacto que ha causado el dolor en las actividades que realiza la persona en la vida diaria, por lo que se debe conocer la capacidad que tiene para bañarse, vestirse, ir al baño, alimentarse sin ayuda, incluir actividades que necesite para poder vivir independientemente como son comprar, usar medios de transporte o manejar el carro, cocinar, hacer las tareas diarias, administrar las finanzas, entre otros. Además indagar sobre el uso de medicamentos para poder realizarlo. Las preguntas que se pueden realizar son (Rosenquist, 2018):

- ¿Puede realizar actividades como bañarse, vestirse, cepillarse el cabello y dientes solo?.
- ¿Puede alimentarse?.
- ¿Necesita algún andador, corsé, muleta como ayuda?.

- ¿Cuánto puede caminar?.
- ¿Puede manejar o tomar medios de transporte(bus, taxi) solo?.
- Si es mujer, preguntar ¿Es capaz de colocarse el sujetador?.
- ¿El paciente puede administrar las tareas de la casa como las compras y el pago de facturas?.

4. Escala sobre la intensidad del dolor:

Este es un punto esencial en la valoración del paciente con dolor crónico ya que nos indicará cual es la intensidad que tiene el paciente para así guiar la decisión médica sobre el tratamiento farmacológico óptimo que se debe realizar. Entre las escalas para la valoración del dolor tenemos (Muriel & Llorca Diez, 2018):

a. Escala de Valoración Verbal(EVV):

Propuesta por Keele en 1948, consiste en medir 4 graduaciones o estadios del dolor, estos son Ausente, Leve, Moderado e Intenso. Los pacientes utilizan dichas graduaciones para describir la magnitud del dolor. A cada escala se le establece un número, de menor a mayor intensidad para así valorar el dolor, esta es su asignación (Muriel & Llorca Diez, 2018):

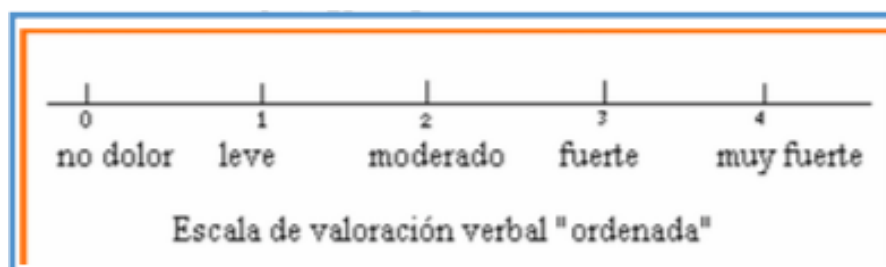
- 0) No dolor.
- 1) Dolor leve.
- 2) Dolor moderado.
- 3) Dolor grave.
- 4) Dolor angustiante.

Esta escala también sirve para realizar el seguimiento del tratamiento analgésico midiendo la escala de alivio que ha tenido el paciente, esto facilita al médico poder valorar la eficacia del tratamiento. Esta escala debe ser explicada previamente al paciente pero un estudio realizado por Huskisson y Kremer registran un error entre el 7 al 11% a pesar de la explicación previa (Muriel & Llorca Diez, 2018).

b. Escala de Valoración Verbal “Ordenada”:

Creada por Loan, Morrison y Dundee en 1968, es basada en la analgesia obtenida con la morfina en pacientes con dolor postoperatorio fuerte. La escala se mide (Muriel & Llorca Diez, 2018):

Cuadro 2. Escala de valoración verbal “ordenada”



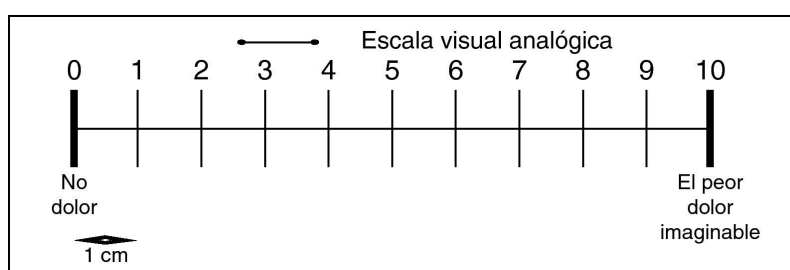
Esta escala presenta problemas para el uso con fármacos diferentes, además se ha descrito poca sensibilidad y posible influencia del entrevistador sobre el paciente.

c. Escala Visual Analógica(EVA):

Es la escala más utilizada en la práctica clínica, fue creada por Scott Huskinson en 1976, considerada analógica por tener en sus extremos las palabras, “No dolor” y “El peor dolor imaginable” o en seguimiento sobre la eficacia analgésica las palabras son “No alivio” y “Alivio completo”; El paciente indica sobre la escala la

intensidad del dolor o describe su dolor numéricamente teniendo en cuenta los extremos de la escala (Montero Ibáñez & Manzanares Briega, 2005).

Cuadro 3. Escala visual analógica

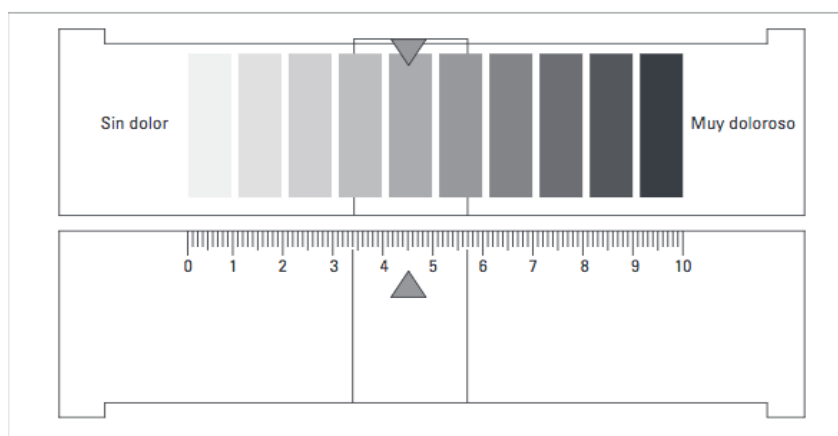


Esta escala es la que mayor sensibilidad ha tenido pero se ha realizado modificaciones para aumentarla por que se ha reportado un 9% de pacientes que fueron incapaces de completarla (Montero Ibáñez & Manzanares Briega, 2005).

d. Escala Analógica graduada:

Esta escala esta compuesta por señales o indicaciones junto a números o palabras que describen el grado de dolor para facilitar la medición por parte del paciente (Montero Ibáñez & Manzanares Briega, 2005).

Cuadro 4. Escala analógica graduada



e. Escala de McGill Pain Questionary (MPQ):

Esta es escala es la de mayor difusión médica internacional usado en la clínica como en la investigación, fue creada por Melzack en 1975, es un instrumento que evalúa el dolor multidimensionalmente desde la categoría sensorial, afectiva y evaluativa cada uno con puntuación para la intensidad del dolor a través de 78 descriptores del dolor. El cuestionario consta de 84 ítems para evaluar los síndromes dolorosos, es de gran utilidad ya que permite evaluar los diversos niveles del dolor y diferenciar entre los tipos del mismo (Boyle, Fernández, & Ortet, 2003).

Cuadro 5. Escala de McGill Pain Questionary (MPQ):

CATEGORÍA SENSITIVA 1 Temporal I 1 A golpes 2 Continuo 2 Temporal II 1 Periódico 2 Repetitivo 3 Insistente 4 Interminable 3 Localización I 1 Impreciso 2 Bien delimitado 3 Extenso 4 Localización II 1 Repartido (en una zona) 2 Propagado (a otras partes) 5 Punción 1 Como un pinchazo 2 Como agujas 3 Como un clavo 4 Punzante 5 Perforante 6 Incisión 1 Como si cortara 2 Como una cuchillada 7 Constricción 1 Como un pellizco 2 Como si apretara 3 Como agarrotado	4 Opresivo 5 Como si exprimiera 8 Tracción 1 Tirantez 2 Como un tirón 3 Como si estirara 4 Como si arrancara 5 Como si desgarrara 9 Térmicos I 1 Calor 2 Como si quemara 3 Abrasador 4 Como hierro candente 10 Térmicos II 1 Fricción 2 Helado 11 Sensibilidad táctil 1 Como si rozara 2 Como un hormigueo 3 Como si arañara 4 Como si raspara 5 Como un escozor 6 Como un picor 12 Consistencia (Matidez) 1 Pesadez 13 Miscelánea sensorial I 1 Como hinchado 2 Como un peso 3 Como un trato	4 Como espasmos 14 Miscelánea sensorial II 1 Como latidos 2 Concentrado 3 Como si pasara la corriente 4 Calambrazos 15 Miscelánea sensorial III 1 Seco 2 Martillazos 3 Agudo 4 Como si fuera a explotar CATEGORÍA EMOCIONAL 16 Tensión emocional 1 Fastidioso 2 Preocupante 3 Angustiante 4 Enasperante 5 Que amarga la vida Signos vegetativos 1 Nauseante Miedo 1 Que asusta 2 Temible 3 Aterrador CATEGORÍA EVALUATIVA 1 Débil 2 Soportable 3 Intenso 4 Terriblemente molesto
--	---	---

McGrill Pain Questionary (MPQ)

Se espera una actualización de este cuestionario ya que se ha evidenciado sensibilidad a la intensidad del dolor pero su validez diagnóstica esta limitada por la falta de especificidad entre los descriptores del dolor y los síndromes específicos del mismo (Boyle, Fernández, & Ortet, 2003).

f. El Índice de Lattinen:

Este test, cuestionario ó índice tiene mayor facilidad para la comprensión por parte del paciente y rapidez en su elaboración pero es más limitado comprado con el de McGill Pain Questionary, consta de 5 ítems que se agrupan en 5 dimensiones evaluando la intensidad del dolor, nivel de actividad y frecuencia del dolor, utilización de analgésicos y sueño nocturno, en cada uno se puntúa 4 escalas que van desde el de menor incidencia hasta el mayor (Monsalve, Soriano, & De Andrés, 2006).

Cuadro 6. El índice de Lattinen

TEST DE LATTINEN		
1.INTENSIDAD SUBJETIVA:	LIGERO	1
	MODERADO	2
	INTENSO	3
	INSOPORTABLE	4
2.FRECUENCIA:	POCAS VECES	1
	FRECUENTE	2
	Muy FRECUENTE	3
	CONTINUO	4
3. CONSUMO DE ANALGÉSICOS:	OCASIONAL	1
	REGULAR/ POCOS	2
	REGULAR/ MUCHOS	3
	MUCHISIMOS	4
4.INCAPACITACIÓN:	LIGERA	1
	PARO FORZOSO	2
	NECESITA AYUDA	3
	INCAPACITADO	4
5. REPOSO NOCTURNO:	DUERME	0
	SE DESPIERTA	1
	SE DESPIERTA MUCHO	2
	No DUERME	3
	HIPNÓTICOS	

Test de Lattinen

5. Evaluación previa y/o tratamiento:

Se deben tener en cuenta las evaluaciones previas que haya tenido el paciente, desde historias clínicas, exámenes de laboratorio, imágenes (RX, TAC, RNM), hospitalizaciones y tratamientos recibidos y el efecto positivo o negativo que obtuvo con ellos. Las preguntas deben evaluar (Rosenquist, 2018):

- ¿Han experimentado otras enfermedades dolorosas?
- ¿Qué profesionales de la salud lo han visto y tratado previa o actualmente? Incluir hospitales también.
- ¿Qué medicamentos ha utilizado?, ¿Cómo respondió a los medicamentos?, ¿Alguno le produjo algún efectos secundario?, es ideal poder tener la posología de cada uno.
- ¿Ha visitado médicos homeopáticos? y ¿Cuáles medicamentos homeopáticos, vitaminas o suplementos le prescribió?, ¿Qué efectos tuvo con ellos?
- ¿Realiza alguna dieta especial(paleo, plana, alcalina, cetogénica, etc.)?

6. Percepciones del paciente y factores psicológicos:

Se debe indagar por a los antecedentes personales y familiares del paciente, así como el sistema de apoyo que este tiene.

Es importante preguntar por posibles alteraciones en el comportamiento que influyan en la rehabilitación o en el tratamiento del dolor, entre estos están los trastornos psicológicos como la depresión, la ansiedad, TOC o historial de abuso de sustancias incluyendo los medicamentos de receta como las benzodiacepinas, barbitúricos y opioides. Esto es muy importante ya que nos permite evaluar con anticipación conductas que puedan llegar a ser

adictivas por lo que es muy probable que el paciente desarrolle una dependencia/adicción a la medicación opioide que se piense prescribir, por lo cual se debe evitar el uso de esta medicación o realizar un estricto control al paciente si este posee una buena red de apoyo (Rosenquist, 2018).

También hay que conocer las creencias del paciente sobre su dolor y las experiencias médicas previas que ha tenido, para evaluar cuales son las expectativas que este tiene con respecto a su dolor y ver cuan realistas son, ya que es fundamental la explicación del médico sobre los objetivos que se puede lograr para así evitar frustración por parte del paciente y el médico tratante, algunas de las preguntas que se pueden realizar con respecto a esto son (Rosenquist, 2018):

- ¿Cuál es la percepción del paciente sobre su dolor crónico?.
- ¿Cuáles expectativas tiene el paciente con respecto a algún tratamiento específico?.
- ¿Cuáles son los objetivos que pretende lograr con el tratamiento (no tener más dolor, mejorar la funcionalidad)?.
- ¿Qué tan involucrada está la familia en el tratamiento del paciente?.

Examen Físico

El examen físico inicia al momento de entrada del paciente a la consulta, en donde se evalúa la marcha, la posición corporal, movimientos compensatorios ya sea por la necesidad de implementos de apoyo como el andador, el bastón, la muleta o la presencia de férulas, dándonos una primera impresión general del paciente y su condición.

El examen físico debe ser completo incluyendo la valoración neurológica, la capacidad funcional, los arcos de movimiento, la resistencia y fuerza muscular y la evaluación completa del área del dolor en donde se buscará cambios en la piel, en la temperatura, si hay presencia de alodinia, hiperalgesia o hiperestesia, entre otros signos específicos del dolor (Rosenquist, 2018).

Es importante evaluar signos que evidencia consumo de sustancias lícitas (alcohol, tabaco), ilícitas (SPA) o de medicamentos recetados previamente que estén usando de forma abusiva.

Algunos de los signos o síntomas son (Alvarado, 2018):

- Sedación excesiva durante el interrogatorio e incoordinación motriz puede ser ocasionado por el alcohol, las benzodiacepinas, los barbitúricos, sedantes o hipnóticos.
- Ambas pupilas puntiformes (miosis) y reactivas a la luz puede ser ocasionado por consumo excesivo de opioides o narcóticos.
- Desviación del tabique nasal o perforación del septum nasal es patognomónico de consumo de cocaína.
- Pulmones mal ventilados con patrón obstructivo tipo sibilancias o crépitos son encontrados fumadores de cigarrillos (nicotina), de bazuco (pasta básica de cocaína), de marihuana, entre otras.
- Dolor a la palpación epigástrica (zona entre el final del esternón y la parte inicial del ombligo) puede indicar exceso de medicamentos o sustancias que están ocasionando daño en la mucosa gástrica tipo gastritis o ulcera.
- Aumento del tamaño del hígado (hepatomegalia), puede ser ocasionado por exceso de alcohol.

- Buscar marcas de agujas en lugares poco comunes como las piernas, los tobillos, la ingle nos puede indicar aplicación de medicación intravenosa no autorizada o consumo de heroína.

La presencia de estos signos y síntomas deben ser en ausencia de alguna patología médica asociada o parte del cuadro doloroso por el cual consulta el paciente.

Indicaciones para el uso de opioides

La terapia con opioide para el tratamiento del dolor no oncológico es controvertido, por lo cual la prescripción debe ser cuidadosa evaluado el riesgo/beneficio para el paciente y evaluando si el paciente puede estar en riesgo de una dependencia o abuso, incluso de una sobredosis. Los opioides solo se deben usar en situaciones cuando (Gupta y Rosenquist, 2017):

- Otras terapias alternativas no generan alivio del dolor.
- El dolor afecta adversamente la función y/o la calidad de vida del paciente.
- Cuando los beneficios superan los daños potenciales.

Los opioides deben combinarse con fármacos no opioides y tratamientos no farmacológicos para lograr el alivio del dolor a la dosis más baja de todos los medicamentos utilizados.

Otras de las recomendaciones de la CDC para la prescripción de opioides son (Centers for Disease Control and Prevention (CDC), 2017):

- Iniciar con la dosis mínima efectiva de opioides de liberación inmediata, enfocado en tratar el dolor intenso, además de prescribir el número de días en los que el dolor sea lo suficientemente intenso, para lo cual necesite opioides.
- Reevaluar si los beneficios y riesgos al considerar aumento del opiáceo.

Factores de riesgo para la adicción a opioides

Un factor de riesgo es una condición que incremente la posibilidad de acrecentar una afección. Estos factores de riesgo son dados por el paciente, el distribuidor, la medicación y el sistema; se deben de tener en cuenta los factores psicosociales y sociales. Se ha observado que el distribuidor de la prescripción y la intensidad de la prescripción se pueden llegar a relacionar con el desarrollo de la adicción a opiáceos. Es por esto que los galenos son los principales observadores de estos factores de riesgo y pueden desarrollar estrategias de prevención (Cragg, Hau, Woo, Liu, Doyle-Waters, & Hohl, 2017). Los factores de riesgo son:

1. Factores personales:

1. El estrés y la ansiedad cuando se mezclan con intolerancia a la incertidumbre conducen a un mayor consumo de drogas y recaídas, dando paso a conductas inadaptados, toma de elecciones impulsivas. La elevación crónica de estrés y el proceso de adaptación escaso aumentan el riesgo de presentar adicción a las drogas (Garami, et al., 2017).
2. La experiencia en las primeras etapas de la vida de situaciones adversas como el dolor visceral neonatal, estos cambios producen alteraciones farmacológicas funcionales permanentes, siendo relevantes para el abuso y la adicción a opiáceos (Norwood, Al-Chaer, & Fantegrossi, 2014).

3. El trastorno por consumo de sustancias, las enfermedades mentales y la intensidad del dolor se vinculan con aumento en el riesgo de dependencia de los opiáceos (Hartman, 2015).
4. Los sujetos que tiene mayor riesgo de dependencia iatrogénica son aquellos que combinan varios factores de riesgo. Ser joven, padecer de depresión, consumo de medicamentos psicotrópicos, dolor crónico asociado a consumo de sustancias aumento el riesgo de dependencia a opiáceos. Sin embargo, los métodos para calcular el riesgo continúan siendo limitados (Hartman, 2015).
5. Los pacientes que tienen riesgo de reincidir en el uso inapropiado de opioides, incluyen aquellos que reciben medicamentos de sustitución, los cuales pueden ser más sensibles debido a la existencia de dolor; en estos pacientes se requiere mayor supervisión médica (Ling, Mooney, & Hillhouse, 2011).

2. Factores psicosociales:

En los sociales y ambientales están las circunstancias del uso de las drogas, la pobreza, el abuso en la infancia, el desempleo, la presión de pares (Ballantyne J. , 2007).

3. Drogas:

- Iniciación: La estimulación del circuito de recompensa mesocorticolimbico, el modo de administración, la formulación a altas dosis, cronicidad, el monitoreo por parte del plan de salud y la actitud del doctor pueden aportar a que los sujetos desarrollen dependencia a los opioides (Hartman, 2015).

- Mantenimiento: Producción de tolerancia, dependencia y la neuroadaptación asociada con el craving; Además del síndrome de retirada y abstinencia: anhedonia, reforzamiento negativo (Ballantyne J. , 2007).

4. Genéticos:

- Vulnerabilidad: Historia familiar de adicciones, trastorno de la personalidad, variantes genéticas asociadas con la impulsividad, stress atípico.
- Disposición de las drogas: Genes afectados por la farmacocinética de las drogas, metabolismo y transporte, farmacodinamia genes afectados por el dolor y responsables de la analgesia, dependencia y tolerancia (Ballantyne J. , 2007). Los polimorfismos genéticos se han vinculado con la fragilidad a la dependencia de opioides, sin embargo realizar una revisión genética a todos los individuos no sería funcional (Ling, Mooney, & Hillhouse, 2011).
- En un análisis sobre la inactivación del cromosoma X en mujeres con adicción a opioides no se encontró relación de que la sobreexpresión de genes ligados a X fuese un factor de riesgo para la adicción a los opiáceos (Vousooghi, Sadat Shirazi, Goodarzi, Hassani Abharian, & Zarrindast, 2015).

5. Otros:

- La prescripción de fármacos miembros de la familia en un 23% se relacionó con el 31% de los fallecimientos por sobredosis de jóvenes. Lo que lleva a concluir que al momento de recetar opiáceos se debe educar sobre el riesgo que puede existir si otras personas lo consumen sin indicación (Schweitzer, Gill, Kennedy, & Eppler, 2018)

- Las enfermeras pueden contribuir en forma significativa en la intervención de los pacientes que reciben analgesia con opioides como lo muestra la investigación realizada por Costello, M. En 2016, en la cual se observó un aumento en el conocimiento sobre el uso, el almacenamiento y la eliminación de opiáceos después de la intervención educativa a las enfermeras (Costello, 2016).
- Cuando se establece terapia analgésica opioide crónica, existen variables que implican riesgos para la adicción a opiáceos la fisiopatología, los riesgos inherentes al continuo consumo, pacientes que tienen alto riesgo de presentar adicción y la falla por parte de los prescriptores para establecer o descartar trastorno por consumo de opioides. Una prevalencia del 10%, o quizás sea mucho más alta, no es un diagnóstico poco frecuente (Rotchford, 2015).

Dolor crónico y Adicción

El dolor crónico es una enfermedad que aqueja a muchas personas en el mundo, se estima que en los Estados Unidos existen 116 millones de personas con dolor crónico. El manejo farmacológico a largo plazo siempre ha sido un debate debido a los altos riesgos que se presentan como son: la tolerancia a la medicación (necesidad de aumentar la dosis), la hiperalgesia (incremento de la sensibilidad al dolor) y la adicción (National Institute on Drug Abuse(NIH), 2012).

Se estima que existe alrededor del 3 al 40% de adicción a la medicación en pacientes con dolor crónico, esta variabilidad es debido a la duración del tratamiento, falta de investigación sobre los resultados a largo plazo, las diferencias poblacionales en que se realizó el estudio y las

medidas que se utilizaron para evaluar la adicción o abuso de la medicación (National Institute on Drugs Abuse (NIH), 2012).

La adicción se ha convertido en un problema de salud pública debido a las crecientes demandas del uso de medicación analgésica para el dolor crónico por el aumento poblacional de personas con edad avanzada y militares heridos; Además se deben considerar los factores riesgo que presente la persona de forma individual o por antecedentes familiares de adicción o trastornos mentales que aumenten la probabilidad de adicción. Todo esto ha llevado a la investigación de nuevos fármacos analgésicos sin potencial adictivo los cuales se están llevando a cabo (National Institute on Drugs Abuse (NIH), 2012).

Estratificación del riesgo de abuso de los opioides

Se debe evaluar antes de iniciar el tratamiento farmacológico con opioides el riesgo de uso indebido, sobredosis o conductas aberrantes. Los factores de riesgo se clasifican (Gupta & Rosenquist, 2017):

a. Riesgo bajo:

- 1) Pacientes sin antecedente personal o familiar de abuso de alcohol o SPA
- 2) Sin trastornos psiquiátricos.
- 3) Bajo riesgo encontrado con instrumentos de detección para el uso indebido de opioides.

Pueden ser atendidos por médico general con monitoreo constante.

b. Riesgo moderado:

1) Antecedentes familiar de abuso de sustancias.

2) Antecedentes de trastornos psiquiátricos.

Necesitan mayor control en la prescripción y se beneficiarían de apoyo psicológico y psiquiátrico.

c. Riesgo alto:

1) Antecedente personal de abuso de sustancias.

2) Antecedente personal de sobredosis.

3) Trastornos psiquiátricos con repercusiones significativas.

Evitar el uso de opioides en lo posible, sino se puede realizar un monitoreo constante y cuidadoso junto a un especialista en adicciones. No recetar opiáceos a pacientes con adicción activa no tratada, en caso de requerirlo debe ser evaluado por un especialista en adicciones.

Instrumentos para evaluar el riesgo de abuso

Se utilizan para identificar si el paciente esta en riesgo de uso indebido o abuso de los opioides recetados y la aparición de conductas aberrantes en el futuro, estas son entendidas como comportamientos que representan un riesgo de sobredosis o problemas legales para si mismo y otros. Existe poca evidencia científica sobre su precisión diagnóstica. La evaluación con estos instrumentos se debe realizar antes de iniciar el tratamiento con opioides:

1. Prueba de Investigación de Abuso de Drogas(DAST):

Es un cuestionario auto-administrado con 28 ítems con respuesta de sí o no, puede llegar a ser larga por lo que ha sido a abreviada a 10 ó 20 ítems para la práctica clínica. Tiene una sensibilidad entre 81 al 96% y especificidad del 71 al 94%. Este instrumento es susceptible de tener respuestas falsas sobre el abuso de sustancias y no esta adaptado para evaluar las conductas aberrantes en el dolor crónico (Ballantyne, 2008).

2. Evaluación de detección y opioides para pacientes con dolor(SOAPP):

Es más corta que la anterior y esta adaptada para pacientes con dolor crónico, consta de 14 ítems en un cuestionario auto-administrado, en donde se califica en una escala de 5 puntos que va de 0-Nunca a 4-muy seguido. El punto de corte esta en 8 para determinar el riesgo, este punto de corte es bajo para impedir la manipulación de los pacientes frente a la decisión del tratamiento opiáceo, al sub-registro de sus comportamientos y al temor de ser malinterpretadas sus respuesta (Ballantyne, 2008).

Este instrumento es el más utilizado en la práctica clínica por ser muy útil para predecir conductas aberrantes en el futuro, en ocasiones es combinado con examen de orina para detectar consumo de drogas y se indaga por consumo de alcohol ya que se ha evidenciado que estos tres factores(cuestionario con riesgo de adicción más examen de orina positivo para drogas más consumo de alcohol) son indicadores de policonsumo de sustancias y aparición de conductas aberrantes en el futuro (Cojulún, 2014).

En un estudio en paciente oncológicos con riesgo de adicción por opioides detectado entre los 16 a 45 años, se encontró asociación de factores de riesgo psicosociales como historia personal y/o familiar de consumo de alcohol y SPA y enfermedad mental como riesgo para el policonsumo de sustancias y conductas aberrantes, al realizar el examen de orina se confirmó el policonsumo siendo principal para marihuana, cocaína y medicación no prescrita por el médico, afirmando como factor de riesgo en pacientes con cáncer el consumo de alcohol y drogas (Cojulún, 2014).

3. The Opioid Risk Tool(ORT):

En un cuestionario auto administrado corto de 5 elementos con respuesta de sí o no, que incluye antecedentes personales y familiares para el abuso de sustancias (también se encontró gran asociación entre el abuso de alcohol personal o familiar con aparición de conductas aberrantes y el policonsumo (Webster & Webster, 2005)), edad, antecedentes de abuso sexual en la pre-adolescencia y presencia de enfermedad psicológica. La puntuación para tener riesgo de abuso se divide entre (Gupta & Rosenquist, 2017):

- Bajo riesgo: 0 a 3.
- Riesgo moderado: 4 a 7.
- Riesgo alto: Mayor e igual a 8.

Con base en lo anterior podemos identificar cuales paciente tienen riesgo de desarrollar dependencia y abuso de los opioides por lo cual es muy importante según el grado establecer cual tratamiento es el más óptimo para el paciente no solo desde el punto de vista del control del dolor

sino en la salud general y sobre todo evitar que estos pacientes lleguen a presentar una sobredosis de opioides que es potencialmente mortal.

Seguimiento de pacientes con opioides

Luego de iniciar el tratamiento con opioides se debe realizar la primera revisión al mes para evaluar los beneficios y efectos adversos que han tenido junto a la intensidad del dolor, el estado funcional, el avance en los objetivos del tratamiento, la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico prescrito al paciente (Gupta & Rosenquist, 2017).

Los pacientes que no tuvieron alivio del dolor al mes de tratamiento lo más probable es que no lo obtengan en los meses siguientes por lo cual se debe modificar el tratamiento que involucra suspender los opioides (Gupta & Rosenquist, 2017).

Los pacientes que obtuvieron alivio significativo del dolor con efectos adversos tolerables para el paciente o se puedan controlar con otras medidas, acá los beneficios superan los riesgos en este caso son los efectos adversos; Además se logra mantener una función o incluso mejorarla ayudando a restablecer física y socialmente al paciente con lo que contribuye a aumentar la calidad de vida de este. Estos pacientes en los que el beneficio supera el riesgo en la evaluación inicial se debe tener precaución sobre el consumo prolongado de los opioides en pacientes con dolor crónico no oncológico ya que los riesgos son cada vez mayores a medida que el tiempo aumenta; Una revisión de 16 revisiones sistemáticas encontraron que los efectos adversos asociados con el consumo de opiáceos a mediano y largo plazo en pacientes con dolor crónico no

oncológico aumentaba en un 78% el riesgo de efectos adversos de cualquier tipo como estreñimiento, náuseas, mareo, etc. Y un 7,5% en efectos adversos graves como sobredosis, dependencia y adicción, estos estudios presentaron una calidad baja a moderada de la información y no incluyeron la incidencia de otros trastornos por el consumo prolongado de opioides como la adicción, depresión o los trastornos del sueño (Gupta & Rosenquist, 2017).

Al conseguir una dosis estable de opioide que alivie el dolor y los efectos adversos sean tolerables con función estable o mejorada el seguimiento se debe realizar cada 3 meses, si existe algún aumento de la dosis se debe evaluar a la semana ya que en esta es donde se incrementa el riesgo de sobredosis, si hay sospecha de uso indebido del opiáceo o conductas aberrantes el seguimiento debe ser más estrecho (Gupta & Rosenquist, 2017).

Prevención de efectos adversos

Como se ha descrito previamente los opioides son responsables de gran número de complicaciones por eso es importante conocer estrategias que prevengan o disminuyan los efectos adversos principalmente si los pacientes tienen factores predisponentes a estos como edad avanzada, inmovilidad, dieta deficiente, patología intra-abdominal, uso combinado con otros medicamentos, como vemos varios de estos factores son encontrados en los pacientes con dolor crónico (Portenoy, Mehta & Ahmed, 2018). Estas medidas ayudan a aumentar la adherencia al tratamiento por lo cual se pueden considerar al inicio del tratamiento opioide o luego del mes de revisión cuando se evalúa la efectividad del tratamiento y si tuvo beneficios para el paciente pero con algunos efectos adversos se pueden iniciar las siguientes medidas según el caso:

a. Tratamiento laxante profiláctico:

Los opioides son causantes de alteraciones en la motilidad gastrointestinal produciendo aumento de la motilidad segmentaria y disminución del peristaltismo esto ocasiona síntomas como estreñimiento, náuseas, saciedad temprana, hinchazón abdominal e incluso dolor por la hiperalgesia (“estímulos normalmente dolorosos son aún más dolorosos” (Correogsk, 2017)) que ocasiona los opiáceos a ciertos estímulos dolorosos que puede avanzar a producir dolor con estímulos que normalmente no son dolorosos (alodinia (Correogsk, 2017), esta condición es conocida como Síndrome de Intestino Narcótico (Portenoy, Mehta & Ahmed, 2018). Para disminuir estos síntomas se puede medicar con:

- Ablandador de heces: Disminuyen la tensión en la superficie de las heces aumentando el ingreso del agua; Es el que menos efectos secundarios produce por lo cual es la elección de primera línea.
- Catárticos de contacto.
- Laxantes osmóticos.
- Lactulosa: No utilizar en pacientes con intolerantes a la lactosa ya que ocasiona gases excesivos, dolor abdominal e inflamación.

Se debe indicar aumentar la fibra en la dieta, la ingesta de líquidos y la movilidad del paciente

b. Somnolencia y Confusión mental:

Los opioides ocasionan somnolencia y confusión o “nubla” mental, entendido como un leve deterioro cognitivo caracterizado por leve falta de atención, fatiga, confusión o desorientación en algunos casos puede ocasionar deterioro grave de la memoria, confusión extrema y delirio, estos síntomas aparecen sobre todo cuando se inicia o se aumenta la

medicación pero en algunos días o semanas se genera tolerancia para este efecto, los factores que más predisponen su aparición son la demencia temprana o el consumo de otros medicamentos con acción central como las benzodiacepina, este último factor es muy importante ya que la FDA (Food and Drug Administration) en Estados Unidos sacó una alerta en el 2016 sobre la combinación de opioides con benzodiacepinas ya que combinadas aumentan el riesgo de depresión respiratoria y la muerte (Portenoy, Mehta & Ahmed, 2018).

Las medidas que se deben utilizar son:

Evaluar si existe una posible sobredosis o es solo un efecto secundario:

Se debe evaluar si la disminución en la conciencia y cognición es de rápida instauración por lo que puede necesitar una intervención urgente por lo cual hace pensar en una sobredosis en el cual es muy importante mantener evaluación continua de la somnolencia y del patrón respiratorio, si se observa hipoventilación y compromiso ventilatorio es indicador de naloxona(antagonista de los opioides). Esta característica es importante explicarsela a los familiares o responsables del paciente ya que si observan este síntoma deben acudir a urgencias o llamar al 123 lo más antes posible por que la persona puede morir. Cuando los síntomas son leves y mantiene una evolución estable lo más probable es que se deba a efecto adverso del opioide por lo que se pueden utilizar psicoestimulantes del tipo metilfenidato o modafinil para disminuir la somnolencia (Portenoy, Mehta, & Ahmed, 2018).

c. Náuseas y vómito:

Las náuseas es un síntoma que ocasiona intolerancia al inicio del tratamiento por lo cual afecta la adherencia a este, la tolerancia se genera con las semanas, puede acompañarse de boca seca, sensación de reflujo, anorexia, saciedad precoz e inflamación abdominal, esto es

ocasiona por que los opioides ocasionan activación de los quimiorreceptores gástricos, mayor sensibilidad vestibular y retraso en el vaciamiento gástrico. Este síntoma aparece según el paciente y el tipo de opioide ya que puede variar la tolerancia de uno a otro en la misma persona por lo cual se puede iniciar gradualmente los opioides para evitar los síntomas, si aparece a pesar de lo anterior se puede cambiar el tipo de opioide, la vía de administración o la medicación con antagonistas de la dopamina como la metoclopramida (es el de primera elección ya que ayuda a mejorar la motilidad gastrointestinal y produce menos sedación (Drugs, 2018)) o proclorperazina o un antagonista del receptor de la serotonina como el ondasetrón (Portenoy, Mehta, & Ahmed, 2018).

d. Mioclono:

El mioclono es la contracción espontánea e incontrolable de ciertos grupos de músculos, este síntoma está relacionado comúnmente con una dosis de opioide que generan neurotoxicidad se asocia a somnolencia y confusión o enturbamiento mental, puede ser ocasionado por múltiples causas como combinación con otros medicamentos, alteraciones metabólicas, etc. El tratamiento es con benzodiacepina como el clonazepam o el lorazepam pero en una revisión sistemática no hubo suficientes datos disponibles para confirmar o negar los beneficios de estos para el mioclono. También se puede realizar un cambio de opioide o adicionarle un analgésico coadyuvante ya que permite disminuir la dosis del opiáceo produciendo una mejoría en el mioclono (Portenoy, Mehta, & Ahmed, 2018).

Evaluación de la dependencia a opioides

Al realizar el seguimiento del paciente con tratamiento prolongado de opioides se deben tener en cuenta los riesgos para el abuso y la sobredosis que aumentan con el tiempo por lo que hay que estar muy pendientes de su aparición, los riesgos son (Gupta & Rosenquist, 2017):

1. Mayor dosis promedio diaria:

El riesgo de sobredosis aumenta con el promedio de la dosis diaria, un estudio encontro que los pacientes con dosis menor de 20mg de equivalentes de morfina al día tenían menor riesgo de sobredosis que las dosis mayores. Se han identificado algunos signos que pueden indicar el aumento en la dosis diaria como (Campos Kraychete & Sakata, 2012):

1. Consumir compulsivamente la medicación opioide para la solución de sus conflictos y no para el alivio del dolor.
2. Aumenta la dosis a libre elección.
3. No acepta, ni cumple la prescripción o pide más medicación.
4. No acepta cambio en el tratamiento.
5. Presenta alteraciones en el comportamiento.
6. Pierde el control sobre la prescripción del opioide, siempre usa más.
7. Continúa el consumo opiáceo a pesar de presentar efectos adversos ocasionados por el exceso en la dosis causando incapacidad para fijar responsabilidad y obligaciones.

2. Múltiples prescriptores:

Cuando el paciente tiene varios profesionales de la salud que le prescriben, utiliza varias farmacias y superposición de recetas opioides el riesgo aumenta para sobredosis.

3. Uso prolongado:

El riesgo de sobredosis aumenta con el tiempo.

4. Consumo de opioides con liberación prolongada:

Existe mayor riesgo de sobredosis sobre todo al iniciar el tratamiento opioide con este tipo de presentación.

5. Interacción medicamentosa:

Aumenta el riesgo de sobredosis y mortalidad al consumir benzodiazepinas y barbitúricos simultáneamente con los opiáceos, también se aumenta la sedación al combinarlo con alcohol, butirofenonas, fenotiazidas, sedantes hipnóticos, anticonvulsivos y antidepresivos tricíclicos.

6. Genética:

Se han encontrado varios polimorfismos en los genes del CYP que afectan aumentando, disminuyendo o aboliendo el metabolismo de los fármacos.

Instrumentos diagnósticos para la dependencia a opioides

Para la evaluación de dependencia a opioides se encuentran algunas entrevistas diagnósticas estructuradas o semiestructuradas de detección sistemática, con las cuales se realiza un diagnóstico psiquiátrico, el cual está enfocado en identificar la psicopatología específica de las adicciones y otras patologías comórbidas. Las entrevistas e instrumentos son utilizados como complemento para establecer el diagnóstico, ya que una adecuada anamnesis y exploración clínica es la mejor herramienta para realizar el diagnóstico de dependencia a opioides, los instrumentos y entrevistas más utilizados son:

- EL CIDI: Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta (Composite International Diagnostic Interview). El CIDI es una entrevista estructurada de la OMS con la que se

establecen diagnósticos del DSM IV y CIE- 10 (OMS, 1997). Dentro de sus módulos se encuentra una sección enfocada al diagnóstico de trastornos por consumo de sustancias, esta sección CIDI-SAM contiene 4 módulos B, C, D y E, dedicados a esta evaluación, tiene una duración aproximada de 40 minutos (Cottler, Robins y Helzer, 1989).

- SCAN: Cuestionario para la Evaluación Clínica Neuropsiquiátrica (Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry). El sistema SCAN evalúa los diferentes trastornos mentales y establece el diagnóstico y la gravedad de la dependencia, evaluados en el módulo 11 y 12. Los diagnósticos se realizan con base al CIE10 y el DSM IV. La confiabilidad se calificó como buena a excelente para la detección de dependencia a diferentes sustancias psicoactivas (Schützwohl, Kallert y Jurjanz, 2007).
- PRISM: Entrevista de Investigación Psiquiátrica para Sustancias y Trastornos Mentales, la cual evalúa trastornos por consumos de sustancias y otros trastornos simultáneos (Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders) Encontramos un segmento sobre abuso y dependencia de sustancias psicoactivas. Se encontró validez idónea para evaluar los diferentes trastornos del EJE I del DSM IV, así como para la sección que evalúa trastornos por consumo de sustancias (Serrano, Pérez, Astals, Martín-Santos, Castillo y Torrens, 2001).
- La SCID-I: Entrevista Clínica Estructurada para el DSM-IV, eje I (Structured Clinical Interview for DSM-IV, Axis I Disorders). Los diagnósticos se realizan con base al DSM IV, consta de 6 módulos (A a F), que hacen referencia a los diferentes trastornos. El módulo E es el encargado de valorar los trastornos que se relacionan con el consumo de alcohol y otras sustancias (First, Spitzer, Gibbon y Williams, 2000). La SCID I Y SCID II fue utilizada en pacientes con dependencia a opioides para evaluar trastornos comorbidos

del EJE I del DSM IV, encontrando con mayor frecuencia los trastornos de estado de ánimo en un 30.8% (Martínez-Luna, 2012).

- MINI: Entrevista Internacional Neuropsiquiátrica (Mini International Neuropsychiatric Interview-MINI). Es una entrevista diagnóstica altamente estructurada, breve y de fácil aplicación, esta dividida en 14 secciones, entre las cuales están los trastornos por uso de sustancias psicoactivas, este instrumento sirve de ayuda para establecer el diagnóstico según el DSM-IV o el CIE-10 (Fernández Miranda y Pereiro Gómez, 2007).

Criterios Diagnósticos para identificar la dependencia a opioides según el DSM V

Patrón alterado de consumo de opiáceos los cuales ocasionan un deterioro y/o malestar clínicamente significativo, manifestado por 2 de los siguientes criterios en un lapso de tiempo de 12 meses (American Psychiatric Association, 2013):

1. Consume opiáceos con mayor frecuencia o tiempo de lo previsto.
2. Deseo continuo o esfuerzos inútiles de abandonar o controlar el consumo de opioides.
3. Invierte mucho tiempo en actividades de adquisición, consumo de opioides o en la recuperación de sus efectos.
4. Gran deseo, ansias o necesidad de ingerir opioides.
5. Consumo frecuente de opioides que ocasionan incumplimiento de las actividades laborales, escolares o del hogar.
6. Continuar el consumo de opioides a pesar de los problemas sociales y/o interpersonales persistente o recurrentes provocados por los efectos de estos.
7. El consumo de opioides causa abandono o disminución en las actividades sociales, profesionales y/o de ocio.

8. Consumo continuo de opioides en situaciones que causan alto riesgo físico.
9. Consumo de opiáceos a pesar de conocer sobre problemas físicos o psicológicos que tiene continuamente y que son exacerbados o causados por el consumo de estos.
10. Tolerancia, definida por los siguiente:
 - a. Necesidad de consumo de opioides cada vez mayores para lograr el grado de intoxicación o efecto deseado.
 - b. Disminución en el efecto causado por los opiáceos al mantener la misma dosis.NOTA: No aplica para personas bajo supervisión e indicación médica adecuada.
11. Abstinencia, presentada por alguno de lo siguiente:
 - a. Cumplir con los criterios característicos del Síndrome de Abstinencia por opioides (criterio A y B de los criterios para el síndrome de Abstinencia por opioides).
 - b. Consumir opioides o algunas sustancias similares para disminuir o evitar los síntomas del síndrome de abstinencia.NOTA: No aplica para personas con prescripción y vigilancia médica adecuada.

Criterios para el Síndrome de Abstinencia por Opioides

- A. Presencia de alguno de los siguiente (American Psychiatric Association, 2013):
 1. Disminución o cese del consumo de opioides por un periodo muy intenso y/o prolongado (varias semanas).
 2. Utilización de un antagonista opioide tras un consumo extenso de opiáceos.
- B. Tres o más de los siguientes síntomas tras un lapso de minutos o días después del criterio A.
 1. Humor disfórico.

2. Náuseas o vómitos.
3. Dolores musculares.
4. Lagrimeo o rinorrea.
5. Dilatación pupilar, piloerección o sudoración.
6. Diarrea.
7. Bostezos.
8. Fiebre.
9. Insomnio.

C. Los signos y síntomas anteriores (criterio B) generan un malestar significativo o deterioro social, laboral u otras áreas.

D. Los signos y síntomas no se pueden atribuir a otra afección médica, ni se explica por otro trastorno mental (intoxicación o abstinencia a otra sustancia).

Aparición de los síntomas de abstinencia en relación al tiempo

Las siguientes son los efectos más frecuentemente ocasionados por el consumo prolongado de opioides en donde se cumple los criterios para el Síndrome de Abstinencia anteriormente descritos. Su aparición en el tiempo se presenta así (Vega A & Pacheco O, 2013):

1. De 6 a 8 horas se presenta:
 - a. Ansiedad.
 - b. Inquietud.
 - c. Irritabilidad.
 - d. Craving.

2. De 8 a 15 horas se presenta:

- a. Lagrimeo.
- b. Rinorrea.
- c. Bostezos.
- d. Sudoración.

3. De 16 a 24 horas se presenta:

- a. Estornudos.
- b. Anorexia.
- c. Vómito.
- d. Espasmos abdominales.
- e. Dolores osteomusculares.
- f. Temblores.
- g. Insomnio.
- h. Piloerección.

Tratamiento para la dependencia a opioides

Al identificar una dependencia a opioides en un paciente con dolor crónico se debe iniciar el desmonte progresivo de los opioides ya que el retiro abrupto ocasiona síntomas de abstinencia como es la ansiedad, la inquietud, el malestar gastrointestinal, la sudoración, el aumento de la frecuencia cardiaca y el craving(deseo intenso del consumo) para lo cual se pueden utilizar medicamentos que disminuyen dichos síntomas, entre los medicamentos se manejan agonistas opioides como la metadona y la buprenorfina(agonista parcial), antagonistas opioides como la

naltrexona y agonistas alfa-2 adrenérgicos como la clonidina (Sevarino, 2018). Estos medicamentos están indicados para:

a. Agonistas opioides:

Son utilizados para abolir el craving y bloquean los efectos agudos de los opioides permitiendo regresar a un estilo de vida activo, en donde pueda participar en el ámbito familiar, social y laboral. Los dos principales fármacos son la metadona y la buprenorfina los cuales no generan dependencia física y no se asocia con conductas aberrantes como otros opioides (Strain, 2018).

b. Antagonistas opioides:

Utilizados para evitar la intoxicación por opioides y la dependencia física (refuerza la abstinencia). La naltrexona es utilizada para el mantenimiento ayudando a prevenir la recaída, no se debe utilizar antes de realizar un desmonte médico vigilado por que ocasiona síntomas de abstinencia inmediatamente en la persona dependiente a opioides (Strain, 2018). La aplicación de un antagonista opioides puede ocasiona una intoxicación opioide la cual genera síntomas graves de abstinencia que pueden ocasionar la muerte por lo que se deben emplear altas dosis de opioides para superar el antagonista (Stolbach & Hoffman, 2017).

c. Agonista alfa-2 adrenérgico:

Es utilizado ya que disminuye mucho los síntomas de abstinencia a opioides ya que controlan más efectivamente lo síntomas autonómicos como la sudoración, la diarrea, los malestares gastrointestinales, la náuseas, la ansiedad y la irritabilidad, actúa en menos medida

en las mialgias (dolor muscular), la inquietud, el insomnio y el deseo. Los medicamentos son la clonidina y el lofexidina. Ya no se utilizan de primera línea para el manejo de la abstinencia por opioides sino como complemento a agonista opioides (metadona o buprenorfina) (Sevarino, 2018).

No hay que olvidar que son paciente con una patología dolor de base por lo que hay que cambiar el tratamiento analgésico a medicamentos no opioides o si no es posible realizar una rotación del opioides junto a un analgésico coadyuvante que ayuda a tener bajas dosis de en el opioide pero continua teniendo el efecto analgésico deseado.

Conclusión

Los opioides son un grupo extenso de medicamentos los cuales son muy utilizados en el área de la salud para el manejo del dolor crónico oncológico y no oncológico, este último ha ocasionado grandes dudas sobre el tiempo que deben ser utilizados los opioides por que se sabe que a mayor tiempo hay mayor riesgo de efectos adversos. Entre los efectos adversos principales estan las náuseas, el vómito, el estreñimiento, la somnolencia, entre otros. Estos efectos varían de persona a persona y de opioide a opioide por que una persona puede tener efectos adversos más marcados con un opioide y no tenerlos con otro. Al evaluar un paciente oncológico y no oncológico se deben pautar unos objetivos realistas para el tratamiento los cuales serán evaluados al mes de iniciar los opioides, en donde se observara cual fue la eficacia del opioide para disminuir el dolor, mejorar la funcionalidad y el grado de tolerancia que el paciente tiene con el manejo opioide; Si se evidencia que el paciente no tiene mejoría en ninguno de los aspectos se debe suspender los opioides y cambiar por otro tratamiento analgésico, esto se realiza debido a

que no se ha observado diferencias en cuanto a la efectividad del tratamiento al primer mes de consumo comparado a los 6 meses pero si se observó mayor aparición de efectos adversos. Si el paciente tuvo mejoría de los síntomas pero tiene efectos adversos como estreñimiento, somnolencia, náuseas y vómito pueden utilizar fármacos que disminuyen estos efectos y así poder continuar con los opioides.

Cabe recordar que los opioides actúan en el sistema de recompensa del cerebro por lo que es importante evaluar el riesgo de dependencia que puede tener una persona ya que al actuar en este sistema puede ocasionar adicción y comportamientos aberrantes que dificultan el desmonte del opiáceo por eso los cuestionarios de riesgo de abuso de opioides como el DAST, el SOAPP son importantes de realizar antes de cualquier prescripción de opioides.

Al identificar y establecer un abuso o dependencia de opioides en un paciente a través de los criterios diagnósticos del DMS 5 se debe comenzar un desmonte de los opioides siempre vigilando los síntomas de abstinencia que el paciente presenta. En esta primera etapa es fundamental una supervisión constante por parte del médico y se pueden medicar al paciente para disminuir los síntomas de abstinencia, en algunos pacientes su cuadro clínico doloroso permite un desmonte total de los opioides en el caso de paciente que no se puede realizar se debe combinar los opioides con analgésicos coadyuvantes ya que esto permite tener dosis bajas del opioide, que ayuda con la dependencia y a tener un control analgésico adecuado.

En conclusión, se debe mantener en vigilancia a los pacientes con dolor crónico para evitar una posible dependencia y abuso de opioides, esta vigilancia se realiza desde la valoración inicial

con cuestionarios que evalúan el riesgo de dependencia; Se debe evaluar siempre la evolución de la progresión de la enfermedad que genera el cuadro doloroso principalmente en el no oncológico porque son más propensos a tener periodos más extendidos de consumo de opioides y por consiguiente mayor probabilidad de aparición de efectos adversos y abuso de la sustancia; Ante cualquier indicio de abuso de opioides se debe realizar un seguimiento más estrecho junto a la revaloración del cuadro doloroso para pautar nuevos objetivos en el tratamiento donde se incluirá el manejo de la dependencia y los síntomas de abstinencia.

Referencias

- Alvarado, S. (2018). *Examen Físico en el Diagnóstico de Adicción*. Recuperado el 14 de Abril de 2018, de Adicciones: <http://www.adicciones.org/diagnostico/examen.html>
- American Psychiatric Association. (2013). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*. Londres: Asociación Americana de Psiquiatría.
- Ballantyne, J. (2007). Opioid analgesia: perspectives on right use and utility. *Pain Physician* , 10 (3), 479-491.
- Ballantyne, J. (2008). *Dolor: Actualizaciones Clínicas*. USA: Asociación Internacional para el Estudio del Dolor.
- Belsasso , G., Estañol, B., Juárez, H. (2002). *Nuevas estrategias farmacológicas en el tratamiento de las adicciones*. Obtenido de Centro Nacional para la prevención y control de las adicciones(CENADIC): <http://www.cenadic.salud.gob.mx/PDFS/publicaciones/estrategias.pdf>
- Boyle, G., Fernández, E., & Ortet, G. (2003). El cuestionario de dolor de McGill (McGill Pain Questionnaire -MPQ) : consideraciones lingüísticas y estadísticas. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile* , 12 (1), 111-119.

Campos Kraychete, D., & Sakata, R. (2012). Uso y Rotación de Opioides para el Dolor Crónico no Oncológico. *Revista Brasileira de Anestesiología* , 62 (4), 558-562.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-70942012000400010>.

Centers for Disease Control and Prevention(CDC). (2017). *La prescripción de opioides*. USA: CDC. Disponible en
<https://www.cdc.gov/spanish/signosvitalis/opioides/infographic.html#graphic-b>.

Change Pain. (2017). *¿Cómo se define el dolor crónico?* Recuperado el 18 de Septiembre de 2017, de Change Pain, preocupados por el dolor.: http://www.changepain.org/grt-change-pain-portal/change_pain_home/chronic_pain/insight/definition/es_ES/324800317.jsp.

Cojulún, N. (2014). *Journal Club: Detección de conductas aberrantes en el paciente bajo terapia opioide*. Recuperado el 1 de Mayo de 2018, de Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán": <http://www.dolorypaliativos.org/jc103.asp>

Correogsk. (27 de Noviembre de 2017). *Alodinia*. Recuperado el 1 de Mayo de 2018, de Wikipedia: <https://es.wikipedia.org/wiki/Alodinia>

Costello, M. (2016). Patient Opioid Education: Research Shows Nurses' Knowledge of Opioids Makes a Difference. *MEDSURG Nursing* , 25 (5), 307-333.

Cottler, L. B., Robins, L. N., Helzer, J. E. (1989). The Reliability of the CIDI-SAM: a comprehensive substance abuse interview. *British Journal of Addiction* , 84 (7), 801-814. DOI:10.1111/j.1360-0443.1989.tb03060.x.

Cragg, A., Hau, J., Woo, S., Liu, C., Doyle-Waters, M., & Hohl, C. (28 de Diciembre de 2017). *Risk factors for addiction among patients receiving prescribed opioids: a systematic review protocol*. Recuperado el 25 de Abril de 2018, de Systematic Reviews:
<https://systematicreviewsjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13643-017-0642-0>

Drugs. (8 de Abril de 2018). *Metoclopramide*. Recuperado el 2 de Mayo de 2018, de Drugs.com: <https://www.drugs.com/metoclopramide.html>

Edgerton, L., Loven, B. (Mayo de 2011). Q / What are the adverse effects of prolonged opioid use in patients with chronic pain? *The Journal of Family Practice* , 60 (5), 288-289. <https://www.mdedge.com/jfponline/article/64302/addiction-medicine/what-are-adverse-effects-prolonged-opioid-use-patients>

Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia. (2013). *Estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en Colombia - 2013, Informe Final*. Bogota : ALVI impresoras S.A.S.

Fernández Miranda, J., Pereiro Gómez, C. (2007). *Guía para el Tratamiento de la Dependencia de Opiáceos*. Valencia: Socidrogalcoho. Disponible en http://www.cicad.oas.org/reduccion_demanda/eulac/forum_exchanges/tucuman/Documents/Opiaceos_Guia.pdf.

First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., Williams, J. B. (2000). *SCID-I Entrevista Clínica estructurada para los transtornos del eje I del DSM-IV, versión clínica(Vol.1)*. España: Masson.

Garami, J., Haber, P., Myers, C., Allen, M., Misiak, B., Frydecka, D., y otros. (Julio de 2017). *Intolerance of uncertainty in opioid dependency - Relationship with trait anxiety and impulsivity*. Recuperado el 1 de Mayo de 2018, de PLOS ONE: journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0181955

Gupta, A., Rosenquist, R. (2017). *Use of opioids in the management of chronic non-cancer pain*, Uptodate, (18.10), Disponible en <https://www.uptodate.com/contents/use-of-opioids-in-the-management-of-chronic-non-cancer-pain>

Guy Jr, G., Zhang, K., Bohm, M., Losby, J., Lewis, B., Young, R., et al. (2017). Vital Signs: Changes in Opioid Prescribing in the United States, 2006–2015. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 66 (26), 697-704. Disponible en <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/66/wr/pdfs/mm6626a4.pdf>

Hartman, H. (1 de Diciembre de 2015). *Risk factors for iatrogenic opioid dependence: An Australian perspective*. Recuperado el 28 de Abril de 2018, de Australian Medical Student Journal: <http://www.amsj.org/archives/4445>

- HemOncToday. (25 de Noviembre de 2009). Opioid-induced adverse effects and their management. *HemOncToday*, pág. 8. Disponible en <https://www.healio.com/hematology-oncology/news/print/hemonc-today/%7Bada1460f-73fc-4d40-8d1d-aef401575c91%7D/opioid-induced-adverse-effects-and-their-management>
- Labianca, R., Sarzi-Puttini, P., Zuccar, S. M., Cherubin, P., Vellucci, R., Fornasar, D. (2012). Adverse Effects Associated with Non-opioid and Opioid Treatment in Patients with Chronic Pain. *Clinical Drug Investigation*, 32 (1), 53-63. DOI: 10.2165/11630080-000000000-00000.
- Ling, W., Mooney, L., & Hillhouse, M. (2011). Prescription opioid abuse, pain and addiction: clinical issues and implications. *Drug and Alcohol Review*, 30 (3), 300-305. DOI: 10.1111/j.1465-3362.2010.00271.x.
- Martínez-Luna, N. (2012). P-61 - Presence of psychiatric disorders in opioid dependent patients between harm reduction programmes. *European Psychiatry*, 27 (1), 1. [https://doi.org/10.1016/S0924-9338\(12\)74228-1](https://doi.org/10.1016/S0924-9338(12)74228-1).
- Monsalve, V., Soriano, J., & De Andrés, J. (2006). Utilidad del Índice de Lattinen (IL) en la evaluación del dolor crónico: relaciones con afrontamiento y calidad de vida. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 13 (4), 216-229.
- Montero Ibáñez, R., & Manzanares Briega, A. (2005). Escalas de valoración del dolor. *JANO*, 68 (1553), 527-530. <http://www.jano.es/ficheros/sumarios/1/68/1553/41/1v68n1553a13072240pdf001.pdf>
- Muriel, C., & Llorca Diez, G. (2018). *Objetivos y áreas de evaluación del dolor crónico*. Recuperado el 18 de Marzo de 2018, de Catedra del Dolor: <http://www.catedradeldolor.com/PDFs/Cursos/Tema%204.pdf>
- Muriel, C., Santos, J., Sánchez-Montero, F. (2017). *Farmacología de los analgésicos opiáceos*. Recuperado el 16 de Octubre de 2017, de Catedra del dolor: <http://www.catedradeldolor.com/PDFs/Cursos/Tema%207.pdf>
- National Institute on Drugs Abuse. (Diciembre de 2012). *Los medicamentos de prescripción: Abuso y adicción*. Obtenido de National Institute on Drugs Abuse: <https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/serie-de-reportes/los-medicamentos-de-prescripcion-abuso-y-adiccion/los-opioides/que-son-los-opioides>

- National Institute on Drugs Abuse(NIH). (Diciembre de 2012). *Tratamiento del dolor crónico y la adicción*. Recuperado el 20 de Abril de 2018, de National Institute on Drugs Abuse(NIH): <https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/serie-de-reportes/los-medicamentos-de-prescripcion-abuso-y-adiccion/tratamiento-del-dolor-cronico-y-la-adiccion>
- News Medical Life Science. (31 de Agosto de 2017). *Las funciones de la dopamina*. Recuperado el 30 de Octubre de 2017, de News Medical Life Science : [https://www.news-medical.net/health/Dopamine-Functions-\(Spanish\).aspx](https://www.news-medical.net/health/Dopamine-Functions-(Spanish).aspx)
- Norwood, A., Al-Chaer, E., & Fantegrossi, W. (2014). Predisposing effects of neonatal visceral pain on abuse-related effects of morphine in adult male Sprague Dawley rats. *Psychopharmacology* , 231 (22), 4281-4289.
- Organización Mundial de la Salud(OMS). (1997). *Entrevista diagnóstica internacional compuesta (CIDI)*. Ginebra: División de Salud Mental. Disponible en [http://webs.ucm.es/info/psclinic/evaluacion/Proyecto%20Apoyo%20EPC%202006/INSTRUMENTOS%20EVALUACION/SALUD%20GENERAL%20Y%20CALIDAD%20DE%20VIDA/CIDI/CIDI\(12meses\).pdf](http://webs.ucm.es/info/psclinic/evaluacion/Proyecto%20Apoyo%20EPC%202006/INSTRUMENTOS%20EVALUACION/SALUD%20GENERAL%20Y%20CALIDAD%20DE%20VIDA/CIDI/CIDI(12meses).pdf).
- Organización Mundial de la Salud(OMS). (Noviembre de 2014). *Información sobre la sobredosis de opioides*. Recuperado el 20 de Noviembre de 2017, de Organización Mundial de la Salud(OMS): http://www.who.int/substance_abuse/information-sheet/es/
- Pergolizzi Jr , J. V., LeQuang , J. A., Berger , G. K., Raffa , R. B. (2017). The Basic Pharmacology of Opioids Informs the Opioid Discourse about Misuse and Abuse: A Review. *Pain and Therapy* 6(1), 1-16. DOI:10.1007/s40122-017-0068-3
- Portenoy, R., Mehta, Z., & Ahmed, E. (24 de Abril de 2018). *Prevention and management of side effects in patients receiving opioids for chronic pain*. Recuperado el 1 de Mayo de 2018, de UptoDate: <https://www.uptodate.com/contents/prevention-and-management-of-side-effects-in-patients-receiving-opioids-for-chronic-pain>
- Ropper, A., Samuels, M., Klein, J. (2014). *Adams & Victor's Principles of Neurology* (Vol. 10). New York: McGraw-Hill. Capitulo 8. Disponible en <https://accessmedicine.mhmedical.com/content.aspx?bookid=690§ionid=50910867>
- Rosenquist, E. (25 de Enero de 2018). *Evaluation of chronic pain in adults*. Recuperado el 28 de Abril de 2018, de UptoDate: <https://www.uptodate.com/contents/evaluation-of-chronic-pain-in-adults>

- Rotchford, J. (2015). An informal review of opioid dependence (addiction) associated with chronic opioid analgesic therapy (COAT) for chronic pain. *Addictology/Adiktologie* , 13 (3), 264-278.
- Schumacher, M. A., Basbaum, A. I., Way, W. L. (2007). Analgésicos opioides y antagonistas. En B. G. Katzung, *Farmacología básica y clínica*, (Vol. x, p. 503-523). San Francisco: El Manual Moderno.
- Schützwohl, M., Kallert, T., Jurjanz, L. (2007). Using the Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry (SCAN 2.1) as a diagnostic interview providing dimensional measures. *In European Psychiatry*, 22 (4), 229-238. DOI: 10.1016/j.eurpsy.2006.10.005
- Schweitzer, C., Gill, S., Kennedy, A., & Eppler, K. (2018). Youth and the opioid crisis: Strategies for intervention and the British Columbian experience. *UBC Medical Journal* , 9 (2), 34-35.
- Serrano, D., Pérez, G., Astals, M., Martín-Santos, R., Castillo, C., Torrens, M. (2001). Validación de la versión española de la Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders (PRISM). *Trastornos Adictivos*, 3 (4), 293. Disponible en <http://www.elsevier.es/es-revista-trastornos-adictivos-182-articulo-validacion-version-espanola-psychiatric-research-13021708>.
- Sevarino, K. (11 de Abril de 2018). *Medically supervised opioid withdrawal during treatment for addiction*. Recuperado el 1 de Mayo de 2018, de UptoDate: <https://www.uptodate.com/contents/medically-supervised-opioid-withdrawal-during-treatment-for-addiction>
- Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación(SCARE). (17 de Octubre de 2017). *¿Hay una epidemia de consumo de opioides en Colombia?* . Recuperado el 19 de Octubre de 2017, de Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación(SCARE): <https://www.scare.org.co/noticias/263-%C2%BFhay-una-epidemia-de-consumo-de-opioides-en-colombia.html>
- Stolbach, A., & Hoffman, R. (29 de Noviembre de 2017). *Opioid withdrawal in the emergency setting*. Recuperado el 1 de Mayo de 2018, de UptoDate: <https://www.uptodate.com/contents/opioid-withdrawal-in-the-emergency-setting>
- Strain, E. (17 de Abril de 2018). *Pharmacotherapy for opioid use disorder*. Recuperado el 1 de Mayo de 2018, de UptoDate: <https://www.uptodate.com/contents/pharmacotherapy-for-opioid-use-disorder>

- Vallejo, M., Ruiz, F. (2009). Aspectos básicos de la farmacología clínica de los analgésicos opioides. en A. Cadavid Puentes, J. N. Carreño R, M. Á. Cruz Correa, S. P. Flórez Rojas, A. I. Gómez Córdoba, *Opiodes en la Práctica Médica* (págs. 1-16). Bogota: Guadalupe S.A.
- Vega A, P., & Pacheco O, G. (2013). Opiáceos y heroína. En E. Velásquez de P, Á. Olaya Peláez, G. Castaño Pérez, & S. Castro Rey, *Adicciones, aspectos clínicos y psicosociales, tratamiento y prevención* (págs. 435-445). Medellín: CIB.
- Vousooghi, N., Sadat Shirazi, M.-S., Goodarzi, A., Hassani Abharian, P., & Zarrindast, M.-R. (2015). X Chromosome Inactivation in Opioid Addicted Women. *Basic Clinic Neuroscience* , 6 (3), 179-184.
- Webster, L., & Webster, R. (2005). Predicting Aberrant Behaviors in Opioid-Treated Patients: Preliminary Validation of the Opioid Risk Tool. *Pain Medicine* , 6 (6), 432–442.