

ADICCIÓN EN PACIENTES CON DOLOR CRÓNICO

Gabriel E. Mejía Terrazas

*Médico adscrito al servicio del dolor agudo del Instituto Nacional de Rehabilitación y de la clínica del dolor del Hospital Ángeles México.
gisibyg@yahoo.com.mx*

ADICCIÓN EN PACIENTES CON DOLOR CRÓNICO

Resumen

Los opioides son la piedra angular en el tratamiento del dolor crónico de intensidad moderada a elevada, pero por su mecanismo de acción presentan ciertas particularidades que los hacen fármacos de riesgo. Sólo una minoría de pacientes con dolor crónico está en alto riesgo de desarrollar problemas de adicciones, considerando a la población entera de pacientes con dolor. De acuerdo a sus propiedades farmacológicas, los opioides presentan una afectación directa o indirecta a una vía nerviosa presente en el cerebro, que es el sistema de recompensa mesolímbico, lo cual los clasifica como fármacos de riesgo para adicciones. Pero en el paciente con dolor, sin un antecedente claro de abuso de otras sustancias desde tabaco, alcohol o cualquier droga, no hay riesgo para desencadenar una adicción durante su uso médico.

Palabras Clave: opioides, adicción, cáncer, dolor crónico, dolor por cáncer.

ADDICTION IN CHRONIC PAIN PATIENTS

Abstract

The opioides they are the rock angular on the treatment of the chronic pain than intensity temperate for elevated but through his mechanism than stock presentable true particularities than the they make drugs than risk only a minority than patients with chronic pain they are on stop risk than evolve troubles than addictions inasmuch at the population round than patients with pain Agreed for his properties pharmacological presentable a affectation straightforward or indirectly at a route nervous present on the brain than she is the system than reward mesolímbico which the she classifies sort of drugs than risk to addictions but on the patient with pain without a background thin than abuse than remaining substances from tobacco , alcohol or any drug no hay risk to unchain a addiction in his use half

Keywords: opioids, addiction, cancer, chronic pain, cancer pain

INICIO

Los opioides son la piedra angular en el tratamiento del dolor crónico de intensidad moderada a elevada, pero por su mecanismo de acción presentan ciertas particularidades que los hacen fármacos de riesgo. Por sus efectos se les considera con potencial de adicción, por esta razón, los pacientes y en muchas ocasiones los familiares presentan un fenómeno denominado opiofobia, el cual hace que se administren dosis inferiores a las requeridas y en muchos casos no se utilicen a pesar del dolor y sufrimiento que esto conlleva. Este riesgo es mucho menor que el beneficio otorgado al mitigar el dolor y el sufrimiento.

Adicción a opioides durante su uso como analgésicos

Los pacientes con cáncer y antecedentes de abuso de sustancias como son alcohol, drogas y fármacos presentan una dificultad especial en el control del dolor. Una historia de abuso de sustancias manifiesta una falta de afrontamiento y adaptación a situaciones adversas, lo cual en el momento de la enfermedad se traduce invariablemente en una excesiva expresión de su sintomatología. La investigación de la literatura reveló promedios diferentes de adicción en pacientes con dolor crónico, debido a que se usaron diferentes criterios para definir adicción y los diversos tipos de dolor crónico.¹ Un estudio de 1992 arrojó que el promedio de abuso de drogas, dependencia y adicciones entre los pacientes con dolor era de 3.2 a 18%, el cual corresponde a el estimado para la población general.⁴ En otro estudio con pacientes recién diagnosticados de cáncer de pulmón se investigó sintomatología psíquica y abuso de sustancias: el 46% había abusado del alcohol alguna vez en su vida y el 13% abusaba del alcohol en el momento del estudio.⁽¹⁾ Una investigación más reciente, que midió la prevalencia de adicción en 125 pacientes con dolor crónico, demostró que 70% tomaban analgésicos opioides, de estos 10% respondieron a los criterios del DSM III-R para abuso de sustancias o dependencia a las mismas y sólo 12% fueron diagnosticados con abuso de sustancias, con lo cual concluyen que sólo una minoría de pacientes con dolor crónico están en alto riesgo de desarrollar problemas de adicciones, considerando a la población entera de pacientes con dolor.³ Sin embargo, los perfiles del uso prolongado de analgésicos opioides en pacientes con cáncer, quemados o con dolor postoperatorio, demuestran que si bien son comunes la tolerancia y la dependencia física, la adicción entendida como dependencia psicológica y abuso de drogas es rara y casi nunca se presentan en individuos sin antecedentes.⁵ Está bien documentado que personas con un trastorno de adicción tienen mayor riesgo de adicción a otras sustancias.¹ Se ha documentado que los pacientes alcohólicos recibieron dosis más altas de morfina a su ingreso, pero la dosis máxima alcanzada y la intensidad del dolor no fueron diferentes a los no alcohólicos.⁶ De acuerdo con esto, la presencia de adicción a opioides en la población de pacientes que los utilizan con fines analgésicos no es mayor a la de la población general, por lo tanto no aumentan el riesgo de adicción durante su uso.

¹ CENTENO E, Bruera E. "Neurotoxicidad inducida por opioides." *Med Pal.* 1999;6:56-66.

² CALLADO L, Meana J. *Bases neurobiológicas para un nuevo abordaje de las prevención terciaria en la adicción a opioides.* 3er Congreso de la Sociedad Española de Toxicomanías. Barcelona, 2001.

³ WEAVER M, Schnoll S. "Abuse liability in opioid therapy for pain treatment in patients with an addiction history." *Clin J Pain*, 2002;18:Supplement 4:s61-s69.

⁴ FISHBAIN D, Rosomoff h. "Drug abuse, dependence and addiction in chronic pain patients." *Clin J Pain* 1992;8:77-85.

⁵ PASSIK S, Theobald D. "Managing addiction in advanced cancer patients." *J Pain Symp Manag.* 2000;19:229-34.

⁶ BRUERA E, Moyano J. "The frequency of alcoholism among patients with pain due to terminal cancer." *J Pain Symp Manag* 1995;10:559-63.

⁷ BREITBART W. "Dolor en la enfermedad por el VIH." En Loeser J. Bonica (Ed). *Terapéutica del dolor.* México: Mac Graw Hill, 2001.

Terminología de la adicción

Es primordial estar familiarizado con la terminología actual en lo referente al consumo de tóxicos y drogadicción. Es importante distinguir entre los términos: tolerancia, dependencia física, y adicción o abuso (dependencia psicológica). La primera es la propiedad farmacológica de los opioides que define la necesidad de dosis mayores para mantener el efecto analgésico. La segunda se caracteriza por la aparición de signos y síntomas de supresión, si los analgésicos opioides se interrumpen con brusquedad o si se administra un antagonista opioide. Por lo general hay tolerancia vinculada con la dependencia física. La tercera es el síndrome psicológico y de comportamiento en el cual ocurre ansia por los fármacos, uso compulsivo a pesar del daño físico, psicológico y social, comportamiento aberrante y recidivas después de la supresión.⁷ Además hay que mencionar el término pseudoadicción que es observado en pacientes con dolor oncológico o crónico, cuya búsqueda de opiáceos es debida a una dependencia psíquica, pero con fines analgésicos.

Entre los factores desencadenantes de este fenómeno se encuentran: a) La prescripción de dosis infraterapéuticas, ya sea inicialmente o por causa de la tolerancia. b) La evolución de una enfermedad crónica que produce en el paciente ansiedad y depresión, que pueden disminuir el umbral doloroso. c) Los niveles plasmáticos fluctuantes de los fármacos que pueden causar síndrome de abstinencia en ocasiones. También pueden producir ansiedad y síntomas somáticos. Todo ello podría contribuir a crear un estado de fobia a nuevos ataques de dolor, con la consiguiente administración continua de fármacos para evitarlo.⁸ Los términos dependencia y adicción a drogas hacen referencia a un síndrome recidivante caracterizado por una conducta compulsiva de búsqueda de drogas con incapacidad del individuo para controlar su consumo y con la aparición de un cortejo de síntomas y signos durante la abstinencia. Las conductas adictivas se producen a pesar de conducir hacia una degradación de las esferas sociales y psicológicas o trastornos de la salud del sujeto. Es precisamente este aspecto de búsqueda o necesidad incontrolable (craving) lo que mejor define al proceso de dependencia de drogas.⁹

Mecanismo de la adicción

Aunque cada droga posee un mecanismo de acción peculiar, todas las sustancias de abuso afectan directa o indirectamente a una vía nerviosa presente en el cerebro que es el sistema de recompensa mesolímbico.

El sistema límbico, a través de sus conexiones con el sistema nervioso autónomo y su control del sistema endocrino, puede influir en muchos aspectos del comportamiento emocional, que incluyen particularmente las reacciones del miedo, enojo y las emociones asociadas a la conducta sexual, así como a las respuestas viscerales que acompañan estas emociones.^{10,11} Figuras 1 y 2

7-BREITBART W. "Dolor en la enfermedad por el VIH." En Loeser J. Bonica (Ed). *Terapéutica del dolor*. México: Mac Graw Hill, 2001.

8-PÉREZ-Valdivieso J Cacho E. "Consumo patológico de Meperidina en un paciente afectado de porfiria aguda intermitente." *Rev Soc Esp Dolor*. 2002;9:454-56.

9-PINEDA-Ortiz J. Torrecilla-Sesma M. "Mecanismos neurobiológicos de la adicción a drogas Trastornos adictivos." 1999;1:13-21.

10-TEJERO A. Pérez de los Cobos J. Bosch R. " Adicciones, lóbulo frontal y funciones ejecutivas un análisis neuropsicologico del autocontrol en las adicciones." *Conductas Adictivas* 2002;2:43-52.

11- KOOB GF, Sanna PP, Bloom FE. "Neuroscience of addiction." *Neuron* 1998;21:467-76.

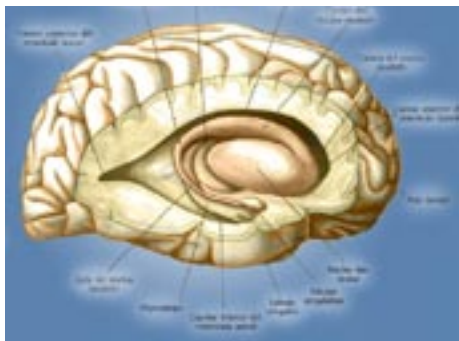


Figura 1. Ubicación del sistema límbico.



Figura 2. Esquema del sistema límbico.

Personalidad y adicción

Se ha dicho que la personalidad es el patrón único de pensamientos, sentimientos y conductas de un individuo que persisten con el tiempo y ante diversas circunstancias en las que supuestamente una persona siente, piensa y se conduce en forma congruente. La personalidad indica cierto grado de predicibilidad y estabilidad del individuo.⁹ Un tema de gran interés es el de la personalidad adictiva, pues en caso de ser aceptada, este concepto sería muy próximo a la automedicación.¹² Sin duda la psicopatología es un factor de riesgo para padecer un trastorno adictivo y una vez establecido para tener una peor evolución. Esta marcada relación hace pensar que pueda existir una disfunción neuropsicología que explique esta relación.^{12,13}

Cuando se habla de personalidad nos referimos a las características presentes en muchos individuos y que los convierten en seres vulnerables a sustancias psicoactivas, entre estas tenemos las siguientes: características de aislamiento (retraimiento y vivir solos), inestabilidad emocional (ansiedad, depresión, furia), impulsividad (hostilidad y agresividad), nivel de autoestima bajo. Además menoscaban la capacidad para educar a sus hijos; no confían en las demás personas; presentan problemas para manejar las emociones negativas; suelen cometer actos ilegales, riñas callejeras, tener crisis nerviosas y un alto índice de ideas suicidas. Dentro la sicopatología encontrada más frecuentemente se presenta: la ansiedad, somatización, depresión, disfunción social.¹⁴

9-PINEDA-Ortiz J. Torrecilla-Sesma M. "Mecanismos neurobiológicos de la adicción a drogas Trastornos adictivos." 1999;1:13-21.

12-CERVERA G. Haro G. Martínez-Raga J. "Los trastornos relacionados con el uso de sustancias desde la perspectiva de la psicopatología y las neurociencias." Trastornos adictivos 2001;3:164-71.

13-"Factores incidentes en el consumo de sustancias psicoactivas y la prevalencia de características psicopatológicas de los adictos de El Salvador." Trastornos adictivos 2001;4:189-95.

14-MESTRE L. Risco P. Catalán A. Ibarra O. Perfiles de personalidad Millón comparación de pacientes adictos a opioides y cocaína. VII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Toxicomanías. 2001 Cádiz España.

15-SANTOS P. Forcada R. Zamorano C. Trastornos de personalidad en alcohólicos. VII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Toxicomanías. 2001 Cádiz España.

16-TORRES I. Crespo C. García-Lecumberri E. Conducta impulsiva y vulnerabilidad a la adicción a opioides. VII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Toxicomanías. 2001 Cádiz España.

En la historia familiar se aprecia abuso durante la niñez como: agresiones físicas, negligencia emocional, ambiente de discordia, tensión y antipatía.¹⁷ Además no hay que olvidar el papel genético que ha determinado un patrón de codeterminación genética en la sensibilidad y desarrollo de síndrome de abstinencia al alcohol, opiáceos, anfetaminas, benzodiazepinas, así como la participación de genes que codifican algún elemento de los sistemas de neurotransmisión serotoninérgico y dopaminérgico en la vulnerabilidad a las adicciones.^{18, 19, 20, 21, 22, 23}

Conclusión

Los pacientes con cáncer y antecedentes de abuso de sustancias como son alcohol, drogas y fármacos presentan una dificultad especial en el control del dolor. Una historia de abuso de sustancias manifiesta una falta de afrontamiento y adaptación a situaciones adversas, lo cual en el momento de la enfermedad se traduce invariablemente en una excesiva expresión de su sintomatología, y por consiguiente en una utilización mayor de analgésicos. Por lo tanto, el riesgo de adicción es mucho menor de lo que se supondría y no hay razón para no mitigar el dolor de un paciente que sufre por esta causa.

17-SÁNCHEZ-HUESCA R. Guisa V. Ortiz R. De León G. "Detección temprana de factores de riesgo para el consumo de sustancias ilícitas." *Salud Mental* 2002;25:46-51.

18-UGEDO L. Ruiz E. "Influencia de la herencia genética en las drogodependencias." *Trastornos adictivos* 2000;2:114-21.

19-MAYER F. "Dolor en Cáncer". En Guevara U., De Lille R. *Medicina del dolor y paliativa*. México: Corporativo Intermédica, 1era Edición, 2002.

20-GARNIER-ZAMORA F. Leandro M. "Descripción del instrumento simplificado del MMPI II denominado Mini-Mult 82." *Acta Psiquiatrica Psicol. AM Lat* 1973;39:58-62.

21-GARNIER-ZAMORA F. Leandro. M. "Mini-Mult 82 como instrumento de screening en pacientes sin patología psiquiatría." *Jelin Psicol.* 1986;42:887-9.

22- VERSTER A. Buning E. *Manual de Metadona*. Madrid: Oficina Española para el Control de Adicciones, 1999.

23-The UK Guidelines (1999). "Drug Misuse and Dependence Guidelines on Clinical Management. Department of Health." The Scottish Office Department of Health. Welsh Office. Department of Health and Social Services, Northern Ireland.

Bibliografía

BREITBART W. "Dolor en la enfermedad por el VIH." En Loeser J. Bonica (Ed). *Terapéutica del dolor*. México: Mac Graw Hill, 2001.

BRUERA E. Moyano J. "The frequency of alcoholism among patients with pain due to terminal cancer." *J Pain Symp Manag* 1995;10:559-63.

CALLADO L, Meana J. Bases neurobiológicas para un nuevo abordaje de la prevención terciaria en la adicción a opioides. 3er Congreso de la Sociedad Española de Toxicomanías. Barcelona, 2001.

CENTENO E, Bruera E. "Neurotoxicidad inducida por opioides." *Med Pal*.1999;6:56-66.

CERVERA G. Haro G. Martínez-Raga J. "Los trastornos relacionados con el uso de sustancias desde la perspectiva de la psicopatología y las neurociencias." *Trastornos adictivos* 2001;3:164-71.

Council of the European Union (1999). 12555/2/99 Cordroque 64 rev 2. *European Union Drugs Strategy (2000-2004)*.

GARNIER-ZAMORA F. Leandro M. "Descripción del instrumento simplificado del MMPI II denominado Mini-Mult 82." *Acta Psiquiatric Psicol. AM Lat* 1973;39:58-62.

GARNIER-ZAMORA F. Leandro. M. "Mini-Mult 82 como instrumento de screening en pacientes sin patología psiquiatría." *Jelin Psicol.* 1986;42:887-9.

"Factores incidentes en el consumo de sustancias psicoactivas y la prevalencia de características psicopatológicas de los adictos de El Salvador." *Trastornos adictivos* 2001;4:189-95.

FISHBAIN D, Rosomoff h. "Drug abuse, dependence and addiction in chronic pain patients." *Clin J Pain* 1992;8:77-85.

HERRERA E. Bruera E. "Hiperalgnesia y tolerancia a opioides." *Med Pal* 2002;9:13-19.

KOOB GF, Sanna PP, Bloom FE. "Neuroscience of addiction." *Neuron* 1998;21:467-76.

MAYER F. "Dolor en Cáncer". En Guevara U., De Lille R. *Medicina del dolor y paliativa*. México: Corporativo Intermédica, 1era Edición, 2002.

MESTRE L. Risco P. Catalán A. Ibarra O. Perfiles de personalidad Millón comparación de pacientes adictos a opioides y cocaína. VII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Toxicomanías. 2001 Cádiz España.

PASSIK S, Theobald D. "Managing addiction in advanced cancer patients." *J Pain Symp Manag*. 2000;19:229-34.

PÉREZ-Valdivieso J Cacho E. "Consumo patológico de Meperidina en un paciente afectado de porfiria aguda intermitente." *Rev Soc Esp Dolor*. 2002;9:454-56.

PINEDA-Ortiz J. Torrecilla-Sesma M. "Mecanismos neurobiológicos de la adicción a drogas Trastornos

adictivos." 1999;1:13-21.

SÁNCHEZ-HUESCA R. Guisa V. Ortiz R. De León G. "Detección temprana de factores de riesgo para el consumo de sustancias ilícitas." *Salud Mental* 2002;25:46-51.

SANTOS P. Forcada R. Zamorano C. Trastornos de personalidad en alcohólicos. VII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Toxicomanías. 2001 Cádiz España.

TEJERO A. Pérez de los Cobos J. Bosch R. " Adicciones, lóbulo frontal y funciones ejecutivas un análisis neuropsicológico del autocontrol en las adicciones." *Conductas Adictivas* 2002;2:43-52.

The UK Guidelines (1999). "Drug Misuse and Dependence Guidelines on Clinical Management. Department of Health." The Scottish Office Department of Health. Welsh Office. Department of Health and Social Services, Northern Ireland.

TORRES I. Crespo C. García-Lecumberri E. Conducta impulsiva y vulnerabilidad a la adicción a opioides. VII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Toxicomanías. 2001 Cádiz España.

UGEDO L. Ruiz E. "Influencia de la herencia genética en las drogodependencias." *Trastornos adictivos* 2000;2:114-21.

VERSTER A. Buning E. *Manual de Metadona*. Madrid: Oficina Española para el Control de Adicciones, 1999.

WEAVER M, Schnoll S. "Abuse liability in opioid therapy for pain treatment in patients with an addiction history." *Clin J Pain*, 2002;18:Supplement 4:s61-s69.

WHO Expert Committee on Drug Dependence (1998). WHO Technical Report Series, Geneva, Switzerland.