

## ¿Cómo influye el abuso de sustancias en el control del dolor de los pacientes agudos?

Dawn Dunn, MSN, RN, ANP-C, y Janette Neuman DNP, RN, FNP-BC

EN EL AÑO 2006, Dawn Dunn se incorporó a un rotatorio formativo en una unidad de Medicina Interna con mucha actividad. Cada día, en el cambio de turno oía decir lo mismo: “Esta paciente parece adicta. Está todo el día pendiente del reloj y exige su analgesia con puntualidad. Se ríe y come bien; no creo que realmente tenga dolor”. Después el médico decía algo similar.

Un día tras otro, en el cambio de turno, 2 o 3 pacientes atendidos por aquel equipo eran etiquetados como “consumidores”. Según la American Society for Pain Management Nurses, las etiquetas como “consumidor” implican prejuicios y obstaculizan la prestación de cuidados<sup>1</sup>. Dawn se preguntaba: ¿Todos estos pacientes son consumidores o sólo buscan aliviar su dolor? En cualquier caso, ¿cómo podría ayudarles? Estas dos preguntas se convirtieron en los pilares de su estudio de evidencia científica durante el periodo de formación como enfermera especialista.

McCaffery y Pasero definen el dolor como “cualquier experiencia que el individuo refiera como tal y que existe siempre que la persona afirme que lo sufre”<sup>2</sup>. Esta definición se aplica por igual a pacientes con antecedentes de adicción, pues su dolor suele ser infratratado por los clínicos, los cuales con frecuencia interpretan las quejas de dolor de estos enfermos como conductas de consumo o adicción.

Irónicamente, debido a la tolerancia que desarrollan, los pacientes que consumen o que son adictos en realidad necesitan más medicación para el control del dolor que el resto de enfermos<sup>3</sup>. Como cualquier otro paciente, merecen un adecuado abordaje terapéutico de su dolor, incluyendo su valoración, su tratamiento y la evaluación continuada de la respuesta a las intervenciones realizadas.

Este artículo revisa la importancia del uso de intervenciones basadas en la evidencia para valorar y controlar el dolor en pacientes adictos, y también repasa

los peligros de etiquetar a estos enfermos y, en consecuencia, no abordar de forma adecuada su dolor. (Véase el cuadro anexo *¿Quién es adicto?*)

### Centrémonos en los opiáceos

Dawn decidió estudiar el uso incorrecto de los fármacos opiáceos prescritos, porque era el problema principal que identificó en la unidad. Se dio cuenta de que la ausencia de una definición estándar aceptada había provocado dificultades en la evaluación de las conductas asociadas con un mal uso de los opiáceos y en la determinación de su prevalencia<sup>4,5</sup>.

Por ejemplo, Morgan y White identificaron que el término “consumidores” tenía múltiples significados, sin que ello implicara necesariamente una adicción<sup>6</sup>. Las conductas de consumo de sustancias son esfuerzos del paciente para mantener o preservar una cantidad adecuada de medicación analgésica<sup>7</sup>.

La buena noticia es que la American Academy of Pain Medicine (AAPM), la American Pain Society (APS) y la American Society of Addiction Medicine promueven conjuntamente el establecimiento de definiciones consensuadas concretas<sup>8</sup>. Esta estrategia incluye la definición de 3 conceptos clave: dependencia, tolerancia y adicción.

La *dependencia* es la respuesta fisiológica normal al uso crónico de opiáceos. Si se suspende el consumo de forma abrupta en un paciente con tratamiento prolongado o se disminuye de manera significativa la dosis que está tomando, el paciente puede sufrir un síndrome de abstinencia con manifestaciones tales como náuseas, vómitos, diarrea, escalofríos y cambios en los signos vitales. Las enfermeras y el resto de profesionales de la salud deberían mantener una actitud de precaución y evitar considerar al paciente dependiente de los opiáceos como un paciente adicto.

### ¿Quién es adicto?

En 2009, 21,8 millones de ciudadanos estadounidenses consumieron drogas ilegales<sup>16</sup>. Hasta el 40% de ingresos hospitalarios se asocian con la adicción y sus consecuencias<sup>17</sup>. Con frecuencia, las lesiones por traumatismos físicos están vinculadas al consumo de estas sustancias<sup>17</sup>. Con 2,2 millones de nuevos consumidores en 2009, el abuso de sustancias prohibidas es el tipo de adicción con un mayor crecimiento, exceptuando el caso del consumo de marihuana<sup>16</sup>.

La *tolerancia* se desarrolla con el uso crónico de la sustancia, que conlleva la necesidad de aumentar la dosis para conseguir los mismos efectos analgésicos. La tolerancia es una respuesta fisiológica esperada y no implica que el paciente sea adicto<sup>9</sup>. Los pacientes adictos son a la vez físicamente tolerantes, lo cual explica por qué necesitan más medicación para controlar su dolor que otros enfermos.

La *adicción* es una enfermedad neurobiológica crónica, con componentes físicos, psicológicos, genéticos y ambientales. Se caracteriza por las 4 C:

- Necesidad de Consumo.
- Falta de Control sobre la sustancia.
- Uso Compulsivo.
- Uso Continuo a pesar de las consecuencias<sup>3</sup>.

### Infratratamiento del dolor

Una de las declaraciones de consenso de la AAPM y la APS concluye que no se ha establecido un acuerdo a nivel nacional acerca del uso de los opiáceos para el tratamiento del dolor crónico no asociado a cáncer, pero aun así, los adictos a los opiáceos podrían beneficiarse de un consumo supervisado de estos analgésicos. También reconocen que el dolor suele infratratarse y que a

pesar de los múltiples métodos para su control, se sigue dejando sufrir a muchos pacientes<sup>10</sup>. Las consecuencias de un dolor infratratado incluyen: un aumento de la estancia hospitalaria, un incremento en el número de reingresos, de visitas a urgencias y una disminución de la calidad de la relación terapéutica y de la calidad de vida de estos pacientes<sup>6</sup>.

Las causas de infratratamiento se asocian al miedo a la adicción, la falta de formación sobre el control del dolor y la prevención de la adicción, el estigma de los opiáceos y su consumo, las actitudes de los profesionales de enfermería en relación con las demandas de control del dolor por parte de los pacientes adictos y el miedo de los médicos a la supervisión normativa por parte de agencias gubernamentales o de otros ámbitos<sup>6</sup>.

Aceptar y creer el dolor que refiere el paciente es esencial para un adecuado control de este síntoma<sup>11</sup>. Así, en una encuesta realizada a 400 profesionales de enfermería especialistas, los participantes indicaron que no se sentían cómodos sólo con las referencias de dolor por parte del paciente y que necesitaban verificar de algún modo que el enfermo les decía la verdad<sup>11</sup>.

Los pacientes consumidores eran etiquetados por los profesionales, juzgados prematuramente como enfermos difíciles de tratar y con un impacto negativo en el personal que los atendía<sup>12</sup>. Los profesionales de enfermería deberían evitar estereotipar y estigmatizar a estos pacientes, porque es una actitud que los deshumaniza.

El infratratamiento del dolor es un factor importante en el desarrollo de un estado de *seudoadicción*, que se caracteriza por conductas asociadas con frecuencia a la adicción pero que realmente se produce debido a un control del dolor insuficiente<sup>1,5,9,13</sup>.

Los pacientes oncológicos o los enfermos terminales suelen recibir una pauta analgésica adecuada, pero en otros grupos de enfermos el dolor se trata con prescripciones de tipo "si precisa" con el objetivo de disminuir o suspender la analgesia a medida que mejora la evolución del paciente y que éste aprende a afrontar este síntoma. Los profesionales de enfermería deben permanecer alerta ante la posibilidad de pseudoadicción en los casos que retrasan la administración de analgesia en las pautas de tipo "si precisa". Este hecho puede terminar generando un círculo vicioso, con un

aumento de la intensidad de la ansiedad y el malestar asociado al dolor, provocando una mayor necesidad de analgesia. El infratratamiento del dolor también puede causar cambios neurológicos a nivel cerebral que en ocasiones pueden provocar una adicción<sup>4</sup>. Los enfermos en tratamiento con opiáceos a largo plazo deberían contar con el seguimiento de profesionales de la clínica del dolor.

La pseudoadicción puede provocar resentimiento y conductas de evitación por parte del personal, aunque este problema puede evitarse proporcionando la analgesia necesaria<sup>1,6,9</sup>.

En el estudio de Schieffer et al. se observó que la ansiedad es la única emoción relacionada con las conductas adictivas<sup>5</sup>. La ansiedad disminuye el umbral y la tolerancia al dolor y conduce a experimentar pensamientos catastróficos vinculados con la sensación alérgica. Los autores especulan que la ansiedad puede tener un impacto directo en la percepción y, en consecuencia, sobre las vías de transmisión del dolor y sus síntomas<sup>5</sup>. Los profesionales de enfermería que retrasan la administración de analgésicos pueden estar contribuyendo al aumento de la ansiedad del paciente y de su dolor.

### **Consideraciones enfermeras**

El consenso de un protocolo estandarizado para el abordaje del dolor puede contribuir a la equidad terapéutica para todos los pacientes, siendo compatible con los principios éticos de beneficencia y justicia<sup>1</sup>.

¿Cuáles son las implicaciones para la práctica? En primer lugar, cada profesional de enfermería debe examinar sus creencias sobre el consumo de sustancias y asegurarse de que no está culpabilizando al paciente por padecer una enfermedad que se escapa a su control. Los profesionales de enfermería deben procurar la equidad terapéutica para todos sus pacientes y asegurarse de que mantienen actualizados sus conocimientos sobre el dolor y las intervenciones analgésicas. Muchos programas de formación no preparan a los profesionales de enfermería diplomados o especialistas para un adecuado control del dolor<sup>11,14</sup>.

Esta falta de formación provoca deficiencias en la valoración y el tratamiento del dolor y de la adicción<sup>6</sup>. En el ámbito hospitalario, los profesionales de enfermería suelen ser los

primeros en identificar un problema de adicción. Así mismo, deben registrar sus observaciones y compartir sus reflexiones con el personal médico. Solicite al médico que le explicite cuál es la pauta analgésica de cada paciente. ¿Cómo piensa abordar la conducta adictiva? Si el médico no lo ha tenido en cuenta, sugiérale que hable con el paciente sobre esta cuestión y que lo derive de forma adecuada al alta hospitalaria.

Proporcione educación sanitaria a su paciente sobre el programa para el control del dolor y acerca del riesgo de las reacciones adversas<sup>1</sup>. En la mayoría de centros de agudos los pacientes reciben instrucciones de cómo evaluar su dolor mediante el uso de una escala numérica de 0 a 10, siendo 0 la ausencia de dolor y 10 el peor dolor que pueda imaginar. Como parte del programa de educación sanitaria, destaque la importancia de tomar la medicación para el control del dolor agudo y el objetivo de mejorar la autonomía en las actividades de la vida diaria (AVD) en el manejo del dolor crónico. En enfermos con dolor crónico, la autonomía en las AVD es un indicador de efectividad de las intervenciones para el control del dolor más fiable que la medida de la intensidad con una escala numérica.

Implique al paciente en el establecimiento de objetivos, gestionando sus expectativas de forma realista; estos elementos son esenciales para conseguir buenos resultados<sup>9</sup>. Exponga la necesidad de colaborar en equipo y sitúele en el centro de la atención a prestar<sup>6</sup>. Informe al paciente sobre los centros y grupos de apoyo en su comunidad que podrían ser de ayuda. Elabore una lista de recursos locales que pueden ofrecerle ayuda y soporte después del alta.

Si el consumo de sustancias representa un problema importante en su centro, defienda la elaboración de un protocolo unificado para la valoración, el tratamiento y la adecuada derivación de los pacientes. Plantee el desarrollo de un instrumento de cribado o de estratificación del riesgo para cada unidad. Aunque en la actualidad no existen herramientas validadas en el ámbito hospitalario para cribar y tratar a pacientes con adicción a los opiáceos, algunos instrumentos empleados en el ámbito ambulatorio están siendo adaptados y probados. Entre ellos destacan las herramientas de cribado de la adicción alcohólica y de

la depresión. Uno de los instrumentos más prometedores es un modelo de prevención universal propuesto por Gourlay et al., que incluye la estratificación del riesgo<sup>15</sup>.

Para completar la última fase del proceso investigador, Dawn espera poder continuar disseminando información basada en la evidencia para ayudar a todos los pacientes que padecen dolor. **N**

### BIBLIOGRAFÍA

1. American Society for Pain Management Nursing. ASPMN position statement pain management in patients with addictive disease. 2002. [http://www.aspmn.org/Organization/documents/addictions\\_9pt.pdf](http://www.aspmn.org/Organization/documents/addictions_9pt.pdf).
2. Pasero C, McCaffery M. Pain: Clinical Manual. St. Louis, MO: Mosby; 1999.
3. D'Arcy Y. How to manage pain in addicted patients. *Nursing*. 2010;40(8):60-64.
4. Ballantyne JC. Opioid analgesia: perspectives on right use and utility. *Pain Physician*. 2007;10(3):479-491.
5. Schieffer BM, Pham Q, Labus J, et al. Pain medication beliefs and medication misuse in chronic pain. *J Pain*. 2005;6(9):620-629.
6. Morgan BD, White DM. Managing pain in patients with co-occurring addictive disorders. *J Addict Nurs*. 2009;20(1):41-48.
7. Grant MS, Cordts GA, Doberman DJ. Acute pain management in hospitalized patients with current opioid use. *Top Adv Pract Nurse Journal*. <http://www.medscape.com/viewarticle/557043>.
8. American Society of Addiction Medicine. Advocacy: definitions related to the use of opioids for the treatment of pain: consensus statement of the American Academy of Pain Medicine, the American Pain Society, and the American Society of Addiction Medicine. 2012. <http://www.asam.org/advocacy/find-a-policy-statement/view-policy-statement/public-policy-statements/2011/12/15/definitions-related-to-the-use-of-opioids-for-the-treatment-of-pain-consensus-statement>.
9. Nicholson B, Passik SD. Management of chronic noncancer pain in the primary care setting. *South Med J*. 2007;100(10):1028-1036.
10. American Pain Society and the American Academy of Pain Medicine. Advocacy: the use of opioids for the treatment of chronic pain. 2009. <http://www.ampainsoc.org/advocacy/statements.htm>.
11. D'Arcy Y. Be in the know about pain management. *Nurse Pract*. 2009;34(4):43-47.
12. McNabb C, Foot C, Ting J, Breeze K, Stickley M. Profiling patients suspected of drug seeking in an adult emergency department. *Emerg Med Australas*. 2006;18(2):131-137.
13. D'Arcy Y, McCarberg B. Pain management: patients with a substance use disorder. *Nurse Pract*. 2007;32(9):36-44.
14. Mulvenon C, Guthrie LE, Leever E, Brewer MK. A painful process: teaching nurses to manage pain. *Pain Manag Nurs*. 2011;12(2):e6.
15. Gourlay DL, Heit HA, Almahrezi A. Universal precautions in pain medicine: a rational approach to the treatment of chronic pain. *Pain Med*. 2005;6(2):107-112.
16. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). Results From the 2009 National Survey on Drug Use and Health: Volume I. Summary of National Findings (Office of Applied Studies, NSDUH Series H-38A, HHS Publication No. SMA 10-4586-Findings). Rockville, MD: SAMHSA; 2010.
17. Weaver MF, Jarvis MAE. Overview of the recognition and management of the drug abuser. UpToDate. [http://www.uptodate.com/contents/overview-of-the-recognition-and-management-of-the-drug-abuser?source=search\\_result&search=overview+of+the+recognition+and+management+of+the+drug+abuser&selectedTitle=1%7E150](http://www.uptodate.com/contents/overview-of-the-recognition-and-management-of-the-drug-abuser?source=search_result&search=overview+of+the+recognition+and+management+of+the+drug+abuser&selectedTitle=1%7E150).

### COMPLEMENTOS

American Pain Society in conjunction with the American Academy of Pain Medicine. Guideline for the use of chronic opioid therapy in chronic noncancer pain: evidence review. [http://www.ampainsoc.org/pub/pdf/Opioid\\_Final\\_Evidence\\_Report.pdf](http://www.ampainsoc.org/pub/pdf/Opioid_Final_Evidence_Report.pdf).

Passik SD, Kirsh KL, Casper D. Addiction-related assessment tools and pain management: instruments for screening, treatment planning, and monitoring compliance. *Pain Med*. 2008;9(suppl S2):S145-S166.

---

**Dawn Dunn es enfermera especialista en el Parkview Hospital, y Janette Neuman es enfermera especialista en salud familiar y comunitaria y profesora asociada de prácticas en la Indiana University-Purdue University Fort Wayne en Fort Wayne (Indiana).**

**"Control del dolor" es una sección coordinada por Yvonne D'Arcy, enfermera de control del dolor y cuidados paliativos en el Suburban Hospital-Johns Hopkins Medicine en Bethesda (Maryland). La señora D'Arcy es asimismo miembro del comité editorial de *Nursing* 2012.**