

<http://dx.doi.org/10.17579/RevPatDual.03.11>

Caso clínico

1

NUEVAS ADICCIONES A OPIÁCEOS: NO TODO ES DOLOR

NEW OPIATE ADDICTIONS: PAIN IS'T NOT EVERYTHING

Ana Fructuoso Castellar^a, Antonio Terán Prieto^b

^aRéseau Fribourgeois de Santé Mentale (RFSM)/Freiburger Netz für Psychische Gesundheit (FNPG), Fribourg.

^bCentro de Atención a Drogodependientes (CAD). Hospital San Juan de Dios Palencia.

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 12 de enero de 2016

Aceptado el 15 de febrero de 2016

Palabras clave: Dolor, personalidad, opioides, adicción.

Key words: Pain, personality, opioids, addiction.

RESUMEN

Exponemos el caso de una mujer de 44 años de edad sin antecedentes psiquiátricos de interés, que acude a consulta para realizar seguimiento por presentar probable dependencia a fármacos opioides (fentanilo). Tras haberse producido la interconsulta con varios especialistas, se decide derivación a Psiquiatría para evaluación y seguimiento. Se realizó una exhaustiva revisión de la patobiografía y el estudio psicopatológico completo de la paciente, mediante varios cuestionarios y tests específicos. Se evidenció la existencia de un consumo abusivo y perjudicial de fentanilo en el contexto de un dolor mal controlado. Procedimos a un abordaje farmacológico y psicoterapéutico de la paciente que presentó una evolución muy favorable, con recuperación completa de las actividades de la vida diaria y cese total del consumo de fentanilo. Reflexionamos sobre la importancia de la adecuada derivación de los pacientes a los dispositivos de Salud Mental y sobre la necesidad de monitorización del consumo de los fármacos opioides, dada la magnitud y elevada frecuencia de efectos adversos asociados a su uso.

ABSTRACT

We described the case of a 44 years old woman with no psychiatric history, who was admitted to us for a possible opioids dependency. In the past, she has been examined and followed up by various medical specialists. Her past biography was reviewed comprehensively, and she underwent different psychopathological tests and questionnaires. An abusive and harmful use of fentanyl for pain relief was evident. We treated the patient using a pharmacological and a psychotherapeutic approach, with very good results. There was a complete recovery of daily living activities and a total absence of fentanyl consumption.

ANAMNESIS

Recibimos en consulta a una mujer de 44 años, casada y con dos hijos. La paciente presenta una buena adaptación social, laboral y familiar. No existen antecedentes psiquiátricos familiares. Refiere haber estado en tratamiento farmacológico por "ansiedad, depresión y alteraciones del comportamiento" durante el período universitario pero no disponemos de informes al respecto por lo que desconocemos el diagnóstico de presunción, así como la pauta farmacológica prescrita entonces. No

existen reacciones adversas medicamentosas (RAM) conocidas. Según manifiesta, ha sido fumadora hasta hace cinco años de 4 a 5 cigarrillos por día y presenta un consumo esporádico de alcohol. No presenta otros antecedentes significativos. Según revelan los informes, se encuentra en seguimiento por el servicio de Neurología por presentar migraña crónica desde hace más de diez años, habiéndose prescrito numerosos fármacos (propranolol, nadolol, amitriptilina, valproato, topiramato, flunarizina, duloxetina y gabapentina, entre otros) a dosis terapéuticas y en varias asociaciones, sin ninguna respuesta. Durante todo este periodo, siempre se atribuye el dolor a causas orgánicas no filiadas, sin realizarse interconsulta al servicio de Psiquiatría.

Correspondencia:
afrucas@gmail.com

2

Durante el último año, se decide pautar tratamiento con dolantina IM para las crisis de migraña y se deriva a la paciente a la unidad del dolor de un centro hospitalario donde se prescribe fentanilo oral por primera vez. A partir de este momento, la paciente toma fentanilo a demanda cada vez que siente que se avecinan las crisis o cuando se inician estas, de modo que pasa la mayor parte del tiempo con un “*chupa chups*” en la boca, tal y como ella misma describe. La paciente refiere una leve mejoría en el curso del dolor, lo que le lleva a tomar cada vez más analgésico, hecho que alerta a los familiares que la encuentran “*adormilada*” y “*pasiva*” la mayor parte del tiempo. Al parecer, pasa casi todo el día acostada en la cama o en el sofá y se encuentra más irascible y “*a la defensiva*” cuando se le plantea la posibilidad de encontrarse medicada en exceso o de limitar el consumo de analgésicos. Además, llega a producirse un serio conflicto familiar, cuando se descubre que la paciente, ha intentado comprar el medicamento con recetas que ella misma falsifica, puesto que “*no tiene bastante*” y “*no puede esperar a la próxima cita con el especialista*”. Ante la sospecha de un problema de dependencia de opiáceos, los familiares contactan con el servicio de Neurología y se procede, tras informar a la paciente, a un ingreso consensuado desde consulta y de forma programada. Durante el ingreso se pretende: retirar los opiáceos -desintoxicación-, realizar un tratamiento sintomático parenteral de la cefalea (con AINES) y plantear tratamiento preventivo de la migraña (con zonisamida más botox). A las 72 horas del ingreso, la paciente presenta importante inquietud psíquica y motora, insomnio, ideas delirantes e incluso alucinaciones visuales en probable relación con un delirio por abstinencia a opiáceos, siendo necesario pautar olanzapina a dosis altas. Para un mejor manejo del cuadro psicótico, se realizó interconsulta al servicio de Psiquiatría, desde donde se considera el probable origen psicógeno de las crisis de migraña y se pautó tratamiento para el control sintomático, con buena evolución durante los días posteriores. Remitida la sintomatología psicótica y tras el alta, la paciente permaneció en seguimiento -deshabitación/rehabilitación- en el centro de atención a drogodependientes correspondiente, dado el grave problema de adicción a opiáceos que presentaba.

EXPLORACIÓN PSICOPATOLÓGICA

Durante la entrevista inicial, la paciente se encontraba consciente y orientada en las tres esferas. Presentaba buen aspecto. Estaba tranquila, abordable, adecuada y colaboradora. El contacto visual era normal. No existían alteraciones en la esfera psicomotora. No existían déficits de atención, concentración ni memoria. El lenguaje era fluido, coherente y bien estructurado. No se evidenciaron alteraciones sensorio-perceptivas. No existían alteraciones del curso o contenido del pensamiento pero sí una

preocupación constante y permanente por el dolor, con una limitación de la funcionalidad importante. El ánimo era bajo. Se observó sintomatología ansiosa de intensidad moderada sin alteraciones en la esfera hipócnica o alimentaria. No existía ideación de muerte ni planificación autolítica en ese momento.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

En el cuestionario *EuropASI* -gravedad clínica de la adicción-, se obtuvieron puntuaciones congruentes con la situación clínica de la paciente. En las tres escalas (salud física, salud mental y escala del dolor) las puntuaciones fueron muy similares. Cuando comparamos en el evolutivo, observamos como las puntuaciones van descendiendo durante el seguimiento de la paciente en consultas, lo cual resultaba indicativo de la mejoría clínica experimentada en cada una de las áreas. El *test Millon* evidenció puntuaciones elevadas en las dimensiones de deseabilidad social, trastorno límite de la personalidad y trastorno de ansiedad.

DIAGNÓSTICO

- Síndrome de dependencia a opiáceos (Fentanilo) - F11.2.
- Síndrome de abstinencia a opiáceos con delirium - F11.4.
- Trastorno límite de la personalidad - F60.3.

TRATAMIENTO

Se pautaron diversos psicofármacos para control de las alteraciones psicopatológicas subyacentes al cuadro neurológico. Tras el alta hospitalaria, se inició tratamiento ambulatorio con duloxetine 120 mg/día, clonazepam 2mg /día, quetiapina 50mg/ día y mirtazapina 30 mg/día, que se mantuvo con buena tolerancia y ajuste de la pauta en consultas.

EVOLUCIÓN

Las dosis fueron disminuyendo paulatinamente con mejora de la sintomatología ansioso-depresiva, ausencia de alteraciones sensorio-perceptivas y buen control del dolor, a pesar de que la paciente no tomaba ningún analgésico desde el alta hospitalaria. En la actualidad, la paciente se encuentra estable, ya no presenta crisis y se ha incorporado recientemente a su trabajo.

DISCUSIÓN

Los efectos satisfactorios y euforizantes de los opiáceos, confieren a estas sustancias un elevado potencial para producir dependencia, en especial en

pacientes con trastorno límite de la personalidad, más proclives al consumo de sustancias aditivas¹. Por tanto, los fármacos opioides, deben emplearse de forma controlada por un médico especialista, quien debe explicar al paciente la importancia de su correcta posología². El paciente debe ser informado acerca de los riesgos de aparición de efectos indeseables y del potencial adictivo de estos fármacos, que aumenta a medida se incrementa la dosis.

Reflexionamos, así mismo, sobre la necesidad de haber realizado una derivación de la paciente al servicio de Salud Mental con anterioridad y de haber estudiado desde otra perspectiva la evolución de su dolor. En este sentido cabe señalar la importancia de realizar un buen diagnóstico diferencial para despistar las posibles causas y orientar el diagnóstico y el tratamiento, dado que las manifestaciones somáticas son muy frecuentes en el contexto del trastorno límite de la personalidad, lo que se traduce en un uso importante de los recursos sanitarios y en un consumo elevado de numerosos fármacos, como es el caso de los analgésicos^{3,4}. En muchas ocasiones, se procura tratar los síntomas somáticos de los pacientes, obviando las probables alteraciones psicopatológicas que subyacen al problema. Para evitar la polifarmacia, la recurrencia o el uso inadecuado de los recursos, es imprescindible, si existe sospecha de somatizaciones, realizar una derivación a Salud Mental para realizar la anamnesis y las pruebas psicodiagnósticas pertinentes que orienten al diagnóstico definitivo y permitan completar el tratamiento, realizando un abordaje terapéutico más específico en el caso de estos pacientes⁵.

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Frankenburg FR, Fitzmaurice GM, Zanarini MC. The use of prescription opioid medication by patients with borderline personality disorder and axis II comparison subjects: a 10-year follow-up study. *J Clin Psychiatry*. 2014;75:357-361. doi: <http://dx.doi.org/10.4088/JCP.13m08557>
2. Bloodworth D. Opioids in the treatment of chronic pain: legal framework and therapeutic indications and limitations. *Phys Med Rehabil Clin N Am*. 2006;17:355-379. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pmr.2005.12.001>
3. Sansone RA, Watts DA, Wiederman MW. The misuse of prescription pain medication and borderline personality symptomatology. *J Opioid Manag*. 2013;9:275-279.
4. Sansone RA, Mueller M, Mercer A, Wiederman MW. Pain medication prescription and borderline personality disorder: a pilot study. *J Opioid Manag*. 2010;6:83-84.
5. Sansone RA, Hawkins R. Fibromyalgia, borderline personality, and opioid prescription. *Gen Hosp Psychiatry*. 2004;26:415-416. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.genhospspsych.2004.07.003>