

Los Analgésicos y Otros Medicamentos de Prescripción

Los medicamentos de prescripción como los analgésicos, tranquilizantes, estimulantes y sedantes, son herramientas terapéuticas sumamente útiles pero en ocasiones los pacientes no los toman siguiendo las indicaciones, pudiendo volverse adictos. Los analgésicos hacen posible la cirugía y permiten que muchas personas con dolor crónico lleven una vida productiva. La mayoría de las personas que toman medicamentos de prescripción lo hacen responsablemente. Sin embargo, el uso inapropiado o no médico de estos medicamentos constituye un asunto de grave preocupación en el campo de la salud pública. El uso no médico de ciertos medicamentos de prescripción como los opioides, los depresores del sistema nervioso central (SNC) y los estimulantes, puede llevar a la adicción, caracterizada por la búsqueda y uso compulsivo de estos medicamentos.

Los pacientes, los profesionales de la salud, y los farmacéuticos desempeñan un papel importante en la prevención del uso indebido y la adicción a los medicamentos de prescripción. Por ejemplo, cuando un médico receta un analgésico, un depresor del SNC o un estimulante, el paciente debe seguir cuidadosamente las instrucciones para su uso, aprender qué efectos puede tener, y

determinar cualquier interacción potencial con otras medicinas. El paciente debe leer toda la información proporcionada por el farmacéutico. Los médicos y otros profesionales de la salud deben investigar si existe cualquier tipo de abuso de sustancias cuando toman el historial clínico de rutina, haciendo preguntas sobre qué medicamentos, con o sin prescripción, toma el paciente y por qué. Los profesionales de la salud deben notar cualquier aumento rápido en la cantidad de medicamento que el paciente necesita o si hay pedidos frecuentes para renovar la prescripción del medicamento antes del tiempo establecido en la misma, pues éstos podrían ser indicadores de abuso.

Medicamentos de prescripción comúnmente abusados

Aunque muchos medicamentos de prescripción se prestan al abuso o al uso indebido, las siguientes tres clases son las que se abusan con más frecuencia:

- **Opioides:** recetados con frecuencia para tratar el dolor.
- **Depresores del SNC:** utilizados para tratar la ansiedad y los trastornos del sueño.

- **Estimulantes:** recetados para tratar la narcolepsia y el trastorno de déficit de atención con hiperactividad.

Los opioides

Los opioides se recetan con frecuencia por la eficacia de sus propiedades analgésicas, es decir, por su capacidad para aliviar el dolor. Muchos estudios han demostrado que el uso médico adecuado de los compuestos analgésicos opioides es seguro y rara vez causa adicción. Si se toman siguiendo las instrucciones exactamente, los opioides pueden usarse para manejar el dolor eficazmente.

Entre los compuestos que caen dentro de esta categoría, también conocidos como narcóticos, se encuentran la morfina, la codeína, y otros medicamentos relacionados. La morfina se utiliza frecuentemente antes o después de la cirugía para aliviar el dolor agudo. La codeína se utiliza para los dolores menos intensos. Otros ejemplos de opioides que se pueden recetar para aliviar el dolor incluyen la oxicodona (OxyContin, una forma oral del medicamento de liberación controlada); el propoxifeno (Darvón); la hidrocodona (Vicodin); la hidromorfona (Dilaudid); y la meperidina (Demerol), que no se utiliza tan a menudo debido a sus efectos secundarios. Además de sus propiedades analgésicas tan eficaces, se pueden usar algunos de estos medicamentos para aliviar la diarrea aguda (por ejemplo, el Lomotil, que es el nombre comercial del difenoxilato) o para la tos fuerte (la codeína).

Los opioides actúan uniéndose a proteínas específicas llamadas receptores de opioides, que se encuentran en el

cerebro, la médula espinal y el tracto gastrointestinal. Cuando estos compuestos se unen a ciertos receptores de opioides en el cerebro y la médula espinal, pueden cambiar eficazmente la manera en que una persona siente el dolor.

Además, los medicamentos opioides pueden afectar regiones del cerebro que determinan lo que nosotros percibimos como placer, resultando en la euforia inicial proporcionada por muchos de los opioides. También pueden producir somnolencia, causar constipación y, dependiendo de la cantidad ingerida, disminuir la frecuencia respiratoria. La ingestión de una sola dosis muy grande podría causar una depresión respiratoria aguda o la muerte.

Los opioides sólo se deben combinar con otros medicamentos bajo supervisión médica ya que pueden interactuar con los mismos. Típicamente no deben usarse en combinación con sustancias como el alcohol, los antihistamínicos, los barbitúricos, o las benzodiazepinas. Ya que estas sustancias disminuyen la respiración, su efecto combinado podría llevar a una depresión respiratoria que pondría en riesgo la vida del usuario.

El uso de opioides a largo plazo puede llevar a la dependencia física, es decir, que el cuerpo se adapta a la presencia de la sustancia y si se reduce su uso abruptamente, aparecen los síntomas del síndrome de abstinencia. Esto también puede resultar en el desarrollo de tolerancia al medicamento, lo que significa que se necesitan dosis mayores del medicamento para obtener los mismos efectos iniciales. Es importante notar que la dependencia física no es lo mismo que

la adicción. La dependencia física puede ocurrir aún en el caso del uso apropiado pero a largo plazo de los opioides y otros medicamentos. Mientras tanto, la adicción, como se indicó anteriormente, es definida como el uso compulsivo, frecuentemente incontrolable de estos medicamentos a pesar de los efectos negativos que estos producen.

No sólo se deben tomar los medicamentos opioides de prescripción bajo una supervisión médica apropiada, sino que cuando se dejan de usarlos también conviene hacerlo bajo supervisión de un profesional para reducir o prevenir que los síntomas del síndrome de abstinencia se manifiesten. Estos síntomas pueden incluir desasosiego, dolor muscular y de los huesos, insomnio, diarrea, vómito, escalofríos repentinos con erizamiento de la piel ("cold turkey" o "romper en frío"), y movimientos involuntarios de las piernas.

Las personas que se vuelven adictas a los medicamentos de prescripción pueden recibir tratamiento. Las opciones para un tratamiento eficaz a la adicción a los opioides de prescripción provienen de las investigaciones para el tratamiento de la adicción a la heroína. A continuación se encuentran algunos ejemplos farmacológicos de tratamientos existentes:

- La metadona, un opioide sintético que bloquea los efectos de la heroína y otros opioides, elimina los síntomas del síndrome de abstinencia y alivia el deseo por la droga. Ha sido utilizada por más de 30 años para tratar exitosamente a personas adictas a los opioides.

- La buprenorfina, otro opioide sintético, es un nuevo componente del arsenal terapéutico para el tratamiento de la adicción a la heroína y a otros opiáceos.
- La naltrexona es un bloqueador de opioides de larga duración que se usa a menudo con personas altamente motivadas en programas de tratamiento que promueven la abstinencia total. La naltrexona también se utiliza para prevenir recaídas.
- La naloxona contrarresta los efectos de los opioides y se utiliza para tratar las sobredosis.

Los depresores del sistema nervioso central (SNC)

Los depresores del SNC disminuyen la función normal del cerebro. En dosis más altas, algunos depresores del SNC pueden convertirse en anestésicos generales. Los tranquilizantes y los sedantes son ejemplos de depresores del SNC.

Los depresores del SNC pueden dividirse en dos grupos, de acuerdo a su composición química y farmacológica:

- Los barbitúricos, como el mefobarbital (Mebaral) y el pentobarbital sódico (Nembutal), que se utilizan en el tratamiento de la ansiedad, la tensión y los trastornos del sueño.
- Las benzodiazepinas, como el diazepam (Valium), el clordiazepóxido HCl (Librium), y el alprazolam (Xanax), las cuales pueden ser utilizadas para tratar la ansiedad, las reacciones agudas al estrés, y los ataques de pánico. Las

benzodiazepinas con efecto más sedante, como el estazolam (ProSom), se pueden recetar para el tratamiento a corto plazo de trastornos del sueño.

Hay muchos depresores del SNC, la mayoría de los cuales actúan sobre el cerebro de manera parecida, es decir, afectan al neurotransmisor ácido gama-aminobutírico (GABA). Los neurotransmisores son sustancias químicas del cerebro que facilitan la comunicación entre las células del cerebro. El GABA trabaja disminuyendo la actividad cerebral. Aunque las diferentes clases de depresores del SNC actúan de manera particular, al final es su habilidad de aumentar la actividad del GABA la que produce el efecto de somnolencia o de calmante. A pesar de estos efectos beneficiosos para las personas que sufren de ansiedad o de trastornos del sueño, los barbitúricos y las benzodiazepinas pueden ser adictivas y se deben utilizar solamente siguiendo las indicaciones del médico.

Los depresores del SNC no se deben combinar con ningún medicamento o sustancia que cause somnolencia, incluyendo analgésicos de prescripción y ciertos medicamentos para los resfriados y las alergias vendidos sin necesidad de prescripción médica, o el alcohol. Si se combinan pueden deprimir la respiración o deprimir al mismo tiempo, el ritmo cardíaco y la respiración, lo que podría ser mortal.

Suspender el uso prolongado de dosis altas de depresores del SNC puede causar que se manifiesten síntomas del síndrome de abstinencia. Ya que funcionan disminuyendo la actividad

cerebral, una posible consecuencia del abuso es que, cuando se dejan de tomar, la actividad del cerebro puede alterarse al punto de que pueden ocurrir convulsiones. Cuando una persona está considerando dejar de usar un depresor del SNC, o ha dejado de usarlo y está presentando los síntomas del síndrome de abstinencia, debe hablar con un médico y buscar tratamiento.

Además de la supervisión médica, la terapia o consejería sea dentro o fuera de un centro de rehabilitación, puede ayudar a las personas que están sobreponiéndose de una adicción a los depresores del SNC. Por ejemplo, la terapia cognitiva-conductual ha sido usada con éxito para ayudar a las personas bajo tratamiento por el abuso de benzodiazepinas. Este tipo de terapia está dirigido a modificar la manera de pensar del paciente, sus expectativas y comportamientos, al mismo tiempo que aumenta sus habilidades para enfrentarse a diferentes factores estresantes de la vida.

A menudo el abuso de los depresores del SNC ocurre en conjunto con el abuso de otras sustancias o drogas, como el alcohol o la cocaína. En estos casos de abuso de varias drogas, el enfoque del tratamiento debe estar dirigido a las múltiples adicciones.

Los estimulantes

Los estimulantes aumentan la agudeza mental, la atención y la energía, y estos cambios se acompañan de aumentos en la presión arterial, la frecuencia cardíaca, y la frecuencia respiratoria.

Históricamente, los estimulantes se usaban para tratar el asma y otros problemas respiratorios, la obesidad, los trastornos neurológicos, y una variedad de dolencias adicionales. Al hacerse evidente el potencial que tenían para el abuso y la adicción, su uso disminuyó. Actualmente se recetan los estimulantes solamente para tratar unos cuantos problemas de salud, incluyendo la narcolepsia, el trastorno de déficit de atención con hiperactividad (ADHD, por sus siglas en inglés), y algunos casos de depresión que no responden a otros tratamientos. También se pueden usar para el tratamiento a corto plazo de la obesidad y para ciertos pacientes con asma.

Los estimulantes como la dextroanfetamina (Dexedrine) y el metilfenidato (Ritalín) tienen una estructura química parecida a la de unos neurotransmisores cerebrales claves llamados monoaminas, que incluyen la norepinefrina y la dopamina. Los estimulantes aumentan el nivel de estos químicos en el cerebro y en el cuerpo. Esto, a su vez, aumenta la presión arterial y la frecuencia cardiaca, contrae los vasos sanguíneos, aumenta la glucosa sanguínea y dilata las vías respiratorias. Además, el aumento en la dopamina está asociado con la sensación de euforia que puede acompañar al uso de estimulantes.

Las investigaciones indican que las personas con ADHD no se vuelven adictas a los medicamentos estimulantes como el Ritalín, si los toman de la manera y en las dosis prescritas. Sin embargo, cuando no se utilizan adecuadamente, los estimulantes pueden ser adictivos.

Las consecuencias del abuso de estimulantes pueden ser extremadamente peligrosas. Tomar dosis altas de un estimulante puede resultar en un ritmo cardiaco irregular, temperaturas corporales peligrosamente altas, o potencialmente, en una falla cardiovascular o convulsiones. Tomar repetidamente dosis altas de algunos estimulantes en un período corto de tiempo puede llevar a la hostilidad o paranoia en algunas personas.

Los estimulantes no deben mezclarse con antidepresivos o con medicamentos para los resfriados que contengan descongestionantes y que se venden sin receta médica. Los antidepresivos pueden aumentar los efectos del estimulante, mientras que la combinación de estimulantes con descongestionantes puede elevar la presión arterial a un nivel peligroso o puede causar un ritmo cardiaco irregular.

El tratamiento para la adicción a estimulantes de prescripción, como el metilfenidato o las anfetaminas, está basado en las terapias conductuales cuya eficacia ya ha sido comprobada en el tratamiento para la adicción a la cocaína o a las metanfetaminas. Al momento, no hay medicamentos cuya eficacia haya sido comprobada para el tratamiento de la adicción a los estimulantes. Sin embargo, se pueden usar los antidepresivos para manejar los síntomas de depresión que pueden aparecer como síntomas tempranos del síndrome de abstinencia al dejar de usar los estimulantes.

Dependiendo de la situación del paciente, el primer paso para tratar la adicción a los estimulantes de prescripción puede ser disminuir lentamente la dosis de la droga, intentando tratar los síntomas del síndrome de abstinencia. A este proceso de desintoxicación se lo puede seguir con una de las muchas terapias conductuales. El manejo de contingencias, por ejemplo, mejora los resultados del tratamiento permitiendo a los pacientes ganarse vales o comprobantes cuando su análisis de orina muestra que no han usado drogas. Estos comprobantes se pueden cambiar por artículos que promueven una vida saludable. Las terapias cognitivas-conductuales que enseñan a los pacientes a reconocer situaciones riesgosas, evitar el uso de drogas, y enfrentar más eficazmente los problemas, han probado ser beneficiosas. Los grupos de apoyo para la recuperación también pueden ser eficaces realizados conjuntamente con la terapia de conducta.

Tendencias en el abuso de medicamentos de prescripción

Estudio de Observación del Futuro del 2004 (MTF, por sus siglas en inglés)*

El MTF evalúa el alcance y las percepciones del uso de drogas entre los estudiantes del 8º, 10º, y 12º grado de los Estados Unidos. La encuesta mostró que el uso en la vida, anual y en los últimos 30 días ** de tranquilizantes disminuyó de manera importante del 2002 al 2003 en los estudiantes del 10º y 12º grado. Este fue el primer año en

que hubo una disminución en el grupo de los estudiantes del 12º grado después de una década de aumento gradual; el uso anual bajó del 7.7 por ciento en el 2002 al 6.7 por ciento en el 2003. En los estudiantes del 10º grado, también hubo una disminución en el uso anual, yendo del 7.3 por ciento en el 2001 al 5.3 por ciento en el 2003. En general, las tasas de uso de tranquilizantes reportadas por los estudiantes del 8º grado han sido substancialmente menores (alrededor del 2.7 por ciento en el caso del uso anual) que aquellas observadas en los grados superiores. Estas cifras se mantuvieron estadísticamente estables en el 2004.

El uso de sedantes en la vida por estudiantes del 12º grado también se mantuvo estadísticamente estable entre el 2003 (8.8 por ciento) y el 2004 (9.9 por ciento).

En cuanto a narcóticos además de la heroína, el MTF contiene los datos solamente para los estudiantes del 12º grado. La prevalencia anual de esta categoría de drogas había aumentado considerablemente del 3.3 por ciento en 1992 al 7 por ciento en el 2000 y de allí al 6.7 por ciento en el 2001. En el 2002, se cambió esta categoría para que incluyera tres analgésicos nuevos específicos, el OxyContin (una forma de oxicodona de liberación controlada que puede causar consecuencias graves a la salud si se lo pulveriza e ingiere); el Vicodin (hidrocodona), y el Percocet. Siguiendo este cambio en la categoría "otros narcóticos", el 9.4 por ciento de los estudiantes del 12º grado reportaron uso anual en el 2002, el 9.3 por ciento en el 2003, y el 9.5 por ciento en el 2004.

Por otro lado, comenzando en el 2002, también se incorporaron dos ítems nuevos a la encuesta que preguntan específicamente sobre el uso de OxyContin y Vicodin a los estudiantes de los tres grados encuestados. Aunque los porcentajes de uso anual de OxyContin no fueron significativamente más altos que en el 2003, en el 2004 el 5.0 por ciento de los estudiantes del 12º grado, el 3.5 por ciento de los estudiantes del 10º grado, y 1.7 por ciento de los de 8º grado reportaron su uso. Mientras tanto, la tasa de prevalencia anual para el Vicodin fue considerablemente más alta que la del OxyContin en el 2004, siendo del 9.3 por ciento para los estudiantes del 12º grado, del 6.2 por ciento para los del 10º grado y del 2.5 por ciento para los del 8º grado. Tomando en cuenta el potencial adictivo de la oxicodona y la hidrocodona, éstas constituyen tasas de uso alarmantemente altas.

Encuesta Nacional sobre el Uso de Drogas y la Salud del 2003 (NSDUH, por sus siglas en inglés)***

De acuerdo a la NSDUH del 2003, se estima que 6.3 millones de personas, es decir, el 2.7 por ciento de la población de 12 años de edad en adelante, ha hecho uso no médico de medicamentos de prescripción psicoterapéuticos en el mes anterior a la encuesta. Esto incluye a 4.7 millones que usaron analgésicos, 1.8 millones que usaron tranquilizantes, 1.2 millones que usaron estimulantes, y 0.3 millones que usaron sedantes.

Hubo un aumento significativo en el uso no médico en la vida de analgésicos

entre las personas mayores de 12 años, yendo de 29.6 millones en el 2002 a 31.2 millones en el 2003. La prevalencia del abuso de analgésicos en la vida entre los jóvenes de 12 a 17 años aumentó significativamente del 4.8 por ciento en el 2002 al 5.7 por ciento en el 2003. Entre los adultos jóvenes de 18 a 25 años, la tasa aumentó del 22.1 por ciento en el 2002 al 23.7 por ciento en el 2003.

En el 2003, aproximadamente 2.8 millones de personas mayores de 12 años habían dado un uso no médico al OxyContin por lo menos una vez en su vida, una alza significativa comparando con los datos del 2002. Alrededor de unos 415.000 americanos recibieron tratamiento en el año anterior para el abuso de analgésicos. El número de nuevos usuarios de analgésicos aumentó de 573.000 en 1990 a 2.5 millones en el 2000. En el 2001 y el 2002, no hubo cambio alguno en el número de usuarios nuevos, mientras que más de la mitad (55 por ciento) de los usuarios nuevos en el 2002 eran mujeres.

El uso no médico de estimulantes en la vida aumentó significativamente del 2002 al 2003 para los varones de 12 a 17 años (del 0.7 por ciento al 1.0 por ciento).

La Red de Alerta sobre el Abuso de Drogas del 2002 (DAWN, por sus siglas en inglés)****

La DAWN recolecta los datos sobre las visitas a las salas de emergencia, que hayan sido relacionadas a las drogas. Los últimos hallazgos de la DAWN indican que las visitas a las salas de emergencia relacionadas

con el abuso de drogas involucrando ciertos medicamentos de prescripción, particularmente las benzodiazepinas y los analgésicos narcóticos (medicamentos para el dolor), continuaron su alza entre 1995 y el 2002. Las menciones de las visitas a las salas de emergencia por uso de benzodiazepinas aumentó en un 38 por ciento, y las menciones por uso de combinaciones de analgésicos narcóticos aumentó de 45.000 a casi 120.000. Al final del 2002, las menciones de visitas a las salas de emergencia por uso de benzodiazepinas y combinaciones de analgésicos narcóticos fueron casi tan frecuentes como las menciones por heroína o por marihuana, pero fueron menos que las de cocaína y del alcohol.

Los hallazgos a largo plazo indican que las menciones de visitas a las salas de emergencia por narcóticos no especificados, así como por aquellos que contienen hidrocodona, oxicodona y metadona, tuvieron un alza substancial entre 1995 al 2002, aumentando en un 160 por ciento en el caso de las combinaciones de hidrocodona, un 176 por ciento para la metadona, un 341 por ciento para los analgésicos narcóticos no especificados, y un 560 por ciento para las combinaciones de oxicodona. Las menciones de visitas a las salas de emergencia por combinaciones de oxicodona se duplicaron del 2000 al 2002.

Del 2001 al 2002, las menciones de visitas a las salas de emergencia por combinaciones de analgésicos narcóticos aumentaron en un 20 por ciento. Del 2000 al 2002, el incremento fue del 45 por ciento, y a lo largo del período de 8 años desde 1995 al 2002, las menciones de visitas a las salas de emergencia aumentaron en un 163 por ciento. En total, las combinaciones de analgésicos narcóticos constituyeron el 10 por ciento de todas las menciones de visitas a salas de emergencias en los Estados Unidos en el 2002.

En el 2002, hubo 105.752 menciones de uso de benzodiazepinas como causa de visita a las salas de emergencia, un aumento del 16 por ciento desde el 2000. Las menciones por uso de alprazolam (Xanax) aumentaron en un 25 por ciento durante ese período.

Para más información en español sobre la adicción a medicamentos de prescripción, vaya al <http://www.drugabuse.gov/NIDAespanol.html> o para información en inglés, al <http://www.drugabuse.gov/drugpages/prescription.html>.

* Estos datos provienen del Estudio de Observación del Futuro del 2004, financiado por el Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas, Institutos Nacionales de la Salud, Departamento de Salud y Servicios Humanos (DHHS, por sus siglas en inglés) de los Estados Unidos, y realizado por el Instituto de Investigación Social de la Universidad de Michigan. La encuesta sigue el uso de drogas ilícitas y actitudes relacionadas entre los estudiantes del 12° grado desde 1975; en 1991, se añadieron a los estudiantes del 8° y del 10° grado al estudio. Los últimos datos se encuentran en línea en la página www.drugabuse.gov.

** "Uso en la vida" se refiere al uso de la droga por lo menos una vez en la vida del participante. "Uso anual" se refiere a que el participante usó la droga por lo menos una vez en el año anterior al que respondió a la encuesta. "Uso en los últimos 30 días" se refiere a que el participante usó la droga por lo menos una vez en los 30 días anteriores a cuando respondió a la encuesta.

*** La NSDUH (anteriormente conocida como la Encuesta Nacional de Hogares sobre el Abuso de Drogas) es una encuesta anual realizada por la Administración de Servicios sobre el Abuso de Sustancias y Salud Mental (SAMHSA). Se puede encontrar copias de la última encuesta yendo a la página www.samhsa.gov.

**** Estos datos son de la Red de Alerta sobre Abuso de Drogas, una encuesta anual financiada por la SAMHSA, DHHS. Esta encuesta proporciona información sobre las visitas a las salas de emergencia que son el resultado o relacionadas con el uso de alguna droga ilícita o de una droga legal utilizada con fines no médicos. Los últimos datos (2002) se encuentran en www.samhsa.gov.

NIDA NATIONAL INSTITUTE
ON DRUG ABUSE
NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH

En Español

**Departamento de Salud y Servicios Humanos de los
Estados Unidos—Institutos Nacionales de la Salud**

Este material se puede usar o reproducir sin necesidad de pedir permiso al NIDA.

Se agradece citar la fuente.