

TÒXICS A URGÈNCIES

UN MÓN INTERDISCIPLINAR I DESCONEGUT

Dra. Maria Iglesias

Hospital Universitari de Bellvitge

Hospital Universitari de la Santa Creu i Sant Pau

ÍNDEX

- PRESENTACIÓ DEL CAS
- REVISIÓ TEÒRICA
 - PART 1: CRÍTICA CONSTRUCTIVA
 - PART 2: REVISIÓ DIAGNÒSTICA

PRESENTACIÓ DEL CAS

PACIENT DONA DE 53 ANYS...

PSICOBIOGRAFIA

- Cinquena de sis germans
- Estatus socioeconòmic mig-alt
- Va iniciar estudis de medicina i els va abandonar. Posteriorment estudis en tècnica de laboratori (citologies) i va treballar a l'Hospital de Sant Pau i a nivell privat durant 9-10 anys
- La primera parella estable va morir en accident de trànsit quan estava embarassada i va tenir avortament
- Actualment parella estable des de fa anys.
- Bona xarxa social
- Pensionista

ANTECEDENTS SOMÀTICS

- No al·lèrgies medicamentoses conegudes
- HTA i DLP en tractament farmacològic
- DM II en tractament farmacològic amb antidiabètics orals
- Espondilolistesis L5-S1
- IQ: Apendicectomia i septoplàstia

ANTECEDENTS PSIQUIÀTRICS

- **Trastorn ansiós-depressiu** pel què va rebre seguiment a CSMA de zona i posteriorment derivada a CAS de zona pel maneig dual amb trastorn per consum de substàncies
- **Trastorn per Dependència d'Alcohol** d'inici als 44 anys, pel què va rebre tractament interdicator al CAS de zona, amb abstinència durant 3-4 mesos i posterior recaiguda als 53 anys d'edat
- **Trastorn per Dependència a Nicotina** d'inici a l'adolescència amb consum actual de 2 paquets/dia

URGÈNCIES – 1r EPISODI – 10/02/11

- Quadre de dolor abdominal agut amb vòmits
- Exploració física: REG. Abdomen dolorós a la palpació de l'epigastri amb reacció de defensa
- ***Pacient nega recaiguda del consum d'alcohol***
- Analítica: Elevació de l'amilasa sèrica (2.42), ALT (2.49), Bilirrubina (12) i leucocitosis (13.000)
- Orina: Amilasúria (14)
- Rx abdomen: Descarta signes d'oclusió intestinal

- Ecografia abdominal: Signes suggestius de pancreatitis aguda alitiàsica amb exudats peripancreàtics
- Medicació: Alprazolam 2mg/nit, Amitriptilina 75mg/matí, Clonazepam 2mg/matí, Metformina, Enalapril
- OD: Pancreatitis aguda alitiàsica
- PLA: Ingrés a Cirurgia General i Digestiva

PRIMER INGRÉS A CGD

- Dieta absoluta i paracetamol pel control del dolor
- No intervencions quirúrgiques requerides
- Després de 9 dies d'ingrés, reintroducció de la dieta amb milloria del dolor i alta a domicili amb indicació d'abstinència enòlica i paracetamol cada 8 hores.

URGÈNCIES – 27/05/12

- Quadre de dolor abdominal amb nàusees
- Medicació actual: Alprazolam 2mg c/12h, Clonazepam 2mg/matí, Amitriptilina 112'5mg/dia, Antabús 250mg c/24h, medicació somàtica (metformina, glicacida, enalapril/hidroclorotiazida, rosuvastatina)
- Dolor abdominal a la palpació del mesogastri
- Leucocitosis (11.000)

URGÈNCIES – 27/05/12

- S'administra ***Dolantina subcutània*** (Petidina Hidroclorur) per intens dolor abdominal que no remet amb analgèsia convencional
- Després de la remissió de les àlgies es dóna l'alta a domicili
- Tractament a l'alta: Paracetamol i Metamizol altern i recomanació d'abstinència enòlica.

URGÈNCIES – 08/06/12

- Quadre de dolor abdominal amb nàusees
- Medicació actual: Sense canvis
- Exploració física, analítica i Rx sense alteracions
- S'administra paracetamol + metamizol + buscapina sense remissió del dolor. Finalment s'administra ***Dolantina*** amb remissió de les àlgies
- Alta a domicili amb recomanació d'estudi ambulatori mitjançant TAC abdominal i Colonoscòpia

URGÈNCIES – 21/06/12

- Quadre de dolor abdominal
- Medicació actual: Sense canvis
- *Consta abstinència enòlica de dos mesos a l'informe*
- Exploracions sense alteracions a destacar
- S'administra analgèsia convencional sense remissió del dolor. Finalment administració de 2 ampolles subcutànies de ***Dolantina*** amb remissió de la clínica
- Alta a domicili amb les mateixes indicacions

URGÈNCIES – 29/06/12

- Quadre de dolor abdominal amb restrenyiment
- Medicació actual: Sense canvis. Consta que la pacient ha realitzat varis tractaments laxants a nivell ambulatori (plantago ovata, crema magnesia, duphalac) sense ésser efectius
- Exploracions sense troballes a destacar
- TAC abdominal: Canvis post-quirúrgics secundaris a apendicectomia. Signes de sobrecàrrega de cavitats dretes.
Espondilolistesis degenerativa de L5 sobre S1

- Ecografia abdominal: Esteatosis hepàtica grau II
- S'administra buscapina i metoclopramida sense remissió del dolor. Finalment administració de 2 ampolles de ***Dolantina*** subcutànies amb remissió de la clínica
- OD: Restrenyiment funcional
- Alta a domicili afegint Caseinglicol a tractament habitual

AMBULATÒRIAMENT

- Estudi ambulatori per part de gastroenterologia de restrenyiment i dolor abdominal no filiat.
- Realització de colonoscòpia, TAC abdominal i ecografia abdominal que descarten patologia aguda que justifiqui clínica de dolor abdominal. Esteatosis hepàtica grau II.
- Introducció de ***Tramadol 50mg c/12h*** a tractament habitual de la pacient.

URGÈNCIES – 17/10/12

- Quadre de dolor abdominal amb restrenyiment i vòmits
- Medicació actual: Medicació anterior + ***tramadol 100mg***
- Exploració física, analítica i Rx tòrax sense troballes a destacar
- Analgèsia endovenosa i finalment Dolantina SC (1'5 ampolles)
- OD: Gastroenteritis aguda
- Alta a domicili

URGÈNCIES – 24/10/12

- Quadre de dolor abdominal amb vòmits
- Medicació actual: Sense canvis
- Exploració física: Destaca fetor enòlic (tot i que la pacient nega ingesta).
- Analítica dins la normalitat. Radiologia sense alteracions.
Ecografia abdominal amb esteatosis hepàtica coneguda.
- Analgèsia endovenosa: **Tramadol** i metamizol altern cada 4 hores

- *Episodi d'alteració conductual amb provocació continuada del reflex nauseós mitjançant la introducció de dits a la orofaringe, agitació psicomotriu i plor.*
- Es procedeix a contenció mecànica i administració de clorazepat dipotàssic 50mg IM amb milloria de la clínica.
- Alta a domicili amb recomanació de seguiment a consultes externes i amb increment de la pauta de ***tramadol a 50mg/8h.***

OCTUBRE 2012 – 4 VISITES

- **25/10/12**: S'administren 2 ampolles de Dolantina SC a urgències i es manté Ranitidina 150mg/12h a l'alta hospitalària.
- **27/10/12**: La pacient acudeix per quadre d'alteració conductual i es valorada directament per psiquiatria, qui orienta el cas con a Síndrome d'abstinència enòlica i recomana donar tractament amb benzodiazepines. No analgèsia opioide. Alta a domicili amb derivació preferent a CAS de zona.

GENER 2013 – 1 VISITA

MOTIU DE CONSULTA

Dolor abdominal

TRACTAMENT HABITUAL

Sense canvis

EVOLUCIÓ I ARGUMENTS

Alta Sèrie normalitat diagnòstica

diagnòstic de Dolor Abdominal

inspecció

MARÇ 2013 – 3 VISITES

- **04/03/13**: Demandes de Dolantina al triatge d'urgències per al control del dolor. S'administra ***Tramadol EV*** i ***Dolantina SC*** i es dóna l'alta hospitalària.
- **06/03/13**: La pacient acudeix per quadre d'alteració conductual i es valorada directament per **psiquiatria**, qui prescriu haloperidol i orienta el cas com a possible Trastorn per Consum d'Opiacis recomanant de nou derivació a CAS de zona. Es comenta amb medicina qui prescriu de nou Dolantina per persistència del dolor.
- **08/03/13**: Acudeix per dolor i se li explica que se li administrarà analgèsia però no opiacis. Demana Alta Voluntària.

ABRIL 2013 – 2 VISITES

- A principis de mes la pacient realitza visita a CSMA de zona on es prescriu venlafaxina 75mg/dia
- 27/04/13: S'administra ***Dolantina SC*** i es dóna d'alta per remissió del dolor.
- 29/04/13: S'administra ***Dolantina SC*** (1 ampolla) i es dóna l'alta hospitalària amb increment de dosis de benzodiazepines fins a 4'5 mg Clonazepam al dia.

MAIG 2013 – 12 VISITES

- 01/05/13: Es prescriu ***Dolantina SC*** (1 ampolla) a urgències
- 02/05/13: Es dóna placebo SC de suero fisiològic amb remissió parcial del dolor.
- 11/05/13: S'administren 2 ampolles de ***Dolantina SC*** i Tramadol EV.
- 12/05/13: S'administra ***Tramadol EV*** únicament

MAIG 2013 – 12 VISITES

- **16/05/13**: Se li explica a la pacient que no se li administraran més opiacis a urgències i demana l'Alta involuntària. Observem que ambulatòriament s'ha incrementat dosis de Venlafaxina fins a 150mg/dia.
- **18/05/13**: En aquesta ocasió possible remissió del dolor amb analgèsia convencional EV.
- **21/05/13**: Després d'estar 16 hores a urgències s'acaba administrant Dolantina 1 ampolla SC.

22/05/13

MOTIU DE CONSULTA

Temptativa autolítica en forma de
sobreingesta medicamentosa de
benzodiacepines

TRACTAMENT HABITUAL

Sense canvis

EVOLEIÓR A RIGÈNCIES

S'avis a Dissiplina i a la Guardia: Es
proposa ingrés de contenció a unitat
Derrivació a centre de referència
d'aguts previ a trasllat a Unitat de
Toxicomanies per Trastorn per
Dependència a Opiacis.

- La pacient realitza episodi d'alteració conductual en forma de maniobres d'autoinducció del vòmit
- Demandes de medicació antiàlgica per a la reducció del dolor abdominal
- Després de la remissió de la clínica dolorosa es dona d'alta a domicili amb indicació d'introduir Sulpirida que la pacient no realitza.

24/05/13

MOTIU DE CONSULTA

Dolor abdominal + vòmits

TRACTAMENT HABITUAL

Sense canvis

EVOLUCIÓ I AVALUACIÓ

Orientada com a Pacient amb Trastorn Ansios-Depressiu i trastorn per Consum d'Opiacis. Es proposa de triar unes 24 hores en unitat d'aguts que la pacient rebutja, pel que es comença a tractar amb morfina i dolor abdominal no objectivats

26/05/13

MOTIU DE CONSULTA

TRACTAMENT HABITUAL

Dolor abdominal i demandes de medicació amb opiacis

Sense canvis

EVOLUCIÓ A URGÈNCIES

Episodi d'alteració conductual com els

EXPLORACIONS

anterior, valorada per psiquiatria qui

Dins la normalitat

rebutja l'administració d'opiacis per

vinculació a CAS de zona

forçar ingrés a unitat d'aguts de

psiquiatria que la pacient i el familiar

rebutjen

27/05/13

MOTIU DE CONSULTA **TRACTAMENT HABITUAL**

Temptativa autolítica abortada per familiars en **EVOLUCIÓ A URGENCIES** Sense canvis

forma de sobreingesta medicamentosa
Valorada per psiquiatria directament

EXPLORACIONS

amb episodi d'alteració conductual que
No realitzades

requereix de CM per conductes

autolesives
PLA

Derivada a centre de referència per ingrés

30/05/13

MOTIU DE CONSULTA

Dolor abdominal

TRACTAMENT HABITUAL

Sense canvis

EXPLORACIONS EVOLUCIÓ A URGÈNCIES

Lleuger empitjorament de
Administració de paracetamol i
la funció renal

tramadol per via endovenosa
Davant la remissió del dolor es dona l'alta a
domicili

03/09/13

MOTIU DE CONSULTA

Dolor abdominal

TRACTAMENT HABITUAL

Veiem que s'ha introduït

EXPLORACIONS

sulpirida fins a 50mg c/8h

Leucocitosis amb acidosis

EVOLUCIÓ A URGÈNCIES

metabòlica i

S'objectiven maniobres

hiperparatiroidisme

d'autoprovocació del vòmit i agitació
Ingrés a Cirurgia General i Digestiva per

psicomotriu
nova sospita de Pancreatitis Aguda Alitiàsica

- Durant l'ingrés s'objectiva **síndrome d'abstinència alcohòlica**: Tremolors, nàusees, vòmits, sudoració profusa.
- **Recaiguda en el consum d'alcohol** en els darrers 3 mesos de fins a 12 cerveses al dia amb episodis puntuals d'increment del consum.
- S'inicia pauta descendent amb benzodíacepines (clonazepam de 4mg dia a retirada completa durant l'ingrés).
- Al alta es manté tramadol 50mg c/12h
- OD: **Pancreatitis aguda alitiàsica + Trastorn per consum d'alcohol i opiacis**
- Vinculació preferent a CAS de zona

07/10/13

MOTIU DE CONSULTA

Dolor abdominal

TRACTAMENT HABITUAL

Sense canvis en el tractament psicofarmacològic
+ increment de pauta analgèsica convencional +

EXPLORACIONS

tramadol 50mg c/12h

EVOLUCIÓ A URGÈNCIES

Dins la normalitat

Dolor abdominal intens, noves

demandes d'opiacis i maniobres de

PLA

Nou ingrés a Cirurgia General i Digestiva per
provocació del vòmit

Mal Control del Dolor

- Durant l'ingrés la pacient requereix tractament amb **morfina endovenosa c/4h** per Mal Control del Dolor.
- Dieta absoluta durant 6 dies
- Progressiva reintroducció de dieta i tractament analgèsic habitual
- Sense canvis en pauta analgèsica a l'alta
- Vinculació a CAS de zona.

OCTUBRE 2013 – 5 VISITES

- **22/10/13**: Es tornen a prescriure 2 ampolles de ***Dolantina***
SC!!!
- **25/10/13**: No s'administren opiacis però la pacient passa
20 hores a urgències!!!
- **26/10/13**: Se li deneguen els opiacis i demanda Alta
Voluntària.
- **27/10/13**: Se li deneguen els opiacis i demanda Alta
Voluntària.

17/12/13

MOTIU DE CONSULTA

Dolor abdominal

TRACTAMENT HABITUAL

Sense canvis

EXPLORACIONS

Hiperamilasèmia i ecografia abdominal

suggestiva de col·lecció intraabdominal
La pacient presenta de nou alteració

Ingrés a Cirurgia General i Digestiva per
conduïda a urgències. Fiebre.

sospita de nova Pancreatitis Aguda Alitiàsica

EVOLUCIÓ A URGÈNCIES

PLA

- Durant l'ingrés milloria progressiva dels paràmetres analítics
- No precisa de tractament amb opiàcis
- Dieta absoluta amb reintroducció progressiva de la dieta normal sense incidències
- Normalització de l'ecografia abdominal
- Alta hospitalària sense canvis d'orientació ni tractament
- S'insisteix en la vinculació a CAS de zona

DESEMBRE 2013 – 4 VISITES

- **25/12/13**: S'administra 1 ampolla de **Tramadol EV**
- **26/12/13**: Tot i exploracions complementàries dins la normalitat, ingrés a CGD per Mal Control del Dolor. Ingrés dos dies requerint analgèsia endovenosa (inclou **Tramadol**) i posteriorment analgèsia i dieta oral ben tolerades. Alta a domicili amb **Tramadol 50mg c/8h** + medicació habitual
- **30/12/13**: Alteració conductual important pel què s'avisava a PSQ qui recomana ingrés a Unitat d'Aguts que la pacient rebutja. De nou alta a domicili amb vinculació a CAS de zona.

03/01/14

MOTIU DE CONSULTA

TRACTAMENT HABITUAL

EVOLUCIÓ A URGÈNCIES

Episodi d'agitació psicomotriu

Sense canvis

Visitada directament per psiquiatria qui realitza pauta de contenció mecànica i en domicili

farmacològica i informa de necessitat urgent d'ingrés a unitat d'aguts de

EXPLORACIONS

psiquiatria per iniciar tractar de Trastorn per Consum d'Opiacis i possible

PLA

Trastorn per Consum d'Alcohol i Benzodiazepines que la pacient minimitza. Derivació a centre de referència per ingrés

Consta alteració de la conducta molt marcat amb pèrdua de 15kg de pes,

apato-abúlia, clinofília, vòmits auto-induïts diaris i abús d'analgèsia i

medicació ansiolítica

INGRÉS UNITAT AGUTS 04/01 – 31/01

- Primer dia: Dolor que calma amb l'administració de tramadol, pel què es deixa pautat de forma definida (50mg 1-1-1)
- Posterior normalització de dolor, ingestes i ritme deposicional
- No conductes orientades a la cerca de substàncies durant l'ingrés. Permisos sense incidències.
- Simptomatologia afectiva no objectivable després de control de les àlgies: Es suspèn Venlafaxina per xifres de TA mal controlades.
- Desintoxicació amb benzodiacepines fins a retirada i introducció de pregabalina fins a 600mg/dia amb bona tolerància

INGRÉS UNITAT AGUTS 04/01 – 31/01

- Retirada d'amitriptilina per restrenyiment
- S'inicia **disulfiram** per a prevenció de recaigudes en el consum d'alcohol (consta últim consum octubre 2013)
- Alta amb vinculació a CAS de zona.
- Tractament al alta: **Disulfiram 250mg 1-0-0**, Domperidona 10mg 1-1-1, Enalapril/HCTZ 20/12'5mg 1-0-0, Lactulosa 10g 1-1-1, Metamizol 575mg si dolor, Metformina 850mg 1-0-1, **Mirtazapina 15mg 0-0-1**, Omeprazol 20mg 1-0-0, **Pregabalina 150mg 1-0-1**, **Pregabalina 300mg 0-0-1**, **Sulpirida 50mg 1-1-1**, **Tramadol 50mg 1-1-1**

09/02/14

MOTIU DE CONSULTA

Dolor abdominal

TRACTAMENT HABITUAL

Sense canvis respecte alta
hospitalària

EXPLORACIONS EVOLUCIÓ A URGÈNCIES

Dins la normalitat
Demandes d'analgèsia subcutània amb

Dolantina. S'administra placebo amb

SF que és efectiu

28/03/14

MOTIU DE CONSULTA

Dolor abdominal

TRACTAMENT HABITUAL

Sense canvis

EVOLENCIA I REVISIÓ

S'administra analgesia intravenosa

endovenosa + Tramadol ev amb

Alta a domicili amb orientació diagnòstica de

Dolor Abdominal Inespecífic.

29/03/14

MOTIU DE CONSULTA

Alteració conductual

TRACTAMENT HABITUAL

Sense canvis

EVOLUCIÓ A URGÈNCIES

EXPLORACIONS

Visitada únicament per psiquiatria.

No realitzades

Marcada alteració conductual amb

Derivació de l'Àrea de Urgències. Família acompanya

insomni global i conductes estranyes

en el domicili de predomini nocturn

INGRÉS UNITAT AGUTS 30/03 – 30/04

- Exploració extensa per part de Medicina Interna i Fisioteràpia.
- Control del dolor amb increment de dosis de tramadol fins a 250mg/dia
- No simptomatologia ansiosa ni afectiva amb remissió progressiva d'alteracions conductuals després del control de les àlgies.
- Retirada de Sulpiride per lleugera parkinsonització de la marxa i també de domperidona per estat d'alerta farmacològica.
- Alta domicili

- Després de l'ingrés a l'hospital de referència consta una visita a urgències al mes de juny per dolor abdominal.
- La pacient va morir poc després.
- Es va realitzar autòpsia

CONCLUSIONS

- Nombre de visites a urgències: 45
- Nombre de proves complementàries:
 - 10 TACS abdominals
 - 45 Plaques abdominals
 - Vàries ecografies
 - 70 analítiques
- Nombre de vegades que s'administren opiàcis: 19 (14 Dolantina + 5 Tramadol sense Dolantina)
- Visites per part de psiquiatria a urgències: 9
- Nombre d'ingressos: 5 CGD + 2 PSQ

REVISIÓ TEÒRICA PART 1

CRÍTICA CONSTRUCTIVA

TÒXICS A URGÈNCIES

- Les consultes a urgències son molt freqüents
- Són les consultes que menys ens agraden. Per què?
 - S'allarguen?
 - Són violentes?
 - Desconeixem el maneig?
 - “No les podem ingressar”?
 - No podem recolzar-nos en els ingressos involuntaris?
 - Per por a la psicofarmacologia?
 - Hi ha molts tipus d'addiccions i moltes són desconegudes?

QUÈ HEM FET MALAMENT?

- Desconeixement dels efectes terapèutics i adversos de la medicació prescrita per part de les especialitats mèdiques i quirúrgiques
- Desconeixement de la patologia addictiva en general
- Desconeixement del circuit assistencial de tòxics
- Desconeixement del tipus d'ingrés disponible per a aquest tipus de pacient
- Competència de “tots i ningú”

QUÈ HEM FET MALAMENT?

- Falta de protocols estructurats d'actuació en cas de dependència de substàncies
- *Sectorització*
- Falta de comunicació entre hospitals
- Situació d'urgències:
 - Pressió assistencial
 - Necessitat de resposta ràpida per part del pacient i del metge.
 - Necessitat de donar altes i disminuir el nombre d'ingressos
 - Poc temps per “pensar” i “estructurar un pla a llarg termini”

REVISIÓ TEÒRICA PART 2

“NARCOTIC BOWEL SYNDROME”

INTRODUCCIÓ

- 40% població adulta pateix dolor crònic
- Opiacis extensament utilitzats pel tractament del dolor moderat-sever (3% població EEUU, 250 milions de prescripcions anuals a EEUU).
- **Hiperalgèsia induïda pels opiacis**: Increment de la nocicepció, relacionat amb una àrea de dolor previ o una àrea nova, que empitjora davant l'escalada de dosis d'opiacis.

NARCOTIC BOWEL SYNDROME

- Tipus d'hiperalgèsia induïda per opiacis localitzada al tracte gastrointestinal.
- Poc conegut fins i tot entre els professionals.
- Dolor abdominal crònic o recurrent.
- Es dona en un 6% de la població en tractament crònic amb opiacis.
- Gran incapacitat
- Diferenciar dels efectes adversos típics dels opiacis: Nàusees, distensió abdominal, vòmits intermitents, restrenyiment.

PREVALENÇA

- Estudi 1: **4%** dels pacients en tractament amb opiàcids i 0'17% de la població general (140.000 persones als EEUU)
- Estudi 2: **6%** dels pacients en tractament amb opiàcids complien criteris.
- Infradiagnòstic en alguns pacients per Dolor Funcional del Tracte Digestiu.

CRITERIS DIAGNÒSTICS

- Dolor abdominal crònic o freqüentment recurrent tractat amb dosis alta aguda o de forma crònica amb opiacis + 3 de les següents:
 - El dolor empitjora o resol de forma incompleta amb tractament constant o escalada d'opiacis
 - Empitjorament del dolor davant la retirada i milloria quan es reintrodueixen els opiacis (“soar and crash”)
 - Hi ha una progressió de la freqüència, duració i intensitat dels episodis de dolor
 - La natura i la intensitat del dolor no s'explica per un altre diagnòstic

DIAGNÒSTIC I

- El dolor pot anar acompanyat de nàusees, vòmits, distensió abdominal, restrenyiment.
- La **ingesta** sol exacerbar la simptomatologia. Pot aparèixer anorèxia i pèrdua de pes important.
- Pot haver-hi una disminució del trànsit intestinal, però la **motilitat i els hàbits deposicionals** no intervenen en el diagnòstic

DIAGNÒSTIC II

- **Dosis d'opiacis i duració del dolor** no són criteris diagnòstics
- Les **radiografies** poden mostrar obstrucció intestinal parcial o ésser normals. Retenció de femta.
- Les **analítiques** poden mostrar elevació de reactants de fase aguda o d'inflamació o ésser normals.

DIAGNÒSTIC DIFERENCIAL

- Efectes adversos opiàcics
- Colon irritable
- Pancreatitis crònica
- Úlcera pèptica
- Càlculs biliars o renals
- Obstrucció mecànica intestinal
- Angina abdominal
- Quists ovàrics
- Fibromes uterins

ABSTINÈNCIA A OPIACIS

- Molt important també en el diagnòstic diferencial
- El pacient presentarà també: Rinorrea, llagrimeig, inquietud, sudoració, “rampes” abdominals, diarrea
- La tolerància dificulta el diagnòstic.

TIPUS DE PACIENT

- Sexe femení (92'3%)
- Raça caucàsica (87'2%)
- Bon nivell educatiu (14'5 +/- 2'3 anys a l'escola)
- Edat mitja (39'9 +/- 13'4 anys)
- Discapacitat clínica i laboral (82'1%)
- Dolor sever (McGill Pain Score 17'2 +/- 10'2)
- Diagnòstics comòrbids (Malaltia de Crohn, Pancreatitis (37%), Dolor Abdominal Funcional, Colon irritable, Fibromiàlgia, Dolor Post-operatori).

COMORBIDITAT PSIQUIÀTRICA

- 28'2% Depressió
- 33'3% Ansietat
- Processament cognitiu negatiu (catastrofista) alt (20/36)

PATOFISIOLOGIA

- Teoria neuroimmunitària
- Teoria de la regulació bimodal del sistema opioide
- Teoria dels canvis en regions cerebrals concretes deguts a l'administració d'opiacis exògens
- Teoria dels circuits dopaminèrgics (àrea tegmental ventral i nucli accumbens) implicades en les conductes de recompensa, així com en la tolerància i abstinència a opiacis.

TEORIA NEUROIMMUNITÀRIA

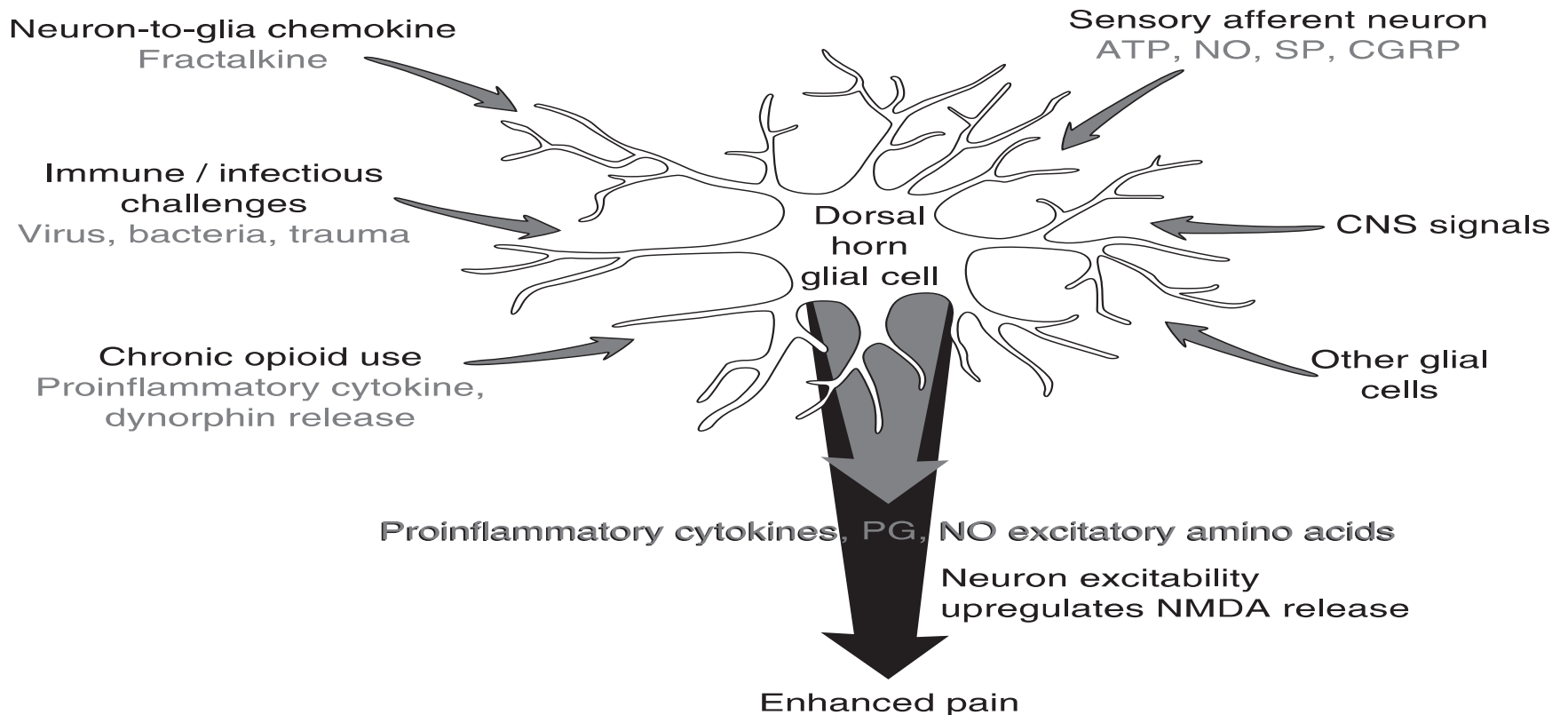


Figure 1. Activation of spinal cord glial cells leads to hyperalgesia. ATP; adenosine triphosphate, CGRP; Calcitonin gene-related peptide, CNS; Central nervous system, NMDA; N-methyl-D-aspartate, NO; Nitric Oxide, PG; prostaglandin, SP; Substance P.

TEORIA DE LA REGULACIÓ BIMODAL

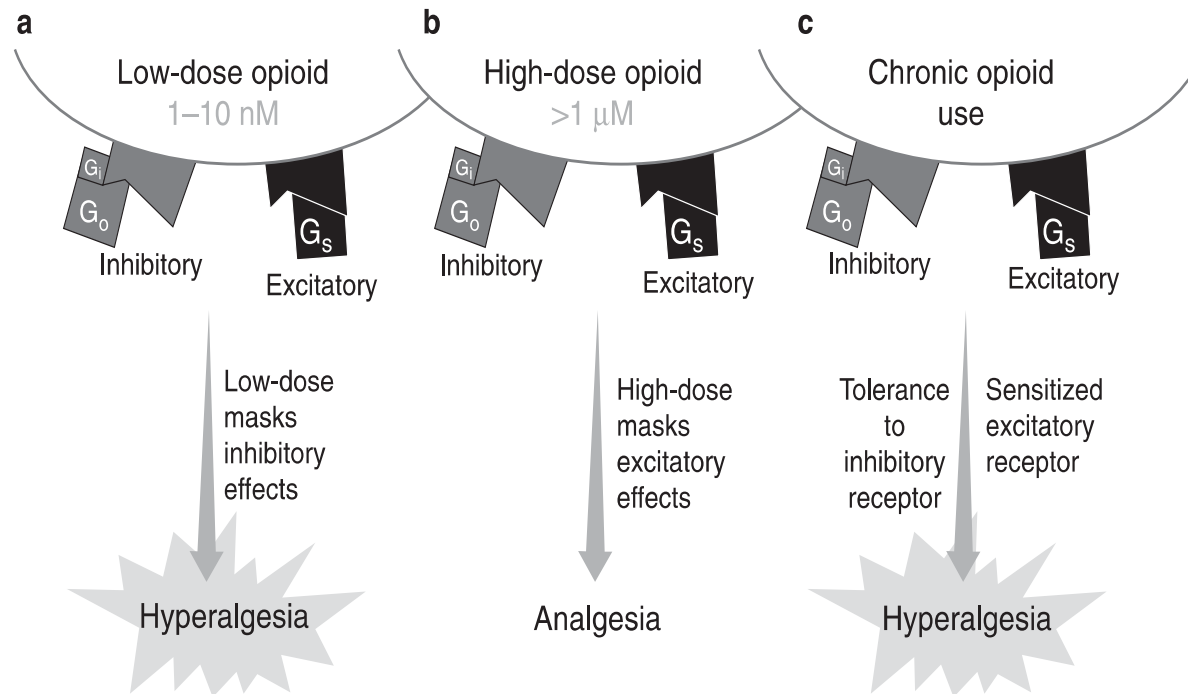
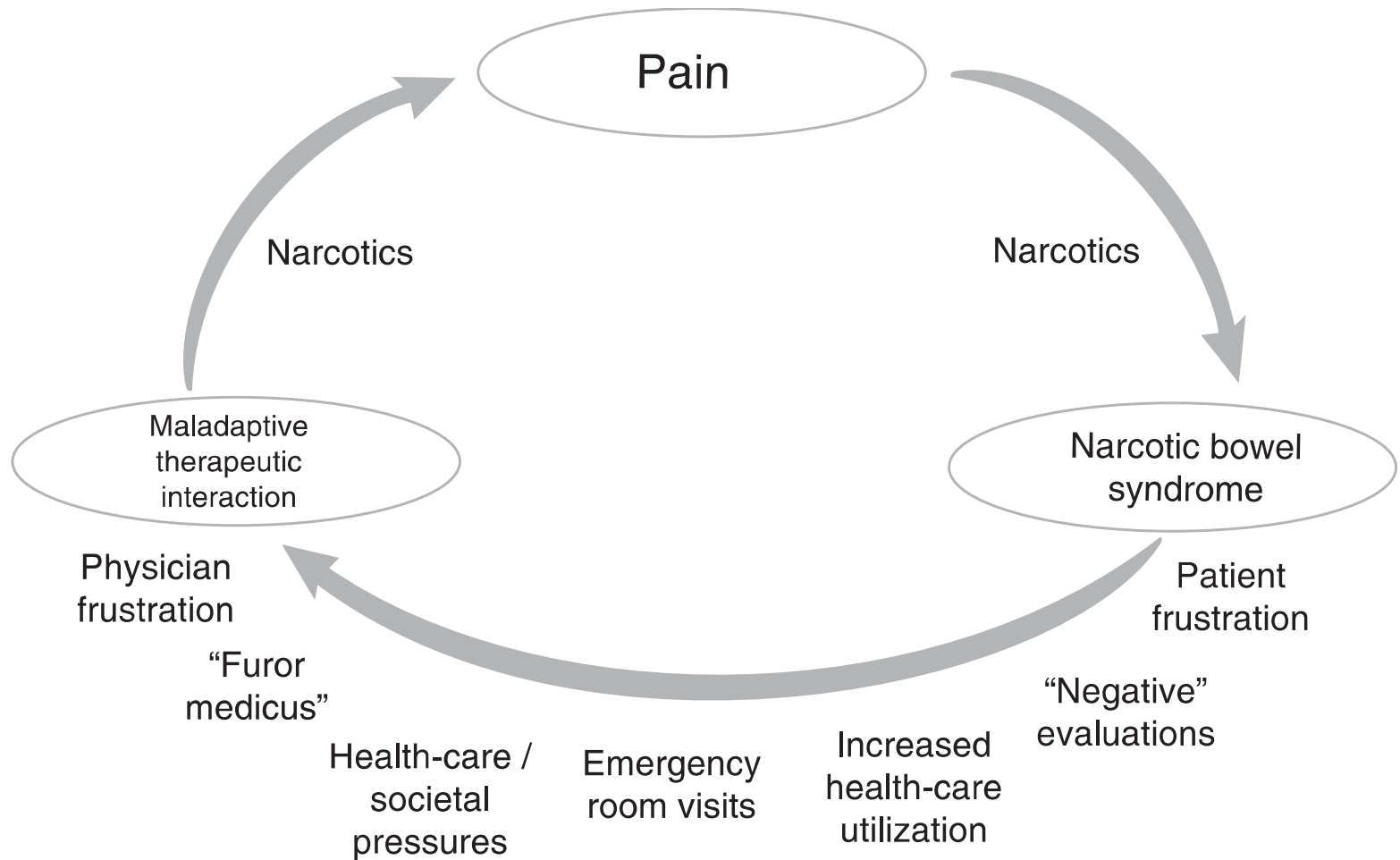


Figure 2. Chronic opioid use may result in tolerance to the inhibitory G_i/G_o receptor and sensitization of the excitatory G_s -receptor. **(a)** Low-dose opioid treatment masks the inhibitory effects of the G_i/G_o receptor, resulting in hyperalgesia; **(b)** high-dose opioid treatment masks the excitatory effects of the G_s -receptor, resulting in adequate analgesia; **(c)** chronic opioid use results not only in tolerance to the inhibitory receptor but also in sensitization of the excitatory receptor, resulting in paradoxical hyperalgesia.

MANEIG DEL PACIENT



TRACTAMENT - DESINTOXICACIÓ

- University of North Carolina in Chapel Hill: Primer dia dosis equivalent en forma de morfina endovenosa. Reducció progressiva de 15-33% cada dia fins a retirada completa.
- Temps de detoxificació: 7'3 +/- 2'8 dies en pacients ingressats i 39'4 +/- 21'4 dies en pacients ambulatoris
- Antidepressiu
- Benzodiazepines
- Clonidina 0'1-0'4mg/dia (cobrir l'abstinència)
- Polyethylenglicol (restrenyiment)
- Visites amb psicologia

TRACTAMENT - DESINTOXICACIÓ

- 89'7% d'abandonament
- 10'3% van ser prescrits tramadol per altres professionals després de l'alta hospitalària
- > 30% de reducció del dolor en les escales visuals
- 51'4% de resposta clínica
- 43'5% de recaigudes en el consum als 3 mesos

TRACTAMENT - DESINTOXICACIÓ

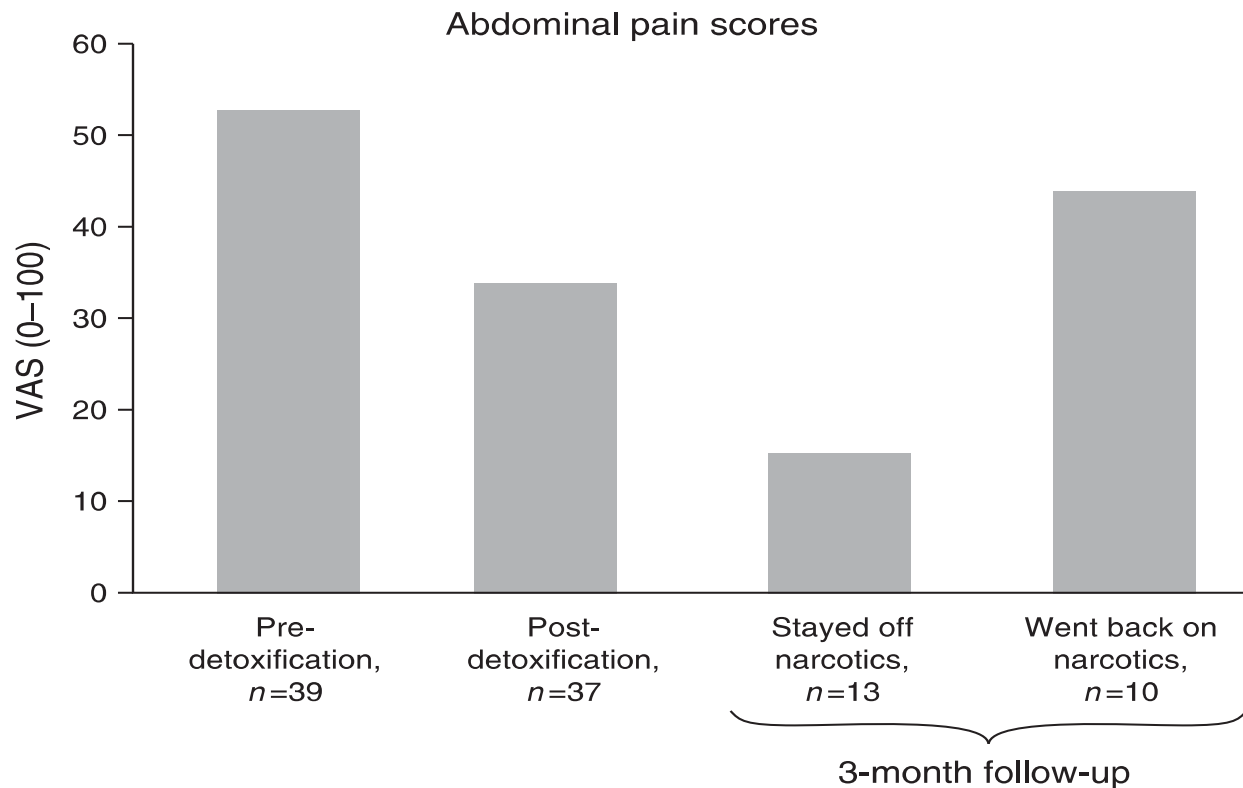


Figure 4. Visual analog scale (VAS) for all source pain ratings before and after detoxification, and 3 months later. Reproduced with permission from Drossman *et al.* (12).

TRACTAMENT - ANTIDEPRESSIUS

- Iniciats abans d'iniciar la desintoxicació i seguits de forma indefinida
- Benestar general i efectes analgèsics
- Antidepressius tricíclics d'elecció (amitriptilina inhibidor de TLR4 i TLR2)
- ISRSN

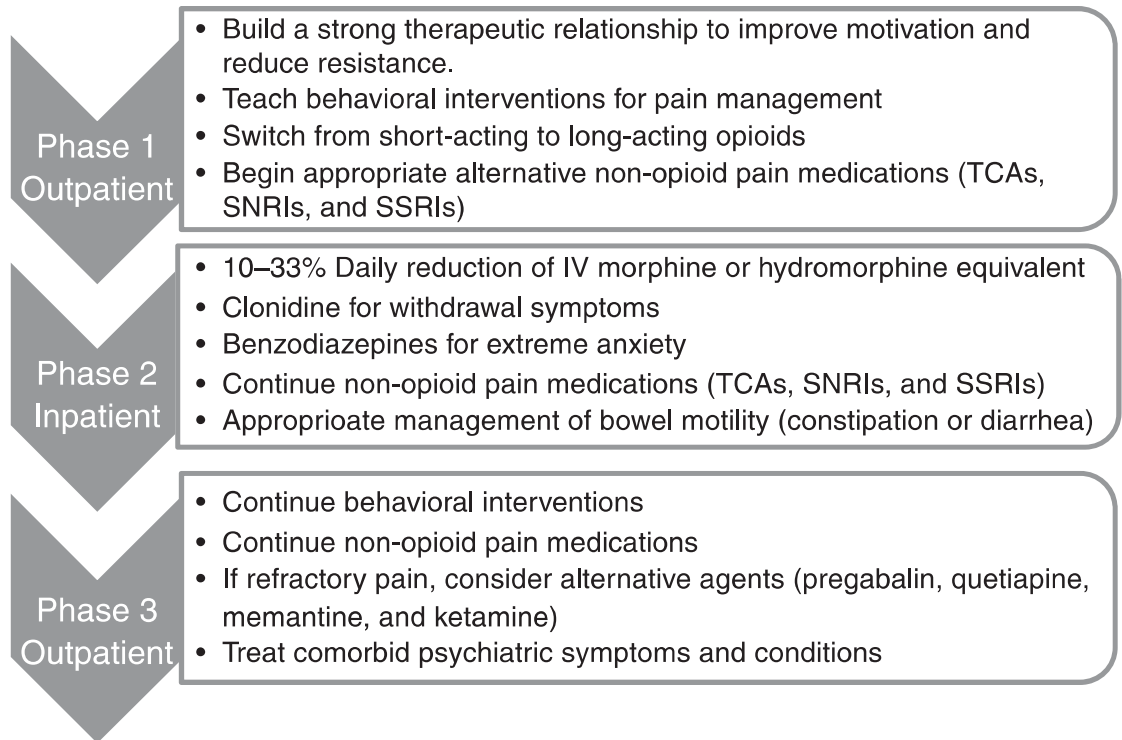
TRACTAMENT – ALTRES FÀRMACS

- Benzodiazepines: De vida mitja i llarga (Lorazepam, Clonazepam)
- Clonidina: Agonista receptor alfa2-adrenèrgic. Efectes analgèsics i antidiarrèics. Propietats ansiolítiques.
- Pregabalina
- Quetiapina
- Memantina i altres antagonistes del receptor glutamat

TRACTAMENTS – ALTRES INTERVENCIONS

- Intervencions conductuals

- Restrenyiment



Legend: SNRI-Serotonin noradrenergic reuptake inhibitor; SSRI- Selective serotonin reuptake; TCA– tricyclic antidepressant.

MOLTES GRÀCIES!