

# Caracterización clínica y epidemiológica de los pacientes con trastorno por uso de opioides atendidos en una institución de cuarto nivel en la ciudad de Medellín, entre 2017 y 2022.

Cortés López, CA<sup>1\*</sup>. Acevedo Espitia, C<sup>2</sup>. Medina Chaves, D<sup>3</sup>. Gutiérrez Rodríguez, JV<sup>4</sup>. Estrada Atehortúa, AF<sup>5</sup>. Cardona Henao A<sup>6</sup>. Henao Ríos, J<sup>7</sup>. Arroyo Ibarguen, P<sup>8</sup>

<sup>1</sup> Médica toxicóloga clínica, MSc en Drogodependencias. Hospital Pablo Tobón Uribe

<sup>2</sup> Médico psiquiatra, MSc en drogodependencias. Universidad CES

<sup>3</sup> Médico psiquiatra, MSc en drogodependencias. Universidad CES

<sup>4</sup> Enfermera, MSc salud pública. Estudiante de Doctorado en Epidemiología y Bioestadística, Grupo de investigación Epidemiología y Bioestadística. Universidad CES

<sup>5</sup> Especialista en Medicina de Urgencias. Jefe del departamento de Urgencias Hospital Pablo Tobón Uribe

<sup>6</sup> Médico general. Departamento de Urgencias Hospital Pablo Tobón Uribe

<sup>7</sup> Estudiante de medicina. Universidad EIA alianza con el Hospital Pablo Tobón Uribe

<sup>8</sup> Estudiante de medicina. Universidad EIA alianza con el Hospital Pablo Tobón Uribe

**Resumen:** Los analgésicos opioides son una opción importante en el manejo del dolor agudo grave, crónico e intratable, sin embargo, sus efectos euforizantes y gratificantes han motivado a que algunos pacientes continúen su uso una vez resuelta la condición médica inicial, haciendo entonces un uso indebido de opioides (UIO) y con el potencial riesgo de desarrollar un trastorno por uso de opioides (TUO). El objetivo del presente trabajo fue caracterizar clínica y epidemiológicamente a los pacientes con trastorno por uso de opioides atendidos en una institución de cuarto nivel de Medellín. Para ello, se realizó un estudio observacional, descriptivo, transversal de fuente secundaria; se incluyeron 309 registros de pacientes adultos, con diagnóstico CIE-10, trastornos causados por opiáceos. TUO e UIO constituyeron las variables de interés, se procesó la información en *Jamovi*® versión 2.2 y se analizaron los datos de variables cuantitativas con test de Sahpiro Wilk y análisis bivariado exploratorio de las variables clínicas y sociodemográficas. Resultados: El TUO obtuvo una prevalencia del 39.9% frente al 25,6 % del UIO. De los pacientes con TUO el 50% tenían 35 años o menos, el 57.7% fueron mujeres, 58.7% solteros, y predominaron los niveles de educación secundaria y universitaria. En cuanto al UIO, el 50% fueron menores de 37 años el 54% de sexo femenino, en su mayoría solteros (61.5%), y predominó el nivel de educación secundaria (48.7%). En el 71% de los pacientes con TUO hay antecedentes de enfermedad mental predominando los trastornos del afecto: ansiedad y depresión. El opioide más usado fue tramadol (17.04%), seguido de morfina e hidromorfona. Conclusión: Ante el aumento en la prevalencia de UIO y TUO es necesario nuevas políticas salud pública que permitan ejercer un control más estricto en la formulación, comercialización y administración segura de este tipo de medicamentos.

**Abstract:** *Clinical and epidemiological characterization of patients with opioid use disorder treated at a fourth level institution in the city of Medellín, between 2017 and 2022.*

Opioids analgesics are an important option in the management of severe acute, chronic, and intractable pain; however, their euphoric and rewarding effects have motivated some patients to continue their use once the initial medical condition has resolved, thus misusing them. these (UIO) and with the potential risk of developing an opioid use disorder (OUD).

Objectives: to clinically and epidemiologically characterize patients with opioid use disorder treated at a fourth-level institution in Medellín. Methodology: Observational, descriptive, cross-sectional study of secondary source; 309 records of adult patients with ICD-10, diagnosis caused by opioids agents were included. TUO and IOU were the variables of interest, the information was processed in *Jamovi*® version 2.2 and the data of quantitative variables were analyzed with the Sahpiro Wilk test and exploratory bivariate analysis of the clinical and sociodemographic variables.

Results: The TUO obtained a prevalence of 39.9% compared to 25.6% of the UIO. Of the patients with OT, 50% were 35 years of age or

younger, 57.7% were women, 58.7% were single, and secondary and university education levels predominated. Regarding the UIO, 50% were under 37 years of age, 54% female, mostly single (61.5%), and the secondary education level predominated (48.7%).

In 71% of patients with OLU there is a history of mental illness, predominantly affective disorders: anxiety and depression. The most used opioid was tramadol (17.04%), followed by morphine and hydromorphone.

Conclusion: Given the increase in the prevalence of UIO and OTU, new public health policies are necessary to exercise stricter control in the formulation, marketing and safe administration of this type of medication.

## Introducción

Los opiáceos (codeína, morfina y tebaina) son compuestos derivadas de los alcaloides naturales (*Papaver somniferum*). Las moléculas producto de la modificación química de los opiáceos se conocen como opioides semisintéticos (oxicodona) y aquellos sintetizados en el laboratorio reciben el nombre de opioides sintéticos (fentanilo) (Kaye, 2017). En medicina los opioides han resultado útiles en el manejo del dolor moderado e intenso, su efecto analgésico se debe a su acción sobre los receptores opioides *mu* ampliamente distribuidos en sistema nervioso central y periférico (Kaye, 2017; Santo et al., 2021). Sin embargo, la presencia de estos receptores en las áreas cerebrales de recompensa, placer y control de las emociones (amígdala, área tegmental ventral y núcleo accumbens) los convierten en sustancias susceptibles de abuso con efectos euforizantes y gratificantes (Kaye, 2017; Santo et al., 2021).

El trastorno por uso de opioides (TUO) se ha convertido en un problema de salud pública (National Institute on Drug Abuse, 2021). En el año 2020 la Oficina de las Naciones Unidas contra las Drogas y el Crimen (UNODC) reportó un aumento en la producción de nuevas sustancias psicoactivas a base de opioides en su mayoría análogos del fentanilo, pasando del 2% en el 2014 al 9% en el 2018, atribuyéndole a este medicamento 2/3 de las 67.367 muertes por sobredosis en América del norte y Canadá; en África Occidental, Central y Septentrional aumentó la demanda de tramadol con fines no médicos (UNODC, 2022). Por otra parte, El National Institute on Drug Abuse (NIDA) afirma que: entre el 21% y el 29% de los pacientes con dolor crónico recetados con opioides los usan de forma inapropiada y el 8 al 12% de ellos desarrollan un (TUO). Además advierte que el 80% de los consumidores de heroína abusaron inicialmente de opioides recetados legalmente (National Institute on Drug Abuse, 2021)).

En el estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en Colombia para el año 2013, el 1.07% de las personas declararon haber usado un analgésico opioide sin prescripción médica alguna vez en su vida y hasta el año 2019 el sistema de alertas tempranas no tenía evidencia de la existencia de un mercado ilegal de medicamentos opioides como oxicodona, fentanilo y/o sus derivados (Ministerio de Justicia y del Derecho-Sistema de Alertas Tempranas, 2022).

\*e-mail: clancolo17@gmail

Publicaciones previas refieren como factores de riesgo para desarrollar (TUO): el ser adolescente y adulto, padecer trastornos depresivos y/o ansiosos, uso de sustancias psicoactivas como alcohol e hipnóticos/sedantes, dolor crónico, maltrato infantil y abuso sexual (Kaye, 2017; Santo et al., 2021). Además, atribuyen a este trastorno la capacidad de aumentar la morbimortalidad en la población económicamente activa e incrementar los costos de atención en el sistema de salud, haciendo indispensable alertar a la comunidad médica a tomar precauciones en la prescripción de estos medicamentos y motivar más la investigación en este campo (García-Orjuela et al., 2016).

Este estudio tiene como objetivo realizar una caracterización clínica y epidemiológica de los pacientes con trastorno por uso de opioides atendidos en una institución de cuarto nivel de Medellín entre los años 2019 y 2022.

## Materiales y Métodos

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, transversal de fuente secundaria; se incluyeron registros de 309 pacientes mayores de 18 años atendidos en una Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS) de 4 nivel de la ciudad de Medellín, entre abril de 2017 a octubre del 2022, y con los siguientes diagnósticos registrados en historia clínica electrónica CIE-10: F111, F112, F113, F114, F115 y F119.

La clasificación de los diagnósticos fue la siguiente:

F111 Trastornos mentales y de comportamiento debidos al uso de opiáceos, uso nocivo.

F112 Trastornos mentales y de comportamiento por el uso de opiáceos, síndrome de dependencia.

F113 Trastornos mentales y de comportamiento por uso de opiáceos, estado de abstinencia.

F114 Trastornos mentales y de comportamiento por uso opiáceos estado abstinencia delirio.

F115 Trastornos mentales y de comportamiento por uso de opiáceos, trastorno psicótico.

F116 Trastornos mentales y de comportamiento por uso opiáceos, síndrome amnésico.

F117 Trastornos mentales y de comportamiento por uso opiáceos, trastorno psicótico residual tardío.

F118 Trastornos mentales y de comportamiento por uso de opiáceos, otros trastornos mentales y de comportamiento.

F119 Trastornos mentales y de comportamiento por uso opiáceos, trastornos mentales y de comportamiento no especificados.

Se excluyeron del presente trabajo los registros de pacientes con trastornos de uso de heroína por no constituir un opioide de uso médico, formulación de opiáceos para el manejo paliativo del dolor oncológico y las historias con subregistro mayor al 20% en las variables de interés.

Se establece como variable de interés la presencia de TUO entendido como: la pérdida del control en el uso de opiáceos de uso médico, su consumo compulsivo y continuado a pesar de las evidencias de daño atribuible a éstos y la aparición de craving al suspender su uso (World Health Organization, 1995; Portero-Lazcano, 2015) y la variable: uso indebido de opiáceos (UIO), definida como el daño físico o mental ocasionado por el uso de opiáceos que ha persistido por al menos un mes o se ha presentado reiteradas veces en un período de doce meses (World Health Organization, 1995).

La información fue procesada con el pack estadístico *Jamovi*® versión 2.2. Para el análisis de los datos se estableció normalidad de las variables cuantitativas con test de Shapiro Wilk (Yap, 2011) y se describieron con sus valores de mediana y de rango intercuartílico, mientras que para las variables de naturaleza cualitativa, se calcularon medidas de

frecuencia absoluta y relativa (proporciones).

Se realizó análisis bivariado exploratorio para identificar si existe diferencia significativa de las variables clínicas y sociodemográficas en los pacientes que presentan trastorno por uso de opiáceos y uso indebido de opiáceos. Para dos variables cualitativas se utilizó la prueba de Chi-Cuadrado y para establecer la asociación de una variable cualitativa con una cuantitativa de distribución no normal, se utilizó la prueba U de Mann Whitney.

El estudio acoge lineamientos éticos nacionales e internacionales de investigación en seres humanos, fue aprobado por el Comité de Ética en investigación de la Universidad CES- Colombia y de la IPS.

## Resultados

El TUO obtuvo una prevalencia del 39.9% frente al 25,6% del UIO. De los pacientes con TUO el 50% tenían 35 años o menos (RIQ 29-48), el 57.7% fueron mujeres, 58.7% solteros, más de la mitad pertenecían a régimen contributivo (55.7%) y predominaron los niveles de educación secundaria y universitaria con el 30.8% y 31.6% respectivamente. En cuanto al UIO, el 50% fueron menores de 37 años (RIQ 29-46.5), el 54% de sexo femenino, en su mayoría solteros (61.5%), el 59.9% pertenecían al régimen contributivo y predominó el nivel de educación secundaria (48.7%). El trastorno por uso de opiáceos es significativamente mayor en las mujeres con relación a los hombres ( $p: 0.006$ ), así como en los pacientes de nivel educativo secundaria y universitarios ( $p: 0.038$ ).

El 76.4% de los pacientes con TUO fue atendido en hospitalización general y de estos el 21% en unidad de cuidado intensivo (UCI), mientras que poco menos de la mitad recibió atención en el servicio de consulta externa (CE) (47.2%). En tanto los pacientes con UIO el 70.9% fueron atendidos en hospitalización general, 18.6% en UCI y 43% en CE.

Para pacientes con un TUO por opiáceos se encontró que la mediana para el inicio de consumo de opiáceos es a los 28 años, ubicando el percentil 25 a los 22.8 años y percentil 75 a los 40 años con una  $P$  de 0.053.

Sobre el tiempo de consumo se encuentra la mediana en 60 días encontrando el percentil 25 en 36 días y el percentil 75 en 87 días con una  $P$  de  $<0.001$ .

En el 71% de los pacientes con TUO hay antecedentes de enfermedad mental ( $p: <0.001$ ), ellos los diagnosticados con trastorno mixto de ansiedad y depresión tienen una probabilidad significativamente mayor de desarrollarlo ( $p: <0.001$ ), mientras que, el dolor crónico fue la segunda comorbilidad que aumenta significativamente la probabilidad de desarrollar un TUO con una  $P < 0.006$ .

Respecto al uso concomitante de opiáceos de uso médico con otras sustancias psicoactivas no se encontró una diferencia estadísticamente significativa, sin embargo, parece ser el tabaco y el cannabis las más prevalentes tanto en el TUO como en el UIO, mientras que el uso concomitante con benzodiazepinas fue del 31.37% en pacientes con UIO.

El opioide de uso médico más usado en TUO como UIO fue el tramadol con el 17.04%, seguido de la morfina en el 6.2% y finalmente la hidromorfona en 1.3% de los pacientes ( $P < 0.01$ )

Por último, no se encontró significancia estadística entre el tratamiento con metadona y TUO ni UIO, en la muestra estudiada.

## Discusión

Los opiáceos utilizados para el manejo del dolor tienen propiedades analgésicas, depresoras del sistema nervioso central y euforizantes que les hacen medicamentos potenciales de generar abuso (UIO) y trastorno por uso de opiáceos (TUO).

**Tabla 1.** Características sociodemográficas de los pacientes según su condición de trastorno por uso de opioides y uso indebido de opioides

Variable	Trastorno por uso de opioides				Uso Indebido de Opioides			
	Si n (%)	No n (%)	Total n (%)	p	Si n (%)	No n (%)	Total n (%)	P
<b>Edad</b>								
Mediana	35	36		0.89*	36	35.5		0.805*
RIQ	(29-48)	(29-50)			(29-46.5)	(29-50)		
<b>Sexo</b>								
Femenino	71(57.7)	77 (41,6)	148 (48.1)	<b>0.006**</b>	43(54.4)	105 (45.9)	148 (48.1)	0.018**
Masculino	52 (42.3)	108 (58.4)	160 (51,9)		36 (45.6)	124 (54.2)	160 (51,9)	
<b>Estado civil</b>								
Unido	50 (41,3)	93 (51.7)	143(47.5)	0.078**	30 (38.5)	113 (50.7)	143(47.5)	0.063**
No Unido	71 (58,7)	87 (48,3)	158(52.5)		48 (61.5)	110 (49,3)	158(52.5)	
<b>Régimen de afiliación</b>								
Contributivo	68 (55.7)	120 (65.2)	188 (61.4)	0.21**	47 (59.5)	141 (62.1)	188 (61.4)	0.57**
Subsidiado	31 (25.4)	40(21.7)	71 (23.2)		17 (21.5)	54(23.8)	71 (23.2)	
Particular	23 (18.9)	24(13)	47 (15.4)		15 (19)	32(14.1)	47 (15.4)	
<b>Nivel educativo</b>								
Sin estudios	4 (3.4)	14 (8.2)	18 (6.3)	<b>0.038**</b>	4 (5.3)	14 (6.6)	18 (6.3)	0.106**
Primaria	20 (17.1)	16 (9.4)	36 (12.5)		5 (6.6)	31 (14.7)	36 (12.5)	
Secundaria	36 (30.8)	74 (43.5)	110 (38.3)		37 (48.7)	73 (34.6)	110 (38.3)	
Técnico	18 (15.4)	27 (15.9)	45 (15.7)		14 (18.4)	31 (14.7)	45 (15.7)	
Universitario	37 (31.6)	36 (21.2)	73 (25.9)		16 (21.1)	57 (27)	73 (25.9)	
Postgrado	2 (1.7)	3 (1.8)	5 (1.7)		0 (0)	5 (2.4)	5 (1.7)	

**Tabla 2.** Características clínicas de los pacientes según su condición de trastorno por uso de opioides y uso indebido de opioides

Variable	Trastorno por uso de opioides				Uso Indebido de Opioides			
	Si n (%)	No n (%)	Total n (%)	p	Si n (%)	No n (%)	Total n (%)	p
<b>Hospitalización general</b>								
Si	94 (76.4)	153 (82.7)	247 (80.2)	0.176	61 (70.9)	186 (83.8)	247 (80.2)	0.011
No	29 (23.6)	32 (17.3)	61 (19.8)		25 (29.1)	36 (16.2)	61 (19.8)	
<b>Hospitalización unidades cuidado</b>								
Si	26 (21.1)	86 (46.5)	112 (36.4)	<b>&lt;0.001</b>	16 (18.6)	96 (43.2)	112 (36.4)	
No	97 (78.9)	99 (53.5)	196 (63.6)		70 (81.4)	126 (56.8)	196 (63.6)	
<b>Consulta Externa</b>								
Si	58(47.2)	65 (35.1)	123 (40)	<b>0.035</b>	37(43)	86 (38.7)	123 (40)	0.49
No	65 (52.8)	120 (64.9)	185 (60)		49 (57)	136 (61.3)	185 (60)	
<b>Enfermedad mental</b>								
Si	88 (71.5)	95 (51.4)	183 (59.4)	<b>&lt;0.001</b>	45 (52,3)	138 (62,2)	183 (59.4)	0.11
No	35 (28.5)	90 (48.6)	125 (40.6)		41 (47,7)	84 (37,8)	125 (40.6)	
<b>Tipo enfermedad mental</b>								
Trastorno de ansiedad	15 (12.2)	30 (16.2)	45 (14.6)	<b>&lt;0.001</b>	9(10.5)	36 (16.2)	45 (14.6)	
Trastorno mixto ansiedad y depresión	32 (26.0)	14 (7.6)	46 (14.9)		9(10.5)	37 (16.7)	46 (14.9)	0.129
Trastorno depresivo	21 (17.1)	24 (13.0)	45(14.6)		13 (15.1)	32 (14.4)	45(14.6)	
Otros	11 (8.9)	19 (10.3)	30 (9.7)		6 (7)	24 (10.8)	30 (9.7)	
Trastorno Afectivo Bipolar	9 (7.3)	8 (4.3)	17 (5.5)		8 (9.3)	9(4.1)	17 (5.5)	
Ninguna	35 (28.5)	90 (48.6)	125 (40.6)		41 (47,7)	84 (37.8)	125 (40.6)	
<b>Comorbilidades</b>								
Enf. osteomusculares	5 (4.1)	13 (7.0)	18 (5.8)	<b>0.006</b>	3 (3.8)	15 (6.8)	18 (5.8)	0.103
Trauma	6 (4.9)	22 (11.9)	28 (9.1)		4 (4.7)	24 (10.8)	28 (9.1)	
Dolor Crónico	45 (36.6)	40 (21.6)	85 (27.6)		31(36)	54 (24.3)	85 (27.6)	
Neurológicas	14 (11.4)	19 (10.3)	33 (10.7)		10 (11.6)	23 (10.4)	33 (10.7)	
Otras	39 (31.7)	80 (43.2)	119 (38.6)		29 (33.7)	90 (40.5)	119 (38.6)	
Ninguna	14 (11.4)	11(5.9)	25 (8.1)		9 (10.5)	16 (7.2)	25 (8.1)	

**Tabla 2 (continuación)**. Características clínicas de los pacientes según su condición de trastorno por uso de opioides y uso indebido de opioides

Variable	Trastorno por uso de opioides				Uso Indebido de Opioides			
	Si n (%)	No n (%)	Total n (%)	p	Si n (%)	No n (%)	Total n (%)	p
<b>Drogas de Abuso</b>								
Alcohol	9 (7.4)	8 (4.4)	17 (5.6)	<b>0.177</b>	5 (5.8)	12 (5.5)	17 (5.6)	<b>0.647</b>
Cannabis	14 (11.5)	20 (10.9)	34 (11.1)		10 (11.6)	24 (11)	34 (11.1)	
Cocaína	9 (7.4)	8 (4.4)	17 (5.6)		2 (2.3)	15 (6.8)	17 (5.6)	
Tabaco	25 (20.5)	22 (12)	47 (15.4)		13 (15.1)	34 (15.5)	47 (15.4)	
Heroína	0 (0.0)	1 (0.5)	1 (0.03)		0 (0.0)	1 (0.5)	1 (0.03)	
Otras	1 (0.8)	2 (1.1)	3 (1)		0 (0.0)	3 (1.4)	3 (1.0)	
Ninguna	64 (52.5)	122 (66.7)	186 (61)		56 (65.1)	130 (59.4)	186 (61.0)	
<b>Tipo de opioide</b>								
Morfina	19 (15.4)	22 (11.9)	41 (13.3)	<b>&lt;0.01</b>	15 (7.4)	26 (11.7)	41 (13.3)	<b>&lt;0.01</b>
Hidromorfona	4 (3.3)	22 (11.9)	26 (8.4)		12 (14.0)	14 (6.3)	26 (8.4)	
Tramadol	52 (42.3)	30 (16.2)	82 (26.6)		27 (31.4)	55 (24.8)	82 (26.6)	
Oxicodona	7 (5.7)	4 (2.2)	11 (3.6)		3 (3.5)	8 (3.6)	11 (3.6)	
Codeína	1 (0.8)	14 (2.2)	5 (1.6)		4 (4.7)	1 (0.5)	5 (1.6)	
Hidrocodona	7 (5.7)	4 (2.2)	11 (3.6)		1 (1.2)	10 (4.5)	11 (3.6)	
Buprenorfina	0 (0.0)	1 (0.5)	1 (0.3)		0 (0.0)	1 (0.5)	1 (0.3)	
Otros	4 (3.3)	51 (27.6)	55 (17.9)		4 (4.7)	51 (23.0)	55 (17.9)	
Múltiples Opioides	29 (23.6)	47 (25.4)	76 (24.7)		20 (23.3)	56 (25.2)	76 (24.7)	
<b>Uso Benzodiacepinas</b>								
Si	38 (30.9)	58 (31.7)	96 (31.4)	<b>0.882</b>	16 (18.6)	80 (36.4)	96 (31.4)	<b>0.003</b>
No	85 (69.1)	125 (68.3)	210 (68.6)		70 (81.4)	140 (63.6)	210 (68.6)	
<b>Terapia Metadona</b>								
Si	81 (67.5)	131 (72.0)	212 (70.2)	<b>0.405</b>	55 (64.0)	157 (72.7)	212 (70.2)	<b>0.134</b>
No	39 (32.5)	51 (28.0)	90 (29.8)		31 (36.0)	59 (27.3)	90 (29.8)	

En este estudio se describen las características demográficas de pacientes que cumplían criterios de la Guía de codificación, clasificación y diagnóstico de los trastornos mentales (DSM-5) de trastorno por uso de sustancias psicoactivas (TUS) por opioides (TUO) y pacientes con uso indebido de opioide (UIO) (American Psychiatric Association, 2014). Se comparó con el estudio nacional de García-Orjuela et al., (2016), y el estudio internacional de Yap, (2011) y Lawal et al., (2020), encontrando particularidades similares. A pesar que el síndrome de abstinencia y la tolerancia hacen parte de los 11 criterios diagnósticos de TUS por opioides en el DSM-5 por si solos no hacen diagnóstico del trastorno, por lo que se excluyeron para el análisis final de este estudio a pacientes con diagnóstico CIE 10 de abstinencia a opioides (F113).

Identificar y diagnosticar el TUS por opioides en el ámbito hospitalario es el primer paso para una intervención efectiva; a pesar de la evidencia clínica suficiente hay una tendencia a sugerir que las dosis crecientes de opioides en personas con dolor no oncológico, se asocian con mayor riesgo de TUO (American Psychiatric Association, 2014; Ducharme y Moore, 2019), en EE.UU los ingresos hospitalarios en instituciones públicas aumentaron entre el 2005 y el 2014, alcanzando una prevalencia del 64% (Back et al., 2010). Mientras que en este estudio la prevalencia de TUO fue del 39.9% y de 27.9 % para UIO

entre los años 2017 y 2022. El estudio regional realizado en un hospital de cuarto nivel, entre el 2011 y el 2014 García y colaboradores, encontraron que 60 paciente cumplían criterios DSM IV para dependencia a opioides (García-Orjuela et al., 2016). Es posible que el aumento del TUS a nivel local sea facilitado por la consecución de algunos medicamentos opioides que no requieren formulario de control por la compra y la tendencia de las nuevas generaciones a experimentar con nuevas drogas (Ministerio de Justicia y del Derecho-Sistema de Alertas Tempranas, 2022).

En este estudio la prevalencia de TUS y UIO fue mayor al 50% en personas solteras o sin pareja, pertenecientes al régimen contributivo y con estudios de secundaria y universitarios, datos que guardan concordancia con los resultados regionales aportados por García-Orjuela et al., (2016)) y Lawal et al., (2020), lo que sugiere que la capacidad adquisitiva de este grupo poblacional y su entendimiento de efectos secundarios de la medicación puede favorecer el uso y abuso de opioides de uso médico. Sin embargo, respecto al género los estudios suelen ser contradictorios como lo muestra una encuesta realizada por el servicio de salud mental y abuso de sustancias en EE.UU en el 2006 donde los hombres eran 1,3 veces más propensos que las mujeres (Back et al., 2010).

El opioide más usado fue tramadol (42.3%) que fue también el prevalente en África Occidental, Central y Septentrional aumentó la demanda de tramadol con fines no médicos según lo reportado por la UNODC en el año 2022 (United Nations Office on Drugs and Crime, 2022). Posiblemente la venta libre o sin receta médica de este medicamento y su bajo costo motiven su uso.

Al identificar factores de riesgo para TUS o misuse por opioides cabe mencionar que en la mayoría de investigaciones el consumo de otras sustancias psicoactivas (marihuana, tabaco, alcohol), trastornos psiquiátricos (p. ej., depresión, ansiedad) y dolor crónico juegan un papel importante (Sun et al., 2016; Stark et al., 2017; Lawal et al., 2020; Rauf et al., 2021), este estudio mostró que el 88% de los pacientes con TUS presentaban enfermedad mental, siendo la más frecuente depresión y ansiedad, las sustancias psicoactivas más consumidas tanto en TUS por opioides como en misuse fueron el tabaco seguido del cannabis y la comorbilidad que más se asoció tanto en TUS como en misuse de opioides fue el dolor crónico, con un 45% y 40% respectivamente; conocer estos factores de riesgo a nivel local nos puede ayudar a implementar escalas de valoración del riesgo de abuso de opioides antes de iniciar manejo con opioides para así tomar medidas preventivas para su uso adecuado (Brooks et al., 2016).

El uso concomitante con benzodiazepinas (BZD) fue de un 38% para TUS y 16% para misuse, siendo esta asociación de importancia clínica por el aumento de depresión respiratoria fatal, esta asociación es frecuente y se produce porque las BZD asociadas a opioides aumentan el nivel de euforia (Jones et al., 2012).

Aunque el 81% de los pacientes que cumplían criterios para TUS por opioides estaban en terapia sustitutiva por metadona, la falta de significancia estadística entre el tratamiento con metadona y TUS resultante en este estudio, puede deberse a la limitada oferta de clínicas de metadona que permitan el suministro controlado de esta, además de la no disponibilidad de buprenorfina oral, combinaciones de buprenorfina/naloxona, ni naltrexona de depósito en el Colombia (Larochelle et al., 2018; Herscher et al., 2020).

## Conclusión

El uso indiscriminado de opioides de uso médico han encendido las alarmas en salud pública ante la prevalencia creciente del UIO y TUS que impactan de forma negativa en la salud de quienes los padecen y encarecen los sistemas de salud, es necesario nuevas políticas salud pública que permitan ejercer un control más estricto en la formulación, comercialización y administración segura de este tipo de medicamentos.

## Bibliografía

1. Abuse NI on D. Opioides de prescripción médica – DrugFacts [Internet]. National Institute on Drug Abuse. 2021 [citado 30 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://nida.nih.gov/es/publicaciones/drugfacts/opioides-de-prescripcion-medica>.
2. American Psychiatric Association, editor. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; 2014. 438 p.
3. Back SE, Payne RL, Simpson AN, Brady KT. Gender and Prescription Opioids: Findings from the National Survey on Drug Use and Health. *Addict Behav.* noviembre de 2010;35(11):1001-7.
4. Brooks A, Kominek C, Pham TC, Fudin J. Exploring the Use of Chronic Opioid Therapy for Chronic Pain: When, How, and for Whom? *Medical Clinics of North America.* 1 de enero de 2016;100(1):81-102.
5. Ducharme J, Moore S. Opioid Use Disorder Assessment Tools and Drug Screening. *Mo Med.* 2019;116(4):318-24.
6. Garcia-Orjuela MG, Alarcon-Franco L, Sanchez-Fernandez JC, Agudelo Y, Zuluaga AF. Dependence to legally prescribed opioid analgesics in a university hospital in Medellín-Colombia: an observational study. *BMC Pharmacol Toxicol.* 14 de septiembre de 2016;17(1):42.
7. Herscher M, Fine M, Navalurkar R, Hirt L, Wang L. Diagnosis and Management of Opioid Use Disorder in Hospitalized Patients. *Medical Clinics of North America.* 1 de julio de 2020;104(4):695-708.
8. Jones JD, Mogali S, Comer SD. Polydrug abuse: A review of opioid and benzodiazepine combination use. *Drug Alcohol Depend.* 1 de septiembre de 2012;125(1-2):8-18.
9. Kaye AD. Prescription Opioid Abuse in Chronic Pain: An Updated Review of Opioid Abuse Predictors and Strategies to Curb Opioid Abuse: Part 1. *Pain Phys.* 10 de febrero de 2017;2(20;2):s93-109.
10. Larochelle MR, Bernson D, Land T, Stopka TJ, Wang N, Xuan Z, et al. Medication for Opioid Use Disorder After Nonfatal Opioid Overdose and Association With Mortality. *Ann Intern Med.* 7 de agosto de 2018;169(3):137-45.
11. Lawal OD, Gold J, Murthy A, Ruchi R, Bavry E, Hume AL, et al. Rate and Risk Factors Associated With Prolonged Opioid Use After Surgery. *JAMA Netw Open.* 25 de junio de 2020;3(6):e207367.
12. Ministerio de Justicia y del Derecho Sistema de Alertas Tempranas (SAT) da a conocer nueva alerta relacionada con opioides [Internet]. 2019 [citado 30 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://www.minjusticia.gov.co/Sala-de-prensa/Paginas/Sistema-de-Alertas-Tempranas-SAT-da-a-conocer-nueva-alerta-relacionada-con-opioides.aspx>
13. Portero Lazcano G. DSM-5. Trastornos por consumo de sustancias: ¿son problemáticos los nuevos cambios en el ámbito forense? *Cuadernos de Medicina Forense.* diciembre de 2015;21(3-4):96-104.
14. Prevalencia y predictores del uso persistente de opioides posquirúrgicos: un estudio de cohorte observacional prospectivo - N. Stark, S. Kerr, J. Stevens, 2017 [Internet]. [citado 19 de diciembre de 2022]. Disponible en: [https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0310057X1704500609?url\\_ver=Z39.88-2003&rft\\_id=ori:rid:crossref.org&rft\\_dat=cr\\_pub%20%20pubmed](https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0310057X1704500609?url_ver=Z39.88-2003&rft_id=ori:rid:crossref.org&rft_dat=cr_pub%20%20pubmed)
15. Rauf U, Ali M, Dehele I, Paudyal V, Elnaem MH, Cheema E. Causes, Nature and Toxicology of Fentanyl-Analogues Associated Fatalities: A Systematic Review of Case Reports and Case Series. *J Pain Res.* 24 de agosto de 2021;14:2601-14.
16. Santo T, Campbell G, Gisev N, Tran L, Colledge S, Di Tanna GL, et al. Prevalence of childhood maltreatment among people with opioid use disorder: A Systematic Review and Meta-analysis. *Drug Alcohol Depend.* 1 de febrero de 2021;219:108459.
17. Sun EC, Darnall BD, Baker LC, Mackey S. Incidence of and Risk Factors for Chronic Opioid Use Among Opioid-Naive Patients in the Postoperative Period. *JAMA Intern Med.* 1 de septiembre de 2016;176(9):1286-93.
18. World Drug Report 2022: Drug market trends cannabis opioides. [Internet]. UNDOC; 2022. Disponible en: [https://www.unodc.org/res/wdr2022/MS/WDR22\\_Booklet\\_3.pdf](https://www.unodc.org/res/wdr2022/MS/WDR22_Booklet_3.pdf)
19. World Health Organization, editor. Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud. Décima revisión. [10a rev.]. Washington, D.C: OPS, Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud; 1995. 3 p. (Publicación científica).
20. Yap BW, Sim CH. Comparisons of various types of normality tests. *Journal of Statistical Computation and Simulation.* 1 de diciembre de 2011;81(12):2141-55.