

# Programas de monitoreo de medicamentos de prescripción en los Estados Unidos de América

Sausan El Burai Félix<sup>1</sup> y Karin Mack<sup>2</sup>

**Forma de citar:** El Burai Félix S, Mack K. Programas de monitoreo de medicamentos de prescripción en los Estados Unidos de América. Rev Panam Salud Publica. 2014;36(4):270-6.

## SINOPSIS

Desde finales de la década de los años noventa, el número de muertes por sobredosis que involucran analgésicos opioides se ha cuadruplicado en los Estados Unidos de América (de 4 030 muertes en 1999 a 16 651 en 2010). Los objetivos de este artículo son proporcionar una visión general del problema de sobredosis de medicamentos de prescripción en los Estados Unidos y discutir las acciones que podrían ayudar a reducir el problema, abordando en forma directa las características de los Programas de monitoreo de medicamentos de prescripción (PDMP). Estos programas están compuestos de bases de datos a nivel estatal que vigilan las sustancias controladas. La información recopilada en las bases de datos está a disposición de las personas autorizadas por el Estado (por ejemplo, los médicos, los farmacéuticos y otros proveedores de cuidado médico) y debe ser utilizada solo con propósitos profesionales. Los proveedores pueden utilizar dicha información para evitar la interacción con otros medicamentos, la duplicación terapéutica o la identificación de conductas de búsqueda de drogas. Las agencias del orden público pueden utilizar estos programas para identificar patrones de prescripción inadecuada, dispensación o desviación.

**Palabras clave:** analgésicos opioides; trastornos relacionados con sustancias; sobredosis de droga; medicamentos bajo prescripción; monitoreo de drogas; Estados Unidos.

En la última década, la sobredosis de analgésicos opioides o medicamentos utilizados para aliviar el dolor (por ejemplo, hidrocodona, metadona, oxycodona y fentanilo) se ha incrementado en los Estados Unidos de América (1). Un aspecto importante del problema es el uso de analgésicos sin prescripción médica, es decir, la utilización de medicamentos sin ser recetados por un profesional de la salud o el uso de drogas solo porque causan una sensación de éxtasis. En 2010, más de 12 millones de estadounidenses (de 12 años de edad o mayores) reportaron el uso no médico de analgésicos en el último año (2). El uso inadecuado de estos constituye un problema creciente de salud pública (3).

Casi todas las muertes causadas por sobredosis están vinculadas a medicamentos recetados; muy pocas se relacionan con robos de medicamentos a farmacias o su obtención a través de Internet (4). La cantidad de analgésicos vendidos a farmacias, hospitales y clínicas médicas ha aumentado de manera notable en los Estados Unidos. Fue cuatro veces mayor en el año 2010 que en 1999 (1). Una vez prescritos y dispensados, estos medicamentos son frecuentemente desviados de su propósito original y llegan a las manos de personas que los consumen sin receta médica. Más del 50% de las personas que abusan de los analgésicos de prescripción, recibieron los medicamentos a través de un amigo o familiar (4).

Las consecuencias adversas sobre la salud relacionadas con los analgésicos de prescripción son preocupantes. Entre 2004 y 2011, el número de visitas a la sala de emergencia relacionadas con el uso no médico de analgésicos de prescripción se incrementó un 183% en los Estados Unidos (5). Las muertes por sobredosis de analgésicos recetados se cuadruplicaron desde finales de la década de los noventa (de 4 030 muertes en 1999 a 16 651 en 2010) (6). Estos incrementos en las muertes se relacionan con el crecimiento exponencial de las ventas de analgésicos, ya que, cada vez más, los pacientes con dolor crónico reciben tratamiento con opioides. Comprender el nexo entre los analgésicos recetados, los proveedores de salud y brindar la mejor atención posible para los pacientes constituye un desafío. El objetivo de esta breve comunicación es proporcionar un marco para el uso de programas de monitoreo de medicamentos recetados a nivel estatal en los Estados Unidos y las principales características de los Programas de monitoreo de medicamentos de prescripción (PDMP, por sus siglas en inglés de *Prescription Drugs Monitoring Program*), así como el papel de estos programas en el cuidado de los pacientes.

## ¿Quién está en riesgo de abuso potencial o sobredosis de medicamentos de prescripción?

Algunos grupos son más propensos a abusar de los medicamentos de prescripción. En los Estados Unidos, los grupos vulnerables incluyen (7):

<sup>1</sup> Division of Unintentional Injury Prevention, National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, Georgia, Estados Unidos de América. La correspondencia se debe dirigir a Sausan El Burai Félix. Correo electrónico: sausan.elburai@upr.edu

<sup>2</sup> Division of Analysis, Research and Practice Integration (DARPI), National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, Georgia, Estados Unidos de América.

- las personas entre 45 y 54 años de edad (1);
- las personas que tienen una enfermedad mental y las que cuentan con un historial de abuso de sustancias (8);
- los residentes de zonas rurales y de escasos recursos (9);
- las personas que obtienen sustancias controladas de varios proveedores de atención médica; estas personas son conocidas como *doctor shoppers* (10);
- las personas que usan altas dosis de medicamentos o analgésicos de prescripción (11); y
- las personas de sexo masculino (1).

### ¿Qué se puede hacer para reducir el riesgo de abuso potencial y sobredosis de fármacos de prescripción?

Los riesgos para las personas se multiplican cuando los medicamentos de prescripción son utilizados sin observar las instrucciones médicas; por ejemplo, el consumo de dosis superiores a las recetadas, utilizando vías de administración no médicas como la intravenosa o combinados con alcohol y otras drogas.

Existen diferentes formas para prevenir la sobredosis de medicamentos de prescripción. Los pacientes, los médicos y los farmacéuticos pueden jugar un papel importante en la identificación y prevención de su abuso. Los pacientes deben utilizar medicamentos para aliviar el dolor según la indicación recibida; además, no deben venderlos ni compartirlos con otras personas, incluidos familiares y amistades; y deben guardarlos en un lugar seguro y deshacerse de ellos en forma adecuada.

Quienes prestan atención médica pueden promover la prescripción responsable mediante las siguientes acciones (12):

- detectar y vigilar el abuso de sustancias controladas;
- recetar analgésicos para el dolor solo cuando otros tratamientos no hayan sido eficaces;
- recetar analgésicos necesarios según la duración del dolor;
- usar acuerdos entre proveedores y pacientes que consumen analgésicos de prescripción a largo plazo para llevar a cabo controles con análisis de orina; y
- dialogar con los pacientes sobre el uso correcto y seguro, el almacenamiento y la eliminación de medicamentos de prescripción.

Los farmacéuticos pueden revisar las recetas con indicios de fraude (por ejemplo, modificación de una receta médica, el uso de talonarios de recetas robados o falsificados) y monitorear el cumplimiento de las instrucciones del medicamento, la dosis y los resurtidos o reabastecimiento de medicamentos para prevenir el abuso. También, los farmacéuticos pueden proporcionar o reforzar aspectos importantes al educar al paciente en cómo debe usarse los medicamentos, almacenarse y desecharse. Por último, los PDMP son un punto de intersección para los pacientes, los médicos y los farmacéuticos, y cumplen un rol fundamental

en la reducción de la carga del abuso de medicamentos prescritos.

### Programas de monitoreo de medicamentos de prescripción (PDMP)

Los PDMP son bases de datos electrónicas creadas para obtener información sobre las recetas de sustancias controladas (aquellas en las que la fabricación, posesión o utilización está controlada por el gobierno). Están diseñados para controlar cómo se prescriben y dispensan las sustancias controladas (13). La información recopilada es almacenada y distribuida, además de ser administrada por cada estado de los Estados Unidos que participa del programa.

La mayoría de los estados utilizan los PDMP con los siguientes objetivos de (14):

- Prevenir y disminuir el abuso y mal uso de sustancias controladas.
- Informar a los proveedores sobre el uso de sustancias controladas para tomar mejores decisiones clínicas.
- Identificar e investigar posibles conductas indebidas por parte de los proveedores.
- Facilitar la identificación de las personas adictas a estas sustancias.

En los Estados Unidos, las sustancias controladas se clasifican en cinco categorías dependiendo del uso médico y del abuso potencial o dependencia del fármaco (ver cuadro 1). Por ejemplo, las drogas que están bajo la Clasificación I, como la heroína, son las que no tienen ningún uso médico aceptado y tienen un alto potencial de abuso y dependencia psicológica, física o ambas. Por otra parte, las drogas en la Clasificación V, como los medicamentos para la tos, que contienen menos de 200 miligramos de codeína, tienen un potencial menor de abuso (15). Según el estado, la información que se recopila en el PDMP difiere con respecto a la clasificación de los medicamentos que se vigilan y sobre los que se debe informar (II, III, IV y V). La mayoría de los estados recopila información acerca de las drogas que se encuentran en las Clasificaciones II-V y II-IV y solo tres tienen sistemas más limitados (Clasificación II o II-III) (16).

En la actualidad, 49 estados y el distrito de Columbia han promulgado legislación para poner en práctica estos programas; solo 47 de ellos están recopilando datos (16). En la mayoría, los programas son administrados por el Departamento de Salud o la Junta de Farmacia, y en otros están bajo la tutela de las agencias del orden público o de protección al consumidor (16). De acuerdo con las leyes de cada estado, las agencias ofrecen acceso a la base de datos a los usuarios autorizados (por ejemplo, los proveedores de cuidado médico, los farmacéuticos, los dispensadores, entre otros) que residen o no en el estado. Las características fundamentales de cada programa estatal han sido identificadas, así como algunas de las mejores

**CUADRO 1. Clasificación de sustancias controladas en los Estados Unidos de América**

I	II	III	IV	V
La droga tiene un alto potencial para el abuso.	La droga tiene un alto potencial para el abuso.	La droga tiene un potencial de abuso menor que las drogas u otras sustancias en las clasificaciones I y II.	La droga tiene un bajo potencial para el abuso en relación a drogas o sustancias de la clasificación III.	La droga tiene un bajo potencial de abuso en relación con las sustancias de la clasificación IV.
La droga no tiene ningún uso médico aceptado en tratamientos en los Estados Unidos.	La droga tiene actualmente uso médico aceptado en tratamiento (EE.UU.) o ha sido aceptado con severas restricciones para el uso médico.	La droga tiene actualmente uso médico aceptado en tratamiento.	La droga o sustancia tiene actualmente uso médico aceptado en tratamiento.	La droga o sustancia tiene actualmente uso médico aceptado en tratamiento.
Hay una ausencia de seguridad aceptada para el uso de la droga bajo supervisión médica.	El abuso de la droga puede llevar a la dependencia psicológica o física.	El abuso de la droga puede llevar a la dependencia moderada o físicamente baja o a la dependencia psicológica alta.	El abuso de la droga puede llevar a la dependencia física limitada o a la dependencia psicológica con respecto a las drogas u otras sustancias de la clasificación III.	El abuso de la droga puede llevar a la dependencia física limitada o a la dependencia psicológica con respecto a las drogas u otras sustancias de la clasificación IV.
Ejemplos: heroína mariguana ácido lisérgico (LSD)	Ejemplos: metadona oxicodona metanfetamina	Ejemplos: esteroides anabólicos buprenorfina	Ejemplos: alprazolam clorazepate carisoprodol	Ejemplos: pregabalina

prácticas (17, 18). Sin embargo, aún queda trabajo por hacer con respecto a evaluar la eficacia de las características de forma individual y sinérgica.

Además, la frecuencia de la recopilación de datos varía. Algunos estados lo hacen al instante (*real time*); en otros, el proceso de recolección puede ser diario, semanal, quincenal o mensual. Por lo general, la información recolectada incluye, pero no se limita a lo siguiente (19):

- la información demográfica del paciente (nombre, dirección, fecha de nacimiento, sexo);
- las características del medicamento (nombre del medicamento dispensado, fecha de dispensación, días de suministro, cantidad);
- la información sobre el médico u otros profesionales legalmente autorizados a recetar el medicamento (nombre y número de identificación) y
- el nombre de la farmacia que dispensa el medicamento.

Los PDMP pueden ser clasificados como activos o pasivos respecto a la identificación e investigación de comportamientos sospechosos y posibles casos de abuso. Los programas activos generan informes no solicitados y alertas cuando, por ejemplo, detectan conductas cuestionables como la obtención de medicamentos de prescripción de cinco profesionales de la salud diferentes en un tiempo determinado (por ejemplo, seis meses). No todos los PDMP están autorizados a enviar dichos informes. Mientras que la mayoría de estos programas operan de forma pasiva —producen reportes solicitados por un profesional de la salud o algún otro usuario según dicta la ley del estado— un sistema más sólido incluiría el envío de reportes no solicitados.

Los sistemas pasivos aportan a los esfuerzos de cuidado de los pacientes, ya que proporcionan el historial de recetas del paciente a aquellos usuarios autorizados para que puedan tomar decisiones informadas antes de recetar y dispensar. Por ejemplo, este paso podría revelar si los medicamentos provienen de diferentes profesionales de la salud que posiblemente no fueron registrados en la historia clínica del paciente, reduciendo así las posibilidades de las contraindicaciones entre los medicamentos.

A pesar del gran impacto de los PDMP en la salud pública, tienen sus limitaciones, ya que no todos los estados siguen la misma metodología (cuadro 2). Compartir datos entre los estados puede ser un problema. Todo dependerá de la compatibilidad entre los sistemas, así como de la autoridad legal que rija el programa. Esta autoridad es quien determina si la información recopilada puede ser compartida con otros PDMP de otros estados, solamente con usuarios autorizados o con ambos grupos. Más aún, la mayoría de los programas no cuenta con alertas y no emite informes no solicitados cuando el individuo cumple con el criterio de conducta sospechosa (determinada por el estado). Es a través de estos informes y alertas que se invita al profesional de la salud a acceder el historial médico del paciente.

Es posible mejorar los PDMP y la evidencia de las prácticas más eficaces ha sido revisada (20). Acortar el intervalo entre la recopilación y el acceso a los datos permite ofrecer a los usuarios autorizados la información más actualizada. Es por ello que se recomienda la recolección de información del paciente y su receta al instante. Asimismo, los estados pueden mejorar la promoción y adaptación de alertas e informes no solicitados para notificar a los profesionales

**CUADRO 2. Características de los Programas de monitoreo de medicamentos de prescripción (PDMP)**

Estado	Nombre del PDMP	Año de implementación	Clasificación de sustancias controladas <sup>a</sup>	Agencia administradora	Nombre de la agencia	Mejores prácticas seleccionadas <sup>b</sup>		
						1	2	3
Alabama	<i>Prescription Drug Monitoring Program</i>	2006	II-V	Departamento de Salud	Departamento de Salud de Alabama	X	X	
Alaska	<i>Alaska Prescription Drug Monitoring Program</i>	2012	II-V	Agencia de Licencias Profesionales	División de Corporaciones, Negocios y Licencias Profesionales	X		X
Arizona	<i>Controlled Substances Prescription Monitoring Program</i>	2008	II-IV	Junta de Farmacia	Junta de Farmacia del Estado de Arizona	X	X	X
Arkansas	<i>Arkansas Prescription Drug Monitoring Program</i>	2013	II-V	Departamento de Salud	Departamento de Salud de Arkansas	X	X	
California	<i>Controlled Substance Utilization Review and Evaluation System (CURES)<sup>c</sup></i>	1939	II-IV	Agencia de Orden Público	Oficina de Identificación Criminal y Servicios Investigativos	X		X
Colorado	<i>Electronic Prescription Drug Monitoring Program</i>	2007	II-V	Junta de Farmacia	Junta de Farmacia del Estado de Colorado	X		
Connecticut	<i>Connecticut Prescription Monitoring and Reporting System</i>	2008	II-V	Agencia del Protector al Consumidor	Departamento de Protección al Consumidor de Connecticut	X	X	X
District of Columbia <sup>d</sup>	<i>Prescription Drug Monitoring Program</i>	—	II-V	Departamento de Salud	División de Control de Productos Farmacéuticos	X	X	
Delaware	<i>Delaware Prescription Drug Monitoring Program</i>	2012	II-V	Agencia de Licencias Profesionales	Oficina de Sustancias Controladas de Delaware	X	X	X
Florida	<i>Electronic - Florida Online Reporting of Controlled Substances Evaluation</i>	2011	II-IV	Departamento de Salud	Departamento de Salud de Florida	X	X	X
Georgia	<i>Georgia Prescription Drug Monitoring Program</i>	2013	II-V	Agencia de Orden Público	Agencia de Drogas y Narcóticos de Georgia	X		
Hawaii	<i>Electronic Prescription Accountability System</i>	1943	II-V	Agencia de Orden Público	Division de Narcóticos	X	X	X
Idaho	<i>Idaho Prescription Monitoring Program</i>	1987	II-V	Junta de Farmacia	Junta de Farmacia de Idaho	X		X
Illinois	<i>Illinois Prescription Monitoring program: Prescription Information Library</i>	1968	II-V	Departamento de Salud	Departamento de Servicios Humanos de Illinois	X	X	
Indiana	<i>Indiana Scheduled Prescription Electronic Collection and Tracking</i>	1998	II-V	Agencia de Licencias Profesionales	Agencia de Licencias Profesionales de Indiana	X	X	X
Iowa	<i>Iowa Prescription Monitoring Program</i>	2009	II-IV	Junta de Farmacia	Junta de Farmacia de Iowa	X		
Kansas	<i>Kansas Tracking and Reporting of Controlled Substances</i>	2011	II-IV	Junta de Farmacia	Junta de Farmacia de Kansas	X	X	X
Kentucky	<i>Kentucky All Schedule Prescription Electronic Reporting</i>	1999	II-V	Oficina del Inspector General	Gabinete de Salud y Servicios a la Familia de Kentucky	X	X	
Louisiana	<i>Prescription Monitoring Program</i>	2008	II-V	Junta de Farmacia	Junta de Farmacia de Louisiana	X	X	X
Maine	<i>Maine Prescription Monitoring Program</i>	2004	II-IV	Agencia de Servicios en Abuso de Sustancias	Departamento de Salud y Servicios Humanos de Maine, Oficina de Abuso de Sustancias	X	X	

(Continúa)

CUADRO 2. Continuación

Estado	Nombre del PDMP	Año de implementación	Clasificación de sustancias controladas <sup>a</sup>	Agencia administradora	Nombre de la agencia	Mejores prácticas seleccionadas <sup>b</sup>		
						1	2	3
Maryland	<i>Maryland Prescription Drug Monitoring Program</i>	2013	II-V	Agencia de Servicios en Abuso de Sustancias	Departamento de Salud y Salud de Maryland, Administración de Abuso de Drogas y Alcohol	X	X	
Massachusetts	<i>Massachusetts Online Prescription Monitoring Program</i>	1994	II-V	Departamento de Salud	Departamento de Salud Pública Mental de Massachusetts	X	X	X
Michigan	<i>Michigan Automated Prescription System</i>	1989	II-V	Agencia de Licencias Profesionales	Departamento de Asuntos de Licencias y Regulación	X	X	
Minnesota	<i>Minnesota Prescription Monitoring Program</i>	2010	II-IV	Junta de Farmacia	Junta de Farmacia de Minnesota	X		
Mississippi	<i>Mississippi Prescription Monitoring Program</i>	2005	II-V	Junta de Farmacia	Junta de Farmacia de Mississippi	X	X	X
Missouri	No cuenta con un PDMP	—	—	—	—			
Montana	<i>Montana Prescription Drug Registry</i>	2012	II-V	Junta de Farmacia	Junta de Farmacia de Montana	X	X	
Nebraska	<i>Nebraska health Information Initiative</i>	2011	II-V	Otra – Iniciativa de Información de Salud	Iniciativa de Información de Salud	X		
Nevada	<i>Prescription Controlled Substance Abuse Prevention Task Force</i>	1997	II-IV	Junta de Farmacia	Junta de Farmacia del Estado de Nevada	X	X	X
New Hampshire	<i>New Hampshire Prescription Monitoring Programs</i>	2014	II-IV	Junta de Farmacia	Junta de Farmacia de New Hampshire	X	X	
New Jersey	<i>New Jersey Prescription Monitoring and Reporting System</i>	2012	II-V	Agencia de Orden Público	Departamento de Derecho y Seguridad Pública	X	X	X
New Mexico	<i>New Mexico Prescription Monitoring Program</i>	2005	II-V	Junta de Farmacia	Junta de Farmacia del Estado de Nuevo México	X	X	X
New York	<i>Official Prescription Program</i>	1973	II-V	Departamento de Salud	Departamento de Salud del Estado de Nueva York	X	X	X
North Carolina	<i>North Carolina Controlled Substances Reporting System</i>	2007	II-V	Agencia de Servicios en Abuso de Sustancias	Departamento de Salud y Servicios Humanos de Carolina del Norte	X	X	X
North Dakota	<i>North Dakota Prescription Drug Monitoring Program</i>	2008	II-V	Junta de Farmacia	Junta de Farmacia de Dakota del Norte	X	X	X
Ohio	<i>Ohio Automated Rx Reporting System</i>	2006	II-V	Junta de Farmacia	Junta de Farmacia del Estado de Ohio	X	X	X
Oklahoma	<i>Oklahoma Prescription Monitoring Program</i>	1991	II-V	Agencia de Orden Público	Oficina de Narcóticos de Oklahoma	X	X	X
Oregon	<i>Oregon Prescription Drug Monitoring Program</i>	2011	II-IV	Departamento de Salud	Departamento de Servicios Humanos de Oregon	X	X	
Pennsylvania	<i>Pennsylvania Prescription Monitoring Program</i>	1973	II	Agencia de Orden Público	Oficina del Procurador General de Pensilvania			X
Rhode Island	<i>Prescription Monitoring Program</i>	1979	II-IV	Departamento de Salud	Departamento de Salud de Rhode Island, Junta de Farmacia	X	X	X
South Carolina	<i>South Carolina Reporting &amp; Identification Prescription Tracking System</i>	2008	II-IV	Departamento de Salud	Departamento de Salud y Control Ambiental de Carolina del Sur	X	X	X

(Continúa)

## CUADRO 2. Continuación

Estado	Nombre del PDMP	Año de implementación	Clasificación de sustancias controladas <sup>a</sup>	Agencia administradora	Nombre de la agencia	Mejores prácticas seleccionadas <sup>b</sup>		
						1	2	3
South Dakota	<i>South Dakota Prescription Drug Monitoring Program</i>	2012	II-V	Junta de Farmacia	Junta de Farmacia de Dakota de Sur	X	X	X
Tennessee	<i>Controlled Substance Monitoring Database</i>	2007	II-V	Junta de Farmacia	Departamento de Salud de Tennessee, Junta de Farmacia	X	X	X
Texas	<i>Prescription Access in Texas</i>	1982	II-V	Agencia de Orden Público	Departamento de Seguridad Pública de Texas	X		X
Utah	<i>Utah Controlled Substance Database Program</i>	1996	II-V	Agencia de Licencias Profesionales	División de Licencias Profesionales y Ocupacional, Departamento de Comercio de Utah	X	X	X
Vermont	<i>Vermont Prescription Monitoring System</i>	2009	II-IV	Departamento de Salud	Departamento de Salud de Vermont	X	X	
Virginia	<i>Virginia Prescription Monitoring Program</i>	2003	II-IV	Agencia de Licencias Profesionales	Departamento de Profesiones de la Salud de Virginia	X	X	X
Washington	<i>Prescription Review</i>	2012	II-V	Departamento de Salud	Departamento de Salud del Estado de Washington	X	X	
West Virginia	<i>West Virginia Controlled Substances Monitoring Program</i>	2002	II-IV	Junta de Farmacia	Junta de Farmacia del Estado de West Virginia	X	X	X
Wisconsin	<i>Wisconsin Prescription Drug Monitoring Program</i>	2013	II-V	Junta de Farmacia	Junta de Farmacia del Estado de Wisconsin	X	X	X
Wyoming	<i>Wyoming Prescription Drug Monitoring Program</i>	2005	II-IV	Junta de Farmacia	Junta de Farmacia del Estado de Wyoming	X		X

**Fuentes:**

Prescription Drug Monitoring Program Training and Technical Assistance Center. States profiles reports. 2013. Disponible en: <http://www.pdmpassist.org/content/state-profiles-reports>

Alliance of States with Prescription Monitoring Programs (ASPMP). Prescription Drug Monitoring Programs. Disponible en: <http://www.namsdl.org/prescription-monitoring-programs.cfm>

Alliance of States with Prescription Monitoring Programs (ASPMP). "State/Territory/District Updates". 2012 National Harold Rogers Prescription Drug Monitoring Program Meeting. Disponible en: [http://pmpassist.net/pdf/PPTs/National2012/5\\_13\\_17\\_23\\_PMPStateTerritoryDistrictUpdates.pdf](http://pmpassist.net/pdf/PPTs/National2012/5_13_17_23_PMPStateTerritoryDistrictUpdates.pdf)

Office of the National Coordinator for Health Information Technology. (2013). PDMP Connect. Disponible en: <http://www.deadiversion.usdoj.gov/21cfr/21usc/812.htm>

<sup>a</sup> Algunos estados tienen la autoridad, según dictamine la ley, para vigilar sustancias no controladas. Para más información, visitar los siguientes enlaces: <http://www.namsdl.org/library/1726D01C-19B9-E1C5-319491F284F8805B/> y <http://www.cdc.gov/psr/prescriptiondrug/index.html>

<sup>b</sup> 1: otorga acceso a prescriptores y dispensadores a la información recopilada en los PDMPs; 2: demuestra interoperabilidad con por lo menos un PDMP de otro estado; 3: envía informes de manera proactiva a agencias reguladoras y encargadas del cumplimiento de la ley.

<sup>c</sup> El PDMP de California, *Controlled Substance Utilization Review and Evaluation System (CURES)*, fue creado en 1939. Sin embargo, comenzó a coleccionar la información electrónicamente en 1998.

<sup>d</sup> El Distrito de Columbia ha promulgado la ley para la creación del PDMP, pero en la actualidad no recolecta datos.

de la salud acerca de comportamientos de alto riesgo, tales como la desviación y la obtención de recetas por múltiples profesionales. Además, los estados pueden integrar los historiales médicos electrónicos para facilitar acceso a la información del paciente. Por último, a través de la utilización proactiva de las bases de datos se puede identificar las actividades ilegales y proteger la salud pública.

**Conclusiones**

En los Estados Unidos, los estados juegan un papel esencial en la reglamentación de la atención de la salud y la práctica de los profesionales que proveen servicios de salud. El uso proactivo de las bases de datos de los PDMP está ayudando a la prevención

del uso indebido y abuso de sustancias controladas y apoyando a los proveedores de atención médica. Los PDMP son un componente crítico en la intervención de la epidemia de sobredosis causada por los medicamentos de prescripción.

El acceso legítimo a los medicamentos para controlar el dolor es necesario. Sin embargo, para evitar el aumento de sobredosis el acceso a las recetas debe administrarse de forma moderada y con precaución. Si bien el tratamiento para controlar el dolor es importante, la salud pública debe establecer un balance entre salvaguardar el acceso legítimo al tratamiento y reducir el uso indebido y el abuso de medicamentos.

**Agradecimientos.** Las autoras agradecen especialmente a Víctor Coronado y a Francisco Tomei por

su contribución a la edición del documento, comparando sus valiosos comentarios y su conocimiento.

**Conflictos de interés.** Ninguno declarado por las autoras.

---

## SYNOPSIS

### Prescription drug monitoring programs in the United States of America

*Since the late 1990s, the number of opioid analgesic overdose deaths has quadrupled in the United States of America (from 4 030 deaths in 1999 to 16 651 in 2010). The objectives of this article are to provide an overview of the problem of prescription drug overdose in the United States and to*

*discuss actions that could help reduce the problem, with particular attention to the characteristics of prescription drug monitoring programs (PDMPs). These programs consist of state-level databases that monitor controlled substances. The information compiled in the databases is at the disposal of authorized persons (e.g., physicians, pharmacists, and other health-care providers) and may be used only for professional purposes. Suppliers can use such information to prevent interaction with other drugs or therapeutic duplication, or to identify drug-search behavior. Law enforcement agencies can use these programs to identify improper drug prescription or dispensing patterns, or drug diversion.*

**Key words:** analgesics, opioid; substance-related disorders; drug overdose; prescription drugs; drug monitoring; United States.

---

## REFERENCIAS

- Centers for Disease Control and Prevention. Vital signs: overdoses of prescription opioid pain relievers. United States, 1999–2008. MMWR Morbidity and mortality weekly report. 2011;60(43):1487–92. PubMed PMID: 22048730.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Results from the 2012 National Survey on Drug Use and Health: Summary of National Findings. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2013.
- Leonard J, Paulozzi, Karin A, Mack, Jason M, Hockenberry. Vital Signs: Variation Among States in Prescribing of Opioid Pain Relievers and Benzodiazepines. United States, 2012. MMWR. 2014;63:1–6.
- Jones CM, Paulozzi LJ, Mack KA. Source of Prescription Pain Relievers by Frequency of Past Year Nonmedical Use, 2008–2011. JAMA Internal Medicine. 2014.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Drug Abuse Warning Network, 2011: National Estimates of Drug-Related Emergency Department Visits. HHS Publication No. (SMA) 13-4760, DAWN Series D-39. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2013.
- Jones CM, Mack KA, Paulozzi LJ. Pharmaceutical overdose deaths, United States, 2010. JAMA. 2013;309(7):657–9. PubMed PMID: 23423407.
- Centers for Disease Control and Prevention. Policy Impact: Prescription Painkiller Overdoses. Atlanta, GA: US Department of Health and Human Services; 2011.
- Porucznik CA, Johnson E, Sauer B, Crook J, Rolfs R. Studying adverse events related to prescription opioids: the Utah experience. Pain Medicine. 2011(12):S16–S25.
- Hall AJ, Logan JE, Toblin RL, Kaplan JA, Kraner JC, Bixler, D et al. Patterns of abuse among unintentional pharmaceutical overdose fatalities. JAMA. 2008;300:2613–20.
- Peirce GL, Smith MJ, Abate MA, Halverson J. Doctor and pharmacy shopping for controlled substances. Med Care. 2012;50(6):494–500.
- Bohnert A, Valenstein M, Bair MJ, Ganoczy D, McCarthy JF, Ilgen MA et al. Association Between Opioid Prescribing Patterns and Opioid Overdose-Related Deaths JAMA. 2011;305(13):1315–21.
- Washington State Agency Medical Directors' Group (AMDG). Cautious Evidence-Based Opioid Prescribing. Disponible en: [http://www.support-prop.org/educational/PROP\\_Opioid\\_Prescribing.pdf](http://www.support-prop.org/educational/PROP_Opioid_Prescribing.pdf)
- Worley, J. Prescription drug monitoring programs, a response to doctor shopping: purpose, effectiveness, and directions for future research. Issues Ment Health Nurs. 2012;33(5):319–28.
- Centers for Disease Control and Prevention. Policy Impact: Prescription Painkiller Overdoses. Atlanta, GA: US Department of Health and Human Services; 2011.
- United State Code (U.S.C) , Food and Drugs, Title 21, Subchapter 1 Section 812 Schedules of controlled substances (2012).
- Prescription Drug Monitoring Program Training and Technical Assistance Center. Prescription Drug Monitoring Frequently Asked Questions (FAQ) 2013. [Actualizado el 24 de noviembre de 2013]. Disponible en: [http://www.pdmpassist.org/pdf/pdmp\\_faq\\_2013\\_print.pdf](http://www.pdmpassist.org/pdf/pdmp_faq_2013_print.pdf)
- The National Alliance for Model State Drug Laws. 2014. Prescription Monitoring Programs –State Law And Policy Profiles. Disponible en: <http://www.namsdl.org/library/8DB6720C-91EE-8472-E365F7818C02C8B5/>
- Centers for Disease Control and Prevention. Prevention Status Reports 2013. Prescription Drug Overdose. Disponible en: [www.cdc.gov/psr/prescriptiondrug/index.html](http://www.cdc.gov/psr/prescriptiondrug/index.html)
- PMP Center of Excellence. The Prescription Drug Abuse Epidemic and Prevention: How Prescription Monitoring Programs Can Help. 2010. [Actualizado el 24 de noviembre de 2013]. Disponible en: [http://www.pdmpexcellence.org/sites/all/pdfs/pmp\\_subst\\_abuse\\_prevent\\_web\\_09\\_23\\_10.pdf](http://www.pdmpexcellence.org/sites/all/pdfs/pmp_subst_abuse_prevent_web_09_23_10.pdf)
- Clark T, Eadie J, Knue P, Kreiner P, Strickler G. Prescription Drug Monitoring Programs: An Assessment of the Evidence for Best Practices. The Prescription Drug Monitoring Program Center of Excellence, 2012.
- United Nations Office on Drugs and Crime. World Drug Report 2011. United Nations Publication; 2011.

---

Manuscrito recibido el 1 de abril de 2014. Aceptado para publicación, tras revisión, el 25 de septiembre de 2014.