



Guía de consenso para

El buen uso de analgésicos opioides

> Gestión de riesgos y beneficios



Guía de consenso para

El buen uso de analgésicos opioides

> Gestión de riesgos y beneficios

SOCIDROGALCOHOL

Sociedad Científica Española
de Estudios sobre el Alcohol,
el Alcoholismo y las otras Toxicomanías



FINANCIADO POR



MINISTERIO
DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES
E IGUALDAD

SECRETARÍA DE ESTADO
DE SERVICIOS SOCIALES
E IGUALDAD

DELEGACIÓN DEL GOBIERNO
PARA EL PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS

© Socidrogalcohol

Edita: Socidrogalcohol

Valencia, junio de 2017

Maquetación e impresión: **m**martín gràfic
martingrafic.com

ISBN: 978-84-945737-4-3

ÍNDICE DE AUTORES

Coordinación general

Josep Guardia Serecigni

Coordinación científica

Ana I. Henche Ruiz

Anna Lligoña Garreta

Autores

Jesús A. Álvarez Mazariegos

Médico de Familia

Experto en Bioética

C.S. ALLARIZ (OURENSE)

Secretario del GID de SEMFyC

Sabela Calvete Waldomar

Enfermera especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria

C.S. SAN AGUSTÍN DE GUADALIX. DA NORTE. AP. SERMAS (MADRID)

Rosa M^a Fernández-Marcote Sánchez-Mayoral

Psicóloga clínica

Unidad de Conductas Adictivas. Servicio de Psiquiatría

COMPLEJO HOSPITALARIO DE TOLEDO. SESCAM (TOLEDO)

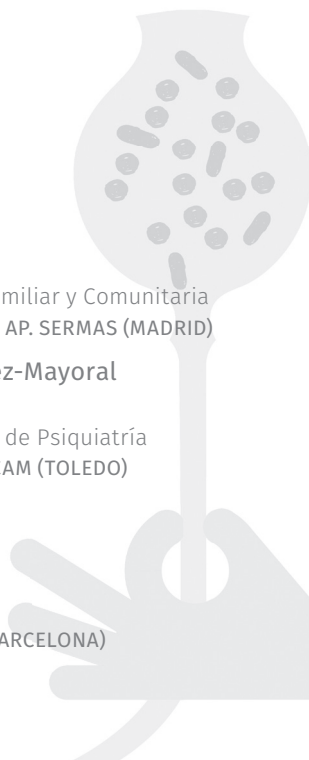
Josep Guardia Serecigni

Vicepresidente de SOCIDROGALCOHOL

Consultor sénior en psiquiatría

Unidad de Conductas Adictivas

HOSPITAL DE LA SANTA CREU I SANT PAU (BARCELONA)



Ana I. Henche Ruiz

Médico de Familia

Experto en Adicciones

Coordinadora de la Unidad de Conductas

Adictivas. Servicio de Psiquiatría

COMPLEJO HOSPITALARIO DE TOLEDO. SESCAM (TOLEDO)

Anna Lligoña Garreta

Psiquiatra Consultor 1

Unidad de Conductas Adictivas

SERVICIO DE PSIQUIATRÍA. HOSPITAL CLÍNIC (BARCELONA)

Ana I. López Lazcano

Psicóloga clínica

Unidad de Conductas Adictivas. Servicio de Psiquiatría

HOSPITAL CLINIC (BARCELONA)

Manuela Monleón Just

Enfermera

Equipo de Soporte de Atención Domiciliaria

CS LEGAZPI. DA NOROESTE. AP. SERMAS (MADRID)

Francisco Pascual Pastor

Presidente de SOCIDROGALCOHOL

COORDINADOR MÉDICO UCA ALCOI (VALENCIA)

Asesor de CAARFE

Carmen Sala Añó

Enfermera

UNIDAD CONDUCTAS ADICTIVAS (CASTELLÓN)

Calixto Sánchez Pérez

Jefe de Servicio de Anestesiología y Reanimación

Unidad del Dolor

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ELDA (ALICANTE)

Albert Tuca Rodríguez

Unidad de Cuidados Paliativos

Departamento de Oncología Médica

HOSPITAL CLÍNIC (BARCELONA)

ÍNDICE

Presentación	9
---------------------------	---

F. BABÍN

Prólogo	13
----------------------	----

F. PASCUAL

Introducción	15
---------------------------	----

J. GUARDIA

EPIDEMIOLOGÍA

Percepción de riesgo	27
-----------------------------------	----

F. PASCUAL · A.I. HENCHE

El auge de la analgesia opiode	28
--------------------------------------	----

Datos sobre la prescripción de opioides en España.....	31
---	----

Percepción de riesgo	35
----------------------------	----

LOS ANALGÉSICOS OPIOIDES EN EL TRATAMIENTO DEL DOLOR

Utilidad, indicaciones y monitorización	41
--	----

A. TUCA · C. SÁNCHEZ · M. MONLEÓN · C. SALA · J.A. ÁLVAREZ

Estrategia analgésica	42
-----------------------------	----

Indicaciones y contraindicaciones de los analgésicos opioides	45
--	----

Monitorización del tratamiento con opioides	48
---	----

Mantenimiento de la prescripción	62
--	----



PROBLEMAS EN EL MANEJO DE LOS ANALGÉSICOS OPIOIDES

Efectos no deseables	71
A. LLIGOÑA · A. LÓPEZ · J. GUARDIA · J.A. ÁLVAREZ	
Efectos adversos	71
Interacciones	72
Comorbilidad psiquiátrica	73
Trastornos inducidos por opioides	74
Intoxicación aguda por opioides (sobredosis)	78
Tolerancia y abstinencia	80

CUANDO LOS RIESGOS SUPERAN A LOS BENEFICIOS. Trastornos por uso de analgésicos opioides

85

A. LLIGOÑA · ANA LÓPEZ · J. GUARDIA · A.I. HENCHE

Dependencia frente a adicción	85
Uso indebido y conductas aberrantes	86
Abuso, adicción y pseudoadicción	87
Tratamiento de los pacientes con abuso o adicción a opioides de prescripción	90

MODELO BIOPSIICOSOCIAL PARA LA ATENCIÓN DEL DOLOR CRÓNICO La importancia del abordaje integral y multidisciplinar

99

A.I. HENCHE · R.M. FERNÁNDEZ-MARCOTE

Dolor físico y dolor emocional: las dos caras de la misma moneda	100
Modelo biopsicosocial de atención al dolor crónico	101
La espiral descendente hacia la adicción	104
Síndrome doloroso por uso excesivo de opioides	106
Enfoque integral de tratamiento del dolor crónico	107

AUTOCUIDADO Y SEGUIMIENTO

La educación y el autocuidado en el uso de opioides	113
--	-----

S. CALVETE · M. MONLEÓN

La adherencia al tratamiento	114
El autocuidado	115
El paciente empoderado	116
El <i>coaching</i> y la Educación para la Salud	119

RECOMENDACIONES PARA UN USO RACIONAL Y SEGURO DE LOS ANALGÉSICOS OPIOIDES

Prevención de las consecuencias negativas de su prescripción	127
---	-----

A. LLIGOÑA · A. LÓPEZ · A.I. HENCHE · J. GUARDIA ·
A. TUCA · C. SÁNCHEZ · C. SALA · J.A. ÁLVAREZ ·
M. MONLEÓN · S. CALVETE · F. PASCUAL

GLOSARIO. Definición de términos	139
--	-----



ANEXOS

I. Cuestionario DN4	149
II. Escala visual analógica del dolor	150
III. Cuestionario breve para la evaluación del dolor (BPI-Sf)	151
IV. Inventario de deterioro y funcionalidad (IDF) ..	153
V. Escala de valoración del riesgo potencial de opioides (ORT)	155
VI. Detección y evaluación de opioides para pacientes con dolor. Versión revisada (SOAPP-R)	156
VII. Consejo breve para los pacientes	158
VIII. Hoja de información para el paciente y el cuidador	160
IX. Consentimiento informado para la indicación de analgésicos opioides en el tratamiento del dolor crónico	164
X. Consentimiento informado para el uso de opioides potentes y de acción ultrarrápida fuera de las indicaciones autorizadas en su ficha técnica	165
XI. Tabla de dosis equivalentes aproximadas de los opioides	171

PRESENTACIÓN

FRANCISCO DE ASÍS BABÍN VICH

Delegado del Gobierno para el
Plan Nacional sobre Drogas

En todo el mundo existe una preocupación creciente por asegurar el uso adecuado, equitativo y homogéneo de los analgésicos opioides. De este modo, dicho uso estará garantizado para quien necesite estos fármacos, sobre la base de una buena indicación clínica, y al mismo tiempo se minimizarán los riesgos inherentes a su uso.

A este interés han contribuido, sin ninguna duda, los hechos acaecidos en los últimos años en EE. UU., ampliamente tratados en los medios de comunicación, relacionados con un exceso de indicaciones inadecuadas de los analgésicos opioides e incluso la derivación hacia un uso posterior de heroína como sustitutivo de estos fármacos. Todo esto ha condicionado un incremento, se podría decir que “explosivo”, de las personas adictas que demandan tratamiento por ello y también de los fallecimientos relacionados. Esta “epidemia silenciosa” ha llegado hasta el punto de exigir la puesta en marcha de acciones específicas por parte del Gobierno Federal para frenar este preocupante fenómeno.

Las convenciones internacionales que nos hemos dado excluyen de la prohibición general de uso de las sustancias fiscalizadas aquellos casos en los que dicho uso esté relacionado con fines médicos o de investigación. Y así debe ser, porque es obvio que los riesgos de un uso recreativo, tanto a nivel individual como para el

conjunto de la sociedad, no se compadecen con la obligación de las administraciones de velar por la salud pública general. Pero negar el acceso a dichos fármacos, como aún ocurre en ciertos países, supondría un grave atentado contra los Derechos Humanos.

Salvando las distancias entre modelos sanitarios que explican, al menos en buena parte, por qué es posible que una situación que se produce en un país no tenga reflejo paralelo en otros países con sistemas de salud diferentes, lo que sí es común es que en la sociedad actual de los países del primer mundo se está conjugando un escenario en el que va creciendo la disponibilidad (reglada) y la demanda. Se dispone de analgésicos cada vez más potentes, que han sido autorizados por las agencias del medicamento de países o regiones como parte del arsenal terapéutico por su balance riesgo/beneficio favorable; pero estos fármacos no carecen de efectos secundarios e incluso de graves complicaciones, a veces mortales, si su uso no es el adecuado. A esto se une una sociedad que cada vez demanda en mayor medida soluciones más inmediatas a sus distintos anhelos y muestra menor tolerancia a la frustración.

Por otra parte, pero no menos importante, la antigua concepción de “paciente” se ha transformado en otra más adecuada a los tiempos que corren, donde el demandante es el “cliente” y el centro del sistema. Esto ha facilitado también la asunción por parte del personal médico de la terapia analgésica más potente como parte consustancial de la práctica. Afortunadamente, en la mayor parte de los casos, esta terapia se realiza dentro de protocolos adecuados para la intervención graduada, en función del tipo y génesis del dolor, y no como mera excepción a la regla general.

En España, el uso de los analgésicos en general, y de los analgésicos opioides en particular, ha crecido nota-

blemente. En la mayoría de los casos es el reflejo de un uso adecuado y más exhaustivo del diverso arsenal del que hoy dispone el clínico y su aplicación es conforme a los criterios generalmente aceptados. No obstante, tampoco podemos ignorar que una parte de las indicaciones que se establecen no se corresponden con protocolos y guías de buena práctica. Tanto en unas como en otras indicaciones, el estar familiarizado con el uso de los fármacos opioides puede suponer la diferencia entre obtener el beneficio esperado de la terapia aplicada o magnificar hasta límites intolerables los riesgos para el paciente.

Consideramos imprescindible, por tanto, facilitar desde el Plan Nacional sobre Drogas instrumentos de formación a la clase médica, basados en criterios avalados por la evidencia científica, que permitan un uso adecuado de estos medicamentos y garanticen las mejores prácticas en todo momento. Todo ello constituye una obligación de la administración sanitaria, del mismo modo que es una obligación expresa del médico mantener una formación permanentemente actualizada para su ejercicio diario, en donde debe gozar de libertad de prescripción, pero no puede ser ajeno a las consecuencias de la misma.

Por ello no tuvimos duda de que el proyecto de *Guía de consenso para el buen uso de analgésicos opioides*, presentado por Socidrogalcohol a las convocatorias de subvenciones de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, merecía todo nuestro apoyo. No solo porque es un tema de actualidad y cambiante, que precisa de mayor inversión en formación, sino porque Socidrogalcohol cuenta en su haber con una dilatada experiencia en la puesta a disposición de los profesionales de este tipo de instrumentos, con un alto grado de calidad y aceptación.

Hoy esa guía es una realidad y han participado en darle forma y contenido no solo la propia Socidrogalcohol, sino también otras Sociedades Científicas de Atención Primaria y Cuidados Paliativos, y asesores en el campo de la Anestesiología y Reanimación.

A todos ellos les quiero transmitir nuestra felicitación por el trabajo realizado. Sin duda, contribuirá a hacer más factible el cumplimiento de la razón de ser de nuestra política que, lejos de anatemizar el uso de ninguna sustancia, facilita el uso lícito con fines médicos, bajo estrictas garantías para el ciudadano, en aquellos casos en que la evidencia lo aconseja y mediante una práctica garantista que maximice el beneficio esperable y minimice los efectos adversos e indeseados.

Muchas gracias.

PRÓLOGO

FRANCISCO PASCUAL

Presidente de Socidrogalcohol

En los últimos años hemos observado, a nivel general y en distintos países, un incremento en el uso de los fármacos opioides para el tratamiento del dolor, sobre todo del dolor crónico no oncológico.

En ocasiones, este uso está justificado por el alivio que representa para la persona disminuir o abolir la sensación nociceptiva. Por este mismo motivo, su uso se ha extendido y se ha popularizado hasta extremos a veces poco justificables.

No todos los tipos de dolor deben ser tratados con esta clase de analgésicos y siempre es conveniente empezar de forma escalonada, en función de la patología subyacente y utilizando el fármaco más adecuado en cada caso.

Los opioides son fármacos muy efectivos para el dolor, pero no están exentos de complicaciones; por ejemplo, pueden producir un efecto rebote y causar más dolor en lugar de aliviarlo o pueden, incluso, provocar una adicción.

Con este manual de consenso, un grupo de profesionales sanitarios –médicos, psicólogos y enfermeros de distintas disciplinas– queremos dejar claro qué fármacos se deben utilizar en cada momento para tratar el dolor crónico, cómo utilizarlos, cuáles son los beneficios y los riesgos que presentan y cómo evitar, en la

medida de lo posible, los problemas derivados de su mal uso. Las diferentes perspectivas de las unidades del dolor, de la Oncología, de las unidades de conductas adictivas, de la Atención Primaria y de la Enfermería nos pueden ofrecer una visión bastante completa de esta cuestión. Esto nos ayudará a tratar de la forma más correcta a estos pacientes, a evitar las posibles complicaciones y, si se presentara alguna, a saber dónde y cómo tratarla.

Esta guía quiere ofrecer un equilibrio entre lo útil, lo eficaz, lo necesario y lo nocivo. Nunca hay tratamientos buenos o malos al cien por cien; el problema siempre radica en la mala utilización que se haga de ellos.

Los analgésicos opioides, aunque han aliviado el sufrimiento de muchos pacientes, no son una solución sencilla ni necesariamente eficaz en el tratamiento del dolor crónico no oncológico. Aceptar que hay unos elevados índices de fracaso del tratamiento con opioides es el primer paso para mejorar su uso. Muy posiblemente, la selección actual de estos fármacos en el dolor crónico no es la más adecuada, las dosis que se utilizan son demasiado altas y la duración de los tratamientos, demasiado larga. Aprendamos, pues, a hacer un buen uso de estos fármacos. Te guiamos con este fin a través de estas páginas.

INTRODUCCIÓN

JOSEP GUARDIA SERECIGNI

Vicepresidente de Socidrogalcohol

La adormidera es la planta de la que procede el opio. En el antiguo Egipto ya se utilizaba con fines terapéuticos y se siguió utilizando después en forma de infusión casera, para inducir el sueño y como antidiarreico. Este remedio casero, administrado por vía oral y diluido en forma de infusión, llega en pequeñas cantidades al cerebro, produciendo un mínimo impacto sobre el sistema opioide y, probablemente, no tiene riesgo adictivo.

La resina que se obtiene de las semillas de la adormidera, por vía fumada, produce efectos sedativos y a la vez euforizantes. Esta resina contiene una mayor concentración de opio que la adormidera, su consumo repetido provoca un mayor impacto sobre el cerebro y, por tanto, tiene un mayor riesgo de adicción. Además, la interrupción brusca de su autoadministración desencadena un síndrome de abstinencia característico, que requiere un nuevo consumo de opio para aliviar la abstinencia, lo cual constituye una prueba evidente de su capacidad adictiva.

El primer alcaloide derivado del opio fue la morfina, aislada por el alemán Friedrich Sertürner a principios del siglo XIX. Coincidió con el descubrimiento de la jeringuilla y ambos descubrimientos marcaron un hito importante, ya que la vía parenteral consigue un efecto más rápido y un mayor impacto sobre el cerebro y también un efecto analgésico más potente, pero al mismo

tiempo conlleva un mayor riesgo adictivo. Todo ello supuso un enorme avance en el tratamiento médico del dolor, consiguiendo un rápido y eficaz alivio del sufrimiento de muchas personas con graves enfermedades que cursan con dolor intenso, pero también el inicio de una epidemia de adicción a la morfina y posteriormente a la heroína.

En 1973, tres grupos de trabajo independientes confirmaron la existencia de receptores específicos para los fármacos opioides y, dos años más tarde, Hughes descubrió la presencia en el organismo de péptidos endógenos, capaces de activar los mismos receptores opioides, aunque de manera menos intensa.

El sistema opioide endógeno desempeña un papel fundamental en múltiples funciones fisiológicas del organismo. Cuando las personas realizan ciertas actividades cotidianas (comer, hacer ejercicio, conducta sexual y otras) se liberan opioides endógenos que producen un cierto efecto de recompensa cerebral, lo cual aumenta la probabilidad de que dichas conductas tiendan a repetirse. Es el llamado efecto reforzador de la conducta, que puede llevar al condicionamiento adictivo.

Cuando se administran fármacos opioides, como los analgésicos, su impacto es suprafiológico y su consumo repetido induce cambios neuroadaptativos que implican fundamentalmente dos hechos: por un lado, una respuesta de desensibilización y regulación descendente de los receptores opioides, asociada a fenómenos de hiperalgesia, hiperestesia y alodinia [1] y, por otro lado, la aparición de nuevas conexiones sinápticas en el sistema glutamatérgico NMDA, que se manifiestan con un menor control inhibitorio sobre las conductas compulsivas de búsqueda y consumo de opioides, y que dejan una huella persistente en la memoria motivacional de sus efectos reforzadores [2].

En Estados Unidos un 30% de la población adulta padece alguna forma de dolor. La mitad de ellos refiere sufrir dolor a diario y una tercera parte lo evalúa como severo. Al 20% de estos pacientes se les prescribe un analgésico opioide, generalmente a partir de una hospitalización. Un 15% de los pacientes estadounidenses hospitalizados sigue tomando analgésicos opioides por prescripción tras salir del hospital y, entre ellos, un 43% continúa tomando opioides más allá de tres meses [3].

En los últimos veinte años, se ha producido un incremento importante en la prescripción de analgésicos opioides en todo el mundo, pero sobre todo en Estados Unidos. Este aumento sustancial se ha debido, en gran parte, a la influencia de determinadas corrientes de opinión, que banalizaron los potenciales inconvenientes de los analgésicos opioides, junto con la creencia ampliamente difundida de que cualquier tipo de dolor podía y debía ser tratado con opioides. Por otro lado, el consumo de dosis más elevadas que las prescritas o por personas a las que no se les había prescrito, o bien el cambio a una vía de administración más directa que la vía oral, han contribuido a la expansión del abuso de estos fármacos entre la población [4].

Debido a esto, en la década pasada, Estados Unidos ha sufrido las consecuencias negativas de la elevada prescripción de analgésicos opioides, que en algunos casos ha llegado a ser indiscriminada y sin una supervisión adecuada y que ha llegado a convertirse en una alarmante epidemia. Entre 1999 y 2014 se han producido en Estados Unidos 165.000 muertes por **sobredosis** de analgésicos opioides de prescripción y, solo en 2011, más de 400.000 visitas a los servicios de urgencias estuvieron relacionadas con sobredosis de estos fármacos. El rápido incremento de las muertes por sobredosis en 2014 y 2015 está relacionado con opioides sintéticos como fentanilo (y no tanto con metadona),

mientras que solo en el 20,6% de los casos está implicada la heroína [5].

Se ha propuesto que por cada muerte por sobredosis habría 10 personas con problemas de adicción a opioides y que por cada persona adicta a opioides habría otras 10 que presentan un abuso o mal uso de opioides. En un intento de controlar esta situación, se estableció una política más restrictiva en la prescripción de analgésicos opioides y se desarrollaron nuevas formulaciones que disuadieran del abuso e impidieran desviaciones de las prescripciones médicas. Estos cambios, junto con un incremento en el precio de alguno de los analgésicos opioides, pueden haber contribuido a que muchas personas hayan empezado a consumir heroína, adquirida ilegalmente. De hecho, un 80% de los actuales consumidores de heroína en Estados Unidos han sido previamente consumidores de analgésicos opioides, por lo que dichos fármacos podrían considerarse como la droga de entrada a la heroína y algunos autores lo han considerado como una adicción iatrogénica [6].

En España, como en el resto de Europa, también se ha producido un crecimiento exponencial en la prescripción de analgésicos opioides, sobre todo para el tratamiento del dolor crónico no oncológico, como señalan los informes publicados por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. El Ministerio de Sanidad ha publicado en el año 2015 una guía de prácticas seguras para el uso de opioides en pacientes con dolor crónico [7] cuya difusión puede servir de referencia para reducir posibles riesgos.

Desde la comercialización de la morfina, se han ido desarrollando numerosos derivados opioides sintéticos, con diversas formas galénicas cada vez más potentes. Los opioides sintéticos que han aparecido en los últimos años, como el fentanilo y sus derivados, tie-

nen la ventaja de producir un efecto analgésico mucho más intenso, pero presentan también un mayor riesgo de adicción y sobredosis mortal, cuando coinciden con el consumo simultáneo de benzodiazepinas, alcohol u otros fármacos tranquilizantes, antihistamínicos o anestésicos. Por otra parte, el tratamiento concomitante con antidepresivos, especialmente aquellos que actúan sobre la serotonina, puede facilitar la aparición de un síndrome serotoninérgico que, si bien es poco frecuente, puede ser grave [8].

Conviene tener en cuenta que las personas que sufren dolor suelen presentar también ansiedad e insomnio, y con frecuencia se les prescriben fármacos ansiolíticos e hipnóticos, que suelen ser benzodiazepinas. Por otro lado, los fenómenos de tolerancia y adicción a opioides y también a benzodiazepinas contribuyen a un aumento progresivo de las dosis de ambos fármacos, lo cual influye decisivamente en la **letalidad de las sobredosis**. El Centro de Prevención y Control de Enfermedades (CDC) de Estados Unidos ha emitido unas recomendaciones que indican que el consumo simultáneo de analgésicos opioides y benzodiazepinas cuadruplica el riesgo de muerte por sobredosis, en comparación con el consumo solo de opioides [9].

Las personas que tienen antecedentes de abuso de alcohol también tienen una mayor vulnerabilidad, tanto hacia el abuso de benzodiazepinas como al abuso de analgésicos opioides. Cada uno de ellos, a dosis elevadas, puede interferir en la función respiratoria, pero los tres a la vez (alcohol, benzodiazepinas y opioides) producen un efecto sinérgico que lleva a la pérdida de conciencia y a la posible parada respiratoria [10].

Además del consumo simultáneo de tranquilizantes o alcohol, entre los factores que aumentan el riesgo de sobredosis se encuentran las dosis elevadas de opioides (por encima de 100 mg de dosis equivalente

de morfina al día), los antecedentes personales o familiares de abuso de otras drogas y la comorbilidad psiquiátrica con trastorno depresivo mayor, psicosis, trastorno bipolar, trastorno por déficit de atención e hiperactividad, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno por estrés postraumático y trastornos de personalidad (límite, esquizotípico, antisocial) [11]. Y además, un elevado porcentaje de personas que padecen un trastorno mental grave padecen también un trastorno por consumo de alcohol y/o de benzodiazepinas y/o de otras drogas.

El estudio epidemiológico de comorbilidad NESARC-III determina la posible coincidencia entre el consumo de analgésicos opioides y otros trastornos psiquiátricos entre la población general de Estados Unidos y señala: 1) que tanto el consumo como el trastorno por consumo de analgésicos opioides han aumentado considerablemente en la última década; 2) que estos trastornos están asociados a varios factores de riesgo y a diversas comorbilidades psiquiátricas y adictivas; y 3) que solo un 17% de las personas con un trastorno por consumo de analgésicos opioides han recibido un tratamiento especializado de su adicción [12].

Las personas que presentan trastornos psiquiátricos o adictivos tienen un mayor riesgo de consumo prolongado de analgésicos opioides, y requieren un abordaje multidisciplinar para aliviar eficazmente el dolor, considerando el equilibrio entre riesgos y beneficios y evitando las sinergias con otras sustancias depresoras del sistema nervioso central que puedan precipitar la sobredosis [13].

Se considera que el principal problema ante una epidemia de sobredosis de opioides es la adicción a opioides, la cual subyace en las personas que llegan a tener una o varias sobredosis y que, por lo tanto, expandir el acceso a **tratamiento de la adicción** a opioides

es una respuesta esencial para disminuir dicha epidemia.

La adicción a analgésicos opioides es una enfermedad del cerebro que se produce tras su consumo repetido. Tiene un trasfondo neurobiológico, relacionado con cambios persistentes en el circuito de la recompensa cerebral —que persiste incluso tras haber abandonado su consumo—, que afectan a la sensación de bienestar, el aprendizaje, el estrés, la toma de decisiones y el autocontrol.

Cuando una persona ha desarrollado un condicionamiento adictivo a los opioides, determinados estímulos, tanto externos como internos, pueden disparar respuestas de búsqueda y consumo de opioides. Con el tiempo, estos comportamientos tienden a robotizarse y los estímulos condicionados gobiernan la conducta de autoadministración de opioides. Además del potente efecto reforzador positivo del consumo de opioides, las personas que sufren dolor corporal, “dolor” psíquico o emocional y/o síntomas de abstinencia de opioides experimentan un importante efecto de alivio de dicho malestar —tras el consumo de opioides— que les produce un intenso efecto reforzador negativo. La suma de ambos efectos reforzadores (positivo y negativo) consigue un poderoso efecto reforzador global que contribuye a consolidar la adicción a opioides.

A medida que la adicción se va cronificando, el efecto reforzador negativo es progresivamente más intenso y contribuye a la persistencia de la conducta adictiva, de forma que la persona presenta un “estado de necesidad” biológica de auto-administrarse opioides, la cual no existía antes de su primer contacto con dichos fármacos, y que puede llegar a manifestarse como un dolor intenso asociado a un fuerte deseo o a una necesidad imperiosa de consumirlos [14].

Las personas que han desarrollado una adicción a los analgésicos opioides requieren un buen diagnóstico multidimensional y un tratamiento especializado de su adicción. Los tratamientos con fármacos sustitutivos opioides, como metadona o buprenorfina [15], son los que consiguen una mejor estabilización del paciente. Otra opción es la retirada progresiva de los analgésicos opioides implicados, que denominamos tratamiento de desintoxicación, pero siempre es difícil que el paciente pueda mantenerse sin tomar ningún fármaco agonista opioide cuando el dolor persiste.

Además de presentar riesgos potenciales de abuso, adicción y sobredosis, diversos autores señalan que probablemente los analgésicos opioides se están prescribiendo con excesiva frecuencia y duración, para el dolor agudo severo, y que su eficacia a largo plazo para el dolor crónico no oncológico es limitada [16].

Cuando la prescripción de analgésicos opioides está indicada, como en el dolor agudo intenso y en el dolor oncológico, se pueden evitar los riesgos basándonos en las guías de buenas prácticas. El médico que prescribe un opioide, en primer lugar debería detectar e intentar modificar los posibles factores de riesgo; llevar a cabo una supervisión minuciosa y continuada del paciente, sobre todo si se utilizan dosis elevadas, prescribir una reducción progresiva de la dosis hasta la supresión total, cuando haya remitido el dolor agudo, utilizando un tratamiento coadyuvante si fuera necesario, o bien efectuar una rotación y secuenciación de opioides, cuando se trate de un dolor oncológico y no exista opción de retirada [17].

Para otros tipos de dolor, como cefaleas, fibromialgia o lumbalgias, puesto que no se ha demostrado que los opioides sean más eficaces que los analgésicos comunes, es preferible utilizar estos últimos, pudiéndose asociar fármacos coadyuvantes, como anticomiciales

(pregabalina o gabapentina) y antidepresivos duales (duloxetina o venlafaxina), junto con medidas higiénico-dietéticas, fisioterapia, ejercicio físico, acupuntura, osteopatía, técnicas de relajación, psicoterapias especializadas u otros procedimientos útiles para aliviar el dolor.

Evitar la prescripción de analgésicos opioides, cuando su indicación terapéutica es dudosa o innecesaria, resulta siempre más sencillo que proceder después a su retirada, la cual será todavía más difícil si el paciente no la desea. Solo en determinadas situaciones resulta imprescindible la administración de analgésicos opioides; para todas las demás disponemos de una gran diversidad de intervenciones que pueden ser tan eficaces o más que la prescripción de opioides, evitando así los potenciales riesgos de adicción y sobredosis que están asociados al consumo de estos fármacos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Angst MS, Clark JD. Opioid induced hyperalgesia: a quantitative systematic review. *Anesthesiology*. 2006; 104:570-87.
2. Kalivas PW, Volkow ND. The neural basis of addiction: A pathology of motivation and choice. *Am J Psychiatry*, 2005; 162: 1403-1413.
3. Dowell D, Haegerich TM, Chou R. CDC Guidelines for prescribing opioids for chronic pain-United States, 2016. *JAMA*. 2016; 315(15):1624-1645.
4. Case A, Deaton A. Rising morbidity and mortality in midlife among White non-Hispanic Americans in the 21st Century. *Proc Natl Acad Sci USA*. 2015; 112:15078-15083.
5. Rudd RA, Seth P, David F, Scholl L. Increases in drug and opioid involved overdose deaths-United States, 2010-2015. *Morbidity and Mortality Weekly Report*. 2016; 65 (5051):1445-1452.

6. Jones CM, McAninch JK. Emergency department visits and overdose deaths from combined use of opioids and benzodiazepines. *Am J Prev Med.* 2015; 49(4):493-501.
7. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Prácticas seguras para el uso de opioides en pacientes con dolor crónico. Informe 2015. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 2015. Disponible en: <http://www.sefh.es/sefhpdfs/PRACTICASSEGURASOPIOIDES.pdf>.
8. Boyer EW, Shannon M. The Serotonin Syndrome. *N Engl J.* 2005. 352:1112-20.
9. CDC. CDC guidelines for prescribing opioids for chronic pain. Centers for Disease Control and Prevention. 2016. Disponible en: <http://www.cdc.gov/drugoverdose/prescribing/resources.html>.
10. Pereiro C, Bermejo AM, Fernández P, Tabernero MJ. Deaths from drug abuse in northwestern Spain, 1992-97. *Addiction Biology.* 2003; 8:89-95.
11. Uusküla A, Raag M, Vorobjov S, Rüütel K, Lyubimova A, Levina OS. Non-fatal overdoses and related risk factors among people who inject drugs in St. Petesburg, Russia and Kohtla-Järve, Estonia. *BMC Public Health.* 2015; 15:1255.
12. Saha TD, Kerridge BT, Goldstein RB, Chou SP, Zhang H, Jung, J, Pickering RP, Ruan WJ, Smith SM, Huang B, Hasin DS, Grant BF. Nonmedical prescription opioide use and DSM-5 nonmedical prescription opioide use disorder in the United States. *J Clin Psychiatry.* 2016; 77(6):772-780.
13. Dupouy J, Lapeyre-Mestre M, Oustric S. Psychiatric disorders as predictors of long-term opioid therapy and the need for treating chronic pain correctly in patients with prior opioid substance use disorder. *Pain.* 2017; 158(1):6-7.
14. Guardia Serecigni J. Epidemia de sobredosis relacionada con la prescripción de analgésicos opioides en Estados Unidos. *Adicciones.* 2017 (en prensa).
15. Sigmon SC, Dunn KE, Saulsgiver K, Patrik ME, Badger GJ, Heil SH... Higgins ST. A randomized, double-blind evalua-

- tion of buprenorphine taper duration in primary prescription opioid abusers. *JAMA Psychiatry*. 2013; 70(12):1347-1354.
16. Lin KW, Vega ChP. Navigating the opioid crisis: a primary care perspective. Department of Family Medicine. Georgetown University Medical Center. Medscape. 2016; Aug 02. Disponible en: www.medscape.com/viewarticle/866579.
 17. NIDA. National Institute on Drug Abuse. Cómo prevenir y reconocer el abuso de medicamentos de prescripción. En Español. Serie de Reportes de Investigación. Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. Institutos Nacionales de la Salud. 2012.



EPIDEMIOLOGÍA

Percepción de riesgo

FRANCISCO PASCUAL · ANA I. HENCHE

A lo largo de las dos últimas décadas, se ha producido un cambio radical en la perspectiva de la analgesia opioide. Hemos pasado de una especie de opiofobia, con un uso médico restrictivo de los analgésicos opioides, a una opiofilia, con un aumento sustancial de su prescripción en todo el mundo, sobre todo para el tratamiento del dolor crónico no oncológico [1]. En este sentido cabe destacar que, si bien existe una clara evidencia de la eficacia de los opioides en el dolor agudo severo, en el dolor postquirúrgico y en el dolor oncológico, su efectividad, sobre todo a largo plazo, en el dolor crónico no oncológico sigue siendo aún controvertida, ya que en los estudios al respecto el seguimiento no va más allá de los ocho meses, bastante menos que lo que habitualmente dura el tratamiento con opioides en la mayoría de los pacientes con dolor crónico [2].

Este cambio de perspectiva puede estar relacionado con varios factores:

- La sociedad actual, que tolera cada vez menos el dolor y el sufrimiento.
- La mayor sensibilización de los profesionales frente al dolor.
- La creación de unidades específicas para el tratamiento del dolor.

- La eliminación de trabas administrativas para la prescripción.
- La aparición reciente de nuevos opioides y nuevas vías de administración.
- La presión comercial de la industria farmacéutica [3].

Mantener un equilibrio entre estas dos perspectivas de la analgesia opioide es complicado. El aumento del uso médico de estos fármacos ha mejorado claramente el tratamiento de muchos pacientes con dolor crónico. Pero este incremento de la prescripción se ha acompañado de un marcado aumento de los problemas relacionados con su uso a largo plazo (uso indebido, abuso, adicción e incluso muertes relacionadas con sobredosis en algunos países). En Estados Unidos, esto se ha convertido en un grave problema de salud pública de proporciones epidémicas, con unos costes sanitarios directos muy elevados y con importantes repercusiones sociales, psicológicas y físicas para los pacientes. Este uso problemático creciente de analgésicos opioides de prescripción es un problema a nivel mundial que afecta a muchos países en grado variable. Preocupa más si cabe que, posiblemente, se subestime la extensión global del problema, ya que no existen datos fiables sobre el uso médico y no médico de estos fármacos en gran parte del mundo.

EL AUGE DE LA ANALGESIA OPIOIDE

Estados Unidos

El punto de inflexión de este cambio en la perspectiva de la analgesia opioide tenemos que situarlo en la década de los noventa, cuando la Sociedad Americana del Dolor comenzó a considerar el dolor como el quinto signo vital y estableció que las estrategias para el control

del dolor que se venían utilizando hasta entonces no presentaban un perfil óptimo. Por todo ello, los expertos abogaron por una mayor utilización de los analgésicos opioides para el tratamiento del dolor.

Por otro lado, en 1995 salió al mercado el Oxycontin® (oxicodona), indicado para el dolor crónico no oncológico. Para lanzar este fármaco se puso en marcha una potente campaña de *marketing* que resaltaba su seguridad en este tipo de dolor y minimizaba su potencial adictivo [3].

Así, los analgésicos opioides se convirtieron en la piedra angular del tratamiento del dolor severo y la OMS consideró la tasa de prescripción de opioides de un país como un importante indicador de la calidad de la atención al dolor.

De 1996 a 2012, en EE. UU. se produjo un aumento desorbitado de la producción de opioides. Pero, como ya comentamos al principio, este incremento en el uso de estos fármacos se ha acompañado de un aumento de los efectos secundarios y las complicaciones relacionadas, incluyendo el uso indebido, el abuso y la adicción a opioides.

Un informe del CDC (Centers for Disease Control and Prevention) de 2011 señaló que las ventas de analgésicos opioides de prescripción se multiplicaron por catorce en el periodo de 1999 a 2010 [4]. Un metaanálisis publicado en 2015 estimó una prevalencia de la adicción a analgésicos opioides en la población estadounidense en torno al 8-12% [5].

A lo largo de la última década, en EE. UU. las tasas de mortalidad por sobredosis de opioide se han triplicado, las urgencias relacionadas con opioides se incrementaron en un 153% y los inicios de tratamiento por consumo de opioides distintos a la heroína aumentaron en un 236% [6].

Europa

Aunque la prescripción de analgésicos opioides y las complicaciones derivadas de su uso indebido y abuso en Europa no han alcanzado las cifras de EE. UU., estos dos parámetros han aumentado lo suficiente para ser considerados algo preocupante y prioritario.

En 2013 se estimaba que unas 455.000 personas en Europa presentaban criterios de adicción a analgésicos opioides de prescripción, siendo el Reino Unido el país que presentaba mayores índices, con una tasa de prevalencia del 0,30%, seguido de los Países Nórdicos (0.15%), Alemania (0.13%) y España (0.07%) [7].

En 2016, un estudio sobre la prevalencia del uso indebido de analgésicos opioides en cinco países de la Unión Europea (Alemania, Dinamarca, España, Reino Unido y Suecia) situó a España en el primer lugar en términos de prevalencia tanto en el año anterior como a lo largo de la vida (TABLA 1) [28].

TABLA 1. Prevalencia del uso indebido de opioides de prescripción

	Año anterior % (DE)	A lo largo de la vida % (DE)
Dinamarca	4,4 (0,5)	11,6 (0,8)
Alemania	2,9 (0,2)	9,6 (0,4)
Reino Unido	6,2 (0,5)	14,6 (0,7)
España	6,8 (0,5)	18,3 (0,7)
Suecia	3,8 (0,5)	11,3 (0,7)

Hannu (2013) [7]

El Informe Europeo sobre Drogas de 2015 señaló que, en once países de la Unión Europea, más del 10% de los pacientes dependientes a opiáceos que comen- zaban tratamiento utilizaban opioides distintos a la he-

roína. El fentanilo y el tramadol solían aparecer en los informes toxicológicos y estaban relacionados con una parte de las muertes por sobredosis en algunos de estos países [9].

En el Informe Europeo sobre Drogas de 2016, el problema de los opioides en Europa sigue siendo una cuestión fundamental, con un aumento preocupante de la mortalidad relacionada con estos fármacos. Hasta dieciocho países europeos notificaron que más del 10% de los pacientes que iniciaban tratamiento por consumo de opioides presentaban problemas relacionados con opioides distintos a la heroína, siendo los opioides más implicados la metadona, la buprenorfina, el fentanilo, la codeína, la morfina, el tramadol y la oxycodona [10].

DATOS SOBRE LA PRESCRIPCIÓN DE OPIOIDES EN ESPAÑA

Dada la división de competencias sanitarias entre la Administración Estatal y las distintas Comunidades Autónomas, en España resulta complicado cuantificar la prevalencia de uso de los analgésicos opioides de prescripción y existe poca literatura al respecto.

La Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios ha publicado dos informes sobre la utilización de medicamentos opioides, basados en datos del Sistema Nacional de Salud. El primer informe recoge los datos del periodo comprendido entre 1992 y 2006 [11], y en el segundo se muestran los datos del periodo 2008 a 2015 [12].

Periodo 1992-2006

- Los opioides son los fármacos de elección en el tratamiento del dolor oncológico visceral. También se utilizan en el dolor posoperatorio, en el

dolor asociado al sida y en el dolor crónico de procesos benignos.

- Los medicamentos opioides son considerados estupefacientes y su uso se asocia con fenómenos de dependencia. Esto plantea problemas de salud pública que exigen la regulación de su prescripción.
- A raíz de la Orden Ministerial de abril de 1994 se flexibilizan las medidas reguladoras de la disponibilidad y prescripción de estos fármacos, con una tendencia claramente liberalizadora.
- Aparecen varios nuevos analgésicos opioides en el mercado:
 - Morfina de liberación prolongada de uso oral (1988).
 - Tramadol (1992).
 - Parches de fentanilo (1998).
 - Tramadol en asociación (2004).
- Los preparados de morfina por vía parenteral prácticamente desaparecen a mediados de los años 90.
- En el periodo estudiado se produce en España un aumento considerable de la prescripción de opioides, que se valora como una tendencia a la “normalización” del empleo de estos fármacos.
- El uso se concentra principalmente en dos principios activos, el fentanilo y el tramadol, que en 2006 representan el 86% del total.
- El uso de la morfina, que se había mantenido estable, disminuye ligeramente. Esto se justifica por la mayor facilidad de uso de los parches transdérmicos de fentanilo, por los aspectos psicológicos negativos asociados a la morfina (su uso en las enfermedades terminales) y por la presión comercial.

- En 2006, el coste diario del tratamiento con fentanilo era de 5,3 euros, mientras que el de morfina era de solo 1,4 euros.
- En este momento se interpretaba que, aunque las guías seguían recomendando la morfina como analgésico opioide de elección, la utilización de otros principios activos era un problema poco importante, salvo en lo que se refiere al gasto económico.

Periodo 2008-2015

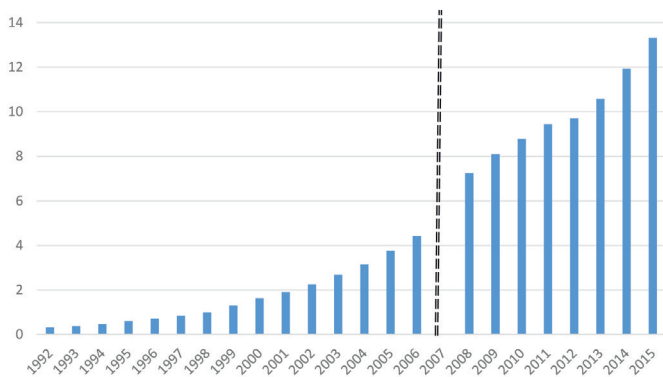
- El tratamiento del dolor crónico requiere estrategias farmacológicas y no farmacológicas.
- Los fármacos opioides son ampliamente aceptados para el tratamiento del dolor agudo severo y del **dolor crónico moderado/severo que no responde a otros tratamientos**.
- El desarrollo de dependencia física y adicción relacionada con estos fármacos se ha convertido en un importante **problema de salud** en países desarrollados, debido al **potencial riesgo de abuso**.
- Solo se incorporan dos nuevos principios activos (tapentadol y oxicodona en asociación), y desaparecen la dihidrocodeína y el dextropropoxifeno.
- Sin embargo, aparecen nuevas formulaciones de fentanilo (orales e intranasales) y numerosas presentaciones de hidromorfona, oxicodona, buprenorfina y fentanilo.
- Los principios activos más utilizados son el tramadol, solo o en asociación, y el fentanilo, que suponen un 62.21% y un 17.51% del total, respectivamente.
- El 84% del fentanilo utilizado corresponde a su forma transdérmica.
- Mientras que el uso de tramadol se ha mantenido más o menos estable en este periodo, ha aumentado

do de forma significativa (195.53%) el de tramadol en asociación.

- Desde su comercialización en 2010, el uso de tapentadol y oxicodona en asociación ha sido creciente.
- No se hace referencia a costes de tratamiento diario.

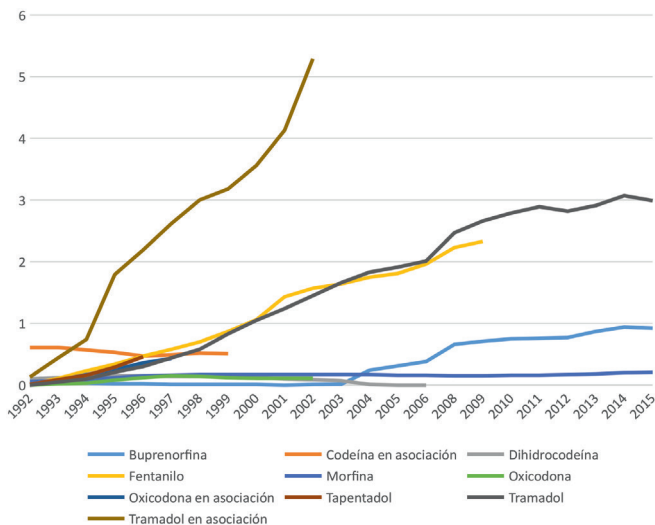
Como se puede observar en las **FIGURAS 1 y 2**, a lo largo de las dos últimas décadas se ha producido un crecimiento sustancial en el uso de analgésicos opioides en España, como ha sucedido en otros países de Europa y del resto del mundo. El tramadol en asociación es, con diferencia, el principio activo más utilizado, seguido del tramadol solo y del fentanilo.

FIGURA 1. Evolución del empleo de analgésicos opioides en España (DDD/1000 hab. y día)



Agencia Española de Medicamentos [12]

FIGURA 2. Evolución de la utilización de analgésicos opioides en España, según principio activo (DDD/1000 hab. y día)



Agencia Española de Medicamentos [12]

PERCEPCIÓN DE RIESGO

A pesar de los datos expuestos, la percepción de riesgo en España en relación con estos fármacos es baja, tanto entre los profesionales sanitarios como entre los pacientes.

A modo de ejemplo, podemos referirnos al uso del tramadol, que es un analgésico con efectos opioides y no opioides incluido en el segundo escalón analgésico junto con la codeína. Su amplia disponibilidad, su aparente perfil de seguridad y su bajo precio han hecho que aumente mucho la prescripción de este fármaco para multitud de patologías que cursan con dolor y en todos los ámbitos de la medicina, sobre todo en Aten-

ción Primaria. La errónea percepción de que se trata de un fármaco seguro, junto con que sea prescrito por un médico, facilita su uso a largo plazo y la desviación hacia un uso indebido. No es infrecuente que un paciente que tiene prescrito tramadol comparta con amigos o familiares sus comprimidos, sin supervisión médica. Pero no hay que olvidar que tiene efectos sobre el sistema nervioso central y su uso a largo plazo (más de seis meses) eleva el riesgo de abuso y adicción, como ocurre con el resto de fármacos opioides.

Del mismo modo, las nuevas formulaciones de **fentanilo** comercializadas recientemente, tanto orales (comprimidos sublinguales y bucales, películas) como nasales (pulverizadores), son formas galénicas muy potentes de acción muy rápida que solo están indicadas para el tratamiento del dolor irruptivo en adultos que están en tratamiento de mantenimiento con opioides para el dolor oncológico. Su elevada potencia y su rapidez de acción desaconsejan su uso en el dolor crónico no oncológico, debido a su elevado riesgo potencial de abuso y adicción. A pesar de ello, hay pacientes que tienen prescritas estas formulaciones para el tratamiento del dolor crónico neuropático resistente a otros tratamientos.

En general, siempre que sea posible, se recomienda utilizar la vía oral para el manejo del dolor con analgésicos opioides. Por tanto, los **parches transdérmicos**, que recordemos supusieron un 84% de las prescripciones de fentanilo en el año 2015, deberían reservarse para aquellos pacientes en los que la vía oral esté contraindicada o no pueda usarse.

CONCLUSIONES

- El uso médico de los analgésicos opioides en España ha experimentado un crecimiento exponencial en

las dos últimas décadas, como en el resto de Europa occidental, EE.UU., Canadá y Australia.

- Aunque es muy probable que no alcancemos las devastadoras cifras de uso indebido, abuso, adicción y mortalidad relacionadas con analgésicos opioides de prescripción en EE.UU., la prescripción de estos fármacos sigue aumentando en nuestro país y se deben establecer medidas preventivas y controlar la prescripción, para minimizar los riesgos.
- Hasta hace dos décadas nos enfrentábamos a un problema de salud pública: el tratamiento subóptimo del dolor. Ahora podemos estar ante la punta del iceberg de otro problema con repercusiones sociales, psicológicas y físicas para algunos pacientes, que supone una importante carga económica para nuestro sistema sanitario: la excesiva prescripción de opioides en aquellos casos en los que los riesgos superan a los beneficios, especialmente en pacientes con dolor crónico no oncológico que utilizan dosis elevadas de opioides a largo plazo.
- Es necesario conseguir un uso más equilibrado de los opioides, que permita la disponibilidad de estos fármacos para aquellos pacientes que puedan beneficiarse de ellos y limite en la medida de lo posible un uso inapropiado que suponga un mayor riesgo de las consecuencias negativas asociadas.
- Aquellos pacientes que presenten criterios de uso indebido, abuso o adicción de opioides de prescripción precisan un tratamiento integral y multidisciplinar que incluya un manejo adecuado tanto del dolor como del trastorno por uso de opioides. No podemos dar la espalda a estos pacientes porque, al menos en parte, hemos ayudado a crearlos [13].

BIBLIOGRAFÍA

1. Infac. Opioides en el manejo del dolor. El difícil equilibrio entre la opofobia y la opiofilia. Infac. 2014; 22(5):23-9.
2. Ballantyne JC, Mao J. Opioid therapy for chronic pain. N Engl J Med. 2003; 349(20):1943-53.
3. Van Zee A. The promotion and marketing of oxycontin commercial triumph, public health tragedy. Am J Public Health. 2009; 99(2):221-7.
4. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Vital Signs: Overdoses of Prescription Opioid Pain Relievers-United States, 1999-2008 [consultado 24 Feb 2017]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm6043a4.htm>.
5. Vowles KE, McEntee ML, Julnes PS, Frohe T, Ney JP, van der Goes DN. Rates of opioid misuse, abuse, and addiction in chronic pain: a systematic review and data synthesis. Pain. 2015; 156:569-76.
6. Kerridge BT, Saha TD, Chou SP, Zhang H, Jung J, Ruan WJ, Smith SM, Huang B, Hasin DS. Gender and nonmedical prescription opioid use and DSM-5 nonmedical prescription opioid use disorder: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions-III. Drug Alcohol Depend. 2015; 156:47-56.
7. Hannu A. Prevalence of prescription opioid-dependency in Europe and risk factors for abuse. Poster presentado en el 15th Meeting of International Society of Addiction Medicine. Kuala Lumpur (Malaysia). Noviembre 2013.
8. Novak SP, Hakansson A, Martinez-Raga J, Reimer J, Krotki K, Varughese S. Nonmedical use of prescription drugs in the European Union. BMC Psychiatry, 2016; 16:274.
9. Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías. Informe Europeo sobre Drogas 2015- OEDT: 2015 [consultado 24 Feb 2017]. Disponible en: http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_239505_ES_TDA-T15001ESN.pdf.

10. Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías. Informe Europeo sobre Drogas 2016 OEDT: 2016 [consultado 24 Feb 2017]. Disponible en: <http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/2637/TDAT16001ESN.pdf>.
11. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Utilización de opioides en España (1992-2006). AEMPS [consultado 24 Feb 2017]. Disponible en: <https://www.aemps.gob.es/en/medicamentosUsoHumano/observatorio/docs/opioides.pdf>.
12. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Utilización de medicamentos opioides en España durante el periodo 2008-2015. AEMPS: 2017 [consultado 24 Feb 2017]. Disponible en: <https://www.aemps.gob.es/medicamentosUsoHumano/observatorio/docs/opioides-2008-2015.pdf>.
13. Gregg J. A startling injustice: pain, opioids, and addiction. *Ann Intern Med.* 2015; 162(9):651-2.



LOS ANALGÉSICOS OPIOIDES EN EL TRATAMIENTO DEL DOLOR

Utilidad, indicaciones y monitorización

ALBERT TUCA · CALIXTO SÁNCHEZ · MANUELA MONLEÓN
· CARMEN SALA · JESÚS A. ÁLVAREZ

La Sociedad Internacional para el Estudio del Dolor (International Association for the Study of Pain, IASP) define el dolor como “una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada a lesión orgánica real o potencial, o que se describe como ocasionada por dicha lesión” [1]. Es, por tanto, una experiencia vital física, cognitiva, evaluativa y emocional.

No es necesario recordar que el dolor crónico es un problema de primera magnitud sanitaria por su alta prevalencia y por el intenso impacto físico, emocional y social que provoca en las personas que lo padecen. El alivio del dolor es un imperativo ético-asistencial y se ha establecido como un objetivo prioritario de la medicina del siglo XXI [2]. La declaración de Montreal en 2010 de la IASP ratificó formalmente la inclusión del acceso al tratamiento analgésico como un Derecho Humano Fundamental [3].

Desde un punto de vista fisiopatológico, el dolor agudo tiene una clara función de alerta sobre la amenaza de la pérdida de integridad de la persona, su lo-

calización e intensidad se relaciona con la lesión que lo origina, y desaparece cuando la patología subyacente se controla. Por el contrario, el dolor crónico se define como el que persiste durante meses tras la desaparición de la lesión que lo originó o se debe a patologías crónicas evolutivas. Este tipo de dolor presenta, de forma característica, mecanismos aberrantes de perpetuación y está sujeto a múltiples factores moduladores.

Los estudios poblacionales muestran que el 19% de los europeos padecen dolor crónico (España se sitúa algo por debajo de la media europea con un 17%) [4] y que en el 34% de estos la intensidad del dolor se calificó como intensa. La duración del dolor crónico fue superior a los dos años en el 59% de los casos, en el 20% se asociaron síntomas depresivos y en el 19% se produjo la pérdida del trabajo por esta causa. El 5% de los pacientes con dolor crónico, considerados globalmente, precisó analgesia con opioides mayores. Los expertos consideraron a la luz de estos datos que cerca del 40% de los pacientes no recibió un tratamiento analgésico adecuado [5]. El dolor crónico por cáncer, considerando todas sus fases evolutivas desde el diagnóstico hasta el cáncer avanzado, afecta al 56% de los casos. El 46% de los enfermos de cáncer precisó analgesia con opioides potentes o mayores [6]. La prevalencia de dolor en el cáncer avanzado supera el 75%, asociado a un incremento paralelo de la indicación de opioides potentes [7].

ESTRATEGIA ANALGÉSICA

La publicación en 1996 de la escala analgésica de la Organización Mundial de la Salud (OMS) supuso un gran avance en la difusión de las estrategias de control analgésico en el dolor crónico [8]. El objetivo de esta escala fue proponer una estrategia racional del incremento en

la potencia analgésica (analgésicos puros y fármacos adyuvantes) en función de la intensidad del dolor y de la respuesta a las fases de tratamiento previas. Hacía un énfasis especial en la valoración individualizada del dolor, en la analgesia regular asociada a un diseño adecuado de las dosis de rescate, en la idoneidad de la vía de administración oral, en el ajuste progresivo de la dosis y en la revisión periódica de la analgesia [9-11].

El primer escalón de la OMS comprende el paracetamol y los antiinflamatorios no esteroideos (ibuprofeno, diclofenaco, ketorolaco, metamizol, etc.), asociados a fármacos adyuvantes co-analgésicos según la naturaleza del dolor. En el caso de que no se consiga una analgesia adecuada con las dosis plenas y en pauta fija con estos fármacos se recomienda la indicación de la analgesia de segundo escalón. Esta analgesia comprende la utilización de los fármacos de primer escalón asociados a opioides débiles (codeína o tramadol). Si el control analgésico es insuficiente se deben suspender los fármacos del segundo escalón e iniciar tratamiento con opioides mayores (tercer escalón), asociados o no a co-analgésicos según la naturaleza del dolor. Los fármacos adyuvantes co-analgésicos más utilizados son los antidepresivos, los ansiolíticos, algunos anticomiciales y los corticoides. Los estudios de validación de la escala analgésica de la OMS confirman una efectividad superior al 80% y consideran a la morfina oral como el opioide mayor de referencia.

Actualmente, en nuestro país existen múltiples opioides mayores no parenterales, de liberación normal o modificada, que se pueden administrar por vía oral, transmucosa o transdérmica (TABLA 1).

Una reciente revisión de la Sociedad Europea de Cuidados Paliativos confirma que no existe un opioide potente de primera elección por su perfil de eficacia y seguridad. Este informe señala también que la metado-

na debería ser prescrita y manejada solo por servicios especializados debido a su particular perfil farmacodinámico y farmacocinético [12].

Sigue habiendo en la actualidad un interés creciente de la industria farmacéutica por encontrar nuevos fármacos analgésicos opioides más seguros y eficientes, de elevada potencia y libres de efectos adversos. Muestra de ello serían los estudios que se están realizando sobre la opiorfina, una sustancia natural que actúa evitando la depuración de los opioides endógenos y puede permitir una analgesia eficaz minimizando los efectos secundarios y la tolerancia [13]. Otro ejemplo serían las ampakinas, antagonistas selectivos de la acción de los opioides sobre la depresión respiratoria sin afectar a su actividad analgésica [13-15]. Actualmente también se están investigando los antagonistas de los receptores sigma-1 (neuromodulador de la proteína G, presente en receptores opioides μ y NMDA), que provocan un incremento de la actividad opioide y una reducción de la señalización NMDA [16].

TABLA 1. Opioides mayores más utilizados en España

Nombre	Vía de administración	Liberación
MORFINA	Oral	Rápida
	Oral	Prolongada
OXICODONA	Oral	Rápida
	Oral	Prolongada
OXICODONA + NALOXONA	Oral	Prolongada
FENTANILO	Transdérmico	Prolongada
	Transmucosa (bucal, sublingual, intranasal)	Ultrarrápida
TAPENTADOL	Oral	Rápida
	Oral	Prolongada
BUPRENORFINA	Oral	Rápida
	Transdérmica	Prolongada
HIDROMORFONA	Oral	Prolongada
METADONA	Oral	Prolongada

INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES DE LOS ANALGÉSICOS OPIOIDES

El paracetamol y los AINE siguen considerándose los fármacos de primera línea para el tratamiento del dolor nociceptivo. En cambio, para el dolor neuropático, esta posición la ocupan los antidepresivos tricíclicos, los anticonvulsivos y los antidepresivos duales (TABLA 2) [17]. En el caso del dolor mixto se recomienda seguir la escala analgésica añadiendo desde el principio fármacos específicos del componente neuropático [17].

El papel de los analgésicos opioides para el manejo del dolor agudo severo, del dolor posquirúrgico y del

TABLA 2. Tratamiento farmacológico del dolor crónico no oncológico

	Dolor nociceptivo	Dolor neuropático
1ª línea	<ul style="list-style-type: none"> • Paracetamol • AINE 	<ul style="list-style-type: none"> • Antidepresivos tricíclicos: amitriptilina, nortriptilina o imipramina. • Anticonvulsivantes: gabapentina, pregabalina. • Antidepresivos duales: duloxetina, venlafaxina <p>Si el alivio del dolor es escaso con un fármaco de 1ª línea a dosis máxima, cambiar a otro de 1ª línea</p>
2ª línea	<p>Añadir un opioide menor:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tramadol (máx. 400 mg/día) • Codeína (máx. 240 mg/día) 	<p>Combinar dos fármacos de primera línea (por ej., amitriptilina + gabapentina)</p>
3ª línea	<p>Utilizar un opioide mayor durante tres meses:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Morfina (de elección) u oxícodona vía oral • Fentanilo transdérmico (si la vía oral está contraindicada) 	<p>Añadir tramadol.</p> <p>Se puede añadir también un coadyuvante tópico (lidocaína, capsaicina)</p>
4ª línea	Derivación a Unidad del Dolor	Derivación a Unidad del Dolor

Adaptado del Boletín Terapéutico Andalucía (2015) [17]

TABLA 3. Contraindicaciones de los analgésicos opioides

Cefaleas primarias o migrañas
Dolor funcional visceral (p.ej., síndrome de intestino irritable)
Fibromialgia
Dolor crónico debido a trastorno mental (TEPT, TAG, depresión)
Enfermedad inflamatoria intestinal o pancreatitis crónica
Comorbilidad con trastornos del estado de ánimo graves y/o conducta suicida
Uso inadecuado de otros fármacos
Mujeres embarazadas o que planean estarlo

dolor oncológico está claramente establecido. Pero su efectividad a largo plazo en el dolor crónico no oncológico sigue siendo controvertida, ya que la mayoría de los estudios sobre su eficacia no son superiores a doce semanas y los estudios sobre seguridad no van más allá de un año [18]. Por tanto, los opioides mayores deberían reservarse en el dolor crónico no oncológico para aquellos casos en los que hayan fracasado los dos primeros escalones de la escala analgésica de la OMS, y solo si los beneficios esperables en relación al dolor y a la funcionalidad superan a los riesgos. En este tipo de dolor también han demostrado ser eficaces ciertas técnicas neuroquirúrgicas, que incluyen la neuroestimulación, los bloqueos nerviosos o la neurolisis.

En cualquier caso, independientemente del tipo de dolor, la prescripción de analgésicos opioides ha de ser adecuada, prudente, segura y controlada [19,20]. Aunque no se ha establecido ninguna contraindicación absoluta para el uso de estos fármacos en el tratamiento del dolor, existe evidencia de que en ciertos casos lo más recomendable es evitar su uso (TABLA 3) [21]. En el tratamiento de la fibromialgia solo existe evidencia de

eficacia con tramadol, por su efecto inhibitor de la recaptación de serotonina y noradrenalina. En los brotes agudos de enfermedad inflamatoria intestinal o pancreatitis el tratamiento con opioides no debe superar las cuatro semanas.

MONITORIZACIÓN DEL TRATAMIENTO CON OPIOIDES

La evaluación integral del dolor es un tema fundamental en la planificación de la terapéutica analgésica. La IASP propone la descripción del dolor basado en 5 ejes (TABLA 4) [22]. A esto hay que añadir una evaluación psicosocial básica, la descripción de los factores moduladores del dolor, los antecedentes de adicción al alcohol u otras drogas y la respuesta, toxicidad y titulación de los tratamientos previos.

TABLA 4. Descripción del dolor de la IASP

Eje I	Localización e irradiación
Eje II	Sistema orgánico implicado
Eje III	Característica temporal
Eje IV	Intensidad
Eje V	Etiología

Como norma general, para el tratamiento del dolor crónico no oncológico se recomienda seguir la escala analgésica con un enfoque progresivo, elaborando un plan de tratamiento individualizado que incluya desde el inicio medidas farmacológicas y no farmacológicas [23].

Si finalmente se decide prescribir analgésicos opioides a un paciente con dolor crónico, se deben tener en

cuenta una serie de aspectos importantes que se detallan a continuación.

Antes de iniciar el tratamiento

La valoración inicial de un paciente con dolor crónico debe ser exhaustiva. [24-28] Además de la historia clínica y la exploración física habitual, debemos investigar no solo los aspectos físicos del dolor, sino también sus componentes psicosociales. [27,33]

La **evaluación inicial** del paciente con dolor crónico debe incluir los siguientes aspectos:

- **Evaluación del dolor:** [31,33,34]
 - **Causa inicial.** Es importante determinar la lesión o el daño que originó el dolor.
 - **Tipo.** Según su origen, el dolor se puede clasificar en neuropático, nociceptivo o mixto. Según el tipo de dolor, el enfoque farmacológico será diferente. Los opioides son muy eficaces en algunos tipos de dolor nociceptivo, pero no lo son tanto en el dolor neuropático. En el **ANEXO I** se incluye un cuestionario que puede resultarnos útil para el diagnóstico de dolor neuropático: el DN4.
 - **Localización.** El dolor se tiene que ubicar en el esquema corporal y hay que investigar sus características de localización (focal, multifocal o generalizado; superficial o profundo; localizado o reflejo)
 - **Características temporales.** Se debe evaluar el comienzo, la duración, el curso y el patrón.
 - **Signos y síntomas secundarios.** Se valorará el estado de ánimo, el dolor emocional y las alteraciones del sueño, entre otros.
 - **Factores que agravan o alivian el dolor.**
 - **Intensidad del dolor.** La intensidad del dolor no

se puede medir de forma objetiva dado que, como toda experiencia emocional, es subjetivo. En un intento de cuantificar en la medida de lo posible la intensidad de la experiencia del dolor, se han desarrollado escalas fáciles de aplicar, como la escala visual analógica (EVA) o la escala numérica del dolor (ANEXO II). [33]

- **Impacto sobre la función física y mental y sobre la calidad de vida.** El cuestionario breve para la evaluación del dolor (BPI-SF) y el inventario de deterioro y funcionamiento (IDF), que se incluyen en los ANEXOS III y IV de esta guía, pueden ser útiles para evaluar la intensidad del dolor y su impacto en las actividades de la vida diaria. Conocer la funcionalidad y la calidad de vida del paciente antes de iniciar el tratamiento con opioides nos permitirá evaluar más tarde su eficacia.
- **Respuesta a tratamientos previos.** Hay que valorar el tipo de tratamiento, las dosis utilizadas, la duración, el grado de cumplimiento, los efectos secundarios y las razones para suspenderlo. [24]
- **Valoración de la situación física y psicosocial de partida.** Se deben valorar también las enfermedades coexistentes y los factores psicológicos, sociales o comportamentales que pueden afectar a la experiencia de dolor y a los posibles tratamientos: [35]
 - **Patologías físicas y otras características que supongan mayor riesgo de depresión respiratoria.** Por ejemplo, síndrome de apnea obstructiva, obesidad mórbida, edad avanzada, uso de benzodiazepinas u otros sedantes, enfermedad pulmonar o cardíaca... [24,29]
 - **Estado cognitivo.**
 - **Estado emocional.**

- **Creencias y expectativas en relación al dolor.**
- **Factores de estrés psicosocial.**
- **Situación laboral.**
- **Actividades de la vida diaria.**
- **Patrón de sueño.**
- **Estado funcional y sexual.**
- **Evaluación del riesgo potencial de uso indebido, abuso y adicción a opioides.**
 - **Identificar posibles factores de riesgo.** Se han descrito numerosas variables asociadas a un mayor riesgo de uso indebido o abuso de opioides (TABLA 5). [27,28,32,35-37] Aunque en general se considera que ambos sexos tienen idéntico riesgo, algunos estudios señalan que el riesgo podría ser mayor en las mujeres por varias razones (TABLA 6), relacionadas tanto con las características del dolor [38-42], como con la psicopatología [43-51] y la adicción. [46,50,52-54]
 - **Evaluar el riesgo.** [32] Existen varios instrumentos para la evaluación del riesgo de abuso de los analgésicos opioides que nos pueden ayudar en la toma de decisiones clínicas, pero no son herramientas diagnósticas. En general, la entrevista clínica es la que más sensibilidad tiene a la hora de predecir el riesgo; los cuestionarios solo tienen un valor orientativo. [55,56] Entre la batería de cuestionarios disponibles, cabe destacar los siguientes: [32,34,35,57]
 - * *Opioid Risk Tool* (ORT, en ANEXO V), que es el más sencillo y rápido de realizar, desarrollado específicamente para pacientes con dolor. Se trata de un autoinforme compuesto por 5 ítems en el que se recogen las siguientes dimensiones:

- Historia familiar en relación al abuso de sustancias.
- Historia personal en relación al abuso de sustancias.
- Edad.
- Episodios de abuso sexual en la pre-adolescencia.
- Presencia de trastornos psicológicos.

A mayor puntuación, mayor riesgo, pudiendo clasificarse en: 0-3 puntos (bajo riesgo), de 4-7 puntos (riesgo moderado) y superior a 8 puntos (alto riesgo). Este instrumento proporciona una excelente discriminación entre pacientes de alto y bajo riesgo y entre hombres y mujeres, mostrando en los análisis realizados una capacidad del 90,9% para predecir abuso de fármacos opioides en pacientes de alto riesgo y del 94,4% para predecir no abuso en pacientes con bajo riesgo.

- * *Screener and Opioid Assessment for Patients with Pain-revised version (SOAPP-R, en ANEXO VI), que combinado con una evaluación clínica es el que muestra una mayor sensibilidad en predecir el riesgo de abuso o adicción. Con la puntuación de corte de 18 se obtuvo una sensibilidad de 0.80 y especificidad de 0.82, lo que sugiere que el SOAPP-R es válido para detectar el riesgo de conductas anómalas en el uso de este tipo de medicación en pacientes con dolor crónico.*
- * *Current Opioid Misuse Measure (COMM), es una autoevaluación breve del paciente que sirve para supervisar a los pacientes con dolor crónico que ya están en tratamiento con opioides a largo plazo. Nos ayuda a determinar si estos pacientes pueden estar exhibiendo comportamientos aberrantes asociados con el uso indebido de medicamentos opioides. La COMM ha mostrado una buena validez de contenido,*

aparente y de constructo. El COMM mostró una sensibilidad de 0.75 (95% CI, 0.63-0.84) y una especificidad de 0.73 (95% CI, 0.65-0.80).

* *Pain Assessment and Documentation Tool (PDAT)*, que también sirve para monitorizar el uso de opioides una vez iniciado el tratamiento.

- **Estratificar el riesgo.** [32] Según la evaluación de los factores de riesgo citados anteriormente, podremos clasificar a los pacientes en tres categorías de riesgo: bajo, medio o alto (TABLA 7). [27] En general se recomienda evitar o limitar el uso de opioides en los pacientes incluidos en la categoría de riesgo alto, sobre todo en aquellos que presenten un trastorno mental grave descompensado, ideas autolíticas o trastornos por consumo de alcohol u otras drogas. [32,58]

También debemos establecer y consensuar con el paciente los **objetivos del tratamiento**, que se deben establecer con expectativas y metas realistas en relación al dolor y a la funcionalidad. Está claro que se busca aliviar el dolor, pero es muy probable que este no desaparezca por completo. [26,32,33,35] Hay que transmitir al paciente que el objetivo principal del tratamiento es mejorar su funcionalidad física y mental y su calidad de vida. En general, se considera un buen objetivo terapéutico una mejoría del 30% en la puntuación de las escalas de dolor y funcionalidad. [17,23,26,27,29-33,35,59] También es importante consensuar de antemano con el paciente cómo y cuándo se suspenderán los analgésicos opioides en el caso de que no se consigan los objetivos establecidos o cuando los riesgos de mantener el tratamiento con estos fármacos superen a los beneficios. [23,35]

Hay que **informar al paciente** de forma sencilla y realista sobre qué son los opioides, en qué consiste el tratamiento, qué se pretende conseguir con ellos y qué

TABLA 5. Variables propuestas como factores de riesgo de abuso o adicción a analgésicos opioides

Variables sociodemográficas	Edad	Jóvenes (18-24 años).
	Sexo	Mujeres, según algunos autores (ver TABLA 6).
Variables relacionadas con el dolor	<ul style="list-style-type: none"> • Dolores múltiples. • Dolor difuso. • Quejas subjetivas. • Mayor limitación funcional. 	
Variables genéticas	Polimorfismos de ciertos genes.	
Variables psicopatológicas	<ul style="list-style-type: none"> • Estrés psicosocial intenso. • Dolor emocional. • Comorbilidad psiquiátrica (trastornos de ansiedad, trastorno por estrés posttraumático, trastorno de personalidad, trastornos depresivos, trastorno por consumo de alcohol y otras drogas). 	
Variables relacionadas con los opioides	<ul style="list-style-type: none"> • Dosis elevadas. • Agonistas puros. • Formulaciones de acción rápida. • Vía parenteral o transmucosa. • Prescripción de múltiples opioides. 	

TABLA 6. Factores que pueden implicar mayor riesgo de abuso de analgésicos opioides en las mujeres

Relacionados con el dolor	Relacionados con la comorbilidad psiquiátrica	Relacionados con el abuso o la adicción a opioides
Dolor más frecuente, más intenso, más duradero y menos localizado.	Niveles más elevados de ansiedad relacionada con el dolor.	Mayor uso y abuso de analgésicos opioides.
Mayor prescripción de analgésicos a dosis altas y durante más tiempo.	Estrategias de afrontamiento más desadaptativas.	Mayor automedicación en respuesta al estrés emocional.
Mayor prescripción de analgésicos opioides.	Mayor incidencia de trastornos de ansiedad, trastornos depresivos y trastorno por estrés posttraumático.	Mayor sensibilidad a los efectos de los opioides.
Mayor uso concomitante de hipnóticos y sedantes.	Mayor incidencia de eventos traumáticos previos (maltrato físico, abuso sexual)	Progresión más rápida del abuso a la adicción.
Mayor disfuncionalidad.		

TABLA 7. Estratificación del riesgo de adicción a analgésicos opioides

	Riesgo bajo	Riesgo medio	Riesgo alto
Dolor	Localizado	En menos de tres zonas	Difuso
Signos y síntomas objetivos	Presentes	Presentes	Ausentes
Exacerbaciones del dolor	Ausentes	Escasas	Frecuentes
Comorbilidad psiquiátrica	Ausente o leve	Moderada y controlada	Grave o no controlada
Trastornos orgánicos	Ausentes o leves	Moderados y controlados	Graves o no controlados
Antecedentes familiares de adicción	No	Controlados	Consumos activos
Antecedentes personales de adicción	No	Controlados	Consumos activos
Tolerancia	Ausente	Leve	Importante
Dependencia física	Ausente	Ausente	Presente
Hiperalgesia	Ausente	Ausente	Presente
Abuso	Ausente	Ausente	Presente
Nivel de aceptación del dolor	Alto	Moderado	Bajo
Estrategias de afrontamiento	Adaptativas	Adaptativas o desadaptativas	Desadaptativas
Funcionalidad	Funcional o casi funcional	Disfuncional con intentos de normalización	Claramente disfuncional
Aceptación tratamientos multimodales	Sí	Sí	No

complicaciones o efectos adversos podrían aparecer en el transcurso del tratamiento con estos fármacos. [23, 24,32,33,35] Dicha información se puede dar verbalmente, aunque lo más aconsejable es hacerlo también por escrito (ANEXO VIII). [24,32,33] Si el paciente decide iniciar el tratamiento con opioides, se recomienda recordar esta información de forma periódica a lo largo del mismo.

Dadas las características especiales de los analgésicos opioides, es conveniente que los pacientes firmen un **consentimiento informado** (ANEXO IX) en el que autoricen el tratamiento con estos fármacos [27,32,33], tras haber sido informados de todos los aspectos importantes del mismo, establecido los objetivos y elaborado el plan individualizado de tratamiento integral [24,28,33], que cubra sus necesidades físicas y psicosociales y que consiga encontrar un equilibrio adecuado entre el alivio del dolor, la mejoría funcional y los efectos adversos. [32,35] La firma de este consentimiento es imprescindible cuando se van a prescribir opioides potentes de acción ultrarrápida en pacientes con dolor crónico no oncológico, ya que su uso en este tipo de dolor no está indicado en la ficha técnica (ANEXO X).

Durante el tratamiento

Se requiere un **ajuste de la dosis** individualizado y progresivo hasta alcanzar la mínima eficaz. La dosis inicial se establecerá teniendo en cuenta los factores que se muestran en la TABLA 8 [32], comenzando con dosis bajas y dejando siempre una ventana terapéutica para poder realizar ajustes de dosis y utilizar medicación de rescate si fuese necesario. [17]

En general, se recomienda iniciar el ajuste de la dosis con morfina de liberación rápida por vía oral en dosis de 2,5mg en pacientes frágiles o debilitados, 5mg en

TABLA 8. Factores a tener en cuenta en la fase de ajuste de la dosis

Edad.
Intensidad, tipo y origen del dolor.
Presencia de insuficiencia renal, hepática o respiratoria.
Tolerancia a opioides por prescripción previa.
Posibles interacciones con otros fármacos que tome el paciente habitualmente.
Déficit cognitivo y problemas de comunicación con el paciente.

los que no han sido tratados previamente con opioides (pacientes *naive*) y 10 mg en los que ya hayan tomado opioides [32], cada 4-6 horas en todos los casos. [17,23,27,28,30,33-35] Los inicios con opioides de liberación prolongada se han asociado a un mayor riesgo de sobredosis. Se harán ajustes progresivos de la dosis con aumentos no superiores a 5-10 mg DEM (dosis equivalente de morfina) por semana. [33,34] La dosis óptima se habrá alcanzado cuando la funcionalidad del paciente mejore, cuando el dolor se haya reducido en un 30% o cuando añadir una o dos dosis de rescate solo aporte un beneficio mínimo. [17,33,34,59]

Una vez alcanzada la dosis mínima eficaz estable, se debe pasar cuanto antes a formulaciones de liberación prolongada, que presentan un menor riesgo a largo plazo de provocar conductas aberrantes y adicción. [32,33] La mayoría de los pacientes se estabilizan con dosis muy por debajo de 200 mg DEM. [28,33,34] En ensayos clínicos controlados se han establecido unas dosis medias de 57 mg al día en el dolor nociceptivo y de 92 mg en el dolor neuropático. Por encima de los 50 mg hay que realizar un seguimiento más estrecho de los pacientes. Las dosis por encima de 90 mg DEM deben estar claramente justificadas en la historia clínica y se deben plantear

otros enfoques terapéuticos, considerando la reducción o retirada progresiva de los opioides, dadas las evidencias de mayor riesgo de sobredosis y adicción. Los pacientes que presenten un dolor inaceptable a pesar de una escalada rápida de la dosis del opioide o que precisen dosis por encima de los 120 mg DEM al día deberán ser controlados en unidades especializadas del dolor. [24,32-34] En cualquier caso, en el dolor crónico nunca se deben prescribir los opioides a demanda, sino siempre de forma pautada. [25] La prescripción de opioides a demanda únicamente estará justificada en pacientes terminales.

La prescripción crónica de analgésicos opioides conlleva riesgos considerables, por lo que requiere un **seguimiento estrecho** del paciente y **reevaluaciones periódicas**. [27,28,31-34] Se recomienda evaluar nuevamente el balance entre los riesgos y los beneficios de una a cuatro semanas después de haber iniciado el tratamiento y siempre que se realice un aumento de la dosis. [23,24] Si los beneficios no superan a los riesgos, lo más indicado es plantear al paciente una disminución progresiva de la dosis del opioide hasta suspenderlo, si es posible, y cambiar el enfoque terapéutico hacia otras opciones sin opioides. [23] Si se plantea un tratamiento a largo plazo, se debe realizar una reevaluación del paciente a intervalos inferiores a tres meses. En estas visitas se evaluará nuevamente la intensidad del dolor, el grado de analgesia, el estado funcional, la calidad de vida y el balance entre riesgos y beneficios. [23,32] En cada revisión o cada vez que se haga una receta, se debe supervisar la medicación que tiene pautada el paciente para valorar la posible sobreprescripción de opioides o las combinaciones con otros fármacos que aumenten el riesgo de sobredosis. [23,24,27,32] Algunas guías recomiendan realizar controles toxicológicos en orina al comenzar el tratamiento con analgésicos opioides y, pos-

TABLA 9. Grupos de opioides

Alcaloides naturales del opio	
Codeína	Morfina
Oxicodona	Hidromorfona
Derivados de la fenilpiperidina	
Fentanilo	
Derivados de la oripavina	
Buprenorfina	
Otros opioides	
Tramadol	
Tapentadol	

TABLA 10. Proceso de la rotación de un opioide a otro

1.	Cálculo de la dosis equivalente de morfina (DEM) que corresponde al opioide que está tomando (opioide A).
2.	Cálculo de la dosis del nuevo opioide (opioide B) que se corresponde con la dosis de morfina calculada en el paso 1.
3.	Disminuir un 25-75% de la dosis de opioide B calculada en el paso 2 (margen de seguridad).
4.	Administrar durante 3-7 días: 70% de la dosis del opioide A + 30% de la dosis calculada del opioide B calculada en el paso 3.
5.	Administrar durante otros 3-7 días: 30% de la dosis del opioide A + 70% de la dosis del opioide B calculada en el paso 3.
6.	A partir del día 7-15: 100% de la dosis del opioide B.

teriormente, al menos una vez al año, para determinar el consumo de los opioides, de otros fármacos o de drogas ilegales. [23,27,32,33]

La **rotación de opioides**, definida como la sustitución de un opioide por otro, es una estrategia útil para conseguir un equilibrio adecuado entre la analgesia y la toxicidad. [34] Los pacientes que presenten una mala respuesta a un opioide determinado, que requieran dosis muy elevadas del mismo o que presenten efectos adversos importantes, pueden beneficiarse de un cambio por otro opioide de distinto grupo (TABLA 9). [17,23,27,28,30-35] La rotación de un opioide a otro debe realizarse de forma lenta y escalonada durante al menos 7-10 días. [17,30] El cálculo de la dosis del nuevo opioide se debe realizar mediante las tablas equianalgésicas aproximadas (ANEXO XI). Se aconseja reducir la dosis del nuevo opioide de un 25 a un 75% de la dosis del opioide original, dependiendo de la tolerancia cruzada incompleta entre los opioides y de las características individuales del paciente. [17,23,30,33,35] En la TABLA 10 se muestra el proceso que hay que seguir para realizar una rotación de opioides. [17]

Se debe considerar la **retirada de los opioides** en un paciente con dolor crónico no oncológico en los siguientes casos: [17,23,24,30,32-35]

- Falta de eficacia en términos tanto de analgesia como de funcionalidad, incluso con dosis elevadas.
- Aparición de efectos adversos graves e intolerables.
- Sospecha o certeza de uso indebido, abuso o adicción a estos fármacos.
- Solicitud del paciente.

La retirada debe realizarse de forma lenta y progresiva [33-35] para minimizar los síntomas de abstinencia, hasta la supresión total del fármaco. En general se reco-

mienda disminuir aproximadamente un 10% de la dosis de partida por semana o un 25% cada 2-3 semanas. Una vez alcanzado un tercio de la dosis inicial, se aconseja una reducción más lenta (5 mg cada 2-4 semanas). [26,27]

En pacientes que han tomado los opioides durante años se aconseja una pauta de retirada más lenta; cuanto mayor sea el tiempo de tratamiento, más despacio se reducirá la dosis. También se recomienda una pauta más lenta en los pacientes con miedo a la retirada, en los dependientes o en aquellos que presenten enfermedades cardiorrespiratorias. [27]

Puede ser necesaria la utilización de medicación coadyuvante (antidepresivos o anticonvulsivantes) para manejar la sintomatología de abstinencia, pero se desaconseja el uso de benzodíacepinas. [25,26,34]

Varios estudios señalan que, en los pacientes con dolor intenso que toman dosis elevadas de opioides, la retirada de estos fármacos disminuye la intensidad del dolor percibido y mejora el estado de ánimo. [26,29,33]

MANTENIMIENTO DE LA PRESCRIPCIÓN

El médico de familia es el responsable de la continuidad de las prescripciones a los pacientes incluidos en su cupo, tanto las que pauta él mismo como las que realizan los diferentes especialistas.

Por lo general, esta función no genera problemas especiales o, si surgen, son resueltos en la consulta sin que lleguen a producir conflictos. Ahora bien, cuando se prescriben fármacos opioides para el tratamiento del dolor crónico no oncológico, pueden surgir distintas cuestiones que convendría aclarar.

Reiteramos la conveniencia de emplear un formulario de consentimiento informado, cumpliendo con las condiciones para que tenga valor. Aunque actualmente la firma de este consentimiento no es obligatoria, su

implantación sería deseable. La naturaleza y frecuencia de los problemas potenciales de la prescripción de opioides hace que, a diferencia de otros tratamientos farmacológicos, sea necesaria una información clara y veraz y una aprobación formal por parte del paciente. De esta forma también podremos asegurar la responsabilidad del primer prescriptor sobre el seguimiento del paciente, el control de los efectos secundarios, el mantenimiento en el tiempo y, en caso de ser necesaria, la discontinuación. Este último punto, la discontinuación, exige una formación que debería proporcionarse a todos los profesionales que puedan prescribir estos fármacos.

CONCLUSIONES

- El dolor crónico es un problema de primera magnitud sanitaria por su alta prevalencia y por el intenso impacto físico, emocional y social que provoca en las personas que lo padecen.
- El tratamiento analgésico adecuado es un imperativo clínico y ético.
- En el tratamiento del dolor crónico no oncológico los objetivos deben ser maximizar la eficacia y minimizar el riesgo.
- La estrategia de tratamiento del dolor crónico no oncológico debe basarse en la escalera analgésica de la OMS con un enfoque progresivo, siendo preferibles de entrada los fármacos no opioides y los tratamientos no farmacológicos.
- La indicación de opioides potentes o mayores debe sustentarse en una evaluación exhaustiva del paciente, valorando siempre el balance riesgos/beneficios.
- La utilización de opioides potentes requiere un seguimiento estrecho individualizado.

BIBLIOGRAFÍA

1. IASP Taxonomy. [consultado 25 Mar 2017] Disponible en: <http://www.iasp-pain.org/Taxonomy>.
2. The Goals of Medicine. Setting New Priorities. Hastings Center Report. 1996 Nov-Dec; 26(6):S1-S27.
3. IASP Declaration of Montreal 2010. [consultado 25 Mar 2017]. Disponible en: <http://www.iasp-pain.org/DeclarationofMontreal?navItemNumber=582>.
4. Torralba A, Miguel A, Darba A. Situación actual del dolor crónico en España: iniciativa "Pain Proposal". Rev Soc Esp Dolor. 2014; 21(1):16-22.
5. Collett B, Ventafridda V, Cohen R, Gallacher D. Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. Eur J Pain. 2006 May; 10(4):287-333.
6. Breivik H, Cherny N, Collett B, de Conno F, Filbet M, Foubert AJ, Cohen R, Dow L. Cancer-related pain: a pan-European survey of prevalence, treatment, and patient attitudes. Ann Oncol. 2009; 20(8):1420-33.
7. Tuca-Rodríguez A, Gómez-Batiste X, Espinosa-Rojas J, Martínez-Muñoz M, et al. Structure, organisation and clinical outcomes in cancer patients of hospital support teams in Spain. BMJ Support Palliat Care. 2012; 2(4):356-62.
8. Bonica JJ. Evolution and current status of pain programs. J Pain Symptom Manage. 1990; 5(6):368-74.
9. Zech DF, Grond S, Lynch J, Hertel D, Lehmann KA. Validation of world health organization guidelines for cancer pain relief: A 10-year prospective study. Pain. 1995; 63(1):65-76.
10. World Health Organization. WHO cancer pain relief, with a guide to opioid availability. WHO (Ed.). Geneve; 1996.
11. Ventafridda V, Tamburini M, Caraceni A, De Conno F, Naldi F. A validation study of the WHO method for cancer pain relief. Cancer. 1987; 59(4):850-6.

12. Caraceni A, Hanks G, Kaasa S, Bennett MI, Brunelli C, Cherny N, et al. Use of opioid analgesics in the treatment of cancer pain: Evidence-based recommendations from the EAPC. *Lancet Oncol.* 2012; 13(2):58-68.
13. Power L. An update on analgesics. *Br J Anaesth.* 2011; 107(1):19-24.
14. Oertel BG, Felden L, Tran PV, et al. Selective antagonism of opioid-induced ventilatory depression by an ampakine molecule in humans without loss of opioid analgesia. *Clin Pharmacol Ther.* 2010; 87:204-11.
15. Chen S, Lin HY, Yang R, Xu D, Lee MP, Pawlak N et al. AMPAKines Target the Nucleus Accumbens to Relieve Postoperative Pain. *Anesthesiology.* 2016; 125:1030-43.
16. Sánchez-Fernández C, Entrena JM, Baeyens JM, Cobos EJ. Sigma-1 Receptor Antagonists: A New Class of Neuromodulatory Analgesics. *Adv Exp Med Biol.* 2017; 964:109-32.
17. CADIME. Dolor crónico no oncológico. Tratamiento farmacológico. *Bol Ter Andaluz.* 2015; 30(4) [consultado 25 Mar 2017]. Disponible en: http://www.cadime.es/docs/bta/CADIME_BTA_2015_30-4.pdf.
18. Reuben DB, Alvanzo AA, Ashikaga T, Bogat GA, Callahan CM, Ruffing V et al. National Institutes of Health Pathways to Prevention Workshop: The Role of Opioids in the Treatment of Chronic Pain. *Ann Intern Med.* 2015; 162:295-300.
19. ASIPP. Guidelines for Responsible Opioid Prescribing in Chronic Non Cancer Pain, Part I: Evidence Assessment. *Pain Physician.* 2012; 15: S1-S66.
20. ASIPP. Guidelines for Responsible Opioid Prescribing in Chronic Non Cancer Pain, Part II: Guidance. *Pain Physician.* 2012; 15: S67-S116.
21. Just J, Mücke M y Bleckwenn M. Dependence on Prescription Opioids-Prevention, Diagnosis and Treatment. *Dtsch Arztebl Int.* 2016; 113:213-20.
22. IASP Taxonomy. [consultado 25 Mar 2017]. Disponible en: www.iasp-pain.org/files/Content/ContentFolders/Publications2/ClassificationofChronicPain.

23. Dowell D, Haegerich TM, Chou R. CDC Guideline for Prescribing Opioids for Chronic Pain-United States, 2016. *JAMA*. 2016; 315(15):1624-45.
24. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Prácticas seguras para el uso de opioides en pacientes con dolor crónico. Madrid: MSSSI [internet]; 2015 [citado el 2 de Abr. de 2017]. Disponible desde: <http://www.sefh.es/sefhpdfs/PRACTICASSEGURASOPIOIDES.pdf>.
25. Infac. Opioides en el tratamiento del dolor crónico no oncológico. *Infac*. 2008; 16(10):51-6.
26. Infac. Opioides en el manejo del dolor. El difícil equilibrio entre la opofobia y la opiofilia. *Infac*. 2014; 22(5):23-9.
27. Manchikanti L, Abdi S, Atluri S, Balog CC, Benyamin RM, Boswell MV, et al. American Society of Interventional Pain Physicians (ASIPP) guidelines for Responsible Opioid Prescribing in Chronic Non-Cancer Pain. *Pain Physician*. 2012 Jul; 15(Suppl. 3):S1-S116.
28. National Opioid Use Guideline Group. Canadian Guideline for Safe and Effective Use of Opioids for Chronic Non-Cancer Pain. Part B: Recommendations for Practice. NOUGG [internet]. 2010 [citado el 2 de Abr. de 2017]. Disponible desde: http://nationalpaincentre.mcmaster.ca/documents/opioid_guideline_part_b_v5_6.pdf.
29. Madrideojos R, Diego L. ¿Están cambiando las pautas de utilización de analgésicos opioides? *Butlletí d'informació terapèutica*. 2015 Jul; 26(6):36-43.
30. Henche AI. El auge de la analgesia opioide. Problemas relacionados con su uso a largo plazo. *Bol Farmacoter Castilla-La Mancha*. 2016; 17(3):1-8.
31. Scottish Intercollegiate Guidelines network. Management of chronic pain. A national clinical guideline. Edinburgh: SING [internet]. 2013 Dic. [citado el 2 de Abr. de 2017]. Disponible desde: <http://www.sign.ac.uk/pdf/SIGN136.pdf>.
32. Chou R, Fanciullo GJ, Eine PG, Adler JA, Ballantyne JC, Davies P. Clinical Guidelines for the Use of Chronic Opioid

- Therapy in Chronic Noncancer Pain. *J Pain*. 2009 Feb; 10(2):113-30.
33. Diego L, Limón E. Tratamiento con opiáceos para el manejo del dolor crónico no oncológico: consideraciones y aspectos prácticos para mejorar su uso. *Butlletí d'informació terapèutica*. 2012; 23(9):53-8.
 34. López M, Penide L, Portalo I, Rodríguez J, Sánchez N, Arroyo V. Dolor crónico no oncológico. *Bol Farmacoter Castilla-La Mancha*. 2014; 15(1):1-8.
 35. Celaya MA., Malón MM. Opioides en el tratamiento del dolor crónico no oncológico. *BIT Bol Inf Farmacoter Navar*. 2014 Nov-Dic; 22(5):1-16.
 36. Liebschutz JM, Saltz R, Weiss RD, Averbuch T, Schwartz S, Meltzer EC, et al. Clinical factors associated with prescription drug use disorder in urban primary care patients with chronic pain. *J Pain*. 2010 Mar; 11(11):1047-55.
 37. Wilsey BL, Fishman SM, Tsodikov A, Ogden C, Symreng I, Ernst. Psychological Comorbidities Predicting Prescription Opioid Abuse among Patients in Chronic Pain Presenting to the Emergency Department. *Pain Med*. 2008 Feb; 9(8):1107-17.
 38. Brady KT, McCauley JL, Back SE. Prescription Opioid Misuse, Abuse, and Treatment in the United States: An Update. *Am J Psychiatry*. 2015 Sep; 173(1):18-26.
 39. Campbell CI, Weisner C, LeResche L, et al. Age and gender trends in long-term opioid analgesic use for noncancer pain. *Am J Public Health*. 2010 Dec; 100(12):2541-2547.
 40. Campbell G, Nielsen S, Larance B, et al. Pharmaceutical Opioid Use and Dependence among People Living with Chronic Pain: Associations Observed within the Pain and Opioids in Treatment (POINT) Cohort. *Pain Medicine*. 2015 May; 16:1745-1758.
 41. Greenspan JD, Craft RM, LeResche L, et al. Studying sex and gender differences in pain and analgesia: A consensus report. *Pain*. 2007 Nov; 132:S26-S45.

42. Mendrek A, Marchand, Gaumont I. Sex and Gender Differences in Pain and Mental Health. *Mental Health and Pain*. 2014 May. pp 47-80.
43. Back SE, Payne RA, Waldrop AE, et al. Prescription opioid aberrant behaviors: a pilot study of sex differences. *Clin J Pain*. 2009 Jul-Aug; 25(6):477-84.
44. Back SE, Lawson K, Singleton L, et al. Characteristics and correlates of men and women with prescription opioid dependence. *Addict Behav*. 2011 Mar; 36(8):829-34.
45. Beck JG, Clapp JD. A different kind of co-morbidity: understanding posttraumatic stress disorder and chronic pain. *Psychol Trauma*. 2011 Jun; 3(2):101-8.
46. Cicero TJ, Lynskey M, Todorov A, et al. Co-morbid pain and psychopathology in males and females admitted to treatment for opioid analgesic abuse. *Pain*. 2008 Sep; 139(1):127-35.
47. Keogh E, Eccleston C. Sex differences in adolescent chronic pain and pain-related coping. *Pain*. 2006 Aug; 123:275-84.
48. Keogh E, McCracken LM, Eccleston C. Gender moderates the association between depression and disability in chronic pain patients. *Eur J Pain*. 2006 Jul; 10(5):413-22.
49. Keogh E. Gender differences in the nonverbal communication of pain: a new direction for sex, gender and pain research? *Pain*. 2014 Oct; 155(10): 1927-1931.
50. Manubay J, Davidson J, Vosburg S, et al. Sex differences among opioid-abusing patients with chronic pain in a clinical trial. *J Addict Med*. 2015 Jan-Feb; 9(1):46-52.
51. Weissman MM. Recent advances in depression across the generations. *Epidemiol Psychiatr Soc*. 2006 Jan-Mar; 15:16-9.
52. Back SE, Pain RL, Wahiquist AH, et al. Comparative profiles of men and women with opioid dependence: results from a national multisite effectiveness trial. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 2011 Sep; 37:313-23.

53. Back SE, Payne RL, Simpson AN, et al. Gender and prescription opioids: Findings from the National Survey on Drug Use and Health. *Addict Behav.* 2010 Nov; 35(11):1001-7.
54. Jamison RN, Butler SF, Budman SH, et al. Gender differences in risk factors for aberrant prescription opioid use. *J Pain.* 2010 Apr; 11(4):312-20.
55. Jones T, Moore T, Levy JL, Daffron S, Browder JH, Allen L, Passik SD. A comparison of various risk screening methods in predicting discharge from opioid treatment. *Clin J Pain.* 2012 Feb; 26(2):93-100.
56. Moore TM, Jones T, Browder JH, Daffron S, Passik SD. A comparison of common screening methods for predicting aberrant drug-related behaviors among patients receiving opioids for chronic pain management. *Pain Med.* 2009 Nov; 10(8):1426-33.
57. Carballo, JL, Coloma A, Mrozowicz D, Vidal A, van der Hofstadt C, Rodríguez J. Evaluación psicológica del abuso de fármacos opioides. *Papeles del Psicólogo.* 2016 Mar; 37(1):45-51.
58. Sehgal N, Manchikanti L, Smith HS. Prescription opioid abuse in chronic pain: a review of opioid abuse predictors and strategies to curb opioid abuse. *Pain Physician.* 2012 Jul; 15(Suppl 3):ES67-92.
59. Kahan M, Mallis-Gagnon A, Wilson L, Srivastava A. Canadian guideline for safe and effective use of opioids for chronic noncancer pain. *Can Fam Physicians.* 2011 Nov; 57(11):1257-1266.

PROBLEMAS EN EL MANEJO DE LOS ANALGÉSICOS OPIOIDES

Efectos no deseables

ANNA LLIGOÑA · ANA LÓPEZ ·
JOSEP GUARDIA · JESÚS A. ÁLVAREZ

El aumento en la prescripción de opioides está causando una creciente preocupación en los agentes de salud. Mantener un equilibrio adecuado entre la opiofobia de hace veinte años y la opiofilia actual es difícil. Está claro que la mayor utilización de estos fármacos ha aliviado el sufrimiento de muchos pacientes que padecen dolor, pero esto se ha acompañado de un aumento en paralelo de las consecuencias negativas asociadas con su uso, sobre todo a largo plazo [1].

Este aumento de la prescripción de opioides se ha producido fundamentalmente en el tratamiento del dolor crónico no oncológico, a pesar de que las evidencias de su eficacia y seguridad más allá de seis meses son muy escasas. En cambio, sí existen suficientes evidencias del aumento de la morbimortalidad relacionada con estos fármacos administrados de forma crónica [1].

EFFECTOS ADVERSOS

Los efectos adversos de los opioides están ampliamente aceptados (TABLA 1) y pueden limitar la utilidad del tratamiento. Sin embargo, existen otros aspectos negativos de su uso a largo plazo que en ocasiones se pasan

por alto, pero que es importante tener en cuenta para evitar la perpetuación del dolor y la discapacidad de los pacientes. Entre estos últimos están los trastornos inducidos por opioides (hiperalgesia y neurotoxicidad) y la adicción.

TABLA 1. Efectos adversos de los analgésicos opioides

Estreñimiento.
Problemas gastrointestinales (náuseas y vómitos) y hepáticos.
Efectos cardiovasculares (bradicardia, hipotensión).
Somnolencia.
Sequedad de boca.
Depresión respiratoria (a dosis altas).
Deterioro de las funciones cognitivas (confusión).
Deterioro del sistema inmune.
Tolerancia y dependencia física.
Hiperalgesia inducida por opioides.
Síndrome de neurotoxicidad inducida por opioides.
Adicción.

INTERACCIONES

En este texto, por su importancia en las adicciones, nos centramos en la interacción entre los analgésicos opioides y las benzodiazepinas. En general, se recomienda evitar la prescripción de estos fármacos de forma concomitante siempre que sea posible [2].

Los mecanismos de interacción farmacológica entre los opioides y las benzodiazepinas no están bien definidos. A pesar de su supuesta seguridad cuando se administran por separado, la administración conjunta de estos fármacos puede tener graves consecuencias. Dados

los diferentes tipos de opioides y de benzodiazepinas, cada uno con una estructura y unas vías metabólicas distintas, es probable que haya múltiples factores involucrados, tanto a nivel farmacodinámico como a nivel farmacocinético, y no es posible identificar un mecanismo de acción único que conduzca a la acción aditiva o sinérgica de estos dos fármacos [3].

Además de evitar la prescripción simultánea, el médico que pautе cualquiera de estos dos fármacos debe informar al paciente y sus familiares del riesgo de interacción y de los signos de toxicidad potencial de la combinación de ambos por sinergia [4], como son la sedación excesiva, los ronquidos fuertes, la dificultad en el despertar, las modificaciones del comportamiento, el deterioro psicomotriz y el deterioro cognitivo.

COMORBILIDAD PSIQUIÁTRICA

Otro aspecto importante a tener en cuenta son los elevados índices de comorbilidad psiquiátrica en los pacientes con dolor crónico [5]. Los trastornos depresivos y los trastornos de ansiedad se asocian con una mayor intensidad del dolor, más quejas y mayor interferencia con las actividades de la vida diaria [6-8].

Puede ser que la presencia de un trastorno psiquiátrico previo (trastornos del estado de ánimo, trastorno de estrés postraumático, trastorno de personalidad, trastorno bipolar) provoque un aumento de la intensidad y de la percepción del dolor, con una retroalimentación de ambas patologías. También puede ocurrir que la falta de control de un dolor crónico provoque trastornos emocionales, con sintomatología ansiosa y depresiva. Y puede ser que el dolor sea el primer síntoma de un trastorno psiquiátrico no diagnosticado (trastorno somatomorfo, trastorno facticio, trastorno conversivo).

Además, los pacientes con trastornos psiquiátricos suelen recibir tratamientos con opioides para el dolor crónico más frecuentemente y durante más tiempo que los pacientes sin trastornos mentales y el uso prolongado de analgésicos opioides, sobre todo a dosis altas, puede provocar también trastornos psiquiátricos, como ansiedad, depresión y abuso/adicción [9-11].

TRASTORNOS INDUCIDOS POR OPIOIDES

Hiperalgnesia inducida por opioides

La hiperalgnesia se define como una hipersensibilidad aumentada al dolor y a los estímulos dolorosos habituales. En los pacientes con dolor crónico no oncológico en tratamiento con analgésicos opioides se han descrito tres tipos de hiperalgnesia:

- **Hiperalgnesia provocada por la propia lesión**, típica del dolor neuropático. Puede persistir de forma crónica.
- **Hiperalgnesia relacionada con la retirada del opioide**, fenómeno reconocido que forma parte de la constelación de síntomas del síndrome de abstinencia a los analgésicos opioides, bien por retirada brusca o bien precipitada por la administración de un antagonista.
- **Hiperalgnesia inducida por opioides (HIO) [12]**, que es un estado paradójico de hipersensibilidad a los estímulos dolorosos que aparece en un subgrupo importante de pacientes en tratamiento con analgésicos opioides por dolor.

La HIO se manifiesta como un dolor difuso, generalmente fuera de la zona de dolor original y en ausencia de progresión de la enfermedad que provocó el dolor ori-

ginal. En la HIO, el aumento de la sensibilidad a los estímulos dolorosos suele acompañarse de una hipersensibilidad a estímulos que normalmente no provocan dolor, como una caricia o el roce de la ropa. Esta hipersensibilidad a estímulos no dolorosos se denomina alodinia.

La HIO puede aparecer en cualquier momento a lo largo del tratamiento con analgésicos opioides, independientemente del opioide utilizado, de la dosis prescrita, de la vía utilizada y del tiempo de utilización.

Las características clínicas de la HIO se muestran en la **TABLA 2**. De forma característica, en la HIO se produce un empeoramiento del dolor con la escalada de dosis de opioides. Por tanto, desde el punto de vista clínico, distinguir la HIO de la tolerancia y la dependencia física es todo un reto, siendo fundamental realizar un buen diagnóstico diferencial ya que, si bien se manifiestan de forma similar, con un aumento de la intensidad del dolor, son fenómenos distintos y la forma de tratarlos es diametralmente opuesta. Mientras que la hiperalgesia debida al desarrollo de tolerancia se resuelve aumentando la dosis del opioide, la HIO mejora con la reducción de la dosis del mismo.

TABLA 2. Criterios clínicos para el diagnóstico de HIO

1.	Aumento de la intensidad del dolor durante el tratamiento crónico con analgésicos opioides.
2.	Ausencia de progresión de la enfermedad.
3.	Ausencia de síndrome de abstinencia por privación o precipitado.
4.	Disminución de la intensidad del dolor con la reducción de la dosis del opioide.
5.	Ausencia de tolerancia.
6.	Ausencia de adicción.

Aunque es un efecto adverso poco reconocido, la HIO se debe incluir dentro del diagnóstico diferencial en aquellos pacientes en los que no se obtiene una adecuada respuesta a la analgesia opioide. Sería recomendable incluir la hiperalgesia en la información que damos al paciente antes de iniciar tratamiento con opioides y/o en el consentimiento informado [13].

Los pacientes con HIO pueden beneficiarse de la reducción de la dosis del opioide, de la rotación a un opioide de diferente clase e incluso de la interrupción del tratamiento con opioides. En este último caso, hay que explicar al paciente la naturaleza paradójica de la HIO y razonar con él por qué se le plantea la retirada de un fármaco que tenía prescrito, precisamente para disminuir el dolor.

Síndrome de neurotoxicidad inducida por opioides

El síndrome de neurotoxicidad inducida por opioides (NIO) es un conjunto de síntomas neurológicos que van desde somnolencia o leve confusión a alucinaciones, delirio y convulsiones (TABLA 3). Los síntomas son compatibles con un síndrome serotoninérgico, debido a la sobreactivación periférica y central de los receptores 5HT-1A y 5HT-2A, por acumulación del opioide o por administración conjunta de los opioides con otros fármacos serotoninérgicos. Aunque se desconoce su incidencia real, en los últimos años esta parece haber aumentado, sobre todo por el incremento en la prescripción de estos fármacos. También la administración conjunta de opioides con otros fármacos con acción central, como las benzodiazepinas, aumenta el riesgo de NIO. [14] Por último, el tratamiento prolongado con opioides, el aumento rápido de la dosis o la utilización de dosis altas son también factores de riesgo para el desarrollo de NIO. [15]

TABLA 3. Manifestaciones clínicas del Síndrome de Neurotoxicidad Inducida por Opioides

1.	Alteraciones cognitivas (confusión, sedación, déficit de atención).
2.	<i>Delirium</i> .
3.	Alucinaciones (visuales, auditivas, táctiles).
4.	Mioclonías, rigidez, hiperreflexia, convulsiones.
5.	Hiperalgnesia y alodinia.
6.	Hiperactividad autonómica (diaforesis, hipertensión, fiebre, taquicardia...).

Aunque este síndrome serotoninérgico puede aparecer con cualquier opioide, es más frecuente con aquellos que tienen metabolitos activos, como la meperidina, la morfina o la hidromorfona. Por el contrario, no se han encontrado metabolitos activos de fentanilo ni de metadona. [14,16] Se ha descrito en pacientes que toman meperidina, fentanilo, pentazocina, tramadol, metadona o tapentadol, sobre todo si se asocian a fármacos antidepressivos, como los inhibidores de la recaptación de serotonina (ISRS), los antidepressivos duales (venlafaxina y duloxetina), los IMAOs o la mirtazapina, entre otros. [17,19]

Un claro ejemplo de esta neurotoxicidad inducida es el metabolito activo de la meperidina, la normeperidina, que puede provocar efectos neurotóxicos graves por acumulación y se relaciona con la aparición de crisis convulsivas generalizadas. Por este motivo, la meperidina no está indicada para el dolor crónico y solo podrá utilizarse como tratamiento de segunda línea y a corto plazo en el dolor agudo. [14]

El tramadol tiene una doble acción, como agonista opioide y como inhibidor de la recaptación de noradrenalina y serotonina. Por este motivo, el uso de tramadol

incluso en monoterapia se ha asociado ampliamente con este síndrome. [19]

Para el diagnóstico del síndrome serotoninérgico pueden resultar útiles los criterios de Hunter, que incluyen el uso de un fármaco serotoninérgico y al menos uno de los cinco criterios siguientes: clonus espontáneo; clonus inducible más agitación o diaforesis; clonus ocular más agitación o diaforesis; temblor e hiperreflexia; hipertoniá y temperatura superior a 38°C más clonus ocular o inducible. [17,18]

La NIO puede aparecer en cualquier paciente, pero las poblaciones de mayor riesgo son las personas mayores, los niños y otros pacientes vulnerables con deterioro cognitivo, deshidratación, disfunción renal o hepática, infección o consumo de drogas. [14,15]

En cuanto a su tratamiento, resulta fundamental la detección precoz, ya que en las fases iniciales basta con la retirada de los fármacos implicados, la vigilancia de las constantes vitales, medidas sintomáticas, rehidratación y rotación de opioides. [16] El uso de benzodiacepinas se realizará con mucha cautela y solo en caso de ansiedad o agitación importantes. En fases más avanzadas, la gravedad de los síntomas y su letalidad potencial hacen preciso el control en medio hospitalario.

INTOXICACIÓN AGUDA POR OPIOIDES (SOBREDOSIS)

El mal uso o uso indebido de los analgésicos opioides de prescripción puede provocar cuadros de intoxicación aguda, bien por sobredosificación clínica (errores en la prescripción, en la administración o en la dosificación), bien por sobredosificación accidental (en caso de abuso o adicción), o bien por sobredosificación intencionada [20]. Las manifestaciones clínicas de la intoxicación aguda por opioides se muestran en la **TABLA 4**.

En el manejo de la intoxicación aguda por opioides es fundamental la estabilización inicial, el soporte vital básico y el manejo específico del cuadro clínico.

En Estados Unidos, debido a la generalización del uso de opioides en el control del dolor crónico no oncológico, las muertes por sobredosis relacionadas con estos fármacos se cuadruplicaron en el periodo comprendido entre 1999 y 2010. Se considera que el 82% de las mismas son accidentales o relacionadas con un uso inadecuado [21].

La FDA (U.S. Food & Drug Administration), en pacientes con elevado riesgo de sobredosis (TABLA 5), recomienda informar a los familiares sobre los síntomas de la intoxicación aguda e instruirles en el manejo de naloxona para revertir la sobredosis. En Estados Unidos, está comercializada una formulación autoinyectable de naloxona; en general, en caso de sospecha de sobredosis por opioides se recomienda a los familiares entrenados la administración de 0,4 mg de naloxona por vía intramuscular o subcutánea en la cara anterolateral del muslo cada 2-3 minutos hasta que reviertan los síntomas o hasta alcanzar la dosis máxima de 10mg [22].

TABLA 4. Manifestaciones clínicas de la Intoxicación Aguda por Opioides

Efectos gastrointestinales (náuseas, vómitos, disminución del peristaltismo intestinal).
Efectos cardiovasculares (bradicardia, hipotensión arterial).
Miosis bilateral.
Depresión de conciencia (de somnolencia a coma profundo).
Depresión respiratoria.
Edema agudo de pulmón.
Otros síntomas (hipotermia, rabdomiolisis, insuficiencia renal...).

TABLA 5. Factores asociados a riesgo de Sobredosis por Opioides

Edad superior a 65 años.
Dosis elevadas (>50 mg DEM*).
Uso prolongado (>3 meses).
Formulaciones de larga duración o liberación retardada.
Uso concomitante de benzodiazepinas.
Comorbilidad médica (apnea del sueño, enfermedad renal o hepática).
Comorbilidad psiquiátrica (depresión, adicción a drogas o alcohol).

TOLERANCIA Y ABSTINENCIA

La administración continuada de cualquier opioide conlleva el desarrollo de tolerancia, que implica la necesidad de aumentar la dosis de forma periódica para lograr mantener el efecto, y del síndrome de abstinencia cuando se suspende de forma brusca el consumo o cuando se administra un antagonista tras el uso reciente de un opioide. Los síntomas de abstinencia varían en cuanto a gravedad y duración (1-14 días) dependiendo del tipo, la dosis y la vida media del analgésico opioide utilizado. En general, durante la abstinencia se produce ansiedad, disforia, inquietud, mialgias, artralgias, rino-rrhea, piloerección, lagrimeo, diarrea, náuseas y vómitos. Este conjunto de signos y síntomas puede aparecer transcurridas 6-12 horas desde la última dosis de un analgésico opioide de acción corta, o a las 24-48 horas de la supresión de los analgésicos opioides de acción prolongada.

Tanto la tolerancia como la abstinencia son dos fenómenos predecibles aceptados en el tratamiento del dolor con analgésicos opioides. Suponen fenómenos neuroadaptativos y se solucionan de forma rápida al

retirar estos fármacos. [23] De hecho, estos dos fenómenos, considerados criterios diagnósticos de trastorno por consumo en consumidores de opiáceos ilícitos según el DSM-5, no se pueden considerar como tales en pacientes que estén tomando analgésicos opioides con una supervisión médica adecuada [23].

Es importante destacar que la tolerancia a los efectos analgésicos y euforizantes de los opioides se desarrolla de forma relativamente rápida, mientras que la tolerancia a la depresión respiratoria lo hace más lentamente, por lo que, con los aumentos progresivos de dosis para mantener la analgesia (o la euforia), el riesgo potencial de sobredosis va en aumento [24].

CONCLUSIONES

- Existen aspectos negativos del uso a largo plazo de los analgésicos opioides. Además de los efectos adversos comúnmente observados y aceptados, cabe destacar otros que no hay que pasar por alto: los trastornos inducidos por opioides (hiperalgesia y neurotoxicidad) y la adicción.
- El consumo simultáneo de analgésicos opioides y benzodiazepinas cuadruplica el riesgo de muerte por sobredosis, en comparación con el consumo sólo de opioides.
- Además de evitar la prescripción simultánea de opioides y benzodiazepinas, el médico que pautе cualquiera de estos dos fármacos debe informar al paciente y a sus familiares del riesgo de interacción y de los signos de toxicidad potencial de la combinación de ambos por sinergia.
- Las personas que presentan trastornos psiquiátricos o adictivos tienen un mayor riesgo de consumo prolongado de analgésicos opioides.

- Los trastornos depresivos y los trastornos de ansiedad se asocian con una mayor intensidad del dolor, más quejas y mayor interferencia con las actividades de la vida diaria.
- La Hiperalgnesia Inducida por Opioides (HIO) es un estado paradójico de hipersensibilidad a los estímulos dolorosos que aparece en un subgrupo importante de pacientes en tratamiento con analgésicos opioides por dolor.
- Desde el punto de vista clínico, distinguir la HIO de la tolerancia y la dependencia física es todo un reto, pero es fundamental realizar un buen diagnóstico diferencial.
- Los pacientes con HIO pueden beneficiarse de la reducción de la dosis del opioide, de la rotación a un opioide de diferente clase e incluso de la interrupción del tratamiento con opioides.
- La Neurotoxicidad inducida por opioides (NIO) consiste fundamentalmente en un síndrome serotoninérgico, que se ha descrito con analgésicos opioides administrados solos (incluido el tramadol) o en combinación con otros fármacos serotoninérgicos, como los ISRS, los IRSN o la mirtazapina.
- El mal uso o uso indebido de los analgésicos opioides de prescripción puede provocar cuadros de intoxicación aguda.
- La administración continuada de cualquier opioide conlleva el desarrollo de tolerancia y síndrome de abstinencia cuando se suspende de forma brusca el consumo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Chou R, Turner JA, Devine EB, Hansen RN, Sullivan SD, Blazina I, et al. The effectiveness and risks of long-term

- opioid therapy for chronic pain: A systematic review for a National Institutes of Health Pathways to prevention workshop. *Ann Intern Med.* 2015 Feb; 162(4):276-86.
2. Dowell D, Haegerich TM, Chou R. CDC Guideline for Prescribing Opioids for Chronic Pain-United States, 2016. *JAMA.* 2016 Apr; 315(15):1624-45.
 3. Babalonis S, Walsh L. Warnings Unheeded: The Risks of Co-Prescribing Opioids and Benzodiazepines. *IASP-Pain Clinical Updates.* 2015 Nov; 23(6):1-7.
 4. Jones JD, Mogali S, Comer SD. Polydrug abuse: a review of opioid and benzodiazepine combination use. *Drug Alcohol Depend.* 2012 Aug; 125:8-18.
 5. Ballantyne JC y Shin NS. Efficacy of opioids for chronic pain: a review of the evidence. *Clin J Pain.* 2008 Jul/Aug; 24(6):469-78.
 6. Carroll LJ, Cassidy JD, Cote P. The Saskatchewan Health and Back Pain Survey: the prevalence and factors associated with depressive symptomatology in Saskatchewan adults. *Can J Public Health.* 2000 Nov/Dec; 91(6):459-64.
 7. Dworkin RH, Gitlin MJ. Clinical aspects of depression in chronic pain patients. *Clin J Pain.* 1991 Jun; 7(2):79-94.
 8. Lépine JP y Briley M. The epidemiology of pain in depression. *Hum Psychopharmacol.* 2004 Oct; 19(Suppl 1):S3-S7.
 9. Phifer J, Skelton K, Weiss T, Schwartz AC, Wingo A, Gillespie CF et al. Pain symptomatology and pain medication use in civilian PTSD. *Pain.* 2011 Oct; 152(10):2233-40.
 10. Richardson LP, Russo JE, Katon W, McCarly CA, DeVries A, Edlund MJ, et al. Mental health disorders and long-term opioid use among adolescents and young adults with chronic pain. *J Adolesc Health.* 2012 Jun; 50(6):553-8.
 11. Seal KH, Shi Y, Cohen, et al. Association of mental health disorders with prescription opioids and high-risk opioid use in US veterans of Iraq and Afghanistan, *JAMA.* 2012 Mar; 307(9):940-7.
 12. Arout CA, Edens E, Petrakis IL, Sofuoglu M. Targeting Opioid-Induced Hyperalgesia in Clinical Treatment:

- Neurobiological Considerations. *CNS Drugs*. 2015 Jul; 29(6):465-86.
13. Youssef F, Pater A, Shehata M. Opioid-Induced Hyperalgesia. *J Pain Relief*. 2015 May; 4(3):183 doi:10.4172/2167-0846.1000183.
 14. Gallagher R. Opioid-induced neurotoxicity. *Can Fam Physician*. 2007 Mar; 53(3):426-7.
 15. Cid ML. Síndrome de neurotoxicidad inducido por opioides (NIO). *Rev Soc Esp Dolor*. 2008 Sep; 15(8):521-6.
 16. Matzo M, Dawson KA. Opioid-Induced Neurotoxicity. *Am J Nurs*. 2013 Oct; 113(10):51-6.
 17. Boyer EW, Shannon M. The Serotonin Syndrome. *N Engl J Med*. 2005; 352:1112-20.
 18. Volpi-Abadie J, Kaye AM, Kaye AD. Serotonin síndrome. *Oschner J*. 2013; 13(4):533-40.
 19. Beakley BD, Kaye AM, Kaye AD. Tramadol, Pharmacology, Side Effects, and Serotonin Syndrome: A review. *Pain Physician*. 2015; 18(4):395-400.
 20. Daza Barriga J., Ruiz Pérez O. Intoxicación opioide. *Bio-ciencias*. 2011; 6(2):83-90.
 21. Volkow ND, Frieden TR, Hyde PS, Cha SS. Medication-assisted therapies-Tackling the opioid-overdose epidemic. *N Engl J Med*. 2014 Apr; 370(22):2063-6.
 22. U.S. Food-Drug Administration. Evzio (naloxone auto-injector) Approved to Reverse Opioid Overdose. FDA; 2015 [consultado 16 Abr 2017]. Disponible en: <https://www.fda.gov/Drugs/DrugSafety/PostmarketDrugSafetyInformationforPatientsandProviders/ucm391449.htm>.
 23. Asociación Americana de Psiquiatría. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. 5ª ed. Arlington, VA. American Psychiatric Publishing; 2013.
 24. Volkow, ND, McLellan TA. Opioid Abuse in Chronic Pain-Misconceptions and Mitigation Strategies. *N Engl J Med*. 2016 Mar; 374(13):1253-63.

CUANDO LOS RIESGOS SUPERAN A LOS BENEFICIOS

Trastornos por uso de analgésicos opioides

ANNA LLIGOÑA · ANA LÓPEZ ·
JOSEP GUARDIA

Los analgésicos opioides, junto con las benzodiacepinas y los estimulantes, se encuentran entre los fármacos de prescripción que con más frecuencia se relacionan con un uso indebido, un abuso o una adicción.

A diferencia de las drogas ilegales, estos fármacos son prescritos por un médico, lo que genera en muchos pacientes la falsa creencia de que son fármacos totalmente seguros y que los efectos adversos que pudieran aparecer nunca van a ser graves. Nada más lejos de la realidad.

DEPENDENCIA FRENTE A ADICCIÓN

La tolerancia y la abstinencia que se desarrollan con la administración continuada de analgésicos opioides para el tratamiento del dolor crónico determinan la necesidad del fármaco que experimenta el paciente y pueden poner en marcha conductas de búsqueda compulsiva del mismo. Pero en los pacientes con dolor crónico, estos comportamientos de búsqueda de los opioides no son necesariamente sinónimos de adicción.

Es esperable que los pacientes con dolor y un tratamiento continuado con analgésicos opioides sean dependientes, es decir, que la interrupción brusca del tratamiento desencadene una sintomatología de abstinencia; pero esto no tiene por qué significar que sean adictos, entendiendo la adicción a analgésicos opioides como una búsqueda compulsiva de estos fármacos y una pérdida de control sobre su uso.

USO INDEBIDO Y CONDUCTAS ABERRANTES

El **uso indebido** de los analgésicos opioides es un término amplio que se refiere a cualquier uso de estos fármacos, intencional o no, fuera de los parámetros de prescripción, en el que se utilicen los opioides de manera inapropiada, con unos fines distintos a los prescritos y sin que sea necesario que la persona busque conseguir efectos gratificantes. Este término englobaría, por ejemplo, los errores en la administración por una incorrecta comprensión de la pauta, la toma del fármaco durante más tiempo del prescrito, el incremento de la dosis para aumentar la analgesia, la automedicación para tratar otros síntomas, como el insomnio, y la aceptación de los fármacos prescritos a un familiar o un amigo. Estas y otras conductas relacionadas con los opioides son comportamientos que deben alertarnos sobre la posibilidad de uso indebido, abuso o adicción (**TABLA 1**). El término **conductas aberrantes** hace referencia a cualquier comportamiento relacionado con la medicación que se aleje de la estricta adherencia al plan terapéutico.

En el paciente con dolor crónico es importante determinar el riesgo de aparición o la presencia de estas conductas aberrantes, así como evitar el uso indebido de los opioides de prescripción, porque podrían constituir el primer paso para el desarrollo de una adicción a

estos fármacos. Si se detectan en un paciente, su evaluación y seguimiento deben ser más exhaustivos.

TABLA 1. CONDUCTAS ABERRANTES RELACIONADAS CON LOS ANALGÉSICOS OPIOIDES

Quedarse sin medicación en poco tiempo de forma reiterada.
Solicitar recetas a varios médicos.
Perder frecuentemente las recetas de analgésicos opioides.
Solicitar frecuentemente aumentos de la dosis.
Aumentar la dosis sin supervisión médica.
Centrar las consultas en los opioides.
Frecuentar los servicios de urgencias.
Rechazar de forma sistemática los tratamientos no opioides.

ABUSO, ADICCIÓN Y PSEUDOADICCIÓN

Existen varias razones por las que los pacientes con dolor buscan los opioides, entre ellas, la memoria del dolor no tratado, la memoria del alivio del dolor, el alivio de la abstinencia o el alivio del malestar psicológico [1]. Aunque en un paciente con dolor crónico nunca sepamos con exactitud la razón de la búsqueda de los analgésicos opioides, está claro que la dependencia tiene un papel fundamental en la continuación insistente del tratamiento, a pesar de la tolerancia analgésica, y puede contribuir a comportamientos de búsqueda compulsiva.

Las conductas de búsqueda de los opioides por parte de los pacientes con dolor, aunque se acepte que son compulsivas, se atribuyen muchas veces al dolor no controlado. En 1989 se propuso el término **pseudoadicción** para intentar justificar que esta búsqueda de los analgésicos opioides tiene fines exclusivamente analgésicos, debido a la prescripción de dosis infrate-

rapéuticas y a un tratamiento insuficiente del dolor [2]. No existe ninguna evidencia empírica que apoye que la pseudoadicción y la adicción sean fenómenos distintos y es posible que la aceptación del concepto de pseudoadicción pueda complicar la evaluación y el tratamiento adecuado de los pacientes con dolor crónico.

El abuso de una sustancia se define como el uso intencional no médico de la misma de forma recurrente para lograr un efecto físico o emocional deseado. En el caso de los analgésicos opioides, hablaríamos de abuso cuando una persona los toma de forma intencional, sin una prescripción médica o de una forma distinta a la prescrita (en cuanto a dosis o vía de administración) con el fin de lograr efectos gratificantes. Estos actuarían como reforzadores positivos para el inicio de la adicción, como ocurre en los consumidores ilícitos de otros opioides. Sin embargo, esto no es lo habitual; en general, los pacientes con dolor crónico sin antecedentes de consumo de alcohol u otras drogas tratados con analgésicos opioides se suelen saltar la etapa de refuerzo positivo y no presentan necesariamente el perfil de riesgo del consumidor ilícito [1]. En estos pacientes parece que el refuerzo negativo que suponen la desaparición de la anhedonia, la hiperalgesia y la abstinencia desencadena la búsqueda compulsiva de los analgésicos opioides para aliviar estos síntomas.

Según la última edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) [3], para el diagnóstico del trastorno por consumo de opiáceos se requiere la presencia de un patrón problemático de consumo que provoque un deterioro o malestar clínicamente significativo y que se manifieste al menos por dos hechos de los especificados en la **TABLA 2**. La tolerancia y la abstinencia no podrán considerarse criterios diagnósticos del trastorno por consumo (adicción) en los pacientes con dolor crónico que solo toman anal-

TABLA 2. Criterios diagnósticos del trastorno por consumo de opiáceos (DSM-5)

A.1.	Consumo frecuente de cantidades superiores o durante más tiempo del previsto.
A.2.	Deseo persistente de abandonar o controlar el consumo, o fracaso en los esfuerzos por lograrlo.
A.3.	Mucho tiempo invertido en actividades relacionadas con el consumo (conseguir opiáceos, consumirlos o recuperarse de sus efectos).
A.4.	<i>Craving</i> o poderoso deseo o necesidad de consumir.
A.5.	Incumplimiento de los deberes fundamentales en el trabajo, la escuela o el hogar debido al consumo reiterado.
A.6.	Consumo continuado a pesar de sus consecuencias negativas sociales e interpersonales.
A.7.	Abandono o reducción importante de actividades sociales, profesionales o de ocio.
A.8.	Consumo recurrente en situaciones que conllevan riesgo físico.
A.9.	Consumo mantenido a pesar de saber que se sufren problemas físicos o psicológicos relacionados con el consumo.
A.10.	Tolerancia.
A.11.	Abstinencia.

gésicos opioides bajo supervisión médica adecuada. En cambio, podrán considerarse como criterios diagnósticos en aquellos pacientes que no se atienen a la prescripción médica (toman más dosis de la pautada, siguen prescripciones de diferentes médicos a la vez duplicando la medicación, se automedican consiguiendo los opioides por otras vías, etc.).

Aunque la adicción se desarrolla en un pequeño porcentaje de los pacientes con dolor crónico tratados con opioides, es un fenómeno no predecible que hay que tener en cuenta, ya que cuando se desarrolla se convierte a menudo en una enfermedad crónica, que no remite simplemente con la interrupción del tratamiento y que presentará un elevado riesgo de recaída si no se realiza una atención integral y un seguimiento adecuado.

TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES CON ABUSO O ADICCIÓN A OPIOIDES DE PRESCRIPCIÓN

La prescripción de dosis elevadas de analgésicos opioides no puede mantenerse indefinidamente en los pacientes con dolor crónico, aunque refieran de forma reiterada que los necesitan para su dolor, especialmente si valoramos un posible abuso o adicción a estos fármacos.

Ante la sospecha de un posible abuso, podemos intentar un **tratamiento estructurado con opioides**, que consiste en ir reduciendo de forma progresiva la dosis del opioide si esta es muy elevada, con controles toxicológicos de orina programados y con una supervisión estrecha a fin de detectar posibles conductas aberrantes relacionadas con el abuso, valorando incluso la supresión total del opioide si se considera oportuno.

En aquellos pacientes en los que falla el tratamiento estructurado, presentan consumos de alcohol o drogas ilegales o se sospecha una adicción a los opioides de prescripción, se debe considerar la derivación a los servicios de adicciones, donde se pueden emprender otras dos opciones de tratamiento:

- **Tratamiento basado en la abstinencia.** Consiste en la desintoxicación de los opioides. Para iniciar una

desintoxicación con expectativas de éxito debe existir una buena predisposición al proceso y una adecuada comprensión de la situación y de los posibles síntomas de abstinencia que pueden aparecer. Esta opción será factible en pacientes con buenos apoyos sociales, una historia corta de abuso o adicción y sin antecedentes de comorbilidad psiquiátrica, incluyendo los trastornos por consumo de otras sustancias. Algunos pacientes necesitan que la retirada del opioide se realice en el curso de un ingreso hospitalario. Es el caso de los pacientes con gran miedo al cambio, a sufrir sintomatología de abstinencia o a experimentar un incremento del dolor, así como en los pacientes motivados para abandonar el consumo pero que no cuentan con un adecuado apoyo social. También debe utilizarse este recurso cuando se sospeche o se tenga certeza de la existencia de un trastorno psicopatológico de base que puede hacer peligrar el proceso de la desintoxicación.

- **Tratamiento asistido con medicación (tratamiento con sustitutivos opioides).** Consisten en la prescripción de cantidades controladas de opioides de acción más prolongada para reducir el *craving* y prevenir la sintomatología de abstinencia. [4] Esta opción terapéutica constituye un programa integral de tratamiento médico, psicológico y social, y se considera el método más eficaz para tratar la adicción a los analgésicos opioides. [1,5,6]

Algunos estudios demuestran que el tratamiento con sustitutivos reduce el uso indebido de los opioides y aumenta la retención en el tratamiento. Los mejores resultados se obtienen con un tratamiento de mantenimiento a largo plazo y una posterior reducción lenta del sustitutivo. [7-10]

Un ensayo multicéntrico de pacientes con trastornos por consumo de opioides (tanto ilegales como de prescripción) en tratamiento con sustitutivos indica que los pacientes adictos a los opioides de prescripción se mantienen más tiempo en tratamiento y logran mejores resultados que los consumidores de opiáceos ilegales. [11]

En España están comercializados dos fármacos con indicación para los trastornos por consumo de opioides: la metadona y la buprenorfina-naloxona. Los datos sobre el tratamiento con sustitutivos en pacientes con un diagnóstico primario de trastorno por consumo de opioides de prescripción son escasos y, por el momento, hay que adaptar los protocolos que se emplean para este tipo de tratamientos en pacientes adictos a la heroína.

El tratamiento con estos fármacos requiere la supervisión de especialistas en adicciones. La conversión de la dosis de cualquier opioide a las equivalentes de metadona o buprenorfina-naloxona solo la deben realizar profesionales expertos en el manejo de estos fármacos.

En la adicción existen multitud de variables individuales, psicológicas y sociales que influyen en la dosis de mantenimiento del sustitutivo. Por tanto, al igual que sucede en los consumidores de heroína, en los pacientes adictos a opioides de prescripción tampoco podemos regirnos por ninguna tabla equianalgésica que nos permita calcular la dosis del fármaco sustitutivo equivalente a una dosis determinada de cualquier analgésico opioide.

Lo más prudente será comenzar el tratamiento con una dosis baja del fármaco sustitutivo e ir ajustando la misma al alza o a la baja según el criterio clínico, el bienestar del paciente y la necesidad de dosis de rescate. [12]

¿Metadona o buprenorfina-naloxona? Aunque con la metadona se tiene una mayor experiencia de uso y este fármaco parece mostrar mejores índices de retención en

el tratamiento, la buprenorfina-naloxona tiene un mejor perfil de seguridad y es una opción segura, eficaz y rentable para el tratamiento de la adicción a analgésicos opioides. [13] La buprenorfina-naloxona presenta ciertas ventajas sobre la metadona, como menos efectos sedantes, menor impacto sobre las funciones cognitivas y un efecto “techo” sobre la depresión respiratoria. La inducción de este fármaco consigue una rápida estabilización del paciente, con un perfil de seguridad favorable, y consigue una clara mejoría en la calidad de vida y una menor estigmatización de los pacientes.

La **metadona** es un potente agonista *m*-opioide de vida media larga, activo por vía oral. La conversión desde otros opioides a metadona debe realizarse con cautela, por su farmacocinética variable y su vida media larga. [14] En general, se recomienda comenzar con dosis bajas (menos de 30-40 mg al día) e ir ajustando la dosis a razón de un 30-50% de la de partida cada 48-72 horas, según el criterio clínico y siempre individualizando la dosis en cada paciente. A medida que se va aumentando la dosis de metadona, se va disminuyendo la dosis diaria del opioide de prescripción en un 30-50%. [12] En los pacientes con adicción a analgésicos opioides lo más adecuado es, una vez conseguida la estabilización, repartir la dosis total de mantenimiento en dos o incluso tres tomas al día.

La **buprenorfina-naloxona** está comercializada en comprimidos (2 mg/0,5 mg y 8 mg/2 mg de buprenorfina/naloxona, respectivamente) que se administran por vía sublingual. La buprenorfina es un agonista opioide parcial, que tiene actividad agonista sobre los receptores *m*-opioides y antagonista sobre los receptores *k*-opioides. La naloxona es un antagonista opioide que solo actúa cuando se administra por vía parenteral y está presente en este fármaco para disuadir del uso inadecuado por esta vía. En los pacientes con abuso o adicción a

analgésicos opioides, la inducción con buprenorfina-naloxona se realizará de la misma forma que en los pacientes adictos a la heroína. [15] Al ser la buprenorfina un agonista parcial, se debe iniciar la inducción cuando se objetiven signos claros de abstinencia, con el fin de evitar precipitar un síndrome de abstinencia. Por tanto, para poder iniciar la inducción, es necesario esperar un tiempo tras la última dosis de opioides: [16]

- En el caso de la heroína y los opioides de acción ultrarrápida, 6 horas.
- En el caso de los opioides de acción rápida, 12 horas.
- En el caso de los opioides de acción prolongada, entre 36 y 48 horas.

Se recomiendan dosis de estabilización de entre 16 y 24 mg al día, que se reparten en dos o tres tomas diarias.

Tratamientos coadyuvantes. Por último, existen otros **tratamientos** que pueden ser de utilidad para el manejo del dolor crónico [17] (TABLA 3) de los que también se pueden beneficiar los pacientes que presentan abuso o adicción a los analgésicos opioides.

CONCLUSIONES

- Es esperable que los pacientes con dolor y un tratamiento continuado con analgésicos opioides sean dependientes, pero esto no tiene por qué significar que sean adictos.
- El término *conductas aberrantes* hace referencia a cualquier comportamiento relacionado con la medicación que se aleje de la estricta adherencia al plan terapéutico.
- La aceptación del término *pseudoadicción*, utilizado para definir las conductas de búsqueda de los anal-

gésicos opioides con fines exclusivamente analgésicos, debido a un tratamiento insuficiente del dolor y a la prescripción de dosis infraterapéuticas, puede complicar la evaluación y el tratamiento de los pacientes con dolor crónico.

- La tolerancia y la abstinencia no podrán considerarse criterios diagnósticos del trastorno por consumo (adicción) en los pacientes con dolor crónico que solo toman analgésicos opioides bajo supervisión médica adecuada.
- Existen varios instrumentos para la evaluación del riesgo de abuso de los analgésicos opioides que nos pueden ayudar en la toma de decisiones clínicas, pero no son herramientas diagnósticas.
- Hay que transmitir al paciente que el objetivo principal del tratamiento es mejorar su funcionalidad física y mental y su calidad de vida.
- Ante la sospecha de un posible abuso, podemos intentar un **tratamiento estructurado con opioides**, que consiste en ir reduciendo de forma progresiva la dosis del opioide.
- Si falla el tratamiento estructurado se pueden emprender otras dos opciones de tratamiento: el **Tratamiento basado en la abstinencia** y el **Tratamiento con sustitutivos opioides**, siendo este último la opción más favorable.
- En España están comercializados dos fármacos con indicación para los trastornos por consumo de opiáceos: la metadona y la buprenorfina-naloxona. El tratamiento con estos fármacos requiere la supervisión de especialistas en adicciones.
- Las terapias psicológicas cognitivo-conductuales, combinadas con el tratamiento farmacológico, aumentan la eficacia en el manejo de estos pacientes.

TABLA 3. Otros tratamientos para el dolor crónico

<p>No farmacológicos</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Terapia cognitivo-conductual. • Terapia de aceptación y compromiso. • <i>Mindfulness</i>. • Fisioterapia. • Terapias complementarias (yoga, meditación, acupuntura). • Escritura emocional.
<p>Analgésicos no opioides</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Acetaminoafeno. • AINE no selectivos (de primera línea en la osteoartritis y el dolor lumbar). • Inhibidores de la ciclooxigenasa-2. • Anticonvulsivantes (gabapentina o pregabalina). • Antidepresivos (tricíclicos y duales).
<p>Terapias neuroquirúrgicas y neuroestimuladoras</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Inyección epidural. • Estimulación cerebral, medular o nerviosa.
<p><i>Bio-feedback</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Electromiografía (ayuda a los pacientes a aprender a controlar la tensión muscular). • Electroencefalografía (ayuda a los pacientes a aprender a modular las señales eléctricas cerebrales con el fin de modular el dolor). • <i>Neuro-feedback</i>.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ballantyne JC, Stannard C. New addiction criteria: Diagnostic challenges persist in treating pain with opioids. *IASP-Pain Clinical Updates*. 2013 Dec; 21:1-7.
2. Weissman DE, Haddox JD. Opioid pseudoaddiction - an iatrogenic syndrome. *Pain*. 1989 Mar; 36(3):363-6.
3. Asociación Americana de Psiquiatría. *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. 5ª ed. Arlington, VA. American Psychiatric Publishing; 2013.
4. Dennis BB, Naji L, Bawor M, Bonner A, Varenbut M, Daiter J. The effectiveness of opioid substitution treatments for patients with opioid dependence: a systematic review and multiple treatment comparison protocol. *Syst Rev*. 2014 Sep; 3:185.
5. Canadian Guideline for Safe and Effective Use of Opioids for Chronic Non-Cancer Pain. Canada: National Opioid Use Guideline Group (NOUGG) [internet]; 2010 Apr [citado el 28 de Mar. de 2017]. Disponible desde: <http://nationalpaincentre.mcmaster.ca/opioid/>.
6. Manchikanti L, Abdi S, Atluri S, Balog CC, Benyamin RM, Boswell MV, et al. American Society of Interventional Pain Physicians (ASIPP) guidelines for Responsible Opioid Prescribing in Chronic Non-Cancer Pain. *Pain Physician*. 2012 Jul; 15(Suppl. 3):S1-S116.
7. Brady KT, McCauley JL, Back SE. Prescription Opioid Misuse, Abuse, and Treatment in the United States: An Update. *Am J Psychiatry*. 2015 Sep; 173(1):18-26.
8. Weiss RD, Potter JS, Fiellin DA, et al. Adjunctive counseling during brief and extended buprenorphine-naloxone treatment for prescription opioid dependence: a 2-phase randomized controlled trial. *Arch Gen Psychiatry*. 2011 Dec; 68:1238-46.
9. Potter JS, Dreifuss JA, Marino EN, et al. The multi-site prescription opioid addiction treatment study: 18-month outcomes. *J Subst Abuse Treat*. 2015 Jan; 48:62-9.

10. Weiss RD, Potter JS, Griffin ML, et al. Long-term outcomes from the National Drug Abuse Treatment Clinical Trials Network Prescription Opioid Addiction Treatment Study. *Drug Alcohol Depend.* 2015 May; 150:112-9.
11. Potter JS, Marino EN, Hillhouse MP, Nielsen S, Wiest K, Canamar CP, et al. Buprenorphine/naloxone and methadone maintenance treatment outcomes for opioid analgesic, heroin, and combined users: finding from starting treatment with agonist replacement therapies (START). *J Stud Alcohol Drugs.* 2013; 74(4):605-13.
12. Campos D, Kimiko R. Uso y rotación de opioides para el dolor crónico no oncológico. *Rev Bras Anesthesiol.* 2012; 62(4):1-5.
13. Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health. Buprenorphine/Naloxone versus Methadone for the Treatment of Opioid Dependence: A Review of Comparative Clinical Effectiveness, Cost-Effectiveness and Guidelines. Ottawa (ON): Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health [internet]. 2016 Sep; [citado el 28 de Mar. de 2017]. Disponible desde: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK385163/>.
14. Chou R, Fanciullo GJ, Eine PG, Adler JA, Ballantyne JC, Davies P. Clinical Guidelines for the Use of Chronic Opioid Therapy in Chronic Noncancer Pain. *J Pain.* 2009 Feb; 10(2):113-30.
15. Nielsen S, Hilthouse M, Mooney L, Fahey J, Ling W. Comparing buprenorphine induction experience with heroin and prescription opioid users. *J Subst Abuse Treat.* 2012 Feb; 43(3):285-96.
16. Nielsen S, Hilthouse M, Weiss RD, Mooney L, Polter S, Lee J, Ling W. The relationship between primary prescription opioid and buprenorphine-naloxone induction outcomes in a prescription opioid dependent sample. *Am J Addict.* 2014 Jul-Aug; 23(4):343-8.
17. Volkow, ND, McLellan TA. Opioid Abuse in Chronic Pain - Misconceptions and Mitigation Strategies. *N Engl J Med.* 2016 Mar; 374(13):1253-63.

MODELO BIOPSIICOSOCIAL PARA LA ATENCIÓN DEL DOLOR CRÓNICO

La importancia del abordaje integral y multidisciplinar

ANA I. HENCHE · ROSA M^a FERNÁNDEZ-MARCOTE

El dolor crónico no oncológico no es únicamente una sensación física provocada por la lesión de algún tejido u órgano. Es algo mucho más complejo modulado por factores genéticos, ambientales, cognitivos y emocionales. En particular, el dolor neuropático se define como una enfermedad neuropsicopatológica autónoma que se produce en las vías nociceptivas espinales y en los circuitos emocionales y motivacionales, que se manifiesta con una respuesta exagerada a estímulos dolorosos (hiperalgesia) y no dolorosos (alodinia), en combinación con estados emocionales negativos y un impulso persistente a eliminar el dolor a través de medidas conductuales, como la evitación, o farmacológicas, como la autoadmedicación [1].

Los fármacos opioides ejercen sus efectos analgésicos fundamentalmente por su unión a los receptores m-opioides, que se encuentran ampliamente distribuidos en el circuito nociceptivo. Pero un gran número de estos receptores también se localizan en el circuito del estrés y en el sistema de recompensa cerebral. Por tanto, los fármacos opioides, además de su efecto

analgésico, poseen efectos antidepresivos, ansiolíticos y euforizantes y se puede desarrollar tolerancia a todos estos efectos.

Está claro que existe una interdependencia entre el dolor, el estado de ánimo y la tolerancia y dependencia física a los analgésicos opioides, dado el solapamiento de los circuitos cerebrales implicados en todos estos procesos [2].

DOLOR FÍSICO Y DOLOR EMOCIONAL: LAS DOS CARAS DE LA MISMA MONEDA

La literatura señala que la comorbilidad psiquiátrica en los pacientes con dolor crónico se asocia con una mayor intensidad del dolor y una mayor interferencia con las actividades de la vida diaria. [3-5] Además, los pacientes con dolor crónico no oncológico y trastornos psiquiátricos comórbidos suelen recibir tratamiento con analgésicos opioides más frecuentemente y a dosis más altas que los pacientes sin psicopatología [6-9], lo que supone un mayor riesgo potencial de desarrollar trastornos por el uso de estos fármacos.

Separar las bases físicas de las psicológicas del dolor es casi siempre imposible, así como identificar si el dolor físico desencadenó el dolor emocional o a la inversa.

Como ya se ha visto en otro capítulo de esta guía, la comorbilidad psiquiátrica predispone al dolor crónico y refuerza su desarrollo y su mantenimiento. De igual forma, el dolor puede desencadenar una psicopatología secundaria que aumenta la sensibilidad al dolor físico y exacerba la comorbilidad psiquiátrica primaria. Por tanto, el dolor físico y el dolor emocional se amplifican mutuamente en una espiral de sufrimiento y discapacidad funcional. El dolor no es exclusivamente físico o

psicológico, sino más bien ambos. No hay salud física sin salud mental, de la misma manera que no hay salud mental sin salud física.

MODELO BIOPSIICOSOCIAL DE ATENCIÓN AL DOLOR CRÓNICO

Este modelo propone que, en el dolor, además del componente físico, entran en juego otras variables cognitivas, conductuales, emocionales y sociales que interactúan de forma compleja para determinar la experiencia final de dolor y su presentación clínica.

Cuando el dolor persiste en el tiempo, los pacientes están más expuestos a la acción de factores psicosociales que influyen en la experiencia de dolor y aumentan el riesgo de cronificación [10].

Variables Afectivas y Emocionales

- **Miedo-ansiedad.** La experiencia de dolor agudo muchas veces se asocia al miedo, que conduce a una respuesta de escape, y a una ansiedad anticipatoria que provoca una respuesta de evitación [11]. En general, las personas valoran el dolor como una experiencia desagradable, pero no le atribuyen un significado altamente amenazante ni consideran que vaya a tener consecuencias graves; poco a poco van aumentando su nivel de actividad hasta que se recuperan. Pero en algunas personas, cuando el dolor persiste en el tiempo (dolor crónico), el miedo y la ansiedad anticipatoria ponen en marcha estrategias de afrontamiento desadaptativas más centradas en la emoción que en la solución de problemas. Estas personas interpretan el dolor como una amenaza (catastrofización), lo que genera una fijación atencional en el dolor y un estado de hipervigilancia. De-

bido a esto desarrollan conductas de evitación que conllevan una limitación física progresiva.

- **Depresión.** La desesperanza, la anhedonia, las alteraciones del sueño y el ánimo bajo son síntomas que se presentan con frecuencia en pacientes con dolor. Más de la mitad de los pacientes con dolor crónico cumple criterios diagnósticos de trastorno depresivo y esta comorbilidad se asocia a una mayor intensidad del dolor, una mayor incapacidad y unos pobres resultados en el tratamiento del dolor [12-16].
- **Estrés emocional.** El dolor crónico también se puede asociar a un elevado estrés emocional, con síntomas físicos y psicológicos que influyen negativamente en la funcionalidad [16,17].

Variables cognitivas

- **Creencias y actitudes.** Las creencias sobre cómo es y qué significa un estímulo doloroso pueden servir para interpretar el estímulo y dar una respuesta rápida eficiente, pero también pueden anticipar y distorsionar una respuesta poco adaptativa. [18] Estas creencias y actitudes, determinadas en parte por el contexto sociocultural, influyen también en las expectativas sobre la experiencia del dolor, de su tratamiento y de su recuperación. Cuando estas expectativas no se cumplen, aumenta la frustración, la desconfianza y también la intensidad del dolor [19].
- **Catastrofización del dolor.** Consiste en una interpretación errónea, exagerada y negativa del dolor y de sus consecuencias. La experiencia del dolor se interpreta como una amenaza grave, como una catástrofe. Este patrón cognitivo distorsionado disminuye la funcionalidad, aumenta el riesgo de cronificación y dificulta la recuperación [19,20].

- **Conductas de evitación.** Están provocadas por el miedo a la aparición del dolor, a su agravamiento o a que pueda producirse una nueva lesión. Estas conductas llegan a producir más incapacidad que el propio dolor [21].
- **Pocas expectativas de recuperación.** Generalmente están asociadas al dolor de larga evolución, con limitaciones acusadas en la actividad habitual. Estas bajas expectativas pueden influir negativamente en el proceso de recuperación [22].
- **Baja autoeficacia.** Las personas con un dolor crónico de larga evolución pueden tener la creencia de que no pueden controlar el dolor y se sienten incapaces de manejar la situación. Aparecen sentimientos de indefensión y culpa al no poder hacer frente a las actividades de la vida diaria y esto se asocia a una mayor persistencia del dolor y a una mayor incapacidad [23,24].

Variables conductuales

Son conductas aprendidas, influidas por emociones y cogniciones, así como por el entorno social, en respuesta a la experiencia de dolor. Aunque estas conductas pueden ser beneficiosas a corto plazo, pueden resultar perjudiciales con el tiempo [10]. Por ejemplo, el uso de analgésicos opioides puede resultar muy útil en el dolor agudo, pero si se prolonga facilitará el desarrollo de problemas a largo plazo, como la toxicidad o la adicción.

Variables sociales

- **Empatía interpersonal.** Se refiere al proceso a través del cual el entorno social (familia, amigos, compañeros, profesionales sanitarios...) comprende y responde a las emociones del paciente. Unos indicadores

altos de empatía se asocian a una mayor tolerancia al dolor y una mayor contención emocional. Por el contrario, las familias sobreprotectoras o las muy críticas se relacionan con una mayor intensidad del dolor, más estrés y más incapacidad de los pacientes [25].

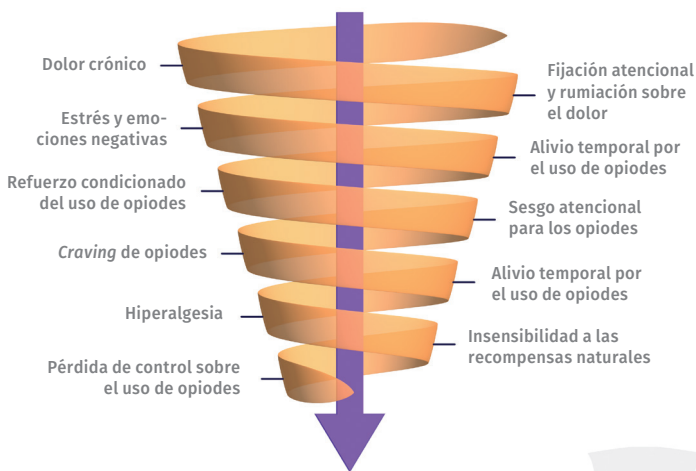
- **Apego.** La existencia de un apego inseguro con los padres o los cuidadores en la infancia es un factor de riesgo para respuestas desadaptativas al dolor [26]. Los adultos con dolor crónico e indicadores de apego seguro refieren una menor intensidad de dolor; además, perciben el dolor como un desafío y no como una amenaza [27]. Los pacientes con un apego inseguro tienen mayores conflictos relacionales, los cuales influyen negativamente en la evolución del dolor [28].

Traumas

Las experiencias traumáticas en la infancia o en la edad adulta (abuso sexual o físico) se asocian a pensamientos y afrontamientos negativos, a un soporte social más débil y a una mayor vulnerabilidad al estrés, por lo que dichas experiencias son importantes factores de riesgo para el desarrollo y la persistencia del dolor crónico [29,30].

LA ESPIRAL DESCENDENTE HACIA LA ADICCIÓN

Los analgésicos opioides, por sus variados efectos, consiguen aliviar no solo el dolor físico, sino también el dolor emocional. Los pacientes con dolor crónico que tienen prescritos analgésicos opioides a largo plazo pueden llegar a hacer un uso indebido de estos fármacos buscando aliviar el estrés y el malestar emocional. Este efecto inicial beneficioso de los opioides refuer-



Adaptado del Garland y col. (2013) [22]

za su uso continuado, aunque se desarrolle tolerancia analgésica.

En 2013, Garland y col. propusieron un modelo muy interesante para intentar explicar cómo se desarrolla la adicción en estos pacientes [31]. En ellos su comportamiento sigue una espiral descendente, en la que la nocicepción desencadenaría en un primer momento una focalización atencional en el dolor y una puesta en marcha de estrategias de afrontamiento desadaptativas centradas en la emoción: hipervigilancia, rumiación y catastrofización. Todo esto aumentaría la intensidad del dolor percibido y provocaría una gran angustia emocional, de forma que el paciente comenzaría a hacer un uso indebido de los opiáceos prescritos para intentar mitigar estos efectos. La autoadministración repetida de los opiáceos en respuesta al dolor y al malestar psicológico derivaría en procesos de aprendizaje asociativo, los cuales sesgarían la atención hacia las

señales relacionadas con los opioides, de forma que el simple hecho de ver el frasco de pastillas, por ejemplo, fortalecería el hábito automático de seguir consumiendo los opioides, a pesar del desarrollo de tolerancia a la analgesia. El dolor crónico mantenido y el uso indebido de opioides de forma prolongada provoca cambios alostáticos neuroadaptativos en los circuitos del estrés y de la recompensa que provocan un aumento de la sensibilidad al dolor (hiperalgesia) y una disminución de la satisfacción obtenida por las recompensas naturales (anhedonia). Con el tiempo, se llegaría a una situación de pérdida de control sobre el uso de los opioides prescritos, que es lo que define a la adicción.

SÍNDROME DOLOROSO POR USO EXCESIVO DE OPIOIDES

El síndrome doloroso por uso excesivo de opioides fue acuñado por Mehendale y col. en 2013 para describir a un grupo de pacientes con dolor crónico no oncológico que no responden al tratamiento con opioides a dosis altas y que presentan problemas con estos fármacos [32].

Las características de este síndrome se muestran en la **TABLA 1**. Si están presentes en un paciente, será necesaria una evaluación psicológica y psiquiátrica completa que incluya la valoración de una posible adicción.

En estos pacientes se recomienda la reducción gradual de los opioides hasta suspenderlos. Si esto no es posible, está indicada la terapia con sustitutivos opioides (buprenorfina/naloxona o metadona). Se requiere un cambio del enfoque terapéutico hacia estabilizadores del ánimo, anticonvulsivantes, antidepresivos duales e intervenciones psicológicas.

TABLA 1. Síndrome doloroso por uso excesivo de opioides

Antecedentes familiares o personales de abuso o adicción al alcohol u otras drogas.
Afrontamiento desadaptativo de la experiencia del dolor (catastrofismo).
Creencias distorsionadas sobre la utilidad de los tratamientos activos (fisioterapia, ejercicio).
Solicitud de otros fármacos adicionales (benzodiazepinas para la ansiedad o el insomnio; estimulantes para el cansancio o la falta de concentración).
Incapacidad funcional con gran limitación de la calidad de vida percibida.
Aumento de la intensidad del dolor percibido al incrementar la dosis de los opioides.
Conductas aberrantes relacionadas con la búsqueda compulsiva de los analgésicos opioides.

ENFOQUE INTEGRAL DEL TRATAMIENTO DEL DOLOR CRÓNICO

El manejo adecuado del dolor crónico de larga evolución requiere un abordaje multidisciplinar que tenga en cuenta la interacción dinámica entre los factores físicos, los psicológicos y los socioculturales.

El objetivo terapéutico principal debe ser, más que la supresión del dolor, el cual probablemente nunca llegue a desaparecer por completo, mantener la funcionalidad física y mental del paciente y mejorar su calidad de vida.

Más allá de la calificación del dolor según una escala analgésica visual, se deben evaluar las actitudes, las

creencias, las expectativas y el estado de ánimo del paciente en relación con su experiencia de dolor. También se deben valorar sus estilos y estrategias de afrontamiento en la gestión del dolor y la situación de apoyo sociofamiliar. Si no se atienden estos aspectos psicosociales, aumentará el riesgo de desarrollar o perpetuar la incapacidad a largo plazo y se favorecerá la cronificación del dolor, el uso a largo plazo de dosis elevadas de analgésicos opioides y el riesgo de un uso indebido de estos fármacos.

Por tanto, para el adecuado abordaje del dolor crónico lo ideal serían los programas interdisciplinares de tratamiento integral, donde los distintos profesionales implicados (médico de familia, especialista en dolor, enfermera, psicólogo, trabajador social, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, psiquiatra y, si fuera necesario, especialista en adicciones) trabajen de forma conjunta, simultánea y sistemática para conseguir que el paciente mejore, no solo en términos de dolor, sino también en funcionalidad y calidad de vida.

La formación de estos profesionales en el manejo del dolor, de la comorbilidad psiquiátrica y del uso indebido, el abuso y la adicción a opioides es fundamental para el manejo adecuado del paciente con dolor crónico no oncológico. Esto permitirá restaurar un uso más equilibrado de los opioides, permitiendo la disponibilidad de estos fármacos para aquellos pacientes que puedan obtener beneficios de ellos y limitando su uso inapropiado, con las consecuencias negativas que conlleva.

CONCLUSIONES

- El dolor crónico debe entenderse como un patrón de conducta psicofisiológico en el que no puede separarse los componentes físicos de los emocionales y psicosociales, siendo todos interdependientes.

- Los factores psicosociales aumentan el riesgo de desarrollar o perpetuar la incapacidad a largo plazo, y favorecen la cronificación del dolor, el uso a largo plazo de dosis elevadas de analgésicos opioides y el riesgo de uso indebido de estos fármacos.
- El enfoque de tratamiento de este tipo de dolor debe ser, desde el inicio, interdisciplinar, abordando de manera simultánea las necesidades físicas, psicológicas y sociales que determinan la experiencia de dolor de cada paciente.
- El objetivo fundamental del tratamiento, además de la disminución del dolor, debe ser mejorar la funcionalidad física y mental y la calidad de vida del paciente.
- Para conseguir este objetivo lo ideal serían programas integrales e interdisciplinarios, llevados a cabo por profesionales que tuvieran una adecuada formación en el manejo del dolor físico, del dolor emocional, de la comorbilidad psiquiátrica asociada y del abuso o adicción a los opioides de prescripción.

BIBLIOGRAFÍA

1. Elman I, Zubieta JK, Borsook D. The Missing P in Psychiatric Training. Why it is important to teach pain to psychiatrists. *Arch Gen Psychiatry*. 2011; 68(1):12-20.
2. Ballantyne JC, Stannard C. New addiction criteria: Diagnostic challenges persist in treating pain with opioids. *IASP-Pain Clinical Updates*. 2013; 21:1-7.
3. Carroll LJ, Cassidy JD, Cote P. The Saskatchewan Health and Back Pain Survey: the prevalence and factors associated with depressive symptomatology in Saskatchewan adults. *Can J Public Health*. 2000; 91(6):459-64.
4. Dworkin RH, Gitlin MJ. Clinical aspects of depression in chronic pain patients. *Clin J Pain*. 1991; 7(2):79-94.

5. Lépine JP, Briley M. The epidemiology of pain in depression. *Hum Psychopharmacol*. 2004; 19(Suppl 1):S3-S7.
6. Braden JB, Sullivan MD, Ray GT, Saunders K, Merrill J, Silveberg MJ, et al. Trends in long-term opioid therapy for noncancer pain among persons with a history of depression. *Gen Hosp Psychiatry*. 2009; 31(6):564-70.
7. Edlund MJ, Martin BC, Devries A, Fan MY, Braden JB, Sullivan MD. Trends in use of opioids for chronic noncancer pain among individuals with mental health and substance use disorders: the TROUP study. *Clin J Pain*. 2009; 26(1):1-8.
8. Richardson LP, Russo JE, Katon W, McCarty CA, DeVries A, Edlund MJ. Mental health disorders and long-term opioid use among adolescents and young adults with chronic pain. *J Adolesc Health*. 2012; 50(6):553-8.
9. Seal KH, Shi Y, Cohen G, Cohen BE, Marquen S, Krebs EE et al. Association of mental health disorders with prescription opioids and high-risk opioid use in US veterans of Iraq and Afghanistan. *JAMA*. 2012; 307(9):940-7.
10. González M. Dolor crónico y psicología: Actualización. *Rev Med Clin Condes*. 2014; 25(4):610-7.
11. Hassenbring MI, Chehadi O, Titze C, Kreddig N. Fear and anxiety in the transition from acute to chronic pain: there is evidence for endurance besides avoidance. *Pan Manag*. 2014; 4(5):363-74.
12. Fishbain DA, Cutler R, Rosomoff HL, Rosomoff RS. Chronic pain-associated depression: antecedent or consequence of chronic pain? A review. *Clin J Pain*. 1997; 13(2):116-37.
13. Bair MJ, Robinson R, Katon W, Kroenke K. Depression and pain comorbidity: a literature review. *Arch Intern Med*. 2003; 163(20):2433-45.
14. Arnow BA, Hunkeler EM, Blasey CM, Lee J, Constantino MJ, Fireman B et al. Comorbid depression, chronic pain, and disability in primary care. *Psychosom Med*. 2006; 68(2):262-8.

15. Gambassi G. Pain and depression: the egg and the chicken story revisited. *Arc Gerontol Geriatric*. 2009; 49(1):103-12.
16. Eccleston C, Crombez G, Scotford A, Clinch J, Connell H. Adolescent chronic pain: patterns and predictors of emotional distress in adolescents with chronic pain and their parents. *Pain*. 2004; 108(3):221-9.
17. Brage S, Sandanger I, Nygard JF. Emotional distress as a predictor for low back disability: a prospective 12-year population-based study. *Spine*. 2007; 32(2):269-74.
18. Sandín B. El estrés. En: Belloch A, Sandín B, Ramos F (eds.). *Manual de psicopatología*. Vol 2 (edición revisada). Madrid: McGraw Hill; 2009; pp. 3-42.
19. Peñarroya A, Ballús-Creus C, Pérez J. Diferencias en el uso de las estrategias de afrontamiento, el catastrofismo y el estado de ánimo en función del tiempo de evolución del dolor crónico. *Rev Soc Esp Dolor*. 2011; 18(2):77-83.
20. Quartana PJ, Campbell CM, Edwards RR. Pain catastrophizing: a critical review. *Expert Rev Neurother*. 2009; 9(5):745-58.
21. Volders S, Boddez Y, De Peuter S, Meulders A, Vlaeyen JW. Avoidance behavior in chronic pain research: a cold case revisited. *Behav Res Ther*. 2015; 64:31-7.
22. Iles RA, Taylor NF, Davidson M, O'Halloran PD. Patient recovery expectations in non-chronic non-specific low back pain: a qualitative investigation. *J Rehabil Med*. 2012; 44(9):781-7.
23. Brister H, Turner JA, Aaron LA, Manci L. Self-efficacy is associated with pain, functioning and coping in patients with chronic temporomandibular disorder pain. *J Orofac Pain*. 2005; 20(2):115-24.
24. De Moraes Vieira EB, de Góes Salvetti M, Damiani LP, de Mattos Pimenta CA. Self-efficacy and fear avoidance beliefs in chronic low back pain patients: coexistence and associated factors. *Pain Manag Nurs*. 2014; 15(3):593-602.
25. Goubert L, Craig KD, Vervoort T, Morley S, Sullivan MJ, de C. Williams AC, et al. Facing others in pain: the effects of empathy. *Pain*. 2005; 118(3):285-8.

26. Lumley MA, Cohen JL, Kafe FJ. Pain and emotion: a biopsychosocial review of recent research. *J Clin Psychol*. 2011; 67(9):942-68
27. Meredith P, Ownsworth T, Strong J. A review of the evidence linking adult attachment theory and chronic pain: presenting a conceptual model. *Clin Psychol Rev*. 2008; 26(3):407-29.
28. Pietromonaco PR, Uchino B, Dunkel Schetter C. Close relationship processes and health: implications of attachment theory for health and disease. *Health Psychol*. 2013; 32(5):499-513.
29. Walker EA, Katon WJ, Hansom J, Harrop-Griffiths J, Holm Louise, Jones ML, et al. Psychiatric Diagnoses and sexual victimization in women with chronic pelvic pain. *Psychosomatics*. 1995; 36:531-40.
30. Sachs-Ericsson N, Cromer K, Hernandez A, Kendall-Tackett K. A Review of childhood abuse, health, and pain-related problems: The role of psychiatric disorders and current life stress. *J Trauma Dissociation*. 2009; 10(2):170-88.
31. Garland EL, Froeliger B, Zeidan F, Partin K, Howard MO. The Downward Spiral of Chronic Pain, Prescription Opioid Misuse, and Addiction: Cognitive, Affective, and Neuropsychopharmacologic Pathways. *Neurosci Biobehav Rev*. 2013; 37(10 Pt 2):2597-607.
32. Mehendale AW, Goldman MP, Mehendale RP. Opioid overuse pain syndrome (OOPS); The story of opioids. *Prometheus unbound*. *J Opioid Mang*. 2013; 9(6):421-38.

AUTOCUIDADO Y SEGUIMIENTO

La educación y el autocuidado en el uso de opioides

SABELA CALVETE · MANUELA MONLEÓN

Ante el gran aumento de la prescripción de analgésicos opioides es imprescindible la educación del paciente y sus cuidadores en el manejo de este tipo de fármacos para evitar la aparición de efectos no deseados.

El uso indebido de opioides supone un problema importante para la salud pública y para la seguridad del paciente [1]. Aunque la prescripción inicial de estos fármacos generalmente se realiza en los servicios hospitalarios, los principales prescriptores de estos fármacos son los médicos de familia, puesto que desde la atención primaria (AP) se realiza el seguimiento del 80% de los pacientes con dolor crónico [1,2]. Al ser una atención continuada, son precisamente los profesionales de AP, médicos y enfermeras, los que deben estar más atentos a los posibles riesgos o a las respuestas que se pueden presentar con el uso de estos fármacos.

El cuidado de la persona con dolor crónico en tratamiento con analgésicos opioides requiere de un trabajo en equipo, multidisciplinar y bien coordinado, donde cada profesional, según sus competencias, aporte su visión del problema [3]. En el paciente con dolor crónico es necesario tener una visión holística de la persona y su valoración integral nos permitirá obtener información no solo del problema físico, sino también de los

valores y creencias del paciente y del significado psicoemocional del dolor tanto para él como para su entorno [4].

LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

La Organización Mundial de la Salud (OMS) asegura que el incumplimiento del tratamiento es la causa principal de que los pacientes no obtengan todos los beneficios que les pueden proporcionar los medicamentos y esto se debe a que no reciben el apoyo necesario [5].

Los profesionales sanitarios suelen culpar a los pacientes cuando no se sigue la pauta de prescripción, pero los profesionales sanitarios y los sistemas de salud tienen una gran influencia sobre el comportamiento de los pacientes al respecto [5].

La adherencia al tratamiento es una parte del comportamiento humano implicada en la salud, y es expresión de la responsabilidad de los individuos en el cuidado y mantenimiento de la misma [6-8]. Supone la implicación activa y la colaboración voluntaria del paciente en un proceso de comportamiento aceptado de mutuo acuerdo con el profesional o los profesionales sanitarios que le atienden, con el fin de producir un resultado terapéutico deseado [8,9]. Por tanto, es un factor importante, susceptible de modificación y que compromete a los resultados en la salud.

La adherencia deficiente al tratamiento puede adoptar diversas formas [6]:

- Dificultad para iniciarlo.
- Suspensión prematura o abandono.
- Cumplimiento incompleto o insuficiente de las indicaciones (omisión de dosis, de tiempo o de propósito).

- Inasistencia a consultas o interconsultas.
- Ausencia de una modificación de hábitos o estilos de vida necesaria para la mejora de la enfermedad.
- Automedicación.

Los factores asociados a la adherencia al tratamiento pueden atribuirse al paciente, a la enfermedad, al fármaco y/o al equipo asistencial [7]. En este capítulo vamos a ver cómo los profesionales sanitarios pueden influir en el autocuidado que el paciente debe tener para controlar el manejo de los fármacos opioides y disminuir el riesgo de abuso.

EL AUTOCUIDADO

El autocuidado es un comportamiento aprendido e intencionado que se produce en situaciones concretas de la vida y constituye una contribución constante del individuo a su propia existencia con el objetivo principal de mantener su vida, su salud y su bienestar [8,10].

Con el autocuidado se pretende conseguir que las personas sanas se mantengan sanas y que aquellas que tienen un problema de salud sean capaces de adoptar las medidas necesarias para lograr el mayor nivel de autonomía posible y el más alto nivel de salud y calidad de vida que su situación de enfermedad les permita [10].

Para poder detectar un déficit de autocuidado es preciso realizar una minuciosa valoración integral del individuo y de su entorno. El proceso comienza con la toma de conciencia de uno mismo y de su estado de salud desde una perspectiva holística, es decir, tomando en consideración todas las esferas del ser humano: física, psicoemocional, social y de valores y creencias. Una vez identificados los problemas de salud se consensuan

con el paciente y se establecen con él los objetivos y las intervenciones necesarias para favorecer el cambio, por lo que resulta imprescindible el compromiso de este, y de su familia si existiera dependencia, para que cumpla con el autocuidado indicado. Este proceso requiere de una relación de confianza mutua entre ambas partes; el paciente pasa a ser participe en su salud, pasa de tener una posición pasiva a una posición activa.

Al fomentar el autocuidado se consigue que cada persona desarrolle su máximo potencial, perfeccionando o cambiando actitudes que le permitan solucionar y afrontar las dificultades relacionadas con su salud, como podría ser el uso indebido de los fármacos opioides.

En definitiva, apoyar el autocuidado es reconocer la autonomía del paciente. Se ha demostrado que los pacientes activos y comprometidos con su salud obtienen mejores resultados tanto para ellos mismos como para la sociedad [11].

EL PACIENTE EMPODERADO

Para que el paciente esté comprometido y tome un papel activo en su cuidado no basta con recibir una información y llevarla a cabo. El paciente activo tiene que tener intención de serlo, entrenarse y ser constante.

El paciente empoderado es la persona con capacidad para tomar decisiones, ejercer el control sobre su vida y establecer un modelo deliberativo de relación con los profesionales que le atienden [10]; en definitiva, el paciente empoderado es la persona capaz de ejercer un autocuidado en salud, objetivo que buscamos como profesionales sanitarios.

El empoderamiento es un proceso complejo en el que el profesional sanitario debe centrarse en motivar

al paciente para la consecución de los diferentes objetivos de salud establecidos por el equipo interdisciplinar, que le acompañará en todo el proceso. Esto se consigue mediante la entrevista clínica motivacional, donde Carl Rogers [12] habla de tres características básicas que deben ser percibidas por el paciente y que son decisivas para facilitar el cambio, como son:

- **Empatía.** Es la capacidad de ponerse verdaderamente en el lugar del paciente, ver y sentir como él lo hace, entender su enfermedad, el significado que tiene para él y los cuidados que realiza.
- **Calidez emocional.** Permitir participar a la persona en su cambio y no modelar el cambio según uno piensa, sino teniendo en cuenta los deseos del paciente. Trabajar en un entorno de confianza mutua, donde el paciente participe.
- **Autenticidad.** La personalidad del profesional debe ser abierta, libre y basada en las relaciones humanas.

Además de la entrevista motivacional, el profesional tiene que valorar los diferentes condicionantes de salud para elaborar la estrategia de cambio junto con el paciente. Orem [8] establecía que la edad, el estado del desarrollo, el estado de salud, los factores socioculturales, etc., eran determinantes para la elaboración de los objetivos de cambio. Además de esto hay un factor que es determinante para saber en qué dirección trabajar la motivación del paciente, es decir, en qué momento del cambio se encuentra. En el uso de opioides, además de tener en cuenta la enfermedad y sus efectos, es importante conocer el estado emocional en que se encuentra el paciente, su condición de autocuidarse, así como la existencia de actuales/antiguas adicciones. Factores que nos acercarán a realizar un plan de cuidados más adecuado, ajustado al paciente y a su condición vital, disminuyendo los riesgos.

El modelo transteórico de Prochaska y DiClemente (1984) concibe el cambio de conducta como un proceso que progresa a través de cinco etapas o estadios (TABLA 1): precontemplación, contemplación, determinación, acción y mantenimiento. A lo largo de este proceso es probable que se sufran recaídas y se vuelva a etapas anteriores. En caso de recaídas hay que hacer una reestructuración positiva de lo sucedido y aceptar el fracaso como algo normal y posible; esto influirá positivamente en la percepción de autoeficacia.

Promover la participación de la persona estriba en que le involucra como paciente activo, le conduce a entender mejor su enfermedad y a desarrollar estrategias de salud que le ayuden a vivir lo mejor que pueda, desarrollando sus propias habilidades, reduciendo el riesgo de abuso de la medicación opioide.

El autocuidado que el paciente establezca le hará participar en su vida de forma plena, a través de un correcto afrontamiento a los problemas de salud que tenga, toma de decisiones correctas, manejo de la medicación, etc., que le conducirá en general a una mejora en su calidad de vida.

Las acciones que fomentan el autocuidado se agrupan en seis puntos clave: [8]

- Buscar y asegurar la ayuda profesional adecuada.
- Tomar conciencia y prestar atención a los efectos que los problemas de salud tienen sobre el funcionamiento y el desarrollo, tanto por parte del paciente como por parte del profesional que lo atiende.
- Llevar a cabo eficazmente las medidas diagnósticas, terapéuticas y rehabilitadoras que se hayan prescrito.
- Tomar conciencia y prestar atención a los efectos adversos originados por el tratamiento opioide prescrito y los cuidados realizados.

- Modificar el autoconcepto y la autoimagen para aceptarse como una persona con un estado de salud determinado y con necesidades de cuidados de salud específicos.
- Aprender a vivir con las consecuencias del problema de salud, adoptando un estilo de vida que fomente el bienestar y el desarrollo personal continuo.

Este proceso requiere de la accesibilidad del profesional para que el paciente consiga el objetivo; un camino que precisa del asesoramiento constante del profesional sanitario.

EL COACHING Y LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD

Pasar de paciente informado a paciente activo no es un proceso sencillo. Aquí la Educación para la Salud (EpS) y, en concreto, el *coaching* constituye una de las mejores técnicas para conseguir nuestro objetivo, que bien podría ser, como anuncia el título de esta guía, el buen uso de los opioides en el tratamiento del dolor crónico, a fin de conseguir el bienestar del paciente con dolor minimizando los riesgos.

La EpS es un proceso educativo que tiene como finalidad responsabilizar a los ciudadanos en la defensa de la salud individual y colectiva. Es un instrumento de la promoción de la salud y, por tanto, es una función importante de los profesionales de la sanidad, de los servicios sociales y de la educación. Asimismo, la EpS es una parte del proceso asistencial y se debe incluir tanto en la prevención como en el tratamiento y la rehabilitación [14].

Dentro de los modelos que se utilizan en EpS, uno que puede resultar adecuado para la población diana objeto de esta publicación, es decir, los pacientes con dolor crónico que tienen prescritos analgésicos opioi-

TABLA 1. Tareas y estrategias adaptadas a los estadios del cambio

Etapa	Tareas	Estrategias
<p>Precontemplativa (ninguna intención de cambio; no se ve el problema)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Incrementar el nivel de contradicción para que surjan motivos de preocupación. • Intervenciones breves (elaborar mapa de creencias, trabajar la ambivalencia, evitar las resistencias, aumentar la autoeficacia y la automotivación). 	<ul style="list-style-type: none"> • Apoyo narrativo (facilitar información sobre los beneficios del autocuidado y del manejo adecuado de la medicación). • Evitar trampas. • Reconocer resistencias.
<p>Contemplativa (intención de cambio en los próximos seis meses; ambivalencia; se ve el problema, pero con muchas dudas)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Aumentar las contradicciones entre lo que hace y lo que desea. • Reflexionar sobre la conducta problema y su posibilidad de mejora. 	<p>Las estrategias de la etapa precontemplativa más las siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diario de salud (aumenta la autopercepción sobre la conducta y sus consecuencias). • Hoja de balance (clarifica las dificultades y los beneficios de la conducta problema y del cambio de la misma). • Reforzar los beneficios del autocuidado.

<p>Determinación (preparación al cambio; disposición a cambiar)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Conseguir que el paciente verbalice el compromiso del cambio. • Ayudarle a elegir la mejor estrategia para lograr el cambio. • Desarrollar un plan de actuación conjunto. • Definir metas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Asesorar sobre el problema de salud y sobre los beneficios y riesgos derivados del tratamiento con opioides. • Reforzar el uso adecuado de la medicación prescrita. • Utilizar preguntas activadoras.
<p>Acción (inicio del cambio)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Aumentar la percepción de autoeficacia. • Informar sobre otros modelos que hayan tenido éxito. 	<ul style="list-style-type: none"> • Apoyo narrativo. • Reforzar autocuidados. • Utilizar preguntas activadoras.
<p>Mantenimiento (mantenimiento del cambio)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Prevenir las recaídas. • Fomentar la autoeficacia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar conjuntamente con el paciente las situaciones de riesgo. • Elaborar estrategias para afrontar dichas situaciones.
<p>Recaída (vuelta a la conducta anterior)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Reconstruir positivamente. • Ayudar a renovar el proceso. • Fomentar la autoeficacia y la automotivación. 	<ul style="list-style-type: none"> • Señalamiento emocional. • Reestructuración positiva.

des, es el del **aprendizaje significativo** [15]. Este modelo propone que para aprender es necesario relacionar los nuevos aprendizajes a partir de ideas, experiencias, vivencias y cogniciones, que serán reorganizadas y modificadas ante las nuevas informaciones o experiencias que se dan en el proceso educativo. Este aprendizaje es significativo, porque es una construcción del conocimiento en la que unas piezas nuevas (conocimientos nuevos) encajan con otras ya existentes (conocimientos previos) formando un todo coherente que constituye el nuevo aprendizaje y que es perdurable en el tiempo.

Bajo este enfoque es tan importante lo que se aprende como el modo en que se aprende, por lo que cobra importancia el papel del profesional sanitario que educa. El profesional sanitario no solo forma e informa sobre el autocuidado a través de la EpS, sino que acompaña en el proceso, así como lo hace un entrenador deportivo, asegurando los cuidados y motivando para la consecución de objetivos. Es por ello que el *coaching* se postula como un elemento imprescindible para el fomento del autocuidado [16].

El *coaching* en salud se define como la práctica de la EpS y la promoción de la salud en un contexto que refuerza el bienestar de los pacientes y facilita que estos logren metas relacionadas con la salud y mejoren las conductas que constituyen estilos de vida saludables [17,18].

El autocuidado busca conseguir la mayor autonomía posible del paciente, mejorando su motivación y sus conocimientos, y ayudándole a desarrollar las habilidades necesarias para alcanzar el mayor nivel de autogestión y cuidado de su enfermedad [18].

Mediante el *coaching*, el profesional sanitario facilita que los pacientes adquieran las competencias necesarias para el autocuidado, realiza el acompañamiento y les ayuda en el proceso de búsqueda de sus propias

respuestas, y de sus posibles soluciones. Esto permite a los pacientes ampliar sus conocimientos y descubrir sus potenciales, aumentando progresivamente su rendimiento para afrontar los continuos procesos de cambio que resultan imprescindibles en las modificaciones de conducta ante una enfermedad, y en el manejo de la misma.

Existe una diferencia importante entre tener conocimientos y habilidades, y ser capaz de utilizarlos adecuadamente en determinadas circunstancias. Las creencias sobre la eficacia de uno mismo (autoeficacia) influyen de forma importante en la autorregulación de la motivación. En general, las personas tienden a evitar las actividades que superan su capacidad de afrontamiento, mientras que llevan a cabo aquellas que creen que son capaces de realizar. A medida que una persona aumenta el nivel de autoeficacia percibida, también aumentará su predisposición para afrontar nuevos retos y su rendimiento a la hora de iniciar acciones para el autocuidado, incluyendo el manejo de la medicación [10].

Esta intervención educativa sobre el manejo de la medicación prescrita se apoya además en las líneas de la Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud 2015-2020 [19], al promover el uso seguro de los medicamentos, informando sobre su manejo, valorando su adherencia y/o la falta de comprensión de los tratamientos; una tarea cotidiana en las diferentes consultas de atención primaria, para lo que adjuntamos un breve consejo informativo, a modo de folleto, que pueda ayudar a los profesionales a iniciar esta formación del paciente con prescripción de analgésicos opioides (ANEXO VII).

CONCLUSIONES

- El autocuidado es un comportamiento aprendido e intencionado que se produce en situaciones concretas de la vida y constituye una contribución constante del individuo a su propia existencia con el objetivo principal de mantener su vida, su salud y su bienestar.
- El proceso de autocuidado comienza con la toma de conciencia de uno mismo y de su estado de salud, desde una perspectiva holística.
- La EpS es una herramienta útil en el entrenamiento del autocuidado.
- La adherencia al tratamiento es una expresión de la responsabilidad de los individuos en el cuidado de su salud.
- Promover la participación de la persona como paciente activo le conduce a entender mejor su enfermedad y a desarrollar sus propias estrategias y habilidades, reduciendo el riesgo de abuso de la medicación opioide.

BIBLIOGRAFÍA

1. Lasser KE, Shanahan C, Parker V, Beers D, Xuan Z, Heymann O, et al. A Multicomponent Intervention to Improve Primary Care Provider Adherence to Chronic Opioid Therapy Guidelines and Reduce Opioid Misuse: A Cluster Randomized Controlled Trial Protocol. *J Subst Abuse Treat.* 2016; 60:101-9.
2. Torralba A, Miquel A, Darba J. Situación actual del dolor crónico en España: Iniciativa "Pain Proposal". *Rev Soc Esp Dolor.* 2014; 21(1):16-22.
3. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. Estrategia de atención a pacientes con enfermedades crónicas

- en la Comunidad de Madrid. Madrid: Consejería de Sanidad; 2013 [consultado 1 Abr 2007]. Disponible en: <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM017570.pdf>.
4. Monleón Just M. Abordaje del dolor crónico en Atención Primaria. EFC. 2013; 1(3):123-31.
 5. OMS. El incumplimiento del tratamiento prescrito para las enfermedades crónicas es un problema mundial de gran envergadura. Ginebra; 2003 [consultado 14 Mar 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2003/pr54/es/>.
 6. Velandia-Arias A, Rivera-Álvarez LN. Agencia de Autocuidado y Adherencia al Tratamiento en Personas con Factores de Riesgo Cardiovascular. Rev Salud Pública. 2009; 11(4):538-48.
 7. Marín Alfonso L. Repercusiones para la salud pública de la adherencia terapéutica deficiente. Rev Cubana Salud Pública. 2006; 23(3) [consultado 14 Marz 2017]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21420864013>.
 8. Cavanagh SJ. Modelo de Orem: Aplicación práctica. Barcelona [etc.]: Ediciones Científicas y Técnicas; 1993.
 9. Martín Alfonso L. Aplicaciones de la psicología en el proceso salud enfermedad. Rev Cubana Salud Pública. 2003; 29(3):275-81.
 10. Solano Villarrubia C, Gonzalez Castellanos LE, González Villanueva P, Infantes Rodríguez JA. Cuadernos de Enfermería familiar y Comunitaria 2: El autocuidado en las personas con enfermedad crónica [consultado 2 Marz 2017]. SEMAP; 2015. Disponible en: http://www.semap.org/docs/CUADERNO_2_SEMAP.pdf.
 11. Bridges JFP, Loukanova S, Carrera P. Patient Empowerment in Health Care. International Encyclopedia of Public Health; 2008.
 12. Rogers C. El proceso de convertirse en persona. Mi técnica terapéutica. 1992 [consultado 15 Mar 2017]. Disponible en: <http://www.cpalsj.org/wp-content/uploads/2014/08/2CPM5T1-Rogers-1992-El-proceso-de-convertirse-en-persona.pdf>.

13. Lizarraga SD, Ayarra M. Entrevista motivacional. *Anales Sis San Navarra*. 2001; 24(2):43-53.
14. Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Formación en promoción y educación para la salud [Internet]. Ministerio de Sanidad y Consumo de España; 2004 [consultado 20 Feb 2017]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/formacionSalud.pdf>.
15. Ballester Vallori A. El aprendizaje significativo en la práctica. 2002 [consultado 15 Mar de 2017]. Disponible en: http://www.aprendizajesignificativo.es/mats/El_aprendizaje_significativo_en_la_practica.pdf.
16. May CS, Russell CS. Health Coaching: Adding Value in Healthcare Reform. *Glob Adv Health Med*. 2013; 2(3):92-3.
17. Palmer S, Tubbs I, Whybrow A. Health coaching to facilitate the promotion of healthy behaviour and achievement of health-related goals. *Int J Health Promot Educ*. 2003; 41(3):91-3.
18. Ferrer C, Fernández M, Santamaría JM, Salazar R. El valor del cuidado de enfermería en el paradigma de la cronicidad y la dependencia. Nuevos roles y rediseños. *Invest educ enferm*. 2014; 32(3):488-97.
19. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud. Período 2015-2020 [Internet]. 2016 [citado 10 de abril de 2017]. Disponible en: <https://www.seguridaddel-paciente.es/resources/documentos/2015/Estrategia%20Seguridad%20del%20Paciente%202015-2020.pdf>.

RECOMENDACIONES PARA UN USO RACIONAL Y SEGURO DE LOS ANALGÉSICOS OPIOIDES

Prevención de las consecuencias negativas de su prescripción

ANNA LLIGOÑA · ANNA LÓPEZ · ANA I. HENCHE
· JOSEP GUARDIA · ALBERT TUCA · CALIXTO SÁNCHEZ ·
CARMEN SALA · JESÚS A. ÁLVAREZ · MANUELA MONLEÓN
· SABELA CALVETE · FRANCISCO PASCUAL

El dolor crónico es un problema de salud pública con una elevada prevalencia y una gran repercusión en la calidad de vida de los pacientes.[1] El dolor crónico no oncológico (DCNO) se define como aquel que dura al menos entre tres y seis meses o que persiste más allá del tiempo esperado para la cicatrización de los tejidos o la resolución de la enfermedad subyacente. [3,5,6,8,12] Además, el gran avance que se ha producido en los tratamientos para el cáncer he hecho que muchos pacientes oncológicos se conviertan en enfermos crónicos, que mantienen la prescripción de opioides a largo plazo.

Los analgésicos opioides ocupan una posición destacada dentro del arsenal terapéutico que se emplea para el manejo del dolor. En las dos últimas décadas, su uso ha aumentado sustancialmente, sobre todo en el tratamiento del dolor crónico. Este aumento se ha acompañado de un preocupante incremento en los

eventos adversos asociados, incluidos abuso, adicción y sobredosis. Muchos de estos efectos están relacionados con: [1]

- La administración inadecuada de los fármacos.
- Los errores en la dosificación.
- La prescripción de distintas formulaciones de opioides por distintas vías al mismo tiempo.
- Las interacciones con otros fármacos.
- El seguimiento inadecuado de los pacientes.
- El uso inapropiado en pacientes de riesgo o a largo plazo.

Las autoridades sanitarias, los profesionales de la salud y los propios pacientes desempeñan un papel fundamental en la prevención del abuso de los medicamentos en general y de los analgésicos opioides en particular. [1] Las estrategias en materia de prevención que son responsabilidad de las administraciones sanitarias y de los pacientes se resumen en la **TABLA 1**.

En este capítulo nos vamos a centrar en el profesional sanitario como agente de prevención y ofreceremos unas pautas consensuadas para favorecer un uso racional y seguro de los analgésicos opioides en el tratamiento del dolor crónico.

Aunque se han revisado varias guías publicadas [11-16], se han tomado como base principalmente los siguientes documentos:

- El informe del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI) sobre prácticas seguras para el uso de opioides en pacientes con dolor crónico publicado en 2015. [1]
- La guía para la prescripción de opioides en el dolor crónico del Centro de Control y Prevención de Enfermedades (CDC) de EE.UU., publicada en 2016. [2]

- Los boletines farmacoterapéuticos de algunas comunidades autónomas españolas que recogen recomendaciones sobre el uso de opioides en el dolor crónico. [3-10]

RECOMENDACIONES GENERALES

- En el tratamiento del dolor crónico se debe buscar maximizar la eficacia y minimizar el daño. [4]
- Antes de iniciar un tratamiento con analgésicos opioides se debe ofrecer al paciente una información exhaustiva sobre su utilización y sus efectos secundarios, incluidos hiperalgesia inducida por opioides, tolerancia y abstinencia.
- También se debe informar al paciente sobre el riesgo de abuso y adicción que presentan estos fármacos, y darles pautas claras para realizar un buen uso de los mismos.
- Los analgésicos opioides potentes nunca deben utilizarse en monoterapia. La gestión del dolor crónico debe ser siempre individualizada, con un enfoque integral, multidisciplinar y estructurado desde el principio del tratamiento. [3,6,8,11,12]
- Los analgésicos opioides no son fármacos de primera línea en el tratamiento del dolor crónico y su uso en este tipo de dolor sigue siendo controvertido. [1-4,6-8,12] En general se considera que son potentes y eficaces en el tratamiento del dolor nociceptivo y solo parcialmente eficaces en el alivio del dolor neuropático. [5,8]
- En el dolor crónico se recomienda seguir la escala analgésica de la OMS, con un enfoque progresivo que incluya desde el inicio opciones no farmacológicas, como rehabilitación o terapias cognitivo-con-

ductuales, y tratamientos farmacológicos no opioides. [1,5,11]

- No existen evidencias claras de la efectividad a largo plazo (más de un año) de los analgésicos opioides en el dolor crónico. [1-7-10] Los opioides solo se utilizarán cuando el dolor sea de intensidad moderada o severa y no haya respondido a otros tratamientos, [1,4-6,7] valorando siempre de forma individualizada el balance riesgo/beneficio. [12]
- El tratamiento con analgésicos opioides a largo plazo se puede asociar con patrones de uso problemático, incluida la adicción, que conllevan un importante deterioro funcional y un malestar clínicamente significativo. [2-4,6,7,11,12]
- Además de aliviar el dolor, el objetivo fundamental del tratamiento será mantener la funcionalidad física y mental del paciente y mejorar su calidad de vida. [3-6,9,10,12]
- Cuanto más crónico y complejo sea el dolor y más joven sea el paciente, menos indicados están los opioides en el tratamiento. [3,4,6,9,10]
- La morfina oral sigue siendo el opioide potente de referencia en el tratamiento del dolor crónico [3-5,7,9,10], ya que no existen evidencias científicas de que los nuevos opioides sean más eficaces o más seguros [4,5,7,8,12] y la morfina es el opioide con una mejor relación entre coste y efectividad y en el que se tiene una mayor experiencia de uso.
- El fentanilo transdérmico debe reservarse para aquellos casos en los que la vía oral esté contraindicada o no pueda utilizarse. [3-6,10] Además, su absorción es impredecible en caso de fiebre, ejercicio físico o exposición a fuentes de calor. [5]

- Las evidencias sobre la eficacia del tapentadol en el dolor crónico son escasas. Además, al igual que ocurre con el tramadol y otros opioides, su uso se ha relacionado con la aparición de un síndrome serotoninérgico grave, sobre todo si se asocia a inhibidores de la recaptación de serotonina. Este fármaco debería reservarse para casos en los que hayan fracasado otras opciones terapéuticas opioides.

TABLA 1. Estrategias preventivas para el uso racional y seguro de analgésicos opioides en el tratamiento del dolor crónico

Por parte de LAS AUTORIDADES SANITARIAS	Por parte de LOS PACIENTES
Fomentar la formación continuada de los profesionales sanitarios.	Asegurarse de que están utilizando de forma correcta los fármacos prescritos.
Realizar campañas de información y concienciación para los pacientes.	Seguir las indicaciones de su médico sobre el tratamiento.
Establecer programas adecuados de control de la prescripción.	Informar de las medicaciones pautadas ante una nueva prescripción.
Promover la creación de grupos de trabajo y comités de expertos.	No abandonar ni modificar la pauta de tratamiento.
Fomentar la investigación en nuevos analgésicos no opioides potentes y en nuevas formulaciones de opioides que disuadan del abuso.	No aumentar la dosis prescrita sin consultar con el médico.
	No tomar medicamentos pautados a otros pacientes.
	No ofrecer sus medicamentos a amigos o familiares.

- Se recomienda evitar la prescripción de buprenorfina con otros opioides ya que, al ser un agonista parcial, puede precipitar la aparición de un síndrome de abstinencia, incluyendo dolor. [1]
- La metadona presenta una farmacocinética y una farmacodinámica muy complejas y solo debe ser manejada por profesionales familiarizados con su manejo. [12]
- Se requiere un ajuste individualizado y progresivo de la dosis, hasta alcanzar la dosis mínima eficaz. La mayoría de los pacientes se estabilizan con dosis muy por debajo de los 200 mg de dosis equivalente de morfina (DEM); en ensayos clínicos controlados se ha establecido una dosis media eficaz de 57 mg DEM para el dolor nociceptivo y de 92 mg para el dolor neuropático.
- A mayor dosis, mayor riesgo. Por encima de 100 mg DEM el riesgo de muerte se multiplica por dos, y a partir de 200 mg DEM este riesgo se multiplica por tres. [4,5,8-10]
- Es imprescindible una revisión periódica y continua de los pacientes para evaluar la eficacia analgésica de los opioides y su toxicidad, así como la adecuación de su uso a los fines terapéuticos planificados.
- La existencia de dolor irruptivo en pacientes con DCNO es controvertida y sigue siendo objeto de debate. [4-6,8,18] Aunque algunos autores apuntan a esta posibilidad, solo existen evidencias científicas de dolor irruptivo en pacientes oncológicos. [13,17]
- Los opioides muy potentes de liberación muy rápida y duración corta, como el fentanilo transmucoso oral o nasal, solo están indicados a demanda en el tratamiento del dolor irruptivo en pacientes oncológicos. [8] Para el dolor agudo intenso pueden utili-

zarse durante un tiempo corto (de 3 a 7 días). Su uso en el DCNO y en pacientes oncológicos no terminales debería ser muy limitado, ya que se asocia a un riesgo elevado de tolerancia, escalada de la dosis y abuso o adicción. [6] Es imprescindible que el paciente firme un consentimiento informado para el uso de opioides potentes fuera de las indicaciones de su ficha técnica (ANEXO X) si se decide prescribir estas formulaciones en el DCNO. [10]

- Se debe evitar la prescripción conjunta de opioides y benzodiacepinas siempre que sea posible, sobre todo en ancianos. [1,2,5,6]
- No se recomienda la combinación de dos o más fármacos opioides. [1] Si no se obtiene respuesta con un opioide determinado, lo más aconsejable es una rotación sustituyendo el fármaco inicial por otro opioide de distinto grupo de manera lenta y progresiva.
- Se debe asegurar una adecuada conciliación de los tratamientos con analgésicos opioides en las transiciones asistenciales para asegurar la continuidad del tratamiento. [1]
- La duración óptima del tratamiento con analgésicos opioides no está bien establecida en los pacientes con DCNO, pero no debe considerarse un tratamiento de por vida [4], por lo que, si el dolor persiste, deberán buscarse otras alternativas terapéuticas.
- Las herramientas estandarizadas que disponemos para evaluar el riesgo de abuso y adicción a los analgésicos opioides carecen de la suficiente especificidad y sensibilidad para ser clínicamente útiles, y solo deben considerarse instrumentos orientativos. Algunos expertos indican que lo más prudente es asumir que todos los pacientes están en riesgo. [19,20]

- La mayoría de las guías actuales recomiendan el tratamiento con sustitutivos (tratamiento asistido con medicación) como la opción más favorable para los pacientes que cumplan criterios de adicción a opioides de prescripción. [2,14] Este tratamiento deberá realizarse en servicios especializados en adicciones.
- Aunque no existen diferencias significativas entre los dos sustitutivos opioides disponibles en España en cuanto a la eficacia, ciertas características de la buprenorfina-naloxona (TABLA 2) hacen que pueda considerarse el tratamiento sustitutivo de elección en los pacientes que cumplan criterios de adicción a analgésicos opioides.
- Los tratamientos con sustitutivos no son una mera sustitución de una adicción por otra. Son medicamentos controlados que permiten a los pacientes un mejor manejo de su enfermedad y una mayor calidad de vida, de un modo comparable a la insulina

TABLA 2. Ventajas de la buprenorfina-naloxona sobre la metadona

Inducción y estabilización de dosis más rápidas.	Riesgo de prolongación del intervalo QT muy reducido.
Mejor perfil de seguridad.	Efecto antihiperalgésico (por su actividad antagonista de los receptores k-opioides).
Menos interacciones farmacológicas.	Síndrome de abstinencia menos intenso (por disociación más lenta de los receptores opioides).
Menos efectos sedantes.	Menor estigma
Menor impacto sobre las funciones cognitivas.	
Efecto techo sobre la depresión respiratoria.	

en el caso de los pacientes diabéticos. [20] Además, permiten controlar no solo el componente físico, sino también el importante componente psicosocial del dolor crónico. [21]

- Los datos sobre el tratamiento con sustitutivos en pacientes con un diagnóstico primario de trastorno por consumo de analgésicos opioides de prescripción son escasos. Por el momento, hay que adaptar los protocolos que se emplean para este tipo de tratamientos en pacientes adictos a la heroína.
- Aunque el porcentaje de pacientes con dolor crónico que desarrollan adicción a los analgésicos opioides de prescripción no sea muy elevado y la mejor opción sea la prevención, la adicción a estos fármacos existe y hay que tenerla en cuenta. Son pacientes que suponen retos difíciles para la medicina, pero no podemos darles la espalda porque, al menos en parte, hemos ayudado a crearlos. [22]

BIBLIOGRAFÍA

1. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Prácticas seguras para el uso de opioides en pacientes con dolor crónico. Madrid: MSSSI [internet]; 2015 [citado el 2 de Abr. de 2017]. Disponible desde: http://portal.se-dolor.es/docs-prensa/practicas_seguras_opioides.pdf.
2. Dowell D, Haegerich TM, Chou R. CDC Guideline for Prescribing Opioids for Chronic Pain-United States, 2016. JAMA. 2016 Mar; 315(15):624-45.
3. Infac. Opioides en el tratamiento del dolor crónico no oncológico. Infac. 2008; 16(10):51-6.
4. Diego L, Limón E. Tratamiento con opiáceos para el manejo del dolor crónico no oncológico: consideraciones y aspectos prácticos para mejorar su uso. Butlletí d'informació terapèutica. 2012; 23(9):53-8.

5. López M, Penide L, Portalo I, Rodríguez J, Sánchez N, Arroyo V. Dolor crónico no oncológico. Bol Farmacoter Castilla-La Mancha. 2014; 15(1):1-8.
6. Celaya MA., Malón MM. Opioides en el tratamiento del dolor crónico no oncológico. BIT Bol Inf Farmacoter Navar. 2014 Nov-Dic; 22(5):1-16.
7. Infac. Opioides en el manejo del dolor. El difícil equilibrio entre la opofobia y la opiofilia. Infac. 2014; 22(5):23-9.
8. Madrideojos R, Diego L. ¿Están cambiando las pautas de utilización de analgésicos opioides?. Butlletí d'informació terapèutica. 2015 Jul; 26(6):36-43.
9. CADIME. Dolor crónico no oncológico: Tratamiento farmacológico. Bol Ter Andaluz. 2015; 30(4):21-8.
10. Henche AI. El auge de la analgesia opioide. Problemas relacionados con su uso a largo plazo. Bol Farmacoter Castilla-La Mancha. 2016; 17(3):1-8.
11. Scottish Intercollegiate Guidelines network. Management of chronic pain. A: a national clinical guideline. Edinburgh: SING [internet]. 2013 Dic. [citado el 2 de Abr. de 2017]. Disponible desde: <http://www.sign.ac.uk/pdf/SIGN136.pdf>.
12. Chou R, Fanciullo GJ, Eine PG, Adler JA, Ballantyne JC, Davies P. Clinical Guidelines for the Use of Chronic Opioid Therapy in Chronic Noncancer Pain. J Pain. 2009 Feb; 10(2):113-30.
13. Manchikanti L, Abdi S, Atluri S, Balog CC, Benyamin RM, Boswell MV, et al. American Society of Interventional Pain Physicians (ASIPP) guidelines for Responsible Opioid Prescribing in Chronic Non-Cancer Pain. Pain Physician. 2012 Jul; 15(Suppl. 3):S1-S116.
14. National Opioid Use Guideline Group. Canadian Guideline for Safe and Effective Use of Opioids for Chronic Non-Cancer Pain. Part B: Recommendations for Practice. NOUGG [internet]. 2010 [citado el 2 de Abr. de 2017]. Disponible desde: http://nationalpaincentre.mcmaster.ca/documents/opioid_guideline_part_b_v5_6.pdf.

15. Kahan M, Mallis-Gagnon A, Wilson L, Srivastava A. Canadian guideline for safe and effective use of opioids for chronic noncancer pain. *Can Fam Physicians*. 2011 Nov; 57(11):1257-1266.
16. Chou R, Turner JA, Devine EB, et al. The effectiveness and risks of long-term opioid therapy for chronic pain: A systematic review for a National Institutes of Health Pathways to prevention workshop. *Ann Intern Med* 2015 Feb; 162(4):276-86.
17. Manchikanti L, Singh V, Caraway DL, Benyamin RM. Breakthrough pain in chronic non-cancer pain: fact, fiction, or abuse. *Pain Physician*. 2011 Mar-Apr; 14(2):E103-17.
18. Vázquez I. El dolor irruptor, ¿solo oncológico? (Editorial). *Rev Soc Esp Dolor*. 2016; 21(1):3-5.
19. Reuben DB, Alvanzo AAH, Ashikaga T, Bogat A, Callahan CM, Ruffing V. National Institutes of Health Pathways to Prevention Workshop: The Role of Opioids in the Treatment of Chronic Pain. *Ann Intern Med*. 2015 Feb; 162(4):295-300.
20. Volkow ND, McLellan AT. Opioid Abuse in Chronic Pain - Misconceptions and Mitigation Strategies. *Bn Engl J Med*. 2016 Mar; 374 (13):1253-63.
21. Neumann AM, Blondell RD, Jaanimägi U, Giambrone AK, Homish GG, Lozano JR. A preliminary study comparing methadone and buprenorphine in patients with chronic pain and coexistent opioid addiction. *J Addict Dis*. 2013; 32(1):68-78
22. Gregg J. A Startling Injustice: Pain, Opioids, and Addiction [Ideas and Opinions]. *Ann Intern Med*. 2015; 162:651-2

GLOSARIO

Definición de términos

Abuso. Uso intencional, recurrente y con fines no médicos de los opioides, con la intención de modificar o controlar un efecto físico o emocional determinado.

Adicción. Enfermedad neurobiológica primaria y crónica en la que intervienen factores genéticos, psicosociales y ambientales. Se caracteriza por un patrón dominante, desadaptativo, compulsivo y problemático del comportamiento, con pérdida de control sobre el uso del fármaco a pesar de las consecuencias negativas.

Agonista opioide puro. Fármaco opioide con afinidad fundamentalmente sobre los receptores μ y con actividad intrínseca. Por ejemplo, morfina, heroína, metadona, fentanilo, oxicodona, tramadol...

Agonista-antagonista opioide. Fármaco opioide con actividad agonista sobre los receptores κ , pero que ejercen un efecto agonista parcial o incluso antagonista sobre los receptores μ . Por ejemplo, pentazocina, nalbufina, butorfanol...

Agonista opioide parcial. Fármaco opioide con menor actividad intrínseca que los agonistas puros, pudiendo comportarse como antagonista en presencia de estos. Por ejemplo, buprenorfina.

Anestesia dolorosa. Dolor en un territorio corporal que carece de sensibilidad.

Antagonista opioide. Fármaco opioide con gran afinidad por los receptores μ , pero sin actividad intrínseca,

que bloquea los receptores opioides impidiendo que los agonistas se unan a ellos. Por ejemplo, naltrexona y naloxona.

Alodinia. Percepción anormal del dolor que hace que estímulos que habitualmente no son dolorosos (el roce de la ropa, una caricia...) e incluso placenteros resulten muy desagradables.

Autocuidado. Práctica de actividades que los individuos inician y realizan en su propio beneficio para el mantenimiento de la vida, la salud y el bienestar.

Benzodiazepinas. Fármacos psicotrópicos que actúan sobre el sistema nervioso central y que se usan como tranquilizantes, inductores del sueño, relajantes musculares o anticonvulsivantes. Su uso prolongado provoca dependencia. Si se administran conjuntamente con analgésicos opioides y/o alcohol, aumentan el riesgo de depresión respiratoria y muerte por sobredosis.

Coaching en salud. Práctica de la educación y la promoción de la salud en un contexto que refuerza el bienestar de los pacientes y facilita que estos logren metas relacionadas con la salud y mejoren las conductas que constituyen estilos de vida saludables.

Conductas aberrantes. Comportamientos relacionados con los fármacos opioides fuera de los límites del plan de tratamiento establecido y acordado con el paciente al inicio del mismo. Sugieren la presencia de abuso o adicción a los opioides.

Dependencia psicológica. Fuerte deseo o necesidad de consumir los fármacos opioides para experimentar un estado emocional positivo (placer, euforia, bienestar...) o para aliviar un estado emocional negativo (tristeza, ansiedad...).

Disestesia. Trastorno de la sensibilidad, en especial de la táctil, que genera una sensación desagradable ante

un estímulo normal. Puede acompañar a la alodinia y a la hiperalgesia.

Dolor agudo. Respuesta fisiológica normal y predecible a un estímulo doloroso. Es una señal de alarma ante un daño real o inminente y tiene una función protectora. Está bien localizado y su intensidad se relaciona con el estímulo doloroso. Su duración es limitada y remite cuando la lesión desaparece o se cura.

Dolor crónico. Es aquel que persiste después de que desaparezca el daño que lo causó, por lo que ya ha perdido su función de alarma y protección. Suele ser difuso y su intensidad no se relaciona con ningún estímulo causal. Es una enfermedad en sí misma que supone un gran reto terapéutico.

Dolor emocional. Término que hace referencia al componente psicológico del dolor (sufrimiento y emoción).

Dolor de miembro fantasma. Percepción de dolor a pesar de la inexistencia por amputación del territorio referido. Es frecuente en amputaciones traumáticas o lesiones corporales graves producidas bajo un alto índice de estrés.

Dolor neuropático. Es el dolor causado por una lesión o disfunción primaria en el sistema nervioso. Existe un trastorno fisiopatológico de las fibras nerviosas que provoca una actividad anormal en las vías de transmisión sensorial, con hipersensibilidad periférica o central del sistema nociceptivo. Suele tener las características del dolor crónico.

Dolor mixto. Es aquel que comparte características tanto del dolor nociceptivo como del dolor neuropático.

Dolor nociceptivo. Es el causado por la presencia de un estímulo doloroso sobre las terminaciones de las neuronas especializadas en la recepción del dolor (noci-

ceptores). Dependiendo de su origen, puede ser somático superficial (originado en piel y mucosas), somático profundo (originado en huesos, articulaciones, músculos, ligamentos, tendones, vasos sanguíneos o fascias) y visceral (originado en las vísceras u órganos).

Dolor psicógeno o funcional. Dolor que no es causado por una estimulación nociceptiva ni por una alteración neuronal, sino que tiene una causa psíquica o está producido por la intensificación psicógena de un dolor orgánico. El problema central es la amplificación y la distorsión que ocasiona este estado psicológico.

Educación para la Salud [EpS]. Es un proceso educativo que tiene como finalidad responsabilizar a los ciudadanos en la defensa de la salud propia y colectiva, y comprende las oportunidades de aprendizaje creadas conscientemente destinadas a mejorar la alfabetización sanitaria, que incluye la mejora del conocimiento de la población y el desarrollo de habilidades personales que conduzcan a la mejora de la salud.

Hiperalgesia. Hipersensibilidad al dolor, con respuesta exagerada a los estímulos dolorosos habituales.

Hiperpatía. Sensación dolorosa caracterizada por una respuesta al dolor de características invalidantes, ante estímulos dolorosos repetitivos y no crecientes en intensidad. A diferencia de la hiperalgesia, cursa con una disminución paradójica inicial del umbral del dolor, aunque las repeticiones posteriores hacen crecer exponencialmente la respuesta dolorosa. Se relaciona con mecanismos de sensibilización central graves.

Nocicepción. Es el proceso neuronal mediante el cual se codifican y procesan los estímulos potencialmente nocivos contra los tejidos del organismo.

Nociceptores. Son las terminaciones nerviosas libres de las neuronas sensitivas primarias, cuyos cuerpos

neuronales se encuentran en los ganglios raquídeos. Hay tres clases de nociceptores: térmicos, mecánicos o químicos. Todos tienen un umbral de excitación mucho más elevado que los receptores de la temperatura y del tacto normales, por lo que habitualmente no se activan a no ser que exista un estímulo nocivo.

Opiáceo. Término que se refiere al origen de la sustancia con respecto al opio. Es toda sustancia que se extrae de la cápsula de la adormidera o *papaver somniferum*. Por extensión, también se denominan opiáceos o alcaloides naturales del opio a los productos químicos derivados de la morfina, que es el principal elemento del opio en su forma más pura; entre estos están, además de la morfina, la codeína, la tebaína, la papaverina y la noscapina.

Opioide. Término amplio que se utiliza para designar aquellas sustancias endógenas (péptidos opioides) o exógenas que se unen a los receptores opioides provocando un efecto análogo a la morfina, y que poseen actividad intrínseca. Se clasifican en:

- **Opioides semisintéticos**, que son los sintetizados a partir de los alcaloides naturales. Por ejemplo, la heroína, la buprenorfina, la oxiconona o la hidromorfona.
- **Opioides sintéticos**, que son los que se sintetizan químicamente en el laboratorio. Por ejemplo, la petidina, el tramadol, la metadona o el fentanilo.

Paciente empoderado. Es la persona con capacidad para tomar decisiones, ejercer el control sobre su vida y establecer un modelo deliberativo de relación con los profesionales que le atienden.

Péptidos opioides. Son neurotransmisores endógenos que activan a los receptores opioides y provocan efectos similares a la morfina. Se distinguen tres grandes

grupos de péptidos opioides: las endorfinas, las encefalinas y las dinorfinas.

Pseudoadicción. Término acuñado en 1989 para justificar que la búsqueda de los analgésicos opioides por parte de los pacientes con dolor crónico se debe a un tratamiento insuficiente del dolor, y que los buscan con fines exclusivamente analgésicos. No existe ninguna evidencia empírica que apoye que pseudoadicción y adicción son fenómenos distintos y es posible que este concepto pueda complicar la evaluación y el tratamiento adecuado del dolor.

Sensibilización central. Consiste en una serie de alteraciones funcionales y/o morfológicas del sistema nervioso central, de carácter temporal o definitivo, que modifica la forma en que se gestiona y se procesa la información sensorial periférica. Se suele producir tras estímulos dolorosos de alta intensidad, mantenidos en el tiempo y que no han sido tratados de forma adecuada. Como resultado, dicha sensibilización ocasiona cuadros dolorosos de difícil resolución y con tendencia a la cronicidad y al excesivo consumo de recursos terapéuticos farmacológicos e intervencionistas.

Síndrome de abstinencia. Reacción fisiológica que aparece, una vez que se ha desarrollado la dependencia física, cuando se interrumpe de forma brusca la administración de los opioides, se disminuye la dosis de forma muy rápida o se administra un antagonista.

Sistema opioide endógeno. Es el sistema que forman los péptidos opioides endógenos y los receptores opioides. Su principal función es la modulación inhibitoria de la sensación nociceptiva.

Trastorno por consumo de opioides. Es el término utilizado en el último Manual Diagnóstico de los Trastornos mentales (DSM-5) de la Asociación Americana de

Psiquiatría (APA), que engloba a los diagnósticos anteriores de dependencia y abuso. Según el DSM-5, este trastorno se caracteriza por signos y síntomas que reflejan la autoadministración prolongada y compulsiva de sustancias opioides que no se utilizan para ningún propósito médico legítimo o, si existe alguna afección médica que requiera tratamiento con opioides, por la utilización de los mismos en dosis muy superiores a la cantidad necesaria para dicha afección.

Tolerancia. Fenómeno adaptativo que se produce con la administración repetida de los fármacos opioides que implica una disminución de la respuesta analgésica a una dosis estable del fármaco, de forma que será necesario aumentar la dosis del mismo para lograr mantener el grado inicial de analgesia. También se desarrolla tolerancia a los efectos gratificantes y euforizantes de los opioides.

Tolerancia cruzada. Extensión de la tolerancia de una sustancia a otras que estén química y farmacodinámicamente relacionadas.

Tolerancia cruzada incompleta entre opioides. La tolerancia se desarrolla para un agonista opioide determinado y en menor medida para el resto, tanto para la analgesia como para la toxicidad. Por tanto, cuando se cambia de agonista en una rotación de opioides, habrá que reducir la dosis en un 25-75% (hasta un 90% en el caso de la metadona), porque la tolerancia para el nuevo opioide será menor que la desarrollada para el opioide original.

Uso indebido. Uso terapéutico, intencional o no, de los analgésicos opioides de manera inapropiada, con fines distintos a los prescritos, sin que necesariamente la persona busque conseguir efectos gratificantes. Incluiría, por ejemplo, los errores en la comprensión de

la pauta, tomar la dosis prescrita durante más tiempo, aumentar la dosis para aumentar el efecto analgésico, automedicación para tratar otros síntomas como el insomnio, aceptar los medicamentos prescritos a un familiar o amigo, etc.

ANEXOS

- I. Cuestionario DN4
.....
- II. Escala visual analógica del dolor
.....
- III. Cuestionario breve para la evaluación del dolor (BPI-Sf)
.....
- IV. Inventario de deterioro y funcionalidad (IDF)
.....
- V. Escala de valoración del riesgo potencial de opioides (ORT)
.....
- VI. Detección y evaluación de opioides para pacientes con dolor. Versión revisada (SOAPP-R)
.....
- VII. Consejo breve para los pacientes
.....
- VIII. Hoja de información para el paciente y el cuidador
.....
- IX. Consentimiento informado para la indicación de analgésicos opioides en el tratamiento del dolor crónico no oncológico
.....

X. Consentimiento informado para el uso de opioides potentes y de acción ultrarrápida fuera de las indicaciones autorizadas en su ficha técnica

.....

XI. Tabla de dosis equivalentes aproximadas de los opioides

.....

ANEXO I. Cuestionario DN4: para diagnóstico de dolor neuropático

INSTRUCCIONES: COMPLETE EL CUESTIONARIO MARCANDO UNA O VARIAS RESPUESTAS EN CADA PREGUNTA.

PASO 1. PREGUNTE AL PACIENTE		
Pregunta 1. ¿TIENE EL DOLOR UNA O MÁS DE LAS SIGUIENTES CARACTERÍSTICAS?	Sí	No
1. Quemazón		
2. Sensación de frío doloroso		
3. Descargas eléctricas		
Pregunta 2. ¿SE ASOCIA EL DOLOR A UNO O MÁS DE LOS SIGUIENTES SÍNTOMAS EN LA MISMA ZONA?	Sí	No
4. Hormigueo		
5. Sensación de alfileres o agujas		
6. Entumecimiento		
7. Picazón o comezón		
PASO 2. EXAMINE AL PACIENTE		
Pregunta 3. ¿EL EXAMEN FÍSICO, EN EL ÁREA DEL DOLOR, MUESTRA UNA O MÁS DE LAS SIGUIENTES CARACTERÍSTICAS?	Sí	No
8. Hipoestesia al tacto		
9. Hipoestesia a los pinchazos		
Pregunta 4. EN LA ZONA DEL DOLOR, ESTE PUEDE SER CAUSADO O INCREMENTADO POR:	Sí	No
10. Cepillado o toque de algodón		
PUNTUACIÓN TOTAL <input type="checkbox"/> /10		
Una puntuación de 4/10 tiene una sensibilidad del 80,5% y una especificidad del 88,4% para el diagnóstico de dolor neuropático		

Bouhassira, D., et al. *Comparison of pain syndromes associated with nervous or somatic lesions and development of a new neuropathic pain diagnostic questionnaire (DN4)*. Pain. 2005; 114:29-36

ANEXO II. Escala visual analógica del dolor

INDIQUE, DE 0 A 10, CUÁL HA SIDO EL DOLOR PROMEDIO QUE HA TENIDO EN LOS ÚLTIMOS SIETE DÍAS:

0 = ausencia de dolor

1-3 = dolor leve

4-7 = dolor moderado

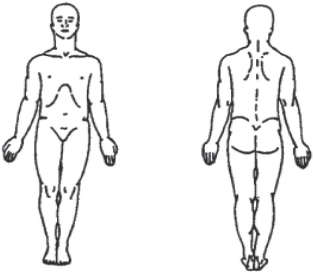
8-10 = dolor severo



0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ANEXO III. Cuestionario breve para la evaluación del dolor (BPI-Sf)

INSTRUCCIONES: POR FAVOR, LEA ATENTAMENTE Y CONTESTE A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS

<p>Pregunta 1. Todos hemos tenido dolor alguna vez en nuestra vida (por ejemplo, dolor de cabeza, dolor de muelas). En la actualidad, ¿ha sentido un dolor distinto a estos dolores comunes?</p>	<p>Sí <input type="checkbox"/></p>	<p>No <input type="checkbox"/></p>
<p>Pregunta 2. Indique en el dibujos, con un lápiz, dónde siente dolor. Indique con una «x» la parte del cuerpo en la que el dolor es más grave.</p>		
<div style="text-align: center;">  </div>		
<p>Pregunta 3. Clasifique su dolor haciendo un círculo alrededor del número que mejor describe la intensidad MÁXIMA del dolor sentido en las últimas 24 horas (0 =ningún dolor; 10 = el peor dolor imaginable).</p>		
<p style="text-align: center;">1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>		
<p>Pregunta 4. Clasifique el dolor haciendo un círculo alrededor del número que mejor describe la intensidad MÍNIMA del dolor sentido en las últimas 24 horas (0 =ningún dolor; 10 = el peor dolor imaginable).</p>		
<p style="text-align: center;">1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>		
<p>Pregunta 4. Clasifique el dolor haciendo un círculo alrededor del número que mejor describe la intensidad MEDIA del dolor sentido en las últimas 24 horas (0 =ningún dolor; 10 = el peor dolor imaginable).</p>		
<p style="text-align: center;">1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>		

Pregunta 4. Clasifique el dolor haciendo un círculo alrededor del número que mejor describe la **intensidad de su dolor ACTUAL**.

(0 =ningún dolor; 10 = el peor dolor imaginable).

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Pregunta 7. ¿Qué tratamiento o medicación recibe para su dolor?

Pregunta 8. En las últimas 24 horas, ¿cuánto alivio ha sentido con el tratamiento o con el medicamento? Indique con un círculo el porcentaje que mejor se adapta a su alivio (0% = ningún alivio; 100% = alivio total).

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

Pregunta 9. Haga un círculo alrededor del número que mejor describe la manera en que el dolor ha interferido durante las últimas 24 horas en su: (0 = no interfiere; 10 = interfiere por completo).

A. Actividad en general

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

B. Estado de ánimo

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

C. Capacidad para caminar

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

D. Trabajos habituales (en casa o fuera)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

E. Relaciones con otras personas

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

F. Sueño

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

G. Capacidad de diversión

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

OBSERVACIONES:

ANEXO IV. Inventario de deterioro y funcionalidad (IDF)

INSTRUCCIONES: A continuación aparecen unos enunciados que describen algunas actividades que la gente puede hacer. Responda SÍ o NO según la pregunta se adecue a lo que ocurre normalmente en su caso. No hay respuestas correctas o incorrectas. Se trata de conocer las cosas que usted hace normalmente y con qué frecuencia. Piense en la última semana y dígame si eso lo ha hecho usted y cuántas veces.

Durante la última semana, USTED:		SÍ	NO
1	¿Ha fregado los platos?	1	2
2	¿Ha visitado a sus familiares? (último mes)	1	2
3	¿Ha comido fuera de casa? (último mes)	1	2
4	¿Ha conducido el coche?	1	2
5	¿Ha puesto la lavadora?	1	2
6	¿Ha llamado por teléfono a algún familiar o amigo?	1	2
7	¿Ha hecho las camas?	1	2
8	¿Ha salido a pasear?	1	2
9	¿Ha ido al banco?	1	2
10	¿Ha visitado a sus amigos?	1	2
11	¿Ha ido a bares o cafeterías?	1	2
12	¿Ha cocinado?	1	2
13	¿Se ha vestido solo?	1	2
14	¿Ha salido a comprar?	1	2
15	¿Ha asistido a reuniones como, por ejemplo, asociación de vecinos? (último mes)	1	2
16	¿Ha ido al parque o a la playa?	1	2
17	¿Se ha afeitado solo? ¿Se ha arreglado/maquillado sola?	1	2
18	¿Ha hablado con algún vecino?	1	2
19	¿Ha realizado alguna afición fuera de casa? (Señalar cuál)	1	2

Tareas del hogar (5 ítems): 1, 5, 7, 12 y 14

Funcionamiento autónomo (4 ítems): 4, 9, 13 y 17

Actividades sociales (5 ítems): 2, 6, 10, 15 y 18

Actividades de ocio (5 ítems): 3, 8, 11, 16 y 19

Preguntas	(Si contestó SÍ)	(Si contestó NO)	
	¿CUÁNTAS VECES?	SÍ	NO
1	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1	2
2	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1	2
3	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1	2
4	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1	2
5	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1	2
6	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1	2
7	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1	2
8	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1	2
9	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1	2
10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1	2
11	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1	2
12	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1	2
13	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1	2
14	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1	2
15	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1	2
16	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1	2
17	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1	2
18	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1	2
19	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1	2

Ramírez-Maestre y Valdivia (2003). *Evaluación del funcionamiento diario en pacientes con dolor crónico*. *Psicología Conductual*, 11, 283-291.

ANEXO V. Escala de valoración del riesgo potencial de opioides (ORT)

	Mujer	Hombre		
ANTECEDENTES FAMILIARES DE ABUSO DE SUSTANCIAS:				
Alcohol	1		3	
Drogas ilegales	2		3	
Medicamentos	4		4	
ANTECEDENTES PERSONALES DE ABUSO DE SUSTANCIAS:				
Alcohol	3		3	
Drogas ilegales	4		4	
Medicamentos	5		5	
EDAD: (marcar si la edad está entre 16 y 45 años)	1		1	
ANTECEDENTES DE ABUSO SEXUAL:	3		0	
ENFERMEDAD PSIQUIÁTRICA:				
Déficit de atención, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno bipolar, esquizofrenia	2		2	
Depresión	1		1	
PUNTUACIÓN TOTAL				

Riesgo bajo: 1-3

Riesgo moderado: 4-7 (se pueden usar analgésicos opioides con una monitorización cuidadosa y un seguimiento adecuado del paciente).

Riesgo alto: ≥ 8 (en este caso, si es posible, evitar el uso de analgésicos opioides).

Adaptado y traducido de Webster LR, Webster R. *Predicting aberrant behaviors in Opioid-treated patients: preliminary validation of the Opioid Risk Tool*. Pain Med. 2005; 6(6):432

ANEXO VI. Detección y evaluación de opioides para pacientes con dolor (versión revisada, SOAPP®-R)

Las siguientes son algunas preguntas hechas a pacientes. Algunos de estos pacientes toman medicamentos para el dolor. Otros aún no toman medicamentos para el dolor, pero estamos considerando dárselos.

INSTRUCCIONES: RESPONDA CADA PREGUNTA CON LA MAYOR SINCERIDAD POSIBLE. NO HAY RESPUESTAS CORRECTAS NI INCORRECTAS.		Nunca 0	Rara vez 1	A veces 2	A menudo 3	Muy a menudo 4
1	¿Con qué frecuencia le cambia el estado de ánimo?					
2	¿Con qué frecuencia ha sentido necesidad de tomar dosis mayores de medicamento para tratar el dolor?					
3	¿Con qué frecuencia se ha sentido impaciente con sus médicos?					
4	¿Con qué frecuencia se ha sentido tan presionado por distintas cosas que no puede manejarlas?					
5	¿Con qué frecuencia hay tensión en su casa?					
6	¿Con qué frecuencia ha contado sus pastillas para el dolor para ver cuántas le quedan?					
7	¿Con qué frecuencia se ha sentido preocupado de que la gente lo juzgue por tomar medicamentos para el dolor?					
8	¿Con qué frecuencia se siente aburrido?					
9	¿Con qué frecuencia ha tomado más medicamentos para el dolor de los que debía tomar?					
10	¿Con qué frecuencia le ha preocupado que lo dejen solo?					
11	¿Con qué frecuencia ha sentido ansias de tomar la medicación?					

		0	1	2	3	4
12	¿Con qué frecuencia otras personas se han mostrado preocupadas por el uso que usted hace de la medicación?					
13	¿Con qué frecuencia alguno de sus amigos cercanos ha tenido problemas de alcoholismo o consumo de drogas?					
14	¿Con qué frecuencia otras personas le dijeron que tenía mal genio?					
15	¿Con qué frecuencia se ha sentido dominado por la necesidad de conseguir medicamentos para el dolor?					
16	¿Con qué frecuencia se ha quedado sin medicación para el dolor antes de tiempo?					
17	¿Con qué frecuencia otras personas le han impedido conseguir lo que usted se merece?					
18	¿Con qué frecuencia, en su vida, ha tenido problemas legales o ha sido arrestado?					
19	¿Con qué frecuencia ha asistido a reuniones de alcohólicos anónimos o narcóticos anónimos?					
20	¿Con qué frecuencia ha tenido una discusión tan fuera de control que alguien resultó herido?					
21	¿Con qué frecuencia han abusado sexualmente de usted?					
22	¿Con qué frecuencia otras personas han sugerido que tiene un problema de drogadicción o alcoholismo?					
23	¿Con qué frecuencia ha tenido que pedir prestados medicamentos para el dolor a sus familiares o amigos?					
24	¿Con qué frecuencia ha sido tratado por un problema de alcoholismo o drogadicción?					

ANEXO VII. Consejo breve para pacientes

¿VA USTED A INICIAR UN TRATAMIENTO CON OPIOIDES?



¿Qué es un fármaco opioide?

Los opioides son un grupo de fármacos utilizados en general para el control del dolor de elevada intensidad.



¿Puedo yo tomar opioides?

Este tipo de fármacos deben ser prescritos por su médico, nadie puede facilitarle este medicamento, si no está bajo la pauta médica.



¿Qué debe saber el equipo de salud antes de que inicie un tratamiento con opioides?

- Posibles alergias medicamentosas. Deberá informar de qué alergias o malas tolerancias tiene.
- Si sufre patologías como: insuficiencia renal, insuficiencia hepática, estreñimiento pertinaz, trastornos del ritmo cardíaco, etc.
- Utilización de fármacos y productos de herbolario. Para evitar efectos cruzados entre fármacos y hierbas o productos naturales, es importante que lo comunique.



¿Qué efecto tiene el consumo de opioides?

Los opioides tienen un efecto analgésico importante, pero no quita de algunas reacciones secundarias a su uso, como: mareos, sequedad de boca, náuseas y vómitos, estreñimiento, lentitud intelectual o psicomotora, picor en la piel y toxicidad por acúmulo de fármaco o exceso de consumo (NIO), produciendo unas respuestas neurológicas donde se ha de intervenir con rapidez.



¿Qué me puede hacer sospechar de estar en Neurotoxicidad Inducida por Opioides (NIO)?

Si está tomando opioides y presenta alguno de estos síntomas, póngase en contacto con su Equipo de Salud rápidamente (médico y/o enfermera). Ellos le darán las pautas hasta ser valorado nuevamente. En caso de no poder contactar, comuníquese con Urgencias Sanitarias (telf. 061).

Síntomas: somnolencia, mioclonías y/o convulsiones, pupilas en punta de alfiler, alucinaciones, *delirium* e hiperalgesia (excesiva sensibilidad al dolor).

Recomendaciones finales

- No suspenda ni cambie la pauta recomendada por su cuenta.
- Prevea la cantidad de fármacos que debe tomar y la que tiene en su hogar, sobre todo para periodos de festivos donde no será fácil acudir a su médico para conseguir la receta.
- Asegúrese de llevar los fármacos indicados para cumplir la pauta en viajes y desplazamientos.
- No realice actividades que requieran de una atención mayor como: conducir, llevar maquinaria pesada, etc.
- Si tiene alguna duda sobre la medicación indicada, consulte con su médico y enfermera de referencia, ellos le ayudarán.

Su MÉDICO/A es:	
Su ENFERMERA/O es:	
Tif. de su CENTRO DE SALUD:	
Tif. URGENCIAS	

ANEXO VIII. Hoja de información para el paciente y el cuidador

¿QUÉ SON LOS ANALGÉSICOS OPIOIDES, PARA QUÉ SE UTILIZAN Y QUÉ PRECAUCIONES HAY QUE TENER DURANTE EL TRATAMIENTO CON ESTOS FÁRMACOS?

- ▶ Los analgésicos opioides son un grupo de medicamentos que se utilizan para aliviar el dolor severo, junto a otros fármacos y terapias no farmacológicas.
- ▶ El objetivo principal de este tratamiento es disminuir en lo posible el dolor y mejorar su funcionalidad (su capacidad para estar más activo). Su funcionalidad puede mejorar a pesar del dolor, que probablemente no desaparezca por completo.
 - Usted, su médico y su enfermera se asegurarán de que la medicación le ayuda a conseguir los objetivos (estar más activo y disminuir el dolor).
 - Su médico y su enfermera le atenderán en consulta en repetidas ocasiones para ajustar la dosis y valorar el alivio del dolor, su capacidad para alcanzar los objetivos propuestos y la aparición de cualquier efecto adverso.
- ▶ Como cualquier medicación, los opioides pueden provocar efectos adversos o no deseados. Son efectos adversos frecuentes las náuseas, el estreñimiento, la somnolencia, la sequedad de la boca o la piel, el picor en la piel y los vómitos. Si aparecen, comuníquelo a su médico o a su enfermera, ellos le ayudarán a disminuir estos efectos.
- ▶ Los opioides son fármacos que actúan sobre el sistema nervioso central (sobre su cerebro), por lo que tienen capacidad de causar tolerancia (necesidad de aumentar la dosis para obtener el mismo efecto con su uso continuado) y dependencia física, que es responsable de la aparición de un síndrome de abstinencia si usted deja de tomar la medicación opioide por su cuenta de forma brusca.

- El síndrome de abstinencia a opioides no es peligroso, pero puede ser muy desagradable. Los síntomas de abstinencia son similares a los de la gripe (secreción nasal, dolores articulares y musculares, fiebre), junto con bostezos, dilatación de las pupilas, náuseas, diarrea, escalofríos e irritabilidad.
- Si experimenta síntomas de abstinencia no significa que se haya hecho adicto, solo que ha interrumpido el medicamento demasiado bruscamente. Si lo desea, su médico dirigirá la interrupción de la medicación con la lentitud necesaria para que no sufra esta reacción de abstinencia.
- En caso de abstinencia, también sufrirá un aumento de la sensibilidad al dolor, que se conoce como hiperalgesia. Pero, paradójicamente, esta hiperalgesia algunas veces está producida por el uso continuado de los opioides, sin abstinencia; en este caso consulte con su médico o con su enfermera.

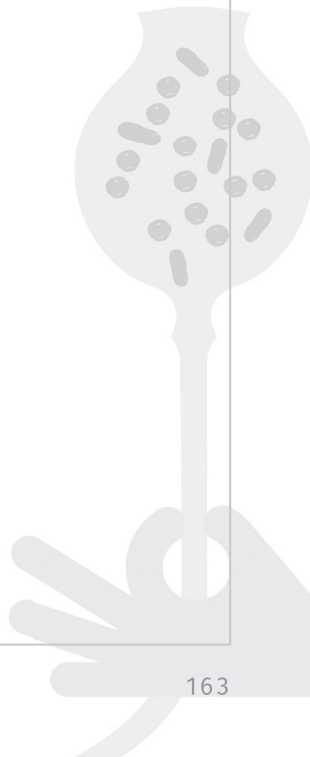
La adicción a analgésicos opioides es una enfermedad crónica que se produce cuando una persona usa el medicamento por otros motivos que no sean los indicados por su médico y/o cuando no puede controlar el impulso de tomar el fármaco, aumentando por su cuenta la dosis indicada.

Aunque el riesgo de adicción a estos fármacos no es muy elevado y algunos pacientes tienen mayor riesgo de desarrollarla (sobre todo si tienen antecedentes de adicción al alcohol u otras drogas o de trastornos psiquiátricos), ningún paciente es inmune a la adicción.

- ▶ Por tanto, los opioides tienen riesgos; pero estos pueden ser controlados si usted trabaja en cooperación con su médico y su enfermera. Para ello le aconsejamos lo siguiente:
 - Tome la medicación tal como se la ha prescrito su médico. El uso de dosis elevadas de opioides se asocia con mayor riesgo de adicción, depresión respiratoria y muerte.

- No conduzca ni maneje maquinaria al inicio del tratamiento, durante un periodo de aumento gradual de la dosis o si la medicación le hace sentir somnolencia o confusión.
 - Solo su médico debe prescribir su medicación analgésica opioide. No es seguro obtenerla de dos médicos diferentes.
 - No debe tomar analgésicos opioides dados por nadie y no debe compartir los suyos con ninguna otra persona.
 - Su médico le proporcionará las recetas que necesite hasta la siguiente visita. Guarde las recetas de forma segura. Si gasta la medicación más rápido de lo recetado o pierde una receta, su médico probablemente no podrá hacerle otra; téngalo en cuenta.
 - Si usted no puede seguir estas indicaciones, probablemente los opioides no serán seguros para usted y su médico no se los recetará.
- La sobredosis de opioides es infrecuente, pero usted y su familia deben saber reconocer sus signos:
- La sobredosis hace que el pensamiento y la respiración vayan más lentos. Esto podría provocar daños cerebrales, traumatismos e incluso la muerte.
 - Mezclar los analgésicos opioides con bebidas alcohólicas o medicamentos sedantes, como las pastillas para la ansiedad o para dormir, aumenta mucho el riesgo de sobredosis.
 - Debe llamar a su médico o a su enfermera (o al servicio de urgencias si su centro de salud está cerrado) si nota cualquiera de los siguientes signos de sobredosis: habla pastosa, disgustarse o gritar fácilmente, dificultad para mantener el equilibrio, dormirse en medio de una conversación o una actividad.
- La medicación que le ha recetado su médico es solo para usted y puede ser muy peligrosa para otros.

- La dosis está ajustada a su organismo y puede ser muy peligrosa para otras personas.
- Usted ha alcanzado la dosis lentamente, pero alguien que no esté acostumbrado a esta medicación podría experimentar una reacción grave (incluso la muerte). No debe darle su medicación a nadie; es ilegal y puede dañar o matar a alguien.
- Debe guardar su medicación en casa de forma segura (preferiblemente en un sitio cerrado). El armario de las medicinas del cuarto de baño no es un lugar seguro; las investigaciones muestran que otras personas, particularmente adolescentes, pueden llevárselas para tomárselas u ofrecerlas a terceras personas. Tenga especial cuidado si hay niños en casa, y también si tiene mascotas; no deje esta medicación a su alcance.



ANEXO IX.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA INDICACIÓN DE ANALGÉSICOS OPIOIDES EN EL TRATAMIENTO DEL DOLOR CRÓNICO NO ONCOLÓGICO

D./Dña.

con DNI n.º

DECLARO: Que se me ha informado sobre qué son los analgésicos opioides, para qué se utilizan y cuáles son los beneficios de tomar estos fármacos en mi caso, así como sobre cuáles son los posibles efectos secundarios que pueden aparecer (incluyendo depresión respiratoria, sobredosis, dependencia física, adicción y aumento del dolor).

Que se me ha indicado mi plan de tratamiento, incluidas las instrucciones para el uso correcto de estos medicamentos y los signos de alerta y alarma que debo tener en cuenta para disminuir los riesgos asociados al uso de opioides.

Que he entendido toda la información y que he podido hacer todas las preguntas que he considerado oportunas sobre mi plan de tratamiento y he obtenido las respuestas adecuadas.

Que me han recomendado un periodo de reflexión de al menos 24 horas antes de aceptar el plan de tratamiento acordado, pudiendo negarme a iniciarlo si así lo considero oportuno.

Sí NO

AUTORIZO Y CONSIENTO libremente el inicio del procedimiento propuesto, que incluye el tratamiento con analgésicos opioides para intentar conseguir una mejoría del dolor, conociendo y asumiendo el riesgo potencial de complicaciones o efectos secundarios que puedan aparecer a lo largo de mi tratamiento con estos medicamentos, como específicamente se me ha informado.

De conformidad con ello, firmo libremente el presente documento de consentimiento informado, después de haberlo leído y verificado.

En..... a las horas del día..... de..... del año

Firma del paciente /
representante legal

Firma del médico
y n.º de colegiado

ANEXO X. Consentimiento informado para el uso de opioides potentes y de acción ultrarrápida fuera de las indicaciones autorizadas en su ficha técnica

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL USO DE OPIOIDES POTENTES Y DE ACCIÓN ULTRARRÁPIDA FUERA DE LAS INDICACIONES AUTORIZADAS EN SU FICHA TÉCNICA		
DATOS DEL PACIENTE		
Nombre:		
Edad:		
DATOS DEL FACULTATIVO QUE FACILITA LA INFORMACIÓN		
Doctor/a:		
N.º de Colegiado:		
FECHA DE LA INFORMACIÓN:		
<p>Conforme a las normativas legales establecidas (Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica) y del Real Decreto 1015/2009, de 19 junio por el que se regula la disponibilidad de medicamentos en situaciones especiales. Con fines de obtener su autorización voluntaria para someterse a tratamiento del dolor, para su conocimiento y toma de su libre decisión, se le informa de los siguientes datos sobre el procedimiento terapéutico que se le propone efectuar en la Unidad de Dolor del Hospital</p>		
INFORMACIÓN MÉDICA		
Descripción		
Por la naturaleza de su enfermedad: el tratamiento del dolor para posibilitar la mejoría de su salud se considera clínicamente:		
Imprescindible <input type="checkbox"/>	Necesario <input type="checkbox"/>	Conveniente <input type="checkbox"/>

Para la toma de esta decisión clínica excepcional se han tomado en consideración las características propias de su dolor y la falta de efectividad del resto de tratamientos que usted ha seguido.

Se ha evaluado el riesgo/beneficio para el tratamiento propuesto para su dolor crónico de origen no oncológico, que resulta totalmente favorable en su caso personal.

Por ello, se considera oportuna esta forma de tratamiento clínico analgésico para el dolor crónico no oncológico no incluida en las indicaciones autorizadas en la ficha técnica.

Características y efectos clínicos del tratamiento con opioides:

Los opioides son los medicamentos más potentes que existen para el alivio del dolor crónico. La mayoría de los pacientes que siguen este tratamiento, según la pauta prescrita y durante el tiempo adecuado, obtiene un alivio considerable de su dolor, aunque este no siempre es completo.

OBJETIVO

El objetivo de este tratamiento no solo consiste en aliviar el dolor crónico e intenso que padece, sino que pretende aumentar tanto su capacidad como su autonomía para desempeñar las actividades de la vida diaria.

La técnica del procedimiento y la pauta de tratamiento con opioides consistirá en:

- Administración periódica de medicamentos opioides, según la evolución y los controles clínicos de seguimiento.
- Establecimiento de una dosis del medicamento individualizada y variable según evolución del proceso clínico.
- Administración de los medicamentos opioides por vía transmucosa oral, transmucosa nasal o sublingual.

EXPECTATIVAS DEL TRATAMIENTO

Razones para el uso de estos medicamentos y lo que se puede esperar:

Los fármacos conocidos como opioides (fentanilo, morfina, oxicodona, hidromorfona, tapentadol...) pueden reducir su dolor.

Las características de su dolor son especiales; es de intensidad elevada y no se controla con los fármacos habituales, pero puede ser aliviado con los opioides de acción ultracorta, aunque su patología

no se corresponde con las indicaciones autorizadas en la ficha técnica de estos fármacos.

Ha acordado con su médico que va a tomar estos medicamentos controlados para el dolor crónico no oncológico porque otros tratamientos no le han ayudado lo suficiente y se valora clínicamente que:

- Sus síntomas pueden mejorar, aunque es posible que no desaparezcan por completo.
- Es posible que necesite más pruebas para elegir el mejor tratamiento.
- Su médico puede cambiar el plan de tratamiento convenido para asegurar que su tratamiento es el más beneficioso para usted.
- Se establece un periodo de prueba determinado, pasado el cual se evaluará la eficacia del tratamiento con opioides. Si con los opioides no se han conseguido los objetivos acordados, se realizará su retirada progresiva con total seguridad.

OTRAS OPCIONES DE TRATAMIENTO

- **Conservadoras:** usted puede continuar con el tratamiento habitual de su dolor tal y como estaba haciendo hasta ahora, utilizando una analgesia convencional con fármacos cuya eficacia para el tratamiento del dolor crónico está demostrada, pero que en su caso no han resultado efectivos.
- **Analgesia invasiva instrumentada:** puede ser eficaz en algunos pacientes con dolor crónico no oncológico. En su caso ya se ha utilizado con una respuesta insatisfactoria o bien se considera insuficiente o contraindicado.

EFFECTOS SECUNDARIOS GENERALES

- Sensación de sueño excesivo, con respiración lenta o poco profunda, pudiendo llegar a perder el conocimiento.
- Cansancio, confusión o agitación.
- Estreñimiento.
- Picores en la piel.
- Náuseas o vómitos.
- Sensación de “lentitud”.
- Alteraciones del estado de ánimo, de la inmunidad y de la función sexual.

EFECTOS SECUNDARIOS GRAVES

Debe tener en cuenta que estos fármacos, si no se toman de la forma prescrita, pueden tener riesgos graves:

- DEPRESIÓN RESPIRATORIA Y COMA.
- DEPENDENCIA DEL FÁRMACO.
- ADICCIÓN AL FÁRMACO

CONSIDERACIONES Y ACUERDOS

- No debe conducir ni manejar maquinaria pesada hasta ver cómo le afecta el medicamento, ya que se puede causar daños a usted mismo o a terceros.
- Es importante que informe a su médico si está tomando otros medicamentos y debe informar a los médicos que le atiendan por otras causas de que tiene prescritos estos analgésicos opioides potentes (otros medicamentos pueden ser perjudiciales si los toma con los opioides).
- Los opioides son medicamentos muy potentes que pueden ser peligrosos si no los toma como le indica su médico. **NADIE MÁS QUE USTED DEBE TOMAR ESTOS FÁRMACOS. HAY RIESGO DE SOBREDOSIS SI SE TOMAN A DOSIS MÁS ALTAS DE LAS PRESCRITAS O SIN LA SUPERVISIÓN DE UN MÉDICO.**

Únicamente para mujeres

Es muy importante que hable con su médico si está embarazada o desea quedarse embarazada. Si toma estos medicamentos durante el embarazo, es muy probable que el bebé tenga una dependencia física a ellos y desarrolle un síndrome de abstinencia tras el nacimiento.

¿Qué es la Dependencia Física?

Cuando usted toma medicamentos opioides de forma continuada, es esperable que su cuerpo se haga dependiente a ellos; necesitará tomarlos para encontrarse 'normal'.

Por este motivo, si reduce o suspende de forma brusca estos medicamentos puede sufrir un síndrome de abstinencia.

Los síntomas típicos de la abstinencia de los opioides incluyen:

- Dolor de estómago.
- Sensación de estar nervioso.
- Diarrea.

- Dolores articulares y musculares.
- Corazón acelerado.
- Temblor.
- Secreción nasal.
- Lagrimeo.
- Sensación de escalofríos (vello de punta).

Estos síntomas son incómodos y desagradables, pero no son graves y pueden tratarse.

En la mayoría de las ocasiones, estos medicamentos deberán reducirse gradualmente. Debe hablar con su médico antes de dejar de tomar estos medicamentos.

Si lleva un tiempo sin tomarlos, antes de reiniciar por su cuenta el tratamiento consulte con su médico.

Tolerancia/Aumento del Dolor

Del mismo modo que es esperable que aparezca una dependencia física, su cuerpo puede llegar a acostumbrarse a estos medicamentos, es decir, se puede volver tolerante a ellos. Si esto sucede, es posible que sienta un aumento del dolor habitual. En este caso, **NO AUMENTE LA DOSIS POR SU CUENTA. CONSULTE SIEMPRE CON SU MÉDICO.** Puede que las dosis más altas del medicamento no funcionen para aliviar su dolor y que incluso lo aumenten, por lo que su médico podría plantearle cambiar, reducir o suspender el medicamento para que su dolor mejore, ofreciéndole medidas alternativas más eficaces.

Adicción

Los medicamentos opioides, al igual que la heroína, pueden causar adicción, aunque esta es poco frecuente en los pacientes que toman estos fármacos con una adecuada supervisión médica.

Las personas con antecedentes de adicción a otras drogas o que presenten trastornos mentales (depresión, ansiedad, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno de personalidad...) tienen mayor riesgo de desarrollar una adicción a estos medicamentos. Por ello, es importante que informe a su médico sobre su historial personal y familiar de abuso o adicción a otras drogas, incluido el alcohol.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL USO DE OPIOIDES POTENTES Y DE ACCIÓN ULTRARRÁPIDA FUERA DE LAS INDICACIONES AUTORIZADAS EN SU FICHA TÉCNICA

D./Dña.

con DNI n.º

DECLARO: Que se me ha informado sobre qué son los analgésicos opioides potentes y de acción ultrarrápida, para qué se utilizan y cuáles son los beneficios de tomar estos fármacos en mi caso, así como sobre cuáles son los posibles efectos secundarios que pueden aparecer (incluyendo depresión respiratoria, sobredosis, dependencia física, adicción y aumento del dolor).

Que se me ha indicado mi plan de tratamiento, incluidas las instrucciones para el uso correcto de estos medicamentos y los signos de alerta y alarma que debo tener en cuenta para disminuir los riesgos asociados al uso de opioides potentes.

Que he entendido toda la información y que he podido hacer todas las preguntas que he considerado oportunas sobre el plan de tratamiento y he obtenido las respuestas adecuadas.

Que me han recomendado un periodo de reflexión de al menos 24 horas antes de aceptar el plan de tratamiento acordado, pudiendo negarme a iniciarlo si así lo considero oportuno.

Sí NO

AUTORIZO Y CONSIENTO libremente el inicio del procedimiento propuesto, que incluye el tratamiento con analgésicos opioides potentes de acción ultrarrápida fuera de las indicaciones de su ficha técnica, para intentar conseguir una mejoría del dolor, conociendo y asumiendo el riesgo potencial de complicaciones o efectos secundarios que puedan aparecer a lo largo de mi tratamiento con estos medicamentos, como específicamente se me ha informado.

De conformidad con ello, firmo libremente el presente documento de consentimiento informado, después de haberlo leído y verificado.

En a las horas del día de del año

Firma del paciente / representante legal

Firma del médico y n.º de colegiado

Adaptado del *Consentimiento Informado de la Sociedad Española del Dolor*.

ANEXO XI. Tabla de dosis equivalentes aproximadas de los opioides

OPIOIDES: DOSIFICACIÓN (basado en estudios de dosis única. La dosis necesaria puede ser menor en caso de administraciones repetidas)		
FÁRMACO	VÍA ADMINISTRACIÓN*	DOSIS EQUIVALENTE
Morfina	Parenteral	10 mg
	Oral/Oral liberación prol.	30 mg
Codeína	Parenteral	120-130 mg
	Oral	200 mg
Fentanilo	Parenteral	100 mcg
	Oral transmucoso	200 mcg a 400 mcg
	Transdérmico	12,5 mcg/h
Hidrocodona	Oral	30 mg
Hidromorfona	Parenteral	1,5-2 mg
	Oral	7,5 mg
Meperidina	Parenteral	75 a 100 mg
Metadona	Parenteral	5 a 10 mg
	Oral	2,5 a 15 mg**
Oxicodona	Parenteral	10 mg
	Oral/Oral liberación prol.	20 mg
Tapentadol	Oral/Oral liberación prol.	75 mg
Tramadol	Oral/Oral liberación prol.	150 a 300 mg
Sufentanilo	Parenteral	10-20 mcg
Dextropropoxifeno	Oral	300 mg
Buprenorfina	Parenteral	200 a 400 mcg
	Oral sublingual	750 mcg
	Transdérmico	15 mcg/h
Nalbufina	Parenteral	10 a 20 mg

* IM: intramuscular, IV: intravenoso, SC: subcutáneo

** La proporción de dosis puede incrementarse a medida que aumenta la dosis de morfina

Adaptada: Marta Prat Dot (Servei Fàrmacia. Hsopital Clínic de Barcelona).

SOCIDROGALCOHOL

Sociedad Científica Española
de Estudios sobre el Alcohol,
el Alcoholismo y las otras Toxicomanías



FINANCIADO POR



MINISTERIO
DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES
E IGUALDAD

SECRETARÍA DE ESTADO
DE SERVICIOS SOCIALES
E IGUALDAD

DELEGACIÓN DEL GOBIERNO
PARA EL PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS