

EL AUGE DE LA ANALGESIA OPIOIDE. PROBLEMAS RELACIONADOS CON SU USO A LARGO PLAZO

Henche Ruiz A. I.

Unidad de Conductas Adictivas. Complejo Hospitalario de Toledo

A lo largo de la última década se ha producido un aumento sustancial de la prescripción de analgésicos opioides, sobre todo para el tratamiento del dolor crónico no oncológico, a pesar de que su efectividad en este tipo de dolor sigue siendo controvertida. La elevada prevalencia de dolor crónico y el aumento de la prescripción de opioides a largo plazo han ido acompañados de un incremento de las consecuencias negativas asociadas al uso de estos fármacos.

A partir de los datos sobre la prescripción de opioides en nuestra región y en base a la experiencia clínica con estos pacientes en nuestra Unidad, se pretende profundizar en tres aspectos negativos del uso a largo plazo de estos fármacos que en muchas ocasiones se pasan por alto: la **adicción**, la **hiperalgesia** y el **síndrome doloroso por uso excesivo de opioides**. Para mitigar estos y otros efectos adversos, es imprescindible un **modelo biopsicosocial** de atención integral a los pacientes con dolor crónico no oncológico. Por último, se recogen las recomendaciones y directrices más actuales para conseguir un **uso racional y seguro** de los analgésicos opioides.

INTRODUCCIÓN

Aunque el papel de los analgésicos opioides está claramente establecido en el manejo del dolor agudo severo, el dolor postquirúrgico y el dolor oncológico, los datos sobre su efectividad a largo plazo en el dolor crónico no oncológico (DCNO) son limitados, ya que en la mayoría de los estudios el seguimiento no es superior a seis meses y su uso en este tipo de dolor sigue siendo controvertido.

A pesar de ello, a lo largo de la última década la perspectiva de la analgesia opioide ha cambiado en España y en el resto del mundo. Hemos pasado de una especie de **opiofobia** a una **opiofilia**¹, con un aumento sustancial de la prescripción de estos fármacos, sobre todo para el DCNO.

La elevada prevalencia de dolor crónico y el aumento de prescripción de opioides a largo plazo, en conjunto, han ido acompañados en los últimos años de un incremento de las consecuencias negativas asociadas al uso de estos fármacos, entre ellas el riesgo de un mal uso y los efectos adversos.

En EE.UU. varios autores hablan de una “epidemia silenciosa” de angustia, discapacidad y elevado riesgo². En EE.UU. durante la última década se han triplicado las tasas de mortalidad por sobredosis de opioides de prescripción, las urgencias relacionadas con opioides han aumentado en un 153% y los inicios de tratamiento por consumo de opiáceos distintos a la heroína se han incrementado en un 236%³.

Aunque en España los estudios de prevalencia son escasos, se estima que uno de cada seis españoles (17%) sufre dolor crónico⁴. Entre 1992 y 2006 se multiplicó por

14 el consumo de opioides en España, pasando de 0,3 DDD (dosis diaria definida)/1000 habitantes por día en 1992 hasta 4,4 DDD/1000 habitantes por día en 2006, debido principalmente al aumento de la utilización de tramadol y fentanilo⁵.

PRESCRIPCIÓN DE OPIOIDES EN CASTILLA LA MANCHA

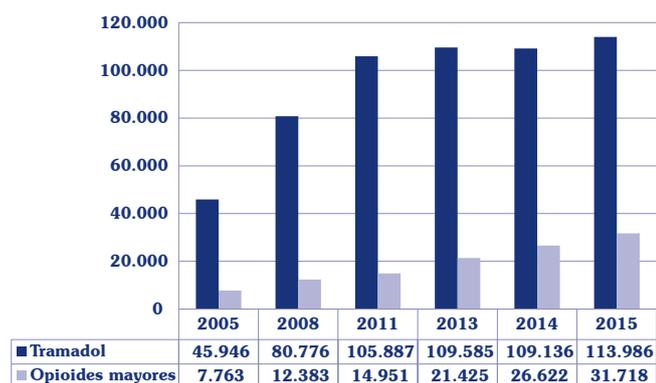
En nuestra región, durante la última década el número de pacientes en tratamiento con analgésicos opioides mayores se ha cuadruplicado (**Fig. 1**). Hemos pasado de un 0,41% de la población con prescripción de analgésicos en 2005, a un 1,54% en 2015.

El crecimiento se ha acelerado particularmente en los últimos años, con incrementos de más de 5.000 pacientes al año, y coexiste con niveles elevados de utilización de tramadol (prevalencia de uso anual superior al 5%).

Este incremento del consumo de opioides se acompaña de otras características:

- Niveles elevados de **cronicidad**. Cerca de 10.000 pacientes llevan utilizando opioides mayores durante más de un año y algo menos de 7.000 durante más de dos años.
- **Polifarmacia** que incrementa los riesgos de iatrogenia. Por ejemplo, un tercio de los pacientes tratados con opioides mayores utilizan de forma concomitante benzodiazepinas.
- **Impacto presupuestario** de primer orden, con cerca de 20 millones de euros anuales de gasto en analgésicos opioides en el SESCAM.

Fig.1 Número de pacientes en tratamiento con analgésicos opioides mayores en Castilla-La Mancha (2005-2015). Fuente de información: DIGITALIS. Sistema de información de consumo farmacéutico del SESCAM.



UN NUEVO PERFIL DE PACIENTES

En los últimos años, en las Unidades de Conductas Adictivas (UCA) de la región se ha atendido a un número creciente de pacientes que presentan abuso o mal uso de los analgésicos opioides prescritos y que tienen un perfil muy diferente de aquellos que inician el consumo de opiáceos por razones distintas al dolor. Son pacientes complejos, que representan retos difíciles para la medicina y que, en general, presentan las siguientes características.

- Un dolor crónico de difícil manejo, con un largo historial de tratamientos inefectivos que causan la frustración tanto del paciente como de los facultativos que le atienden.
- Unos elevados índices de comorbilidad psiquiátrica, sobre todo con trastornos depresivos, trastornos de ansiedad y trastornos relacionados con traumas y factores de estrés.
- Un grave deterioro funcional en la mayoría de los casos, con importantes limitaciones en la calidad de vida percibida.
- Una necesidad compulsiva de tomar los opioides prescritos, a pesar del escaso alivio del dolor y del deterioro funcional, sin que podamos determinar claramente la razón: ¿para aliviar el dolor?, ¿para aliviar el síndrome de abstinencia?, ¿para aliviar el malestar psicológico?

No debemos olvidar que es muy improbable que en estos pacientes con DCNO pueda desaparecer del todo el dolor. Unas expectativas realistas consideran un buen objetivo una mejora funcional o una reducción del dolor de aproximadamente un 30%, pero el objetivo principal tiene que ser mantener la funcionalidad física y mental del paciente y mejorar su calidad de vida⁵. Si esto no es posible o los efectos adversos son incontrolables, lo más adecuado es plantearse un cambio en la estrategia de tratamiento.

EFFECTOS ADVERSOS DE LOS FÁRMACOS OPIOIDES

Los principales efectos adversos de los opioides son aquellos que afectan al sistema nervioso periférico y al sistema nervioso central. Entre ellos se incluyen:

- Efectos adversos comunes, como disminución del peristaltismo intestinal con estreñimiento, prurito, sequedad de boca, náuseas, vómitos, sedación, somnolencia, diaforesis, tolerancia y dependencia física.
- Efectos adversos menos comunes, como depresión respiratoria y síndrome de neurotoxicidad inducida por opioides⁶ (alteraciones cognitivas, delirio, alucinaciones, mioclonias, convulsiones, hiperalgesia y alodinia).

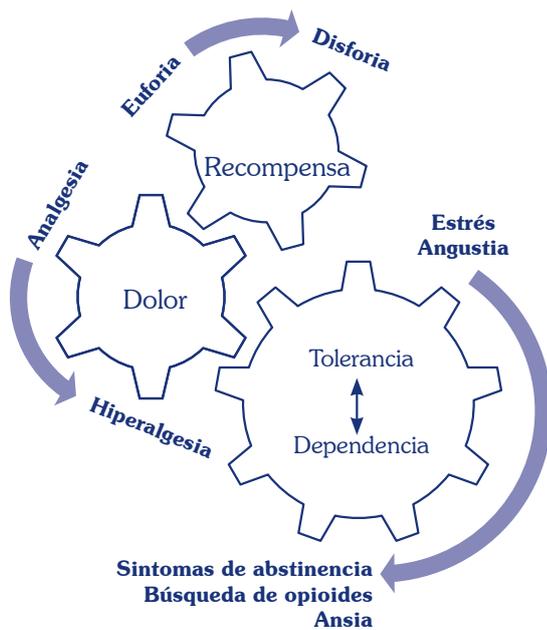
TOLERANCIA, DEPENDENCIA FÍSICA Y ADICCIÓN

La administración repetida de cualquier opioide lleva casi inevitablemente a desarrollar tolerancia y dependencia física. Estos son dos fenómenos predecibles de la prescripción de opioides que reflejan neuroadaptaciones en el sistema opioide⁷ y se resuelven rápidamente tras la interrupción del fármaco.

Los fármacos opioides ejercen sus efectos analgésicos por la unión a los receptores *mu*-opioides, que se concentran en las regiones cerebrales que regulan la percepción del dolor, tanto físico (sustancia gris periacueductal, tálamo, corteza cingulada e ínsula) como emocional (amígdala), y en las regiones del sistema de recompensa (área tegmental ventral y núcleo *accumbens*). Por tanto, existe una interdependencia entre el dolor, el estado de ánimo y la tolerancia/dependencia a los analgésicos opioides (**Fig. 2**), con un solapamiento de los circuitos cerebrales implicados en todos estos procesos.

El desarrollo de **tolerancia** implica una disminución en la potencia de los opioides con la administración repetida. Por tanto, la prescripción de opioides a largo plazo en el DCNO requerirá dosis cada vez mayores para mantener el grado inicial de analgesia. Pero no solo se desarrolla tolerancia a los efectos analgésicos de los opioides; también se desarrolla tolerancia a los efectos gratificantes y euforizantes, lo que explicaría el característico aumento de dosis observado en la adicción a opiáceos. Existe una tolerancia diferencial; la tolerancia a los efectos analgésicos y euforizantes se desarrolla rápidamente, mientras que la tolerancia a la depresión respiratoria se desarrolla más lentamente. Esto pone de manifiesto un potencial riesgo de sobredosis y depresión respiratoria con los aumentos progresivos de dosis realizados por el médico o por el paciente para mantener la analgesia (o la euforia).

Fig. 2 Interdependencia del estado de ánimo, la tolerancia/dependencia y el dolor. Tomada de Ballantyne y Stannard⁸



La **dependencia física** es responsable de la aparición de la sintomatología de abstinencia cuando se interrumpe de forma brusca la administración de los fármacos agonistas opioides o tras la administración de un antagonista opioide. Los síntomas de abstinencia (midriasis, piloerección, escalofríos, insomnio, diarrea, náuseas, vómitos, dolores musculares) son variables en cuanto a su gravedad y su duración (de 1 a 14 días), dependiendo del tipo, la dosis y la duración de acción del opioide prescrito.

A diferencia de la tolerancia y la dependencia física, la **adicción** no es un resultado predecible de la prescripción de opioides. La adicción solo se desarrolla en un pequeño porcentaje de pacientes, por lo general tras meses de tratamientos con opioides. Una vez que se desarrolla, se convierte a menudo en una enfermedad médica crónica que no remite simplemente con la interrupción del opioide y tendrá un alto riesgo de recaída durante años si no se realiza el tratamiento adecuado (atención integral y seguimiento continuo). En la **Tabla 1** se recogen los factores asociados a mayor riesgo de sobredosis y adicción a opioides.

Existen algunos conceptos clínicos erróneos⁷ sobre la adicción a opioides que pueden interferir con la prescripción y el seguimiento adecuado de los pacientes con dolor crónico tratado con analgésicos opioides:

1. Adicción es lo mismo que dependencia física y tolerancia. Este error lleva a algunos médicos a evitar prescribir opioides a pacientes que se podrían beneficiar de ellos. Por otro lado, muchos pacientes tienen miedo de tomar los fármacos opioides según lo prescrito.
2. La adicción es simplemente una suma de malas decisiones. Esta idea falsa contribuye a la discriminación de los pacientes con adicción y a la ignorancia de muchos profesionales de la salud acerca de los métodos actuales de tratamiento de la misma.

También promueve la desconfianza de los pacientes hacia los profesionales y evita que busquen ayuda para su adicción.

3. Solo el uso a largo plazo de ciertos opioides produce adicción. La idea falsa de que la adicción solo aparece con ciertos fármacos opioides promueve la prescripción excesiva de otros, cuyo uso a largo plazo puede tener el mismo riesgo que el de aquellos en los que está bien establecido el potencial adictivo.
4. Solo los pacientes con ciertas características son vulnerables a la adicción. Ciertos factores hacen aumentar la vulnerabilidad a la adicción, entre ellos los trastornos por uso de sustancias (incluido el abuso de alcohol, nicotina y drogas ilícitas), la etapa del desarrollo (los adolescentes son más vulnerables que los adultos) y ciertos trastornos mentales (trastorno por déficit de atención y depresión mayor). Pero aunque algunos pacientes son más vulnerables que otros, ninguno es inmune a la adicción.
5. Los tratamientos con agonistas opioides son solo sustitutivos de la heroína u otros opiáceos. La metadona o la buprenorfina, por su lenta farmacocinética y sus concentraciones más estables, ayudan a estabilizar los procesos fisiológicos que se encuentran alterados por el abuso de otros opioides, protegen de los riesgos asociados al abuso y facilitan la recuperación.

TABLA 1. Factores asociados a un mayor riesgo de sobredosis y adicción a opioides

Factores	Riesgo
Relacionados con los fármacos	
Dosis diaria > 100 mg DEM (dosis equivalente de morfina)*	Sobredosis, adicción
Formulaciones de acción larga o liberación prolongada (metadona, fentanilo transdérmico)	Sobredosis
Tratamiento simultáneo de opioides y benzodiacepinas	Sobredosis
Uso a largo plazo (> 3 meses)**	Sobredosis, adicción
Inicio de la administración de formulaciones de acción larga o liberación prolongada (< 2 semanas)	Sobredosis
Relacionados con los pacientes	
Edad > 65 años	Sobredosis
Apnea del sueño (obstructiva o central)	Sobredosis
Insuficiencia hepática o renal***	Sobredosis
Trastorno depresivo	Sobredosis, adicción
Trastorno por uso de sustancias (incluido alcohol)	Sobredosis, adicción

*El riesgo de sobredosis de opioides aumenta en relación con la dosis a partir de los 20 mg DEM.

**A pesar de que la adicción se asocia habitualmente al uso a largo plazo de los opioides, la prescripción de una dosis elevada para el dolor agudo contribuye también al abuso.

*** Las alteraciones renales y hepáticas disminuyen la eliminación del fármaco, con aumento de su biodisponibilidad

Adaptado de Volkow y McLellan⁷

Los fármacos opioides no solo activan directamente las regiones cerebrales implicadas en la analgesia y la recompensa, sino que también median un aprendizaje asociativo entre el consumo y los efectos del fármaco, mediante un condicionamiento pavloviano. La

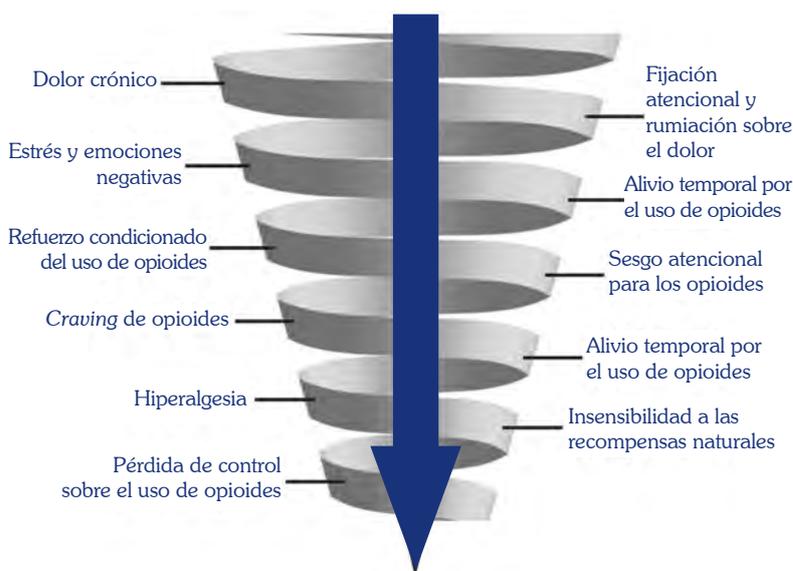
administración repetida refuerza estas asociaciones aprendidas, apareciendo deseo (*craving*) de consumir el fármaco para obtener sus efectos analgésicos o placenteros. Este impulso condicionado para aliviar incluso el dolor leve puede llevar al paciente con dolor crónico a iniciar un uso indebido del opioide, fuera de lo prescrito y a más altas dosis.

Garland y col. sintetizan todo este proceso en su “espiral descendente”⁹. Estos autores proponen que en los pacientes con dolor crónico y prescripción de analgésicos opioides se produciría un ciclo de escalada del comportamiento (**Fig. 3**) en el que la nocicepción desencadena, en un primer momento, una focalización atencional en el dolor, con la puesta en marcha de estrategias de afrontamiento desadaptativas (hipervigilancia, rumiación, catastrofismo). Esto aumentaría la intensidad del dolor y provocaría angustia emocional, lo que podría conducir a la autoadministración de los opioides prescritos para mitigar estos efectos.

La autoadministración recurrente de los opioides en respuesta al dolor y a las emociones negativas derivaría en procesos de aprendizaje asociativo que sesgan la atención hacia las señales relacionadas con los opioides (por ejemplo, la vista de un frasco de pastillas), fortaleciendo el hábito automático del consumo del opioide a pesar de la tolerancia a la analgesia.

El dolor crónico y el uso indebido y prolongado de opioides provoca cambios alostáticos en los circuitos implicados, lo que incrementa, la sensibilidad al dolor (hiperalgesia) y disminuye la satisfacción obtenida por los placeres naturales, llegando a una situación de pérdida de control sobre el uso de los opioides prescritos, que es lo que define a la adicción.

Fig. 3 Espiral descendente de dolor crónico, mal uso de opioides de prescripción y adicción⁹



HIPERALGESIA INDUCIDA POR OPIOIDES

La hiperalgesia inducida por opioides (HIO) se define como un estado paradójico de hipersensibilidad a los estímulos dolorosos.

Aunque su prevalencia es indeterminada, parece desarrollarse en un subgrupo importante de pacientes que reciben tratamiento con fármacos opioides.

La HIO puede desarrollarse con distintos patrones de uso de opioides: administración aguda (incluso en el perioperatorio) o crónica, dosis elevadas o bajas, diferentes tipos de opioides y diferentes vías de administración.

Los criterios diagnósticos de la HIO se muestran en la **Tabla 2**; las dos características fundamentales de este fenómeno paradójico son las siguientes:

- Un **dolor difuso** que se manifiesta fuera de la zona de dolor original, en **ausencia de progresión de la enfermedad**.
- **Empeoramiento del dolor con la escalada de dosis de opioides**.

Distinguir la HIO de la tolerancia y la abstinencia a opioides puede resultar complicado y sigue siendo un reto en la clínica, ya que, si bien comparten características similares, son fenómenos distintos y las maneras de solucionarlos son opuestas (**Tabla 3**).

TABLA 2. Criterios clínicos para el diagnóstico de Hiperalgesia Inducida por opioides*	
1.	Aumento de la intensidad del dolor durante el tratamiento crónico (o agudo) con opioides.
2.	Ausencia de progresión de la enfermedad.
3.	Ausencia de síndrome de abstinencia (por retirada brusca de opioides o precipitado por antagonistas).
4.	Tolerancia descartada como factor causal.
5.	Disminución de la intensidad del dolor después de la reducción de la dosis de opioides.
6.	Falta de evidencia de adicción a opioides.

* Adaptada de Arout y col.¹⁰

Por tanto, aunque es un efecto adverso poco reconocido, la HIO debe ser considerada en el diagnóstico diferencial en aquellos pacientes en los que el tratamiento con opioides fracase.

Dado que la hiperalgesia puede interferir con la respuesta general del paciente al tratamiento del dolor y aumenta el riesgo potencial de desarrollar abuso y adicción a los analgésicos opioides, solucionar la HIO debe considerarse como un objetivo de tratamiento para mejorar la gestión de los pacientes tratados con estos fármacos¹⁰.

Aunque aún se está investigando el mecanismo preciso por el que se produce la HIO, es muy probable que esté implicada la interacción entre los receptores NMDA y los receptores *mu*, que se sitúan muy próximos en las neuronas glutamérgicas aferentes primarias en la región gris periacueductal del mesencéfalo, una vía principal del dolor¹¹. Según esta hipótesis, la activación del receptor NMDA estaría relacionada con el desarrollo de la HIO.

Diversos estudios han puesto de manifiesto que varios fármacos opioides de acción corta usados habitualmente, como el fentanilo, el remifentanilo y la morfina, tienen capacidad de inducir hiperalgesia¹²⁻¹⁴.

La metadona y la buprenorfina se han propuesto como tratamientos útiles en la HIO. La **buprenorfina** es un agonista parcial del receptor opioide *mu* y un antagonista del receptor *kappa* que ha mostrado propiedades antihiperalgésicas en varios ensayos clínicos¹⁵⁻¹⁷. Puesto que la activación del receptor NMDA se ha relacionado con el desarrollo de la HIO, la **metadona** puede resultar útil por su efecto antagonista sobre este receptor; pero no

hay que olvidar que tiene tolerancia cruzada incompleta con los receptores opioides, por lo que en algunos

casos puede estimular la pronocicepción y provocar hiperalgesia^{15,17}.

TABLA 3. Diagnóstico diferencial entre tolerancia, síndrome de abstinencia, adicción e hiperalgesia inducida por opioides*

Fenómeno	Definición	Síntomas	Solución
TOLERANCIA	Disminución de la respuesta analgésica a una dosis estable de opioide.	Reaparición del dolor con la misma intensidad que antes de iniciar el tratamiento.	Aumentar la dosis del opioide y valorar
SÍNDROME DE ABSTINENCIA	Reacción fisiológica a la interrupción brusca de la administración del opioide o a la administración de un antagonista después de un uso reciente de opioides.	Disforia, trastornos gastrointestinales, dolores musculares, lagrimeo, rinorrea, midriasis, sudoración, piloerección, bostezos, fiebre, insomnio.	Desintoxicación o aumento de dosis del opioide.
ADICCIÓN	Patrón dominante y problemático con el uso de opioides, a pesar de las consecuencias negativas.	El uso recurrente provoca déficits físicos e interpersonales, tolerancia, abstinencia, deseo y búsqueda del opioide, cambios del humor y alteraciones de la personalidad.	Valorar reducir la dosis. Desintoxicación o tratamiento de mantenimiento con sustitutivos (metadona o buprenorfina/naloxona) Programas de rehabilitación.
HIPERALGESIA	Estado de aumento de la sensibilidad al dolor difuso ante un estímulo de intensidad estable, independiente de la progresión de la enfermedad.	Empeoramiento significativo del dolor original o dolor difuso que es independiente del dolor original y que empeora al aumentar la dosis de opioide.	Rotación de opioides. Retirada del opioide y valorar tratamiento con sustitutivos. Fármacos coadyuvantes (ketamina, destrometorfano, pregabalina, gabapentina, inhibidores de la Cox-2)

* Adaptada de Arout y col.¹⁰

SÍNDROME DOLOROSO POR USO EXCESIVO DE OPIOIDES

Esta nomenclatura sindrómica fue propuesta por Mehendale y col.¹⁸ en 2013 para referirse a un subgrupo de pacientes con DCNO en tratamiento con analgésicos opioides que presentan las siguientes características:

- Falta de respuesta a dosis altas de opioides.
- Estrategias de afrontamiento desadaptativas (catastrofismo, miedo, rumiación...) en relación con la experiencia de dolor.
- Signos de uso indebido o de adicción a opioides, con comportamientos aberrantes relacionados con la búsqueda compulsiva de los opioides (adelanto de recetas, escalada de dosis por encima de lo prescrito, etc.).
- Empeoramiento de la funcionalidad.
- Creencia de que los tratamientos farmacológicos son más útiles que otros tratamientos con participación más activa, como la rehabilitación o el ejercicio
- Necesidad de utilizar otros fármacos adicionales, como las benzodiacepinas para la ansiedad y el sueño, o estimulantes para la fatiga y las dificultades de atención.
- Hiperalgesia importante, con aumento de la intensidad percibida del dolor cuando se incrementan las dosis de opioides.

Estos autores parten del hecho de que los analgésicos opioides, además de sus efectos nociceptivos, son ansiolíticos, antidepresivos y euforizantes. En base a esto podemos suponer que los opioides van a aliviar los dos componentes del dolor: físico y emocional.

Al menos inicialmente, los analgésicos opioides producen

efectos beneficiosos para los pacientes con dolor crónico en relación al estrés y los estados emocionales negativos, lo que refuerza su uso continuado aunque no exista una disminución significativa del dolor físico. La tolerancia y dependencia que se desarrollan para las acciones de los opioides van a provocar comportamientos de búsqueda del fármaco, con el objetivo de aliviar tanto el dolor físico como el sufrimiento emocional.

Si este complejo de síntomas está presente en un paciente, el facultativo debe evaluar la necesidad de una completa atención psicológica y psiquiátrica, así como la valoración de la adicción. Se recomienda la suspensión gradual de los opioides y la terapia con sustitutivos opiáceos (metadona o buprenorfina/naloxona), y un cambio del enfoque terapéutico con estabilizadores del ánimo, anticonvulsivantes e intervenciones psicológicas. Algunos pacientes pueden requerir ingreso hospitalario para la retirada/estabilización de los opioides y otras sustancias, como las benzodiacepinas.

DEL MODELO BIOMÉDICO AL MODELO BIOPICOSOCIAL EN EL MANEJO DEL DCNO

El dolor crónico es una entidad neuropsicopatológica autónoma que se produce a nivel de las vías medulares y de los circuitos integradores supraespinales, y se manifiesta como dolor espontáneo y/o como respuestas exageradas a estímulos dolorosos (hiperalgesia) y no dolorosos (alodinia). Todo esto en combinación con estados afectivos negativos y un impulso persistente para eliminar el dolor mediante medidas conductuales (evitación) o farmacológicas (automedicación)¹⁹

El modelo biopsicosocial del dolor propone que, además del componente físico, existen otras variables (cognitivas, conductuales, emocionales y sociales) que interactúan de forma compleja para determinar la experiencia final del dolor²⁰.

El dolor crónico influye claramente en las emociones y la perspectiva de la persona que lo sufre, pero también tiene impacto en su vida familiar, laboral y social. Todo esto asigna una “firma emocional” a la experiencia de dolor que se puede traducir en sufrimiento y angustia, con baja autoestima, incapacidad y sensación de pérdida de control sobre la situación. Frecuentemente la anticipación del dolor o el miedo al dolor antes de cualquier actividad causa evitación y retirada. El resultado final es una afectación considerable de varias dimensiones de la calidad de vida percibida, con un funcionamiento cada vez más pobre a todos los niveles y mayor discapacidad, y con una perpetuación del dolor y de los estados emocionales negativos.

Este sufrimiento es el que los analgésicos opioides tratan de forma ‘inadvertida’ razonablemente bien en un principio. Pero a largo plazo la tolerancia mitiga estos efectos, con un empeoramiento del dolor percibido y de los estados emocionales negativos, lo que provoca frustración y desesperanza en los pacientes y un mayor riesgo de abuso de los analgésicos opioides con el fin de manejar el sufrimiento emocional, a pesar del escaso efecto sobre el dolor físico.

Este enfoque biopsicosocial requiere la intervención en las tres áreas y sienta las bases para una terapia multidisciplinar del dolor crónico. La meta terapéutica, por tanto, no solo debe orientarse a los aspectos biológicos del dolor, sino también a identificar y tratar los factores psicológicos y sociales que han contribuido a través de los años a conformar la condición en que se encuentra el paciente en la actualidad. Más allá de la calificación del dolor en una escala analógica visual, se deben evaluar la conducta, las actitudes, las creencias y las percepciones del paciente en relación al dolor, así como sus estilos y estrategias de afrontamiento en la gestión del dolor y sus relaciones con los demás.

RECOMENDACIONES PARA EL USO RACIONAL Y SEGURO DE ANALGÉSICOS OPIOIDES EN EL DCNO

En el tratamiento del DCNO se debe buscar maximizar la eficacia y minimizar el daño. La gestión del dolor crónico debe ser individualizada, con un enfoque integral, multidisciplinar y estructurado.

Lo más adecuado es seguir la **escalera analgésica de la OMS**²¹ y utilizar otras opciones de tratamiento con enfoques progresivos que incluyan inicialmente opciones no farmacológicas (rehabilitación, terapias cognitivo-conductuales), seguidas de tratamientos farmacológicos no opioides. Solo una pequeña proporción de pacientes con DCNO se beneficiará del tratamiento con opioides, y su efectividad por encima de los 3-6 meses no está claramente establecida. No obstante, se puede plantear

el tratamiento con analgésicos opioides cuando el dolor es intenso y continuo y no responde a otras terapias, pero siempre valorando de forma individualizada el balance riesgos/beneficios. Cuanto más crónico y complejo sea el dolor y más joven sea el paciente, menos indicados están los opioides en el tratamiento del DCNO⁵.

Antes de iniciar un tratamiento con analgésicos opioides se debe realizar de una **evaluación clínica completa** que incluya una valoración de la intensidad del dolor, del estado funcional y de la calidad de vida, así como una evaluación de los factores de riesgo potenciales, como historia familiar o personal de consumo de sustancias, consumo actual, alteraciones del estado de ánimo, comorbilidad psiquiátrica y uso concurrente de fármacos con potenciales interacciones. Aunque existen algunas herramientas que pueden ayudarnos en la clínica (**ver Anexo I. Algunas herramientas útiles**)*, el EPC (*Pacific Northwest Evidence-based Practice Center*) en su informe de 2014 señala que las herramientas estandarizadas de evaluación de riesgos carecen de la suficiente especificidad y sensibilidad para ser clínicamente útiles, y algunos de sus miembros indican que lo más prudente es asumir que todos los pacientes están en riesgo²².

Una vez que se ha decidido iniciar un tratamiento con un analgésico opioide, tanto el paciente como el médico que lo prescribe deben tener unas **expectativas realistas** sobre el tratamiento con opioides. Es muy improbable que el dolor desaparezca completamente, por lo que el objetivo principal debe ser mantener la funcionalidad física y mental y mejorar la calidad de vida del paciente. Se considera un buen objetivo terapéutico una mejoría funcional o una disminución del dolor de un 30%.

Los opioides mayores deben usarse siempre dentro de un **plan individualizado de tratamiento integral**, enfocado a mejorar la funcionalidad física, psíquica y social. Este plan de tratamiento debe incluir una información adecuada y realista (**ver Anexo II. Información al paciente**)*, una titulación de la dosis inicial para conseguir la dosis mínima eficaz y una reevaluación periódica y continua de la analgesia, de la intensidad del dolor, del estado funcional, de la calidad de vida y del balance riesgos/beneficios.

Titulación. Se recomienda iniciar el ajuste con opioides de liberación rápida (morfina u oxicodona) por vía oral, con un aumento del 25 al 50% de la dosis cada 72 horas. Una vez alcanzada la dosis estable, pasar a formulaciones de liberación prolongada, con menos potencial de abuso con la prescripción a largo plazo. La mayoría de los pacientes se estabilizan con dosis muy por debajo de los 200 mg DEM (dosis equivalente de morfina); 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 partir de 100 mg DEM el riesgo de muerte se multiplica por dos, y a partir de 200mg DEM, por tres²³. No existe evidencia clara de que un opioide sea más eficaz que otro en términos de analgesia, por lo que la morfina sigue siendo el de referencia, por ser el más coste-efectivo y el de mayor experiencia de uso. El fentanilo transdérmico solo deberá utilizarse cuando la administración por vía oral esté contraindicada o no sea

posible. El tapentadol está disponible desde 2012, pero hay escasa evidencia de su eficacia en el DCNO y tiene riesgo potencial de provocar un síndrome serotoninérgico grave, por lo que su uso debería reservarse para aquellos casos en que hayan fracasado otras opciones⁵.

Rotación de opioides. Los pacientes con mala respuesta a un opioide, que requieran dosis muy elevadas o que presenten efectos adversos importantes podrían beneficiarse del cambio por otro opioide. La rotación debe realizarse de forma lenta y escalonada durante al menos 7 a 10 días, basándose en las dosis equivalentes aproximadas (**ver Anexo III. Tabla de equivalencia de dosis de opioides**)* y reduciendo de un 25 a un 75% de la dosis por la posible tolerancia cruzada incompleta.

Dolor irruptivo. No existe evidencia de dolor irruptivo en el DCNO. Los opioides muy potentes, de liberación muy rápida y duración corta a demanda, como el fentanilo intranasal y bucal, solo están autorizados para el tratamiento del dolor irruptivo en pacientes con dolor oncológico, no en el DCNO. Su uso en el DCNO se asocia a un riesgo elevado de tolerancia, escalada de dosis y abuso o adicción. Será necesario un consentimiento informado si se prescriben estas formulaciones en DCNO (**ver Anexo IV. Consentimiento informado para uso de opioides potentes y de acción ultra-rápida fuera de indicación autorizada en ficha técnica**)*.

Retirada de los opioides. Se debe considerar la retirada del tratamiento opioide en los siguientes casos:

- Falta de eficacia (no se alcanzan los objetivos previamente pactados con el paciente en lo que se refiere a mejoría del dolor y calidad de vida)
- Efectos adversos graves e incontrolables.
- Uso indebido, abuso o conductas aberrantes.

La retirada debe realizarse de forma lenta; se considera adecuada una disminución del 25% de la dosis de partida cada 2 ó 3 semanas. 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 su estado de ánimo.

Por último, en la *Tabla 4* se recogen las últimas recomendaciones del CDC (*Centers for Disease Control and Prevention*) para la prescripción de analgésicos opioides en dolor crónico publicadas recientemente²⁴. Estas recomendaciones se basan en tres conclusiones fundamentales:

- En pacientes con DCNO, no existen evidencias del beneficio a largo plazo (más de 1 año) de los opioides en el dolor y en la funcionalidad, en comparación con los fármacos no opioides.
- Los riesgos potenciales del uso de los analgésicos opioides están claramente demostrados, incluyendo trastorno por consumo, sobredosis y accidentes de tráfico.
- Existen abundantes evidencias que sugieren algunos beneficios de las terapias no farmacológicas y de los fármacos no opioides, con reducción de riesgos.

TABLA 4. Recomendaciones para la prescripción de opioides en el DCNO (CDC, 2016)

1. En el dolor crónico son preferibles los fármacos no opioides y los tratamientos no farmacológicos. Se debe considerar el tratamiento con analgésicos opioides solo si los beneficios esperables en relación al dolor y la funcionalidad superan los riesgos para el paciente. Si se decide utilizar opioides siempre se deben combinar con terapias no farmacológicas o con medicamentos no opioides, según convenga.
2. Antes de iniciar el tratamiento con opioides se deben establecer los objetivos de tratamiento, con metas realistas en relación al dolor y la funcionalidad y se debe considerar cómo y cuándo se interrumpirá su administración si los beneficios no superan a los riesgos. Se debe continuar el tratamiento con opioides solo si existe una mejoría clínica significativa del dolor y la funcionalidad que compense los riesgos para la seguridad del paciente.
3. Antes de iniciar el tratamiento y periódicamente a lo largo del mismo, se debe informar a los pacientes sobre los riesgos y beneficios del tratamiento de forma realista, y de las responsabilidades del médico y del paciente para una buena gestión del tratamiento.
4. En el inicio del tratamiento se deben prescribir opioides de liberación rápida en vez de opioides de acción o liberación prolongada.
5. Se debe prescribir la dosis mínima eficaz. Siempre hay que tener precaución cuando se prescriba un opioide, a cualquier dosis. Se debe reevaluar cuidadosamente la relación entre los riesgos y los beneficios cuando se considere aumentar la dosis por encima de 50 mg DEM al día. Se debe evitar aumentar la dosis por encima de 90 mg DEM al día o justificar de forma detallada la decisión de pautar una dosis superior.
6. El uso de opioides a largo plazo a menudo comienza con el tratamiento del dolor agudo. Cuando se utilizan opioides para el dolor agudo se debe prescribir la dosis mínima eficaz de opioides de liberación inmediata y durante un tiempo no superior a lo que se considere la duración de un dolor lo suficientemente grave como para requerir opioides. En general son suficientes menos de 3 días y rara vez serán necesarios más de 7 días.
7. Se deben evaluar los riesgos y los beneficios para los pacientes de 1 a 4 semanas tras el inicio del tratamiento con opioides o tras un nuevo aumento de la dosis. En los tratamientos a largo plazo, la reevaluación de los riesgos y los beneficios se realizará a intervalos de 3 meses o menos. Si los beneficios no superan a los daños se deben considerar otros tratamientos y se debe planificar con el paciente la disminución o retirada progresiva del opioide.
8. Antes de comenzar, y de forma periódica durante el tratamiento, se deben evaluar los factores de riesgo para los efectos adversos de los opioides. Se deben incorporar estrategias para mitigar los riesgos (incluso ofertar naloxona) cuando existan factores de riesgo elevado de sobredosis, como antecedentes de trastorno por uso de sustancias o sobredosis, dosis elevadas (por encima de los 50 mg DEM) o uso concomitante de benzodiacepinas.

9. Al inicio del tratamiento, y de forma periódica a lo largo del mismo, se debe supervisar la medicación recetada, para determinar si el paciente está recibiendo dosis extras de opioides o combinaciones farmacológicas que pudieran aumentar el riesgo de sobredosis o efectos adversos.
10. Se deben realizar controles toxicológicos en orina al inicio del tratamiento y, posteriormente al menos una vez al año, para evaluar si el paciente está tomando los opioides pautados, así como otros fármacos que necesiten control o drogas ilegales.
11. Se debe evitar, en la medida de lo posible, pautar conjuntamente analgésicos opioides y otros depresores del sistema nervioso central, como benzodiazepinas, relajantes musculares o hipnóticos.
12. En pacientes que presente trastornos por consumo de los opioides de prescripción se deben realizar tratamientos sustitutivos con buprenorfina o metadona, combinados con terapias psicológicas cognitivo-conductuales.

* Los anexos I, II, III, IV pueden consultarse en el formato electrónico del artículo: <http://sescam.castillalamancha.es/profesionales/farmacia/BoletinesFarmacoterape%C3%BAticos>

BIBLIOGRAFIA

1. Infac: Opioides en el manejo del dolor. El difícil equilibrio entre la opiofobia y la opiofilia. 2014; 22(5) [Internet] [consultado 13 May 2016]. Disponible en: http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/cevime_infac_2014/es_def/adjuntos/INFAC_Vol_22_5_Opioides.pdf.
2. Ruben DB, Alvanzo AA, Ashikaga T, Bogat GA, Callahan CM, Ruffing V, Steffens DC. National Institutes of Health Pathways to Prevention Workshop: the role of opioids in the treatment of chronic pain. *Ann Intern Med.* 2015; 162(4):295-300.
3. Kerridge BT, Saha TD, Chou SP, Zhang H, Jung J, Ruan WJ et al. 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 Torralba A, Miquel A, Darba J. Situación actual del dolor crónico en España: iniciativa «Pain Proposal». *Rev Soc Esp Dolor.* 2014; 21:16-22.
4. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Utilización de opioides en España (1992-2006) Informe AEMPS [Internet] [consultado 13 May 2015]. Disponible en: <https://www.aemps.gob.es/medicamentosUsoHumano/observatorio/docs/opioides.pdf>.
5. CADIME: Dolor crónico no oncológico: Tratamiento farmacológico. *Bol Ter Andaluz.* 2015; 30(4) [Internet] [consultado 15 May 2016]. Disponible en: http://www.cadime.es/docs/bta/CADIME_BTA_2015_30-04.pdf.
6. Cid ML. Síndrome de neurotoxicidad inducido por opioides (NIO). *Rev Soc Esp Dolor.* 2008; 8:521-526.
7. Volkow ND, McLellan AT. Opioid Abuse in Chronic Pain – Misconceptions and Mitigation Strategies. *N Engl J Med.* 2016; 374(13):1253-1263.
8. Ballantyne JC, Standard C. New addiction criteria: Diagnostic challenges persist in treating pain with opioids. *IASP-Pain Clinical Updates.* 2013; 21:1-7.
9. Garland EL, Froeliger B, Zeidan F, Partin K y 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):2597-2607.
10. Arout CA, Edens E, Petrakis IL, Sofuoglu M. Targeting Opioid-Induced Hyperalgesia in Clinical Treatment: Neurobiological Considerations. *CNS Drugs.* 2015; 29(6):465-486.
11. Stoicea N, Russell D, Weidner G, Durda M, Joseph NC, Yu J, Bergese SD. Opioid-induced hyperalgesia in chronic pain patients and the mitigating effects of gabapentin. *Front Pharmacol.* 2015; 6:1-6.
12. Sjøgren P, Jensen NH, Jensen TS. Disappearance of morphine-induced hyperalgesia after discontinuing or substituting morphine with other opioid agonists. *Pain.* 1994; 59(2):313-316.
13. Chia YY, Liu K, Wang JJ, Kuo MC, Ho ST. Intraoperative high dose fentanyl induces postoperative fentanyl tolerance. *Can J Anesth.* 1999; 46(9):872-877.
14. Yalcin N, Uzun ST, Reisli R, Borazan H, Otelcioglu S. A comparison of ketamine and paracetamol for preventing remifentanyl induced hyperalgesia in patients undergoing total abdominal hysterectomy. *Int J Med Sci.* 2012; 9(5):327.
15. Youssef F, Pater A, Shehata M. Opioid-Induced Hyperalgesia. *J Pain Relief.* 2015; 4(3):183. doi:10.4172/21670846.1000183.
16. Koppert W, Ihmsen H, Körber N, Wehrfritz A, Sittl R. Different profiles of buprenorphine-induced analgesia and antihyperalgesia in a human pain model. *Pain.* 2005; 118: 15-22.
17. Raffa RB, Pergolizzi JV. Opioid-Induced Hyperalgesia: Is It Clinically Relevant for the Treatment of Pain Patients?. *Pain Management Nursing.* 2013; 14(3):e67-e83.
18. Mehendale AW, Goldman MP, Mehendale RP. Opioid overuse pain syndrome (OOPS): The story of opioids, Prometheus unbound. *J Opioid Mang.* 2013; 9(6):421-438.
19. Elman I, Zubieta IK, 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.
20. Moretti LS. Variables Cognitivas Implicadas en la Experiencia de Dolor Crónico. *RACC.* 2010; 2(3):21-29.
21. Vargas-Schaffer G. Is the WHO analgesic ladder still valid? Twenty-four years of experience. *Can Fam Physician.* 2010; 56:514-517.
22. Reuben DB, Alvanzo AAH, Ashikaga T, Bogat A, Callahan CM, Ruffing V, Steffens DC. 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.
23. Gomes T, Mamdani MM, Dhalla IA, Paterson JM, Juurlink DN. Opioid dose and drug-related mortality in patients with nonmalignant pain. *Arch Intern Med.* 2011; 17(7):686-691.
24. Dowell D, Haegerich TM, Chou R. CDC Guideline for Prescribing Opioids for Chronic Pain—United States, 2016. *JAMA.* 2016; 315(15):1624-1645.

Comité de Redacción:

Arroyo Pineda V, Martínez Cruz S, Tejada Cifuentes F, Lara García-Escribano S, Ibarra Lorente I, Carretero Albiñana ME, Marí Gil CM, Marco Tejón E, Rubio Pulido O, Jiménez de Andrés E.

Consejo Editorial:

Área de Farmacia, Comisiones de Farmacia y Terapéutica y del Uso Racional del Medicamento de las Gerencias de Área Integrada y de las Gerencias de Atención Especializada y Primaria de Toledo. SESCOAM.



Edita SESCOAM - Área de Farmacia

Dirección de correo: Eduardo Jiménez de Andrés. Secretaría Comité de Redacción. Área de Farmacia. SESCOAM

Avenida Río Guadiana 4. Toledo 45071. Teléfono:925/27.41.00. FAX:925/27.41.44. E-mail:burm@sescam.jccm.es

I.S.S.N.:1576-2408

D.L.: TO-602-2012

ANEXO I. ALGUNAS HERRAMIENTAS ÚTILES

ESCALA NUMÉRICA DE VALORACIÓN DEL DOLOR

Indique de 0 a 10 cuál ha sido el dolor promedio que ha tenido en los últimos siete días (0 es nada de dolor y 10 es el mayor dolor que pueda imaginar).

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Nada de dolor

El mayor dolor

INVENTARIO DE DETERIORO Y FUNCIONAMIENTO (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 s eso lo ha hecho usted y cuántas veces.

Durante la última semana, usted:			(Si contestó SÍ) ¿Cuántas veces?	(Si contestó NO) ¿y antes del comienzo del dolor lo hacía?
	SÍ	NO		SÍ NO
1. ¿Ha fregado los platos?	1	2	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0	1 2
2. ¿Ha visitado a sus familiares? (mes)	1	2	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0	1 2
3. ¿Ha comido fuera de casa? (mes)	1	2	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0	1 2
4. ¿Ha conducido el coche?	1	2	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0	1 2
5. ¿Ha puesto la lavadora?	1	2	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0	1 2
6. ¿Ha llamado por teléfono a algún familiar o amigo?	1	2	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0	1 2
7. ¿Ha hecho las camas?	1	2	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0	1 2
8. ¿Ha salido a pasear?	1	2	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0	1 2
9. ¿Ha ido al banco?	1	2	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0	1 2
10. ¿Ha visitado a sus amigos?	1	2	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0	1 2
11. ¿Ha ido a bares o cafeterías?	1	2	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0	1 2
12. ¿Ha cocinado?	1	2	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0	1 2

13. ¿Se ha vestido solo?	1 2	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0	1 2
14. ¿Ha salido a comprar?	1 2	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0	1 2
15. ¿Ha asistido a reuniones como p.e. Asociación de vecinos? (mes)	1 2	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0	1 2
16. ¿Ha ido al parque o a la playa?	1 2	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0	1 2
17. ¿Se ha afeitado solo? / ¿se ha arreglado (maquillado) sola?	1 2	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0	1 2
18. ¿Ha hablado con algún vecino?	1 2	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0	1 2
19. ¿Ha realizado alguna afición fuera de casa? (Señalar cuál)	1 2	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0	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

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

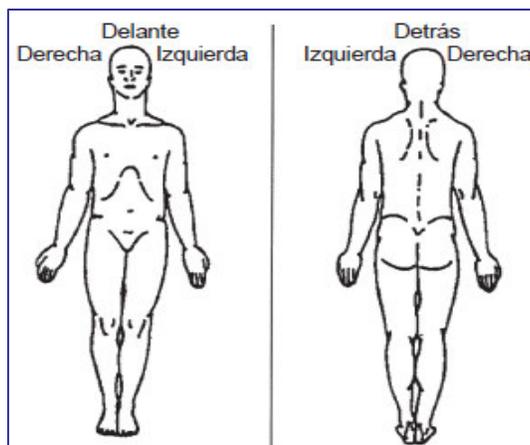
CUESTIONARIO BREVE PARA LA EVALUACIÓN DEL DOLOR (*Brief Pain Inventory BPI-Sp*)

Instrucciones: Por favor, lea atentamente y conteste a las siguientes preguntas.

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?

SÍ	NO
----	----

2. Indique en el dibujo, con un lápiz, donde siente dolor. Indique con una "X" la parte del cuerpo en la que el dolor es más grave



3. Clasifique su dolor haciendo un círculo alrededor del número que mejor describe la intensidad máxima de dolor sentido en las últimas 24 horas.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Ningún dolor

El peor dolor imaginable

4. Clasifique su dolor haciendo un círculo alrededor del número que mejor describe la intensidad mínima de dolor sentido en las últimas 24 horas.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Ningún dolor

El peor dolor imaginable

5. Clasifique su dolor haciendo un círculo alrededor del número que mejor describe la intensidad media de dolor sentido en las últimas 24 horas.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Ningún dolor

El peor dolor imaginable

6. Clasifique su dolor haciendo un círculo alrededor del número que mejor describe la intensidad de su dolor actual.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Ningún dolor

El peor dolor imaginable

7. ¿Qué tratamiento o medicamento recibe para su dolor?

.....

.....

.....

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

Ningún alivio

Alivio total

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:

A. Actividad en general	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
No interfiere											Interfiere por completo
B. Estado de ánimo	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
No interfiere											Interfiere por completo
C. Capacidad para caminar	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
No interfiere											Interfiere por completo
D. Trabajos habituales (en casa o fuera)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
No interfiere											Interfiere por completo
E. Relaciones con otras personas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
No interfiere											Interfiere por completo
F. Sueño	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
No interfiere											Interfiere por completo
G. Capacidad de diversión	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
No interfiere											Interfiere por completo

OBSERVACIONES:

© BPI-Sp, Cleeland, C.C., (1991). Protocolo de evaluación psicológica de la Fibromialgia.
Elaborado por M. de Gracia, M. Marco y J. Ruiz (1998). Departament de Psicologia. Universitat de Girona.

ESCALA DE VALORACIÓN DEL RIESGO POTENCIAL DE OPIOIDES (*Opioid Risk Tool* ORT)

	MUJER	HOMBRE
Antecedentes familiares de abuso de sustancias:		
Alcohol	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3
Drogas ilegales	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Medicamentos	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4
Antecedentes personales de abuso de sustancias:		
Alcohol	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
Drogas ilegales	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4
Medicamentos	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5
Edad (marcar si la edad está entre 16 y 45 años)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
Antecedentes de abuso sexual:	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 0
Enfermedad psiquiátrica:		
Déficit de atención, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno bipolar, esquizofrenia.	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
Depresión.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
PUNTUACIÓN TOTAL:		

Riesgo bajo: 1-3

Riesgo moderado: 4-7 (se pueden usar analgésicos opioides con una cuidadosa monitorización y 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

**DETECCIÓN Y EVALUACIÓN DE OPIOIDES PARA PACIENTES CON DOLOR, versión revisada
(*Screening and Opioid Assessment for Patients with Pain – Revised, SOAPP®-R*)**

Disponible en Internet (consultado 12/07/2016):

<http://venturafamilymed.org/images/resources/palcare/soapp-r-spanish.pdf>

ANEXO II. INFORMACIÓN AL PACIENTE

1. Los opioides son un grupo de medicamentos conocidos como analgésicos opioides que se utilizan para aliviar el dolor. Existen otras alternativas para el tratamiento del dolor, como fármacos no opioides y terapias no farmacológicas. Nos planteamos el tratamiento con opioides en su caso porque las otras alternativas terapéuticas no han ayudado a paliar su dolor.
2. Aunque el alivio completo de su dolor es poco probable, los opioides pueden mejorar su funcionalidad (su capacidad para estar más activo) y pueden reducir el dolor. El objetivo principal de este tratamiento es mejorar su funcionalidad y ésta puede mejorar a pesar del dolor.
 - Usted y su médico se asegurarán de que la medicación le ayuda a conseguir los objetivos (estar más activo)
 - Su médico lo visitará en repetidas ocasiones para valorar el alivio del dolor, su capacidad para alcanzar los objetivos propuestos y la aparición de cualquier efecto adverso.
3. Como cualquier medicación, los opioides pueden provocar efectos adversos. Son efectos adversos frecuentes las náuseas (28%), el estreñimiento (26%), la somnolencia (24%), la boca o la piel seca (15%), picor (15%) y vómitos (15%). Estos efectos adversos pueden ser menores si se aumenta la dosis del opioide lentamente y, si es necesario, usando medicamentos para las náuseas y el estreñimiento.
4. Los opioides son fármacos que actúan a nivel del sistema nervioso central (a nivel de su cerebro), por lo que tienen capacidad para desarrollar 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 bruscamente.
 - La abstinencia no es peligrosa, pero puede ser muy desagradable. Los síntomas de abstinencia a opioides son síntomas de tipo gripal (secreción nasal, dolores articulares y musculares, fiebre), bostezos, dilatación de las pupilas, náuseas, diarrea, escalofríos e irritabilidad.
 - Si experimenta síntomas de abstinencia no significa que se haya hecho adicto, sólo 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 tenga esta reacción de abstinencia.
5. La adicción a analgésicos opioides es una enfermedad crónica que se produce cuando una persona usa el medicamento por motivos que no sean el alivio del dolor y/o cuando no puede controlar el impulso de tomar el fármaco. 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 adicto a la adicción.
6. Por tanto, los opioides tienen riesgos, pero éstos pueden ser controlados si usted trabaja en cooperación con su médico. Para ello es necesario 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 hará las recetas suficientes que necesita hasta la siguiente visita. Guarde las recetas de forma segura. Si gasta la medicación más rápido de lo recetado o pierde una receta probablemente su médico no pueda hacerle otra.
 - Si usted no puede seguir estas indicaciones puede que no sea seguro que su médico le recete fármacos opioides.
7. La sobredosis de opioides es infrecuente, pero usted y su familia deben saber reconocer los signos.
- La sobredosis hace que el pensamiento y la respiración vayan más lentos. Esto podría provocar daño cerebral, traumatismos e incluso la muerte.
 - Mezclar los analgésicos opioides con alcohol o medicamentos sedantes, como las pastillas para la ansiedad o para dormir, aumenta mucho el riesgo de sobredosis.
 - Debe llamar al médico 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.
8. 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 uso propio, el de sus amigos o terceras personas. Tenga especial cuidado si hay niños en casa.

ANEXO III. TABLA DE EQUIVALENCIA DE DOSIS DE OPIOIDES

Equivalencia aproximada de dosis(*) de los opioides				
Morfina oral	30-60 mg	90 mg	120-150 mg	200 mg
Morfina parenteral	10-20 mg	30 mg	40 mg	80 mg
Morfina subcutánea	15-30 mg	45 mg	60-80 mg	100-120mg
Dihidrocodeína oral	120-240 mg	360 mg		
Fentanilo transdérmico (a)	25 mcg/h	50 mcg/h	75 mcg/h	100 mcg/h
Oxicodona	20 mg	60 mg	80 mg	160 mg
Hidromorfona	6-12 mg	18 mg	24-30 mg	40 mg
Buprenorfina parenteral	0,3-0,6 mg	0,9 mg	1,2 mg	2,4 mg
Buprenorfina transdérmica	35 mcg/h	52,5 mcg/h	70 mcg/h	140 mcg/h
Buprenorfina sublingual	0,4-0,8 mg	1,2 mg	1,6 mg	3,2 mg
Tapentadol (**)	75-150 mg	225 mg	300-375 mg	
Tramadol oral	150-300 mg	450 mg	600 mg	No administrar dosis superiores
Tramadol parenteral	100-200 mg	300 mg	400 mg	No administrar dosis superiores
(*) Dosis en 24 horas, excepto cuando se indica otra cosa; (a): cada 48-72 horas				
(**) Dosis estimativa aproximada ya que la dosis equivalente de tapentadol no está establecida				

Tomado de *CADIME: Dolor crónico no oncológico: Tratamiento farmacológico. Bol Ter Andaluz (2015)*

***ANEXO IV. CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA
USO DE OPIOIDES POTENTES Y ACCIÓN ULTRA-
RÁPIDA FUERA DE INDICACIÓN AUTORIZADA
EN FICHA TÉCNICA (Sociedad Española del Dolor)***

Disponible en Internet (consultado 12/07/2016):

<http://portal.sedolor.es/contenidos/147/adjuntos/dn0fbzms.pdf>