



# Competencias de los profesionales sanitarios en el manejo de opioides para el dolor crónico no oncológico

Trabajo de Fin de Grado

Grado en Enfermería

Facultad de Ciencias de la Salud: Sección Enfermería

Sede La Palma

Universidad de La Laguna

Junio de 2022

**Autora:** Yashira Coello Ventura

**Tutor:** Jorge Antonio Martín Martín

## **Resumen.**

El dolor crónico no oncológico (DCNO) es un problema frecuente en la población en general siendo el motivo más común de consulta en Atención Primaria. Existen diversos tratamientos tanto farmacológicos como no farmacológicos para tratar esta experiencia. Dentro de las terapias farmacológicas se encuentra el uso de analgésicos opioides, los cuales, en los últimos años, se han convertido en un problema real y han sido criticados por muchas organizaciones y profesionales sanitarios. Desde la última década del siglo XX se han aumentado las prescripciones médicas de estos fármacos con la consecuencia de miles de personas adictas a estos e incluso miles de muertes por sobredosis, sobre todo en Estados Unidos. El problema ha sido tan relevante que en EE. UU. se declaró en 2017 una emergencia nacional.

Todo esto ha conllevado que en el transcurso del siglo XXI se hayan publicado diferentes documentos y guías para ayudar a los profesionales sanitarios a prescribir y usar estos medicamentos con el objetivo de reducir lo máximo posible los riesgos. El objetivo principal de este proyecto cuantitativo, descriptivo y transversal es conocer las competencias en el manejo de los analgésicos opioides de los profesionales sanitarios del Área de Salud de La Palma. Además, se ha realizado una infografía con información general sobre estos fármacos que sirva de ayuda para aumentar los conocimientos de los profesionales.

**Palabras clave:** dolor crónico, analgésicos opioides, epidemia de opioides, trastornos relacionados con opioides.

## **Abstract.**

Chronic non-cancer pain (CNOCP) is a common problem on population in general and is the most common reason for consultation in Primary Care. There are several pharmacological and non-pharmacological treatments to treat this experience. Pharmacological therapies include the use of opioid analgesics, which in recent years have become a real problem and have been criticized by many organizations and health professionals. Since the last decade of the 20th century, medical prescriptions of these drugs have increased as a consequence of thousands of people addicted to them and even thousands of deaths due to overdose, especially in the United States. The problem has been so relevant that a national emergency was declared in 2017 in the USA.

All this has led to different documents and guidelines being published over the course of the 21st century to help healthcare professionals prescribe and use these drugs with the aim of reducing the risks as much as possible. The main objective of this quantitative, descriptive and cross-sectional project is to know the competencies in the management of opioid analgesics of health professionals in the Health Area of La Palma. In addition, an infographic with general information about these drugs has been created to help increase the knowledge of professionals.

**Keywords:** chronic pain, analgesics opioids, opioid epidemic, opioid-related disorders.

# ÍNDICE

<b>1. Introducción.....</b>	<b>pág. 1 - 2</b>
<b>2. Marco teórico.....</b>	<b>pág. 2 - 23</b>
2.1. Concepto del dolor.....	pág. 2
2.2. Fisiopatología del dolor.....	pág. 3
2.3. Clasificación del dolor.....	pág. 3 - 4
2.4. Evaluación del dolor.....	pág. 4 - 8
2.4.1 Escalas y test más utilizados para evaluar el dolor.....	pág. 5
2.4.1.1. Escalas unidimensionales.....	pág. 5 - 6
2.4.1.2. Escalas multidimensionales.....	pág. 7 - 8
2.5. Escalera analgésica de la Organización Mundial de Salud.....	pág. 8 - 13
2.5.1. Analgésicos no opioides.....	pág. 9 - 10
2.5.2. Coadyuvantes.....	pág. 10
2.5.3. Analgésicos opioides.....	pág. 10 - 13
2.5.3.1. Tolerancia y adicción de los opioides.....	pág. 11 - 12
2.5.3.2. Factores que incrementan el riesgo de adicción....	pág. 12 - 13
2.6. Dolor crónico no oncológico (DCNO) .....	pág. 13 - 15
2.6.1. Influencia en la calidad de vida. ....	pág. 13 - 14
2.6.2. Tratamiento.....	pág. 14 - 15
2.7. Antecedentes. ....	pág. 15 - 23
2.7.1. Historia de la epidemia de opioides de Estados Unidos.....	pág. 15 - 18
2.7.2. Recomendaciones para la prescripción de opioides en EEUU y España.....	pág. 18 - 20
2.7.3. Riesgo de adicción a los opioides.....	pág. 20 - 23
2.7.3.1. Tratamiento farmacológico y no farmacológico de la adicción y uso indebido de analgésicos opioides.....	pág. 20 - 22

2.7.3.2. Actuación tras iniciar el tratamiento con analgésicos opioide.....	pág. 22 - 23
<b>3. Justificación.....</b>	<b>pág. 23</b>
<b>4. Objetivos.....</b>	<b>pág. 24</b>
4.1. Objetivo general.....	pág. 24
4.2. Objetivos específicos.....	pág. 24
<b>5. Metodología.....</b>	<b>pág. 24 - 27</b>
5.1. Diseño.....	pág. 24
5.2. Población y muestra.....	pág. 24 - 26
5.2.1. Criterios de inclusión.....	pág. 25
5.2.2. Criterios de exclusión.....	pág. 25
5.3. Variables e instrumentos de recogida.....	pág. 26 - 27
5.4. Recogida y análisis de los datos.....	pág. 27
5.5. Consideraciones éticas y legales.....	pág. 27
<b>6. Cronograma.....</b>	<b>pág. 27 - 28</b>
<b>7. Recursos y presupuesto.....</b>	<b>pág. 28</b>
<b>8. Referencias bibliográficas.....</b>	<b>pág. 29 - 35</b>
<b>9. Anexos.....</b>	<b>pág. 36 - 46</b>

## 1. Introducción.

El dolor es un concepto muy subjetivo ya que no hay recursos de fácil acceso para cuantificar la experiencia. Desde los inicios de la vida, el dolor siempre ha acompañado al ser humano, y a lo largo de la historia se han tenido muchos pensamientos distintos sobre su significado y curación. Desde el Neolítico se creía que el dolor era producido por numerosos dioses o entes malignos y se localizaba en el cuerpo mientras que en otras culturas como el budismo se creía que el dolor se encontraba en el corazón y cabeza y que curarlo consistía en sanar esta. Incluso en la Edad Media se llegó a pensar que sufrir dolor era un privilegio porque como era causado por Dios, se estaba más cerca de este. Más adelante ciertos autores como Leonardo Da Vinci fueron cambiando el concepto del dolor aportando que este se transmitía por ramas nerviosas. Con el paso del tiempo el concepto del dolor y sus creencias y curación fueron avanzando hasta la actualidad<sup>1-2</sup>.

El opio proviene de la palabra griega “opion” que significa jugo ya que este se extrae de la adormidera la cual posee más de 20 sustancias diferentes entre las cuales se encuentra la morfina. Hay evidencias de que se comenzó a utilizar el opio en el siglo IV a.C en el cual hay referencias de que los sumerios la utilizaban y la llamaban la “planta de la alegría”<sup>1</sup>. Posteriormente en el siglo III a.C Teofrasto (un antiguo griego) había mencionado sus cualidades. Desde entonces el opio se ha usado en diferentes culturas como en la árabe, egipcia, griega y la romana, en varias presentaciones. Además, a lo largo de la historia ha sido objeto de contrabando e incluso llegó a utilizarse como moneda para pagar mercancías entre países<sup>3</sup>. Por otra parte, el opio ha sido partícipe y protagonista de diversas guerras, la primera de ellas fue producida entre China y Gran Bretaña cuando China se enteró de que Gran Bretaña estaba introduciendo opio cultivado en la India en su país<sup>4</sup>.

Actualmente en Estados Unidos (EEUU) existe una emergencia nacional de opioides que fue declarada por la Administración Trump en el 2017 ya que desde finales del siglo XX ha habido un aumento de prescripciones de opioides con la consecuencia de miles de muertes por sobredosis y adictos a este tipo de medicamentos de prescripción médica. Todo esto ha tenido consecuencias socioeconómicas y políticas afectando a distintos países como Francia y España y constituyendo un auténtico problema de salud. Se culpa del desarrollo de esta epidemia al mal control de estos fármacos en EEUU y a las empresas farmacéuticas ya que estas aseguraron al principio de la epidemia que estos medicamentos eran totalmente seguros dando lugar al aumento de prescripciones de estos fármacos por parte de los profesionales sanitarios<sup>5</sup>, hecho que sigue teniendo graves consecuencias en la actualidad.

Según los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) desde 1999 hasta el 2019 hubo casi 850000 muertes por sobredosis de las cuales el 72,9% fueron

causadas por el consumo de opioides sintéticos. En España no se ha llegado a los límites de Estados Unidos, no obstante, también se ha visto un aumento relevante del uso de estos fármacos para tratar el dolor crónico no oncológico. Por ello es necesario insistir en buenas prácticas clínicas con el fin de reducir al máximo los posibles riesgos que conllevan la toma de analgésicos opioides<sup>6</sup>.

## **2. Marco teórico.**

### **2.1. Concepto de dolor.**

En 1979 la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) propuso una definición de dolor como: *“una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con daño tisular real o potencial, o descrita en términos de dicho daño”*<sup>7</sup>, la cual fue aceptada por numerosas organizaciones entre las que está la Organización Mundial de La Salud (OMS). Esta definición ha sido actualizada y revalorada por esta asociación ya que se excluía a seres que no podía verbalizar su dolor como son los bebés, ancianos con problemas de comunicación o animales. La definición actual según IASP en su versión del año 2020 dice que el dolor *“es una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con, o parecida a la asociada con, daño tisular real o potencial”*<sup>8</sup>. Esta última versión se publicó con una serie de notas:

- El dolor está influenciado por factores psicológicos, biológicos y sociales.
- El dolor puede ser causado por otros factores y no solo por la activación de neuronas sensoriales, por lo que es diferente a la nocicepción la cual es el conjunto de los mecanismos que se originan desde que nuestro cuerpo detecta un estímulo nocivo hasta que percibimos el dolor como tal.
- Cada persona posee su definición de dolor que se ha creado mediante sus experiencias vividas.
- Se debe creer a una persona cuando expresa dolor.
- Una experiencia dolorosa puede generar consecuencias a nivel psicológico y social.
- El hecho de que un ser no pueda expresar dolor de forma verbal no le suprime el hecho de tenerlo.

Durante la historia se ha querido conocer con exactitud el proceso por el que se genera, transmite y manifiesta cualquier tipo de dolor ya que millones de personas en el mundo viven estas experiencias cada día, pero la cuestión es que este concepto es muy subjetivo. Incluso el mismo analgésico no afecta de la misma manera. Esto quiere decir que cada persona sufre su dolor de una manera única y totalmente personal<sup>9</sup>.

## 2.2. Fisiopatología del dolor.

Para sufrir una experiencia álgica es necesario un proceso que consta de cuatro etapas<sup>10-11-12-13-14</sup>.

- **Transducción:** es la fase en el que la persona capta un estímulo doloroso y el cuerpo mediante los receptores del dolor (nociceptores) lo transmite. En este momento se produce la sensibilidad periférica que se activa por la segregación de sustancias químicas como la histamina que aumentan el umbral del dolor, además de fomentar la aparición de síntomas como inflamación y rubor. La sensibilidad periférica puede hacer que un estímulo dañino duela más de lo que debería (hiperalgesia) o hacer que se sienta como doloroso un estímulo que normalmente no lo es (alodinia).
- **Transmisión o conducción:** en esta fase el estímulo doloroso pasa de neurona en neurona hasta que llega a la corteza cerebral donde se encuentran las neuronas de tercer orden. Las de primer y segundo orden en las cuales el estímulo se transmite por la médula espinal y el cerebro respectivamente. En las estructuras subcorticales existen sistemas inhibitorios como el opioide o el colinérgico que pueden disminuir la sensación dolorosa mediante la liberación de transmisores.
- **Modulación:** esta fase ocurre en sentido contrario a la transmisión del estímulo, es decir, de forma descendente. Consiste en la activación de los sistemas inhibitorios para conseguir un mejor control del dolor reduciendo así, lo máximo posible, la sensación dolorosa.
- **Percepción:** Es la cuarta y última etapa. Se centra más en la parte subjetiva, es decir, como siente la persona el dolor proporcionando así un significado al mismo. Además, en ocasiones esta definición de dolor de cada persona puede estar influenciado por sucesos pasados que se haya sufrido.

## 2.3. Clasificación del dolor.

A continuación, se muestra una tabla donde se muestran los diferentes tipos de dolor dependiendo de diversos factores<sup>15</sup>:



**Tabla 1.** Clasificación del dolor.

<b>Según la duración</b>	<u>AGUDO</u> : ocurre en un espacio de tiempo preciso	
	<u>CRÓNICO</u> : tiene una duración ilimitada (más de seis meses) que se suele acompañar de factores psicológicos.	
<b>Según la fisiopatología</b>	<u>NOCICEPTIVO</u> : se produce cuando los nociceptores captan un estímulo doloroso	<u>SOMÁTICO</u> : localizable en el cuerpo. Puede ser superficial (piel y mucosas) o profundo (tejido, músculos y vasos sanguíneos)
		<u>VISCERAL</u> : difícil de localizar. Es producido por daños en órganos como el corazón o pulmón y se suele irradiar a zonas lejanas del punto doloroso.
	<u>NEUROPÁTICO</u> : se da por una lesión compresiva sobre el sistema nervioso central o periférico. Suele producir hiperalgesia sin causa conocida. Los síntomas suelen ser comunes, aunque sus causas, si las hubiera, sean diferentes	<u>CENTRAL</u> : si afecta al sistema nervioso central.
		<u>PERIFÉRICO</u> : si afecta al sistema nervioso periférico.
<u>PSICÓGENO</u> : causado por factores psicológicos o se intensifica un dolor físico por motivos psiquiátricos.		
<b>Según la intensidad</b> (dependiendo de cuanto afecte a las actividades básicas de la vida diaria)	Leve	
	Moderado	
	Severo	
<b>Según el curso</b>	<u>CONTINUO</u> : no desaparece a lo largo del tiempo.	
	<u>IRRUPTIVO</u> : aparece de manera espontánea.	<u>ACCIDENTAL</u> : algo lo desencadena.
		<u>IDIOPÁTICO</u> . No se conoce el elemento desencadenante

Fuente: d Arco J<sup>15</sup>. Elaboración propia.

## 2.4. Evaluación del dolor.

Para poder administrar un tratamiento para el dolor lo más acertado posible es necesario realizar una valoración exhaustiva de la persona. Primeramente, se debe revisar<sup>16</sup>:

- Historia clínica del paciente: observando datos importantes como patologías previas, antecedentes o algún hecho que se pueda relacionar con el dolor.
- Antecedentes familiares ya que puede haber alguna relación de base genética.
- Antecedentes quirúrgicos, o psiquiátricos ya que estos también pueden ser la causa o empeorar la afección dolorosa.

- Información actual de su vida, es decir, empleo, relaciones sociales, economía, cómo descansa, etc.

Seguidamente se debe hacer una historia del dolor investigando<sup>17</sup>:

- Donde se sitúa el dolor.
- Descripción del dolor (irradiado, localizado, punzante, continuo, ...) y si ha evolucionado desde que empezó.
- Cuándo y cómo empezó.
- En qué circunstancias se empeora o se alivia el dolor.
- Qué medidas ha tomado para aliviar el dolor ya sea toma de fármacos de venta libre o medidas no farmacológicas.
- Si interfiere para realizar las actividades de la vida diaria y cómo le ha afectado en las relaciones sociales, en el trabajo y resto de su vida.

Dada la subjetividad de la experiencia dolorosa y para recoger de forma ordenada la información de cada paciente, el profesional puede utilizar una o varias escalas o test validados, escogiendo entre aquellas que se adaptan mejor a las características de la persona a evaluar. Por otra parte, se debe realizar una exploración física, recoger constantes vitales, peso, talla, IMC, observar la postura, expresión facial y explorar zona dolorosa. También es muy importante la evaluación psicológica para ver si padece algún trastorno mental que pueda agravar la experiencia dolorosa y cómo afronta la persona el dolor, teniendo en cuenta siempre las cualidades y capacidades intelectuales del paciente<sup>16-18</sup>.

#### **2.4.1. Escalas y test más utilizados para evaluar el dolor.**

El dolor como se ha comentado anteriormente es una experiencia subjetiva y personal, por lo que medirlo o cuantificarlo de una manera objetiva resulta bastante complejo<sup>19</sup>. Para evaluar el dolor se utilizan diferentes escalas o test validados que ayudan a recopilar información importante para proporcionar el tratamiento adecuado (fármaco o fármacos y dosis concretas). Hay escalas unidimensionales que miden la intensidad del dolor y escalas multidimensionales que evalúan todos los aspectos del dolor siendo estas las más complejas y completas<sup>20</sup>.

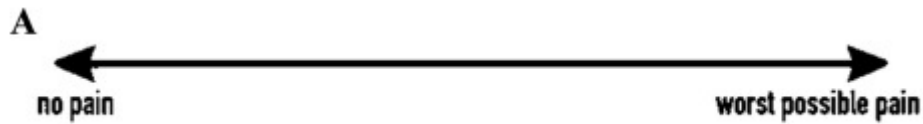
##### **2.4.1.1. Escalas unidimensionales:**

Dentro de las escalas unidimensionales se puede encontrar escalas analógicas, gráficas, numéricas, verbales, etc. Las escalas unidimensionales más utilizadas son<sup>21</sup>:

- La Escala Visual Analógica (EVA): en esta escala el paciente marca con un "X" en una línea de 10 centímetros en la posición donde cree que le duele<sup>22</sup>. Esta escala se ha

visto que utilizarla en personas mayores de 65 años puede no ser acertado ya que este grupo social tiende a puntuar más bajo utilizando esta escala que lo que declaran verbalmente, puede ser porque se necesitan habilidades cognitivas diferentes<sup>23</sup>.

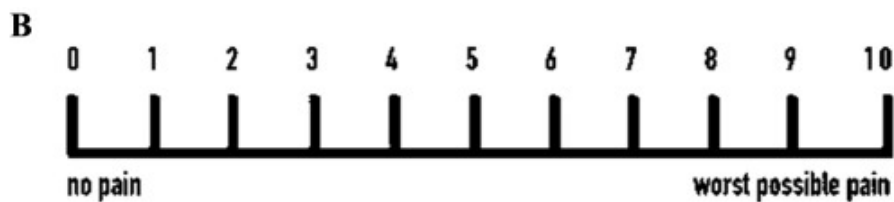
**Figura 1.** Escala Visual Analógica



**Fuente:** Williamson et al<sup>24</sup>.

- La Escala Numérica (NRS): en esta el paciente asigna un valor del uno al diez sobre cuánto le duele<sup>22</sup>. Se ha comprobado en diversos estudios que la más elegida por los profesionales es la escala numérica ya que es más receptiva y es capaz de administrarse de manera verbal en cuánto al dolor<sup>25</sup>.

**Figura 2.** Escala numérica (NRS)



**Fuente:** Williamson et al<sup>24</sup>.

- La Escala de Clasificación Verbal (VRS): el paciente dice cuánto le duele que puede ir de no dolor a dolor intenso<sup>22</sup>.

**Figura 3.** Escala de clasificación verbal (VRS)

**None          Mild          Moderate          Severe**  
**Choose the word that best describes your pain.**

**Fuente:** Williamson et al<sup>24</sup>.

- La Escala de Dolor de Caras (FPS): esta escala consiste en señalar con qué cara se identifica más la persona. Es bastante utilizada para medir la intensidad del dolor en niños ya que no es necesario transformar la sensación dolorosa en un número o una descripción por lo que es más útil además de recibir a seis caras y no tener hasta diez opciones como sucede en la escala numérica por ejemplo<sup>2</sup>

**Figura 4.** Escala de dolor de caras (FPS).



Fuente: Williamson et al<sup>24</sup>.

#### 2.4.1.2 Escalas multidimensionales.

Por otra parte, entre las escalas multidimensionales más frecuentes para cuantificar el dolor se encuentran las siguientes<sup>21</sup>:

- El cuestionario de dolor de McGill (MPQ) (Anexo 1): el cuestionario de dolor de McGill evalúa el dolor de una forma más amplia, midiendo tres dimensiones de la afección dolorosa las cuales son la dimensión sensorial, afectiva y evaluativa. Este cuestionario ha sido traducido en diversos idiomas a lo largo de los años y es uno de los más utilizados<sup>27</sup>.
- El cuestionario de dolor en español (CDE): el cuestionario de dolor en español es autoadministrado y también tiene dimensión sensorial, afectiva y evaluativa.
- El cuestionario de afrontamiento ante el dolor crónico (CAD): el cuestionario de afrontamiento del dolor crónico va dirigido a personas que sufren dolor crónico y ayuda a comprender cómo afronta este grupo de personas este tipo de dolor.
- El test Lattinen (IL) (Anexo 2): el índice de Lattinen es fácil de utilizar, consta de cinco subescalas puntuadas de cero a cuatro y está validado para usarlo en personas que sufren dolor crónico<sup>28</sup>.
- El cuestionario breve del dolor: el cuestionario breve del dolor está validado en español y es autoadministrado, aporta información sobre la intensidad del dolor y como afecta en las actividades básicas de la vida diaria aparte de describir su localización y si el tratamiento actual está siendo efectivo o no<sup>29</sup>.
- El cuestionario DN4 (DN4), la escala de dolor de LANSS y el cuestionario de dolor neuropático (NPQ): son escalas específicas para medir el dolor neuropático. El cuestionario DN4 es un cuestionario diseñado para población que sufre dolor

neuropático, está formado por diez ítems, es fácil de puntuar, donde una puntuación de cuatro o más indica dolor neuropático y está validado en castellano<sup>30</sup>. La escala de dolor de LANSS es un cuestionario autoadministrado dirigido a pacientes que tiene dolor neuropático, está formado por siete elementos, todos se contestan con sí/no obteniendo una puntuación de 0 a 24 siendo 12 el punto de corte<sup>31</sup>. Por último, es cuestionario de dolor neuropático (NPQ) está formado por 32 ítems que aportan información sobre la calidad del dolor además es capaz de diferenciar lo que es dolor neuropático de lo que no, también tiene una forma abreviada<sup>32</sup>.

En la Tabla 2, puede verse un resumen de las escalas Uni y multidimensionales.

**Tabla 2.** Escalas y cuestionarios para evaluar el dolor.

TIPOS DE ESCALA	ESCALA / CUESTIONARIO
<b>Unidimensionales</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Escala Visual Analógica (EVA)</li> <li>• La Escala Numérica (NRS)</li> <li>• La Escala de Clasificación Verbal (VRS)</li> <li>• La Escala de Dolor de Caras (FPS)</li> </ul>
<b>Multidimensionales</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El cuestionario de dolor de McGill (MPQ)</li> <li>• El cuestionario de dolor en español (CDE)</li> <li>• El cuestionario de afrontamiento ante el dolor crónico (CAD)</li> <li>• El test Lattinen (IL)</li> <li>• El cuestionario breve del dolor</li> </ul>
	<p><b>Específicas para el Dolor Neuropático</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El cuestionario DN4 (DN4)</li> <li>• La escala de dolor de LANSS</li> <li>• El cuestionario de dolor neuropático (NPQ)</li> </ul>

Fuente: Vicente Herrero et al<sup>21</sup>. Elaboración propia.

## 2.5. Escalera analgésica de la OMS.

En 1986 debido a la gran necesidad de controlar o paliar el dolor oncológico la Organización Mundial de La Salud (OMS) publicó un libro para el manejo del dolor en el cáncer el cual incluía una “escalera analgésica” (ver Figura 2) intentando proporcionar a los profesionales sanitarios una guía para poder administrar un tratamiento efectivo para el dolor oncológico. La escalera analgésica de la OMS<sup>33</sup> es una guía para decidir qué tratamiento administrar para un dolor específico. La escalera consiste en tres escalones en los cuales se pueden añadir coadyuvantes para ayudar a un mejor control del dolor<sup>34</sup>. No obstante con la primera escalera que sacó la OMS no se podían integrar otras terapias no farmacológicas por

lo que se ha añadido un cuarto escalón que consta de métodos invasivos para aquellos tipos de dolor en los que la medicación no es suficiente para aliviar el sufrimiento.

**Figura 2.** Escalera Analgésica de la OMS.

Analgésico no opioides (ej: paracetamol o metamizol) + coadyuvantes	Opioides débiles (ej: codeína) + coadyuvantes + analgésicos no opioides	Opioides potentes (ej: morfina, fentanilo) + coadyuvantes + analgésicos no opioides	Terapias invasivas (ej: bloqueos nerviosos) + coadyuvantes
<b>Primer escalón</b>	<b>Segundo escalón</b>	<b>Tercer escalón</b>	<b>Cuarto escalón</b>

Varias fuentes<sup>33-34</sup>. Elaboración propia.

Hay que tener en cuenta que para pasar de un escalón a otro tenía que haber fallado el anterior y en el segundo y tercer escalón se añaden los fármacos del primer escalón si es necesario además de coadyuvantes, no hay que retrasar la subida del escalón si así se considera y no se debe mezclar analgésicos opioides débiles con los potentes. Los coadyuvantes se pueden utilizar en cualquier de los cuatro escalones sin necesidad de cambiarlo cuando se pasa de un peldaño a otro<sup>35</sup>.

A lo largo de los años esta escalera, debido a la actualización de conocimientos y a la necesidad de paliar el dolor con eficacia y rapidez, ha sufrido diversas modificaciones, se ha utilizado en muchos países y para diferentes tipos de dolor no oncológico<sup>34</sup>. No obstante ya solo un año después de que la Organización Mundial de La Salud publicara la escalera analgésica se ponía en duda la eficiencia de esta ya que se infrutilizaban los opioides que eran los fármacos de elección para paliar el dolor oncológico<sup>36</sup>. Con el paso de los años se ha visto la necesidad de crear un “ascensor analgésico” que cuenta con las mismas plantas de la escalera, pero se puede acceder a cualquiera de ellas sin necesidad de pasar por las demás. De esta manera se administra un tratamiento para el dolor teniendo en cuenta el tipo de dolor y su intensidad<sup>37</sup>.

### **2.5.1. Analgésicos no opioides.**

Los analgésicos no opioides, más utilizados por las personas adultas son el paracetamol y los antiinflamatorios no esteroideos (AINE) que muchas veces se complementan con otras medidas como aplicación de frío o de calor. Además, estos fármacos no requieren receta farmacológica en algunas de sus presentaciones es por ello que son los más utilizados. El paracetamol posee acción analgésica y antipirética siendo el fármaco más utilizado de venta libre, no obstante, en los últimos años se ha reducido la cantidad permitida

de dosis que se pueden adquirir sin receta ya que produce daño hepático. Por otra parte, los antiinflamatorios no esteroideos poseen acción analgésica, antipirética y antiinflamatoria. Sin embargo, suele producir efectos secundarios cardiovasculares, gastrointestinales y renales, por lo tanto, las personas con antecedentes de esta índole se deben vigilar al utilizar estos fármacos. En tratamientos prolongados con estos medicamentos es recomendable tomar un protector gástrico<sup>38</sup>.

### **2.5.2. Coadyuvantes.**

Los coadyuvantes, también llamados coanalgésicos, son un grupo de fármacos que ayudan y potencian la acción de los analgésicos ya sean opioides o no opioides. Se usan en múltiples tipos de dolor para aliviar otros síntomas que el mismo dolor provoca o para evitar efectos adversos que la medicación destinada para aliviar el dolor produce. Normalmente son fármacos que se utilizan para otras patologías específicas como pueden ser antidepresivos, anticonvulsivantes, corticoides y ansiolíticos entre otros. Si estos fármacos se utilizan de una manera adecuada puede beneficiar muy positivamente el curso del tratamiento. En ocasiones se pueden administrar como analgésico primario y no se recomienda administrarlos si el dolor está bajo control y si los efectos secundarios de la terapia son escasos ya que estos fármacos también tienen sus propios efectos adversos<sup>39-40</sup>.

### **2.5.3. Analgésicos opioides.**

Los opioides son sustancias que tienen un efecto similar al de la morfina acoplándose así a los receptores opioides del cuerpo humano mientras que los opiáceos son sustancias que proceden del opio. El opio es el jugo que se extrae de la “adormidera” y a partir de esta sustancia se fabrican todos los demás opioides. Los receptores opioides se descubrieron en 1975, se encuentran en el cerebro y en la médula espinal y hay cuatro tipos diferentes: los receptores mu, delta, kappa y nociceptina. Todos ellos son receptores que se acoplan a la proteína G. Cada receptor posee una serie de características lo que produce en el cuerpo una serie de efectos u otros. Los fármacos opioides pueden ejercer de manera agonista, agonista parcial o antagonista y dependiendo de cómo actúe y a qué receptor se acople provoca un efecto u otro. El dualismo farmacológico se da cuando dos fármacos de este grupo se acoplan a receptores diferentes, pero producen el mismo efecto como puede ser la analgesia<sup>41</sup>.

Los opioides exógenos se clasifican según cómo actúen sobre los receptores opioides. A continuación, se muestra una tabla donde se resumen las características de cada uno (Tabla 3)<sup>41</sup>:

**Tabla 3.** Clasificación de los opioides exógenos y sus características principales.

TIPO DE OPIOIDE	CARACTERÍSTICAS	EFFECTO FARMACOLÓGICO	FÁRMACO MÁS COMÚN
<b>Agonistas puros</b>	Actúan sobre todo sobre el receptor mu con una eficacia alta.	Centrales: sedación, euforia, analgesia, depresión respiratoria, supresión de la tos, miosis, náuseas y vómitos entre otros. Periféricos: reducción de la motilidad gástrica, hipotensión, sensación de calor y enrojecimiento facial debido a la liberación de histamina, sensación de urgencia miccional, efecto antidiurético y aumentan el tono del esfínter entre otros.	Morfina
<b>Agonistas - Antagonistas mixtos</b>	Se acoplan como agonistas en un receptor que suele ser el receptor kappa y como antagonistas en otro que suele ser el receptor mu. Si se administra con otro fármaco que sea agonista puro puede reducir o eliminar su efecto analgésico. Producen el síndrome de abstinencia en personas dependientes a agonistas.	Disconfort, sensación de cansancio, mareos, vértigo, ansiedad y desorientación. A dosis elevadas puede producir pseudoalucinaciones.	Pentazocina
<b>Agonistas parciales</b>	Actúan sobre los mismos receptores que los agonistas puros, pero poseen una menor eficacia. Si se administra solos tienen propiedades analgésicas, pero si se hace con un agonista puro elimina la acción del agonista puro por completo. Es 25 veces más fuerte que la morfina.	Mismos efectos que los agonistas puros pero menor depresión respiratoria.	Buprenorfina
<b>Antagonistas puros</b>	Se acoplan a los receptores, pero no son eficaces por lo que se utilizan para revertir la acción de los agonistas.	A dosis elevadas en personas intoxicadas puede provocar crisis hipertensiva, taquicardia, edema agudo de pulmón y fibrilación ventricular. Por otra parte, dosis altas en personas sanas puede causar hipercortisolemia, ansiedad, confusión, bostezos y sudoración.	Naloxona y naltrexona

Fuente: Y Álvarez, M Farré<sup>41</sup>. Elaboración propia

### 2.5.3.1. Tolerancia y adicción de los opioides.

El consumo de opioides a largo plazo puede provocar tolerancia y adicción. El concepto de tolerancia farmacológica significa una reducción de los efectos de un fármaco, aunque las dosis sean constantes, se da sobre todo en personas que consumen opioides, benzodiacepinas y alcohol. Este suceso se suele producir en personas con tratamiento a largo plazo. Cuando una persona tiene tolerancia a los opioides y estos se retiran



inmediatamente se puede producir un síndrome de abstinencia que no está relacionado con una adicción. Por otra parte, la analgesia producida por los opioides está mediada por los receptores anteriormente mencionados y algunos de estos receptores, sobre todo los mu, se encuentran en zonas relacionadas con el circuito de recompensa por lo que se puede producir adicción. Una persona es adicta a una sustancia cuando no controla el consumo de la misma y comete acciones dañinas para conseguirla afectando negativamente su vida a nivel social, física y psicológica. Además, cuando una persona adicta a los opioides deja de consumirlos drásticamente puede sufrir un síndrome de abstinencia grave cuyos síntomas pueden ser diarrea, vómitos, problemas para dormir, escalofríos, deseo potente de volver a consumir y dolor muscular entre otros<sup>42</sup>.

En caso de sospecha de que un paciente haya desarrollado adicción a estos fármacos, se deben objetivar una serie de hechos y características para atribuir este diagnóstico a la persona. Primeramente el paciente debe demostrar tener un deseo intenso de consumir el fármaco, aumenta las dosis sin indicación médica, seguir con el tratamiento aunque tenga efectos secundarios moderados, tomar el medicamentos para síntomas no indicados y tomarlo en ausencia de síntomas, Además de estas, también se debe presentar conductas relacionadas con la desesperación en la obtención de dichos fármacos como pueden ser acudir a diferentes médicos, obtención del fármacos por medios no sanitarias, vender droga y uso de otras drogas al mismo tiempo que el tratamiento de opioides<sup>43</sup>.

### **2.5.3.2 Factores que incrementan el riesgo de adicción.**

Existen algunos factores predisponentes a sufrir adicción cuando se toman opioides a largo plazo. Entre estos factores se encuentran<sup>44</sup>:

- Factores genéticos: esto significa que personas que tienen actitudes que tienden a ser más impulsivas e imprudentes tienen mayor riesgo de desarrollar adicción además de tener recaídas. Más en concreto se ha visto que las personas que tienen las variantes genéticas en los alelos “118G y CIVS1-T17286 C” tienden a desarrollar dependencia, aunque no se ha demostrado que se pueda usar en la práctica clínica.
- Factores familiares y psicológicos: vivir en ambientes que predisponen al uso de drogas, tener antecedentes de abusos sexuales, agresiones, guerras y demás situaciones parecidas también pueden influir a desarrollar adicción.
- Antecedentes de abuso de sustancias y trastornos mentales: se ha demostrado que el hecho de sufrir algún trastorno mental o haber sido dependiente a alguna droga con anterioridad también incrementa el riesgo.
- Factores relacionados directamente con los opioides: en dosis diarias mayores que 120 mg/día y el tiempo de toma largo el riesgo de adicción aumenta

exponencialmente. No se ha visto que influya considerablemente el tipo específico de opioide, aunque los fármacos de liberación prolongada han producido más adicciones que los de liberación inmediata.

## **2.6. Dolor crónico no oncológico (DCNO).**

El dolor crónico es uno de los motivos más frecuentes de consultas en el sector de Atención Primaria, tanto es así que ocupa más del 50% de ellas<sup>45</sup>. El dolor crónico no oncológico (DCNO) es aquel que dura al menos 3-6 meses o que persiste más allá del tiempo esperado para la cicatrización de los tejidos o la resolución de la enfermedad subyacente<sup>46</sup>. Este dolor puede ser producido por patologías crónicas como diabetes o artritis, lesiones como hernias en la columna vertebral o lesiones en ligamentos y otras patologías de tipo neuropático, cefalea crónica, fibromialgia y otras de esta índole<sup>47</sup>. Las causas más comunes de dolor crónico son la artrosis, hernias discales, cirugía y causas desconocidas<sup>48</sup>.

En Europa el 19% de la población adulta padece de algún tipo de dolor crónico, gran parte de estos no han sido remitidos a un especialista y otra parte ha recibido un tratamiento inadecuado lo que ha empeorado la calidad de vida en todas las esferas de estos pacientes. Esto ha hecho que el dolor crónico sea un problema sanitario que debe tratarse con seriedad<sup>49</sup>. En España el 17% de la población adulta sufre dolor crónico y, al igual que en Europa, la mayoría de estas personas son tratadas por profesionales de Atención Primaria sin ser trasladados a una unidad especializada en dolor por lo que el camino hasta que se encuentra un tratamiento efectivo es largo y costoso. Además este tipo de dolor supone un gasto económico elevado para el sistema sanitario<sup>50</sup>. Por otra parte, el tiempo que se tarda en diagnosticar y en proporcionar un tratamiento adecuado en Atención Primaria es desproporcionado y los pacientes así lo manifiestan<sup>51</sup>.

### **2.6.1. Influencia en la calidad de vida.**

Como cualquier dolor sostenido en el tiempo, el dolor crónico no oncológico influye sobre las actividades de la vida diaria, el paciente restringe la realización de actividades normales y se evitan otras que desencadenan o incrementan el dolor, haciendo que la persona pase más tiempo inactiva. Por otra parte, se producen consecuencias sobre el hábito del sueño, lo cual puede aumentar la intensidad del dolor e interferir en la energía para realizar las actividades de la vida diaria. También se ha descubierto que aproximadamente el 22-78% de las personas que sufren DCNO padecen trastornos mentales lo que también influyen sobre las actividades de la vida diaria y sobre los trastornos del sueño<sup>52</sup>. Además, el 65% de los intentos suicidas del año 2015 padecían dolor crónico por lo que hay que ser conscientes de que este riesgo también existe en este grupo de personas<sup>53</sup>. El hecho de tener dolor en sí y

que las actividades de la vida diaria no se puedan realizar con normalidad también afecta en las relaciones sociales / familiares (disminuyen) como laborales impidiendo realizar algunas tareas y suponiendo un coste económico para el sistema por las múltiples bajas y faltas del trabajo además de una disminución de la productividad. En el ámbito familiar la situación se traspa al resto de los integrantes de la familia e incluso se pueden dejar de hacer actividades relacionadas con la crianza. Por otro lado, la disminución de las relaciones sociales hace que aumenten los trastornos mentales. Todos estos factores se retroalimentan entre sí y todos mejoran si el tratamiento para el dolor es el adecuado<sup>54</sup>.

### **2.6.2. Tratamiento.**

Con el paso de los años se han desarrollado multitud de tratamientos y terapias, pero actualmente muy rara vez se consigue eliminar la sensación álgica por completo aunque se puede reducir considerablemente el dolor. Para ello es necesario establecer desde un primer momento en la relación médico-paciente objetivos realistas sobre la terapia. El tratamiento para el DCNO se divide en terapia farmacológica, terapia intervencionista y terapia no farmacológica. Dentro de la terapia farmacológica se encuentran los antiinflamatorios no esteroideos (AINES), los opioides, el paracetamol, antidepresivos, anticonvulsivos, relajantes musculares y agentes tópicos. Los opioides no se recomiendan como fármacos de primera línea para el DCNO por su baja eficacia a largo plazo, sus efectos secundarios y la alta tasa de uso indebido. Los AINES no está demostrada su eficacia y por lo que se suele sustituir por paracetamol ya que es menos costoso y prácticamente igual de efectivo. Los medicamentos antidepresivos son eficaces para dolores neuropáticos, dolores de cabeza, lumbalgia y fibromialgia. Los anticonvulsivantes son efectivos para el dolor neuropático incluso se recomienda que sean fármacos de primera línea para este tipo de dolor y también reducen los síntomas de la fibromialgia. Los relajantes musculares solo se recomiendan en la fibromialgia. Los fármacos tópicos se recomiendan para dolores localizados ya que no tienen los efectos secundarios de la vía oral<sup>55</sup>.

Por otra parte, en cuanto a terapias intervencionistas se realizan sobre todo en problemas que tiene que ver con la columna vertebral e incluyen terapias de inyección, cirugía y dispositivos implantables. Las terapias de inyección consisten en bloqueos nerviosos que es la introducción de anestésicos a ciertos nervios para evitar el estímulo nociceptivo. En EE. UU. las inyecciones epidurales de esteroides es la más frecuente. Por otro lado, la fusión lumbar es la cirugía más común, aunque también se puede realizar reemplazo de discos artificiales, discectomías, laminectomías descompresivas e introducción de dispositivos espaciadores interespinosos. Los dispositivos implantables son la última opción cuando las anteriores han fallado y consisten en colocar electrodos en la columna o en nervios periféricos

para eliminar los estímulos nociceptivos. Sin embargo, existen terapias no farmacológicas que consisten en realizar rehabilitación y otros enfoques psicológicos. Dentro de la rehabilitación se incluyen rehabilitación física combinado con ejercicio, relajación, promoción de la independencia y autoeficacia y manejo de medicamentos si es necesario. La terapia psicológica consiste en cambiar la manera de pensar que tiene el paciente sobre su dolor, es decir, a saber manejarlo, fomentando el optimismo, enseñar técnicas de relajación entre otras, siendo este tipo de terapia individual de cada persona. Se ha demostrado que la terapia psicológica tiene un gran impacto positivo en la evolución del dolor<sup>55</sup>.

En las últimas décadas la preocupación por tratar el dolor crónico no oncológico añadido a la publicidad de muchas empresas farmacéuticas ha fomentado que se usen opioides para el tratamiento de este, aunque no se haya demostrado su eficacia a largo plazo y se hayan notificado excesivos casos de uso indebido y hasta de muertes por sobredosis con este tipo de fármacos, sobre todo en Estados Unidos<sup>56</sup>.

## **2.7. Antecedentes.**

### **2.7.1. Historia de la epidemia de Estados Unidos.**

En 2017 en Estados Unidos se declaró una emergencia de salud pública que vino a denominarse “Epidemia de opioides”, la cual comenzó en el siglo XIX y se ha llevado la vida de miles de personas por un aumento del uso indebido de los opioides contemplando entre ellos la aparición de sus formas hoy ilegales como son la heroína o de uso clínico como el fentanilo<sup>5</sup>.

En 1870 se produce la primera epidemia de opioides cuando se sacó al mercado un fármaco para la tos cuyo nombre era “heroína”. En 1914 debido a la publicación de la Harrison Narcotic Control Act comenzó un etapa de opiofobia usándose estos medicamentos sólo en las últimas semanas de vida. Esta situación se mantuvo hasta 1920 cuando los profesionales sanitarios comenzaron a preocuparse por las personas que sufrían dolor y comentaban que se había producido un infratratamiento de este afectando a la calidad de vida de la población<sup>57</sup>.

Desde 1973 hasta 1990 varios autores e incluso la Organización Mundial de la Salud investigaron el infratratamiento o terapia adecuada del dolor y algunos de ellos cuantificaron el riesgo de adicción exponiendo que el riesgo era muy bajo comparado con los beneficios que producían estos fármacos<sup>57</sup>. La carta que escribieron Porter y Jick en 1980 fue uno de los motivos que estimularon la utilización de los opioides en el tratamiento del dolor. En esta, dichos autores afirmaban que el riesgo de adicción era muy bajo, hecho que según ellos fue demostrado en un estudio de 39.946 pacientes hospitalizados, los cuales no tenían

antecedentes de adicción, en el que solo cuatro se volvieron adictos<sup>58</sup>. Esto ocasionó el aumento de la prescripción y adicción a drogas ilegales un 170% en varios países de Europa (entre los cuales estaba España) sin embargo, en 1993 Zenz y cols no consiguieron relacionar este hecho con la prescripción médica de fármacos opioides ya que en esa época las dosis que se recetaba eran muy bajas. Estos autores concluyeron que esta epidemia no estaba ligada a los fármacos de prescripción médica sino a consumo de drogas ilegales<sup>57</sup>.

En 1971 ya el número de prescripciones de opioides en EEUU era de 76 millones. En la última década del siglo XX se originó una preocupación por cómo tratar el dolor oncológico e impulsado por el movimiento a favor de los opioides se comenzó a utilizar estos para su tratamiento. En 1995 se propone el dolor como el quinto signo vital y en este mismo año se lanzó al mercado la oxycodona con el nombre comercial de “Oxycontin®” aprobado por la FDA en cuya ficha técnica se aseguraba que el riesgo de adicción era bajo por su liberación retardada y la ausencia de picos, con esto de aumento el número a de prescripciones en EEUU a 87 millones. En esta década disminuyó muchísimo el control de la prescripción de opioides y ya en 1999 eran 116 millones las prescripciones anuales de estos fármacos en Estados Unidos<sup>57</sup>.

En la primera década del siglo XXI se produjo una mayor preocupación por establecer un control de las prescripciones de opioides debido al aumento de muertes y sobredosis relacionadas con los opioides ya que Estados Unidos no había llevado un control en el hábito de prescripción. La Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) retiró en la ficha técnica de Oxycontin® que el riesgo de adicción era bajo ya que se demostró en 2003 que 2,8 millones de personas habían utilizado este medicamento para usos no médicos. Además la FDA avisó a Purdue Pharma (farmacéutica que producía Oxycontin®) de que estaban haciendo publicidad engañosa y ya fue en 2007 cuando esta farmacéutica fue declarada culpable y tuvo que pagar millones de dólares a diferentes estados por los daños causados<sup>57</sup>.

En el 2010 la FDA impulsó que se desarrollaran fármacos con menos riesgos y más seguros para tratar el dolor. Además, anuncia cambios en la política en los que plantea reevaluar los riesgos-beneficios de los opioides además de aumentar los accesos para abuso de drogas, incluir información y advertencias en las fichas técnicas de opioides de liberación inmediata y dar visibilidad a otras formas para manejar el dolor. En octubre de ese año se produjo la declaración de Montreal en la que se dictaron una serie de derechos como el derecho de todas las personas a manejar el dolor, recibir una evaluación de este, recibir toda la información sobre cómo se puede manejar y tener acceso a un tratamiento adecuado. Por otra parte, también se dictó la obligación del gobierno y otras instituciones de promover recursos sanitarios para un buen manejo del dolor<sup>59</sup>.

En 2011 la FDA apoya el informe que publica la Oficina de la Política Nacional para el Control de Drogas de la Casa Blanca (ONDCP) en el que se habla de controlar la epidemia nacional de abuso de drogas prescritas. Guiándose de este informe la Casa Blanca publica un plan para controlar la epidemia de mal uso de medicamentos. En ese informe se propuso la implantación de sistemas informáticos para controlar los medicamentos de prescripción. En 2012 la FDA propone revisar los hábitos de prescripción de profesionales sanitarios que prescriben más de 100 mg de morfina al día, revisar las herramientas que había de guía para la prescripción de opioides y saber la incidencia de los test de drogas de orina que se hacían tras un año de tratamiento con opioides<sup>59</sup>.

En 2016 el presidente Barack Obama publicó la ley Comprehensive Addiction and Recovery Act (CARA) la cual no tuvo éxito ya que el problema real no se planteó adecuadamente y esto llevó a que los planes de actuación no sean efectivos. Sin embargo, uno de los puntos positivos de esta ley era el refuerzo de los sistemas de control electrónico de prescripción (PDMP) que evita el uso indebido de una prescripción. Entre el 2016 y el 2018 se declara la epidemia de opioides en el gobierno americano y la FDA publica un informe sobre cómo manejar el dolor tanto agudo como crónico y los tratamientos tanto farmacológicos como no farmacológicos que se disponen<sup>59</sup>.

En 2017 la Administración de Trump publicó un documento en cual dice que la actual epidemia de opioides es la segunda que ha habido y culpa de ello a la FDA por un mal manejo de la situación, a la promoción de las empresas farmacéuticas, a la promoción del dolor y al artículo de Porter y Jick mencionado anteriormente<sup>60</sup>.

En octubre de 2018 la Administración de Trump publica la ley Support for patients and Communities Act, que posee varios puntos positivos con respecto a la ley CARA: aumentar el control de prescripción de dichos fármacos a nivel extrahospitalario, instaurar guías sobre el uso de estos medicamentos dentro del hospital (sobretudo en algunos servicios como Cirugía), y eliminar los incentivos que se le aportan a los profesionales de atención médica al prescribir opioides (todas estas medidas ya se hacían en España). En septiembre de 2018 la FDA impulsa una Estrategia de Evaluación y Mitigación de Riesgos (REMS) con el fin de prevenir lo máximo posible las adicciones por opioides de prescripción y también evitar que se prescriban este tipo de medicamentos sin necesidad. Además, en este plan se incluyeron otros aspectos como, por ejemplo: formar a los profesionales sanitarios sobre el manejo del dolor en general, creación de guías que ayuden a la hora de prescribir opioides, dar prioridad a otras terapias para tratar el dolor y reservar los opioides para casos específicos y aportar una serie de recomendaciones para el inicio de la terapia opioide<sup>60</sup>.

Acabándose el 2018 surge una nueva etapa de “opiofobia” en Estados Unidos, hecho que ha ocasionado la información repetida que se ha divulgado sobre los opioides estos últimos años y que ha influenciado a los profesionales de atención médica a no prescribir opioides. Esto puede llegar a causar incluso que los pacientes que estén tomando estos fármacos por dolor crónico sean mal vistos actualmente<sup>60</sup>.

### **2.7.2. Recomendaciones para la prescripción de opioides en EEUU, en Europa y España.**

En el año 2016 en USA los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC) publicaron una guía que sirve de ayuda a la hora de prescribir este tipo de analgésicos para el dolor de tipo no oncológico. De esta manera se reduce el mal uso y los riesgos de esta terapia. Para la creación de esta guía se hizo una revisión sistemática de toda la información publicada hasta ese entonces sobre los opioides y sus riesgos y beneficios. En este documento se propuso una serie de recomendaciones para iniciar el tratamiento opioide<sup>61</sup>:

- Hay que priorizar las terapias no farmacológicas y las no opioides antes para tratar el dolor crónico. Si se usan analgésicos opioides los beneficios deben superar los riesgos. Si se utilizan opioides hay que combinarlos con las otras terapias.
- Hay que establecer objetivos realistas antes de iniciar el tratamiento con analgésicos opioides. Además, hay que decidir cómo será la suspensión de la terapia si los riesgos superan los beneficios.
- Al comenzar el tratamiento con opioides y habitualmente, el médico responsable debe aclarar con el paciente todos los riesgos y beneficios que supone la terapia.
- Para tratar el dolor crónico con opioides el profesional sanitario debe recetar opioides de liberación inmediata en lugar de la prolongada.
- Prescribir al principio la dosis más baja que sea eficaz y si hay que aumentarla por alguna razón hay que valorar los beneficios en cuanto a riesgos.
- De la primera a la cuarta semana del inicio del tratamiento con opioides los profesionales de atención médica deben evaluar los beneficios y riesgos nuevamente y repetirlo cada tres meses o menos cuando se trata un dolor crónico. En el momento en el que los riesgos superen los beneficios se debería ir reduciendo dosis para aumentar otro tipo de terapias no opioides y suspender los opioides.
- Los médicos deben realizar evaluaciones habituales para reducir los riesgos del consumo de opioides y reducir así los daños producidos por estos. Es necesario establecer un plan para disminuir el riesgo e incluso se podría ofrecer un antagonista como naloxona cuando hay factores que indican una posible sobredosis futura.

- El profesional de atención médica debe examinar la receta del paciente habitualmente (no superando los tres meses entre cada revisión) para evaluar si la persona está tomando dosis o combinaciones farmacológicas peligrosas.
- Se debe hacer pruebas de drogas en orina antes de comenzar una terapia con opioides y una vez al año durante el tratamiento con estos.
- Hay que evitar mezclar opioides con benzodiazepinas al mismo tiempo.
- Los médicos deben estar actualizados y ofrecer un tratamiento actualizado para el trastorno por uso de opioides.

En 2019 también la Federación Europea de Dolor (EFIC) encargó a un grupo de personas expertas y publicó un documento de posición sobre Recomendaciones Europeas de Práctica Clínica. Este documento se publicó para servir de guía a la hora de la utilización de opioides para el dolor crónico no relacionado con el cáncer. En este se recalca hacer una buena valoración de la historia clínica, del dolor y del paciente antes de comenzar una terapia con opioides además de proporcionarle al paciente toda la información necesaria sobre este tipo de tratamiento. Por otra parte, da una serie de recomendaciones con respecto a las terapias con opioides a largo plazo (más de 3 meses; LTOT) en las que indican que es necesario realizar un seguimiento al menos cada tres meses y realizar pruebas de drogas en orina si es necesario. En cuanto a indicaciones para prescribir estos fármacos las recomendaciones son parecidas a las del informe de EEUU, en este se añade que sólo debe prescribir estos medicamentos un médico por persona e intentar no aumentar las dosis de 90 mg al día a excepción de algunos casos<sup>62</sup>.

Además, este informe de la EFIC señala que se recomienda administrar opioides para el dolor lumbar crónico, artrosis, polineuropatía diabética y neuralgia postherpética. También refiere que se puede iniciar el tratamiento con opioides para otras patologías secundarias como dolor en lesiones de la médula espinal o cerebrales, párkinson, miembros fantasmas, úlcera de grado 3 y 4, dolor crónico por contracturas fijas en profesionales de enfermería y otras de estas índoles. Por el contrario, no se recomienda el uso de este tipo de analgésicos en cefaleas, síndromes musculoesqueléticos, dolor crónico por trastorno mental y otras patologías parecidas<sup>62</sup>.

Por otra parte, en España en el año 2017 la Sociedad Científica Española de Estudios sobre el Alcohol, el Alcoholismo y otras Toxicomanías publicó una Guía de consenso para el buen uso de analgésicos opioides. En esta guía utilizaron como apoyo un informe del Ministerios de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad sobre las prácticas seguras para uso de opioides, la guía de los CDC anteriormente explicada y boletines de diferentes comunidades autónomas españolas sobre el uso de opioides. Las recomendaciones son



parecidas a los otros documentos explicados anteriormente añadiendo que si un opioide no es efectivo hay que rotar el fármaco no usar dos del mismo grupo a la vez y que la prioridad cuando se decide qué tratamiento usar es mantener la calidad de vida del paciente además de mantener las capacidades físicas e intelectuales que posee el paciente cuando se inicia el tratamiento. También afirma que no hay evidencia científica que la terapia con analgésicos opioides a largo plazo sea efectiva por lo que no es recomendable su uso durante un tiempo prolongado intentando dar prioridad a terapias no farmacológicas<sup>63</sup>.

### **2.7.3. Riesgo de adicción a los opioides.**

En 2017 había 1,3 millones de personas de riesgo considerable que consumían opioides en Europa de las cuales más de tres cuartos de dicha población vivía en los países más habitados de la Unión Europea entre los cuales está España. Por otro lado, hubo en ese mismo año 9.461 fallecimientos debido a una sobredosis de drogas de las cuales casi el 80% fueron causadas por opioides, un número un poco mayor que el año anterior que fueron 9.397 muertes<sup>64</sup>. Los datos no han variado mucho, en el 2019 un millón de personas en Europa eran consumidores de alto riesgo y el 76% de las muertes causadas por sobredosis eran por opioides, por lo que la prevalencia de persona consumidoras de analgésicos opioides en Europa es el 0,35%. La droga más utilizada con la que sustituyen las personas los opioides recetados es la heroína, habiendo 13.600 personas que la consumieron después de entre las 17.300 personas que comenzaron con un tratamiento opioide en el 2019<sup>65</sup>.

España se ha convertido en el tercer país con mayor consumo de opioides en estos últimos años ya que ha habido un incremento del 53,6% de las dosis diarias por cada mil habitantes en un periodo total de siete años. Sin embargo, gracias al excelente registro de medicamentos que hay en este país y que la salud es pública y universal, es decir, cualquiera persona puede pedir cita con su médico de atención primaria y este le puede revisar la medicación y recetar otra sin tener que pagar no se ha llegado a los casos exagerados de sobredosis como en Estados Unidos<sup>66</sup>.

#### **2.7.3.1. Tratamiento farmacológico y no farmacológico de la adicción y uso indebido de analgésicos opioides.**

En cuanto al tratamiento de la adicción o uso indebido de los analgésicos opioides hay varias ramas que se encuentran disponibles tanto farmacológicas como no farmacológicas. Respecto al tratamiento farmacológico se suele utilizar la metadona que es un opioide sintético que en este caso ayuda a evitar los efectos secundarios de la abstinencia. Por otra parte, la buprenorfina es otro agonista opioide que tiene el mismo efecto que el anterior, en cambio, este posee una acción más

duradera por lo que se ha visto que puede ser efectiva hasta tomando de 8 a 10 mg tres veces a la semana. No obstante, la mayoría de las veces se requiere de un tratamiento de mantenimiento para evitar posibles recaídas. Esta terapia de mantenimiento puede ser los dos fármacos anteriores, la naltrexona que, al ser una antagonista, bloquea el efecto que produce el hecho de tomar opioides, y terapias psicológicas. La naltrexona no se puede utilizar sin que el paciente haya dejado la adicción ya que puede ocasionar que se desarrollen síntomas graves de abstinencia de manera inmediata. La duración de esta terapia de mantenimiento depende de la persona y de la gravedad de la adicción, suele durar normalmente de seis meses a tres años pero hay personas que tienen el tratamiento de por vida<sup>67</sup>. Por otro lado, existe un fármaco que contiene buprenorfina y naloxona que se ha demostrado que es una buena alternativa a la metadona ya que es igual de efectivo y además reduce mejor la cantidad de opiáceos ilegales mejorando directamente la calidad de vida del paciente<sup>68</sup>.

El tratamiento no farmacológico incluye terapias y asesoramientos que ayudan a cambiar conductas, mejorar la calidad de vida y beneficia la adherencia terapéutica al tratamiento farmacológico. Hay terapias individuales en las que el paciente puede exponer sus preocupaciones y problemas personales, ayuda a erradicar conductas negativas, plantear objetivos y metas e incluso incentivar esas metas de alguna manera, es decir, le aporta a la persona motivación para dejar la adicción. Las terapias grupales ayudan a aportar una sensación de acompañamiento e incluso puede contribuir a conocer técnicas de otras personas que le funcionan y les resulta más sencillo abandonar la adicción. También existen asesoramientos familiares que ayudan a resolver problemas entre miembros de la familia que a lo mejor han sido uno de los motivos por los que la persona creó adicción. Por otro lado, hay residencias u hospitales en los que la persona ingresa en los que se pueden combinar todos los tipos de tratamiento para el trastorno<sup>69</sup>.

Por otra parte, se ha comprobado que se puede utilizar la mejora de la recuperación orientada a la atención plena (MORE) donde se combinan aspectos de mejora conductual, atención plena y psicología positiva. Esta técnica consiste en enseñar al paciente técnicas de relajación y respiración, transformar pensamientos negativos en positivos e incitar a realizar actividades que aporten placer para activar el circuito de recompensa y así sustituir de alguna manera el efecto que producen los opioides sobre ese circuito. En un ensayo clínico aleatorizado se incluyeron 250 personas que abusaban de los analgésicos opioides y las dividieron en dos, una parte se le aportó tratamiento mediante la técnica MORE y la otra mitad se le aportó psicoterapia grupal de apoyo. Tras nueve meses el 45% de los usuarios que recibieron la técnica MORE dejaron el comportamiento abusivo de los opioides, en cambio

en el grupo con psicoterapia grupal de apoyo el porcentaje de abandono de este comportamiento fue del 24,4%. Además, el grupo con mayor éxito declaró que había reducido el dolor, habían tenido menos deseo de los fármacos, habían reducido las dosis y habrían sufrido menos ansiedad. Esto demostró que esta terapia es efectiva para eliminar el uso indebido de opioides<sup>70</sup>.

### **2.7.3.2. Actuación tras iniciar el tratamiento con analgésicos opioides.**

El dolor está aumentando en la sociedad por lo que a su vez el hecho de tratarlo es cada vez más necesario. El uso de analgésicos opioides para tratar el dolor crónico no relacionado con el cáncer es cada vez más frecuente al igual que las guías e informes publicados por diversas administraciones para que se haga de manera segura y reducir al máximo los posibles riesgos que esta terapia en sí incluye<sup>71</sup>.

Numerosas guías, documentos e informes recalcan no solo la necesidad de seguir unas pautas a la hora de prescribir algún tipo de analgésico opioides sino el seguimiento de estos pacientes desde el inicio de la terapia, ya que se ha demostrado que unos de los factores contribuyentes al riesgo de adicción es el escaso seguimiento de este grupo de pacientes sobre todo aquellos que toman estos fármacos a largo plazo (más de seis meses). Además, indican que las consultas de revisión no deben superar los tres meses y hay que insistir en aquellas personas que durante su evaluación en el momento de la prescripción de opioides dieron un resultado de riesgo moderado o alto riesgo en algunos de los cuestionarios que según las recomendaciones generales se deben pasar<sup>61-63-72-73-74</sup>.

Aparte de que hay herramientas que ayudan a cuantificar el riesgo de adicción, también hay que hacer una evaluación del aspecto físico y psicológico. Por otra parte, si bien es cierto que, aunque actualmente existen diversas herramientas para evaluar este riesgo, estas no son exactas ya que el paciente puede no ser honesto al ser evaluado, lo que cambiaría la puntuación de cualquier cuestionario o test que se utilice. Las herramientas más recomendadas según Ducharme J y Moore S<sup>75</sup> son:

- Medida actual de uso indebido de opioides (COMM) (Anexo 3): según Butler S.F et al<sup>76</sup> en su estudio para validar el cuestionario, es válido y útil para utilizarlo en las consultas de seguimiento ya que, al contrario de otros, dicha herramienta evalúa factores personales y psicológicas actuales por lo tanto puede aportar información sobre si el paciente está desarrollando un comportamiento aberrante relacionado con los opioides en ese momento.
- Herramienta de riesgo de opioides (ORT por sus siglas en inglés) (Anexo 4): Webster L.R y Webster R.M<sup>77</sup> en su estudio para la validación de este instrumento

determinaron que este posee un alta especificidad y sensibilidad ya que en su análisis el 94,4% de las personas que habían puntuado un riesgo bajo no había desarrollado ningún comportamiento aberrante mientras que 90,9% de las personas que sí dieron un riesgo alto sí lo habían desarrollado.

- Cuestionario de medicación del paciente (PMQ) (Anexo 5): los autores Adams L.L.<sup>78</sup> et al desarrollando este cuestionario con el fin de detectar personas con riesgo de presentar un uso indebido de opioides. Posteriormente Holmes C.P.<sup>79</sup> et al confirmaron aún más su validación y encontraron que las variables de estado civil y pago por discapacidad son relevantes a la hora de cuantificar el riesgo y demostraron que este instrumento es útil para una valoración inicial del paciente que comenzará con un tratamiento de analgésicos opioides.
- Revisión de evaluación de opioides y cribado para pacientes con dolor (SOAPP-R) (Anexo 6): Butler SF et al<sup>80</sup> validaron esta versión revisada demostrando que es más transparente que la versión original por lo que evita más engaños de las personas y es útil para utilizarlo antes de comenzar el tratamiento con opioides a largo plazo ayudando al profesional sanitario a establecer la frecuencia de las revisiones clínicas ya que es efectivo para cuantificar el riesgo de desarrollar un uso indebido de opioides.

### **3. Justificación.**

La epidemia de opioides está considerada una emergencia nacional en Estados Unidos y aunque tanto en Europa como en España las personas con adicción a opioides o muertes relacionadas con sobredosis de estos medicamentos no llega a los límites de EE. UU. es necesario evitar en medida de lo posible que llegemos a cifras alarmantes reduciendo, mediante nuestros recursos, los posibles riesgos que este tipo de tratamiento conlleva en sí.

Los profesionales sanitarios son responsables de reducir riesgos relacionados con la salud ya que, aunque los propios medicamentos posean características intrínsecas peligrosas, es necesario su utilización en muchas situaciones. Según datos publicados por la Agencia Española de Medicamentos y productos Sanitarios<sup>81</sup>, en los últimos años el consumo de opioides recetados en la población española ha ido en aumento pasando de 9,935 dosis diarias por cada mil habitantes al día en el 2010 a 20,885 en el 2021. Esto demuestra el incremento del número de prescripciones de estos fármacos en España, por ello, es necesario asegurar que los profesionales sanitarios poseen las competencias necesarias para un adecuado manejo de estos fármacos atajando un posible problema a tiempo. Evitando así que la epidemia de opioides también se convierta en una emergencia nacional en España.

## **4. Objetivos.**

### **4.1. Objetivo general:**

- Conocer las competencias que poseen los profesionales de enfermería y medicina de Atención Primaria y otras áreas familiarizadas con el uso de los analgésicos opioides sobre estos fármacos en el Área de Salud de La Palma.

### **4.2. Objetivos específicos:**

- Valorar si los profesionales palmeros que manejan fármacos para el DCNO están familiarizados con la epidemia de opioides de EEUU.
- Explorar si los profesionales de Atención Primaria y otros servicios que manejan fármacos opioides con regularidad tienen en cuenta las terapias no farmacológicas para el dolor y las utilizan.
- Averiguar si se usan herramientas para detección de riesgos y seguimiento de los opioides en el Área de Salud de La Palma.
- Evaluar si existen diferencias de conocimientos entre los profesionales de medicina y los de enfermería en el manejo del DCNO.
- Investigar si el tiempo de años trabajados influye en el nivel de conocimientos sobre los analgésicos opioides.
- Asegurar que los profesionales sanitarios tengan una idea de las últimas recomendaciones sobre prescripción de opioides.
- Crear un documento informativo resumido sobre los opioides.

## **5. Metodología.**

### **5.1. Diseño.**

Se trata de un estudio cuantitativo, descriptivo y transversal. Se llevará a cabo en todos los Centros de Atención Primaria del Área de Salud de La Palma (ASLP) y algunos de los Servicios del Hospital Universitario de La Palma.

### **5.2. Población y muestra.**

La población de estudio serán los profesionales sanitarios tanto de medicina como de enfermería que tengan pacientes en tratamiento con opioides de más de tres meses, siendo estos los médicos y enfermeros de Atención Primaria del ASLP, anestesiólogos y enfermeros de la consulta de Dolor, reumatólogos, traumatólogos y enfermeras de la consulta de traumatología y neurólogos del Hospital Universitario de La Palma (HULP)

### 5.2.1. Criterios de inclusión:

- Profesionales de medicina y de enfermería de Atención Primaria que traten pacientes con tratamiento opioide de más de tres meses para dolor crónico no oncológico.
- Profesionales de medicina y de enfermería de Servicios de Atención Especializada que traten pacientes con tratamiento opioide de más de tres meses para dolor crónico no oncológico.

### 5.2.2. Criterios de exclusión:

- Profesionales sanitarios que trabajen en Cuidados Paliativos.
- Profesionales sanitarios del Servicio de Urgencias Hospitalaria.
- Profesionales sanitarios que trabajan en el Servicio de Oncología.
- Profesionales de Atención Primaria que trabajan en Servicios de Urgencias Extrahospitalarias.
- Profesionales de Atención Primaria que trabajan en Pediatría.

Se ha contactado el día 18 de mayo de 2022 con el Servicio de Recursos Humanos (RRHH) del ASLP para obtener los datos muestrales a utilizar en este proyecto. Los cuales son provenientes del ASLP y del HULP:

- Anestesiólogos de la consulta de Dolor: 2
- Enfermeras de la consulta de Dolor:1
- Reumatólogos: 2
- Traumatólogos: 6
- Enfermeras de la consulta de traumatología: 1
- Neurólogos: 1
- Médicos de Atención Primaria: 54
- Enfermeras de Atención Primaria: 54

Para realizar la muestra del estudio se utilizará el número total de médicos y enfermeras mencionados anteriormente, es decir, un total de 121 profesionales sanitarios. Para calcular la muestra se utilizará la fórmula de población finita:

$$n = \frac{N \times Z_{\alpha}^2 \times p \times q}{d^2(N - 1) + Z_{\alpha}^2 \times p \times q}$$

La n significa la población total que será 121 personas, la  $Z_{\alpha}^2$  tendrá un resultado de 1,96<sup>2</sup> ya que la seguridad es del 95%, la p sería la proporción esperada que en este caso se utilizará un 5% es decir 0,05, la q significa (1-p) así que tendría un resultado de 0,95 y la d es

la precisión que es este caso deseamos una precisión del 3% por lo tanto 0,03 quedando como resultado final de 109 personas.

$$n = \frac{121 \times 1,96^2 \times 0,05 \times 0,95}{0,03^2(121 - 1) + 1,96^2 \times 0,05 \times 0,95} = 109$$

### **5.3. Variables e instrumentos de recogida de datos.**

#### 5.3.1. Variables del estudio:

- Variables laborales:
  - Profesión. Cualitativa dicotómica. Valores: médico o enfermera.
  - Tiempo de años trabajado. Cuantitativa ordinal
- Variables relacionadas con los opioides:
  - Utilización de opioides en DCNO. Cualitativa ordinal.
  - Conocimiento del riesgo de adicción en opioides y su manejo. Cualitativa ordinal.
  - Utilización del uso conjunto de benzodiazepinas y opioides. Cualitativa ordinal.
  - Conocimiento de los efectos adversos de los analgésicos opioides. Cualitativa ordinal.
  - Uso de herramientas para medir el riesgo. Cualitativa ordinal.
  - Conocimiento de la importancia del seguimiento. Cualitativa ordinal.
  - Conocimiento de las recomendaciones de prescripción. Cualitativa ordinal.
  - Utilización de la Unidad del Dolor. Cualitativa ordinal.
  - Empleo y conocimiento de terapias no farmacológicas para tratar el dolor. Cualitativa ordinal.
  - Conocimiento de la actual escalera de la OMS. Cualitativa ordinal.
  - Consideración de aumentar el conocimiento en los profesionales sanitarios. Cualitativa ordinal.

#### 5.3.2. Instrumentos de recogida de datos.

Con el fin de cumplir el objetivo principal de este proyecto se ha creado un cuestionario ad hoc (ver Anexo 7) de escala tipo Likert de elaboración propia basado en La Guía de Consenso para el Buen Uso de Analgésicos opioides<sup>63</sup> y en las Recomendaciones Europeas de Práctica Clínica de la Federación Europea del Dolor<sup>62</sup>. Se realizan tres preguntas principales y el cuestionario cuenta con 20 afirmaciones cuyas respuestas varían desde 0 a 4 donde 0 es “totalmente en desacuerdo” y 4 es “totalmente de acuerdo”.

Además, basado en los dos documentos anteriores mencionados<sup>62-63</sup> y en la guía publicada por los CDC<sup>61</sup> se ha elaborado una infografía (ver Anexo 8), mediante la aplicación Canva<sup>82</sup>, la cual cuenta con información general sobre la actual situación de opioides, las recomendaciones generales de prescripción y algunas herramientas para reducir riesgos. De esta manera se intenta aumentar los conocimientos de los profesionales sanitarios participantes de este estudio.

#### **5.4. Recogida y análisis de los datos.**

Primeramente, durante octubre de 2022 se solicitará a la gerencia del Área de Salud de La Palma la autorización para poder llevar a cabo este proyecto en el ámbito de Atención Primaria y en algunos servicios del HULP (Anexo 9).

Durante los meses de noviembre y diciembre de 2022 se visitará los distintos centros de Atención Primaria del ASLP y los distintos servicios del HULP anteriormente nombrados para la entrega de información y del cuestionario anteriormente mencionado. Se explicará que el documento informativo se debe leer una vez realizado dicho cuestionario y que cuando este se complete se debe entregar al supervisor o supervisora de su centro o servicio para posteriormente proceder a la recogida de los datos.

Se procederá a la recogida y análisis de los datos durante los meses de enero, febrero y marzo de 2022. Seguidamente para el análisis estadístico de los datos se utilizará el software SPSS en su última versión 27.0 del 9 de abril de 2019, expresando las variables cualitativas ordinales y la variable cuantitativa mediante porcentajes. En cuanto al análisis bivalente de análisis de datos se utilizará la prueba de chi cuadrado con una significación estadística de p menor de 0,05.

#### **5.5. Consideraciones éticas y legales.**

Se asegura que los datos recogidos en dicho cuestionario son totalmente anónimos y sus resultados se utilizarán únicamente con fines educativos y de investigación, de esta manera se mantiene la confidencialidad de las personas respetando la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales<sup>83</sup>. Así se aclara mediante una breve presentación al principio del cuestionario (ver Anexo 7).

### **6. Cronograma.**

A continuación, se mostrará un ejemplo de cronograma para la realización de este proyecto:



**Tabla 4.** Cronograma de la realización del proyecto.

	Año 2022-2023						
	OCT	NOV	DIC	EN	FEBR	MZO	ABR
Solicitud de permisos							
Hablar con los profesionales sanitarios incluidos en este proyecto y entrega de información y cuestionario.							
Recogida de datos.							
Análisis de los datos.							
Redacción y publicación de los resultados.							

Fuente: elaboración propia.

## 7. Recursos y presupuesto.

A continuación, se muestra una tabla que contiene la información sobre los recursos humanos y materiales necesarios para la realización del estudio:

**Tabla 5.** Recursos humanos y materiales del proyecto de investigación.

Recursos humanos.		
Labores	Personal	Cantidad
Solicitud de permisos, entrega y recogida de la información y cuestionarios. Redacción y publicación del documento final.	Investigador principal	1
Análisis de los datos	Persona profesional en estadística	1
Recursos materiales		
Material	Cantidad	Precio
Ordenador	1	850,00€
Impresora	1	150,00€
Licencia del programa informático SPSS	2 meses	343,52€
Cartucho tinta de impresora	5	50,00€
Pack 1000 folios A4	1	5,00€
Desplazamientos	1	400,00€
Salario persona encargada de estadística	20 horas	500,00€
<b>TOTAL</b>		<b>2.298,52€</b>

Fuente: elaboración propia.

## 8. Referencias bibliográficas.

1. Pérez-Cajaraville J, Abejón D, Ortiz JR, Pérez JR. El dolor y su tratamiento a través de la historia. *Rev Soc Esp Dolor* [Internet]. 2005 [citado el 6 de mayo de 2022];12(6):373–84. Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-80462005000600007](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462005000600007)
2. Fernández-To B, Márquez C, De Las Mulas M. Dolor y enfermedad: evolución histórica I. De la Prehistoria a la Ilustración [Internet]. *Sedolor.es*. [citado el 6 de mayo de 2022]. Disponible en: [http://revista.sedolor.es/pdf/1999\\_04\\_05.pdf](http://revista.sedolor.es/pdf/1999_04_05.pdf)
3. Esteva de Sagrera J. El opio. *Offarm* [Internet]. 2005 [citado el 6 de mayo de 2022];24(10):97–110. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulo-el-opio-13081751>
4. Realuyo C.B. La nueva guerra del opio: Una Emergencia Nacional. *PRISM* [Internet]. [citado 6 de mayo de 2022]; 8 (1): 131-142. Disponible en: [https://www.williamiperrycenter.org/sites/default/files/publication\\_associated\\_files/Realuyo%20-%20La%20Nueva%20Guerra%20del%20Opio%20%28extracto%20-%20traduccion%20a%20espanol%29%20-%20PRISM%208-1.pdf](https://www.williamiperrycenter.org/sites/default/files/publication_associated_files/Realuyo%20-%20La%20Nueva%20Guerra%20del%20Opio%20%28extracto%20-%20traduccion%20a%20espanol%29%20-%20PRISM%208-1.pdf)
5. Santos PA. La epidemia de opioides en Estados Unidos. *bie3: Boletín IEEE* [Internet]. 2021 [cited 2022 May 2];(22):405–20. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8153038>
6. Pérez Hernández C. Opioides y adicción en dolor crónico: ¿es un problema?, ¿cómo abordarlo? *Rev Soc Esp Dolor* [Internet]. 2019 [citado el 16 de mayo de 2022];26(2):65–7. Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-80462019000200001](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462019000200001)
7. La IASP actualiza la definición de dolor por primera vez desde 1979 . *Sociedad Española del Dolor*[Internet]. 2020 [citado el 6 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.sedolor.es/la-iasp-actualiza-la-definicion-de-dolor-por-primera-vez-desde-1979/>
8. Raja SN, Carr DB, Cohen M, Finnerup NB, Flor H, Gibson S, et al. La definición revisada de dolor de la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor: conceptos, desafíos y compromisos: Conceptos, desafíos y compromisos. *Dolor* [Internet]. 2020 [citado el 23 de febrero de 2022];161(9):1976–82. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32694387/>
9. Villar J. Cómo investigar en algo tan subjetivo como el dolor. *Rev Soc Esp Dolor* [Internet]. 2006 [citado el 6 de mayo de 2022];13(4):250–3. Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-80462006000400006](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462006000400006)
10. Fisiología y evaluación del dolor en la consulta de enfermería [Internet]. ▷ *RSI - Revista Sanitaria de Investigación*. 2021 [citado el 15 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/fisiologia-y-evaluacion-del-dolor-en-la-consulta-de-enfermeria/>
11. Palma EJR, Soto VG. La percepción del dolor. *milenaria* [Internet]. 2020 [citado el 7 de mayo de 2022];(16):16–8. Disponible en: <http://www.milenaria.umich.mx/ojs/index.php/milenaria/article/view/136>
12. Yam M, Loh Y, Tan C, Khadijah Adam S, Abdul Manan N, Basir R. General pathways of pain sensation and the major neurotransmitters involved in pain regulation. *Int J Mol Sci* [Internet]. 2018 [citado el 7 de mayo de 2022];19(8):2164. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3390/ijms19082164>
13. Zegarra Piérola JW. Bases fisiopatológicas del dolor. *Acta médica peru* [Internet]. 2007 [citado el 7 de mayo de 2022];24(2):35–8. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1728-59172007000200007](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172007000200007)

14. García-Andreu J. Manejo básico del dolor agudo y crónico. Anest Méx [Internet]. 2017 [citado el 7 de mayo de 2022];29:77–85. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2448-87712017000400077](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2448-87712017000400077)
15. del Arco J. Curso básico sobre dolor. Tema 1. Fisiopatología, clasificación y tratamiento farmacológico. Farm prof (Internet) [Internet]. 2015 [citado el 1 de abril de 2022];29(1):36–43. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-farmacia-profesional-3-articulo-curso-basico-sobre-dolor-tema-X0213932415727485>
16. José Cid C, Juan Pablo Acuña B, Javier de Andrés A, Luis Díaz J, Leticia Gómez-Caro A. ¿Qué y cómo evaluar al paciente con dolor crónico? evaluación del paciente con dolor crónico. Rev médica Clín Las Condes [Internet]. 2014 [citado el 24 de febrero de 2022];25(4):687–97. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-que-como-evaluar-al-paciente-S0716864014700902>
17. Watson J.C. Evaluación del dolor [Internet]. Manual MSD versión para profesionales. 2020 [revisado en feb 2020; citado el 7 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es-es/professional/trastornos-neurologicos/dolor/evaluacion-del-dolor>
18. Olivares Rodríguez Ma. E, Cruzado Crespo JA. Evaluación psicológica del dolor. Clin Salud [Internet]. 2008 [citado el 3 de abril de 2022];19(3):321–41. Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1130-52742008000300004](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742008000300004)
19. Pacheco Rodríguez D. Medición del dolor en enfermedades musculoesqueléticas. Medwave [Internet]. 2008 [citado el 7 de mayo de 2022];8(11). Disponible en: <https://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/PuestaDia/Cursos/3658?ver=sindisenov&ver=sindisenov>
20. Malouf J, Baños J-E. La evaluación clínica del dolor. Revista clínica electrónica en atención primaria [Internet]. 2006 [citado el 3 de abril de 2022];(10):0001–8. Disponible en: <https://ddd.uab.cat/record/98788>
21. Vicente Herrero MT, Delgado Bueno S, Bandrés Moyá F, Ramírez Iñiguez de la Torre MV, Capdevila García L. Valoración del dolor. Revisión Comparativa de Escalas y Cuestionarios. Rev Soc Esp Dolor [Internet]. 2018; Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/dolor/v25n4/1134-8046-dolor-25-04-00228.pdf>
22. Serrano ATE Ro MS, Caballero J, Cañas A, García-Saura PL, Serano ALVA Rez C, Prieto J. Valoración del dolor (I) [Internet]. Sedolor.es. [citado el 3 de abril de 2022]. Disponible en: [http://revista.sedolor.es/pdf/2002\\_02\\_05.pdf](http://revista.sedolor.es/pdf/2002_02_05.pdf)
23. Labronici PJ, dos Santos-Viana AM, dos Santos-Filho FC, Santos-Pires RE, Labronici GJ, Penteado-da Silva LH. Evaluación del dolor en el adulto mayor. Acta Ortop Mex [Internet]. 2016 [citado el 3 de abril de 2022];30(2):73–80. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2306-41022016000200073&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2306-41022016000200073&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
24. Karcioğlu O, Topacoglu H, Dikme O, Ozlem D. Asystematic review of the pain scales in adults: Which to use?. Am J Emerg Med [Internet]. 2018 [citado 7 de mayo]; 36(4):707-714. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0735675718300081?via%3Dihub>
25. Ferreira-Valente MA, Pais-Ribeiro JL, Jensen MP. Validity of four pain intensity rating scales. Pain [Internet]. 2011 [citado el 3 de abril de 2022];152(10):2399–404. Disponible en: [https://journals.lww.com/pain/Abstract/2011/10000/Validity\\_of\\_four\\_pain\\_intensity\\_rating\\_scales.31.aspx](https://journals.lww.com/pain/Abstract/2011/10000/Validity_of_four_pain_intensity_rating_scales.31.aspx)
26. Miró J, Huguet A, Nieto R, Paredes S, Baos J. Valoración de la escala de dolor de caras-revisada (faces pain scale-revised) para evaluar la intensidad del dolor pediátrico en niños castellano parlantes. Rev Soc Esp Dolor [Internet]. 2005 [citado el

- 7 de mayo de 2022];12(7):407–16. Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-80462005000700003](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462005000700003)
27. Boyle GJ, Fernández E, Ortet G. El cuestionario de dolor de McGill (McGill Pain QuestionnaireMPQ): Consideraciones lingüísticas y estadísticas. *Rev Psicol* [Internet]. 2003 [citado el 12 de abril de 2022]; 12(1): 111-119.
  28. González-Escalada JR, Camba A, Muriel C, Rodríguez M, Contreras D, Barutell C de. Validación del índice de Lattinen para la evaluación del paciente con dolor crónico. *Rev Soc Esp Dolor* [Internet]. 2012 [citado el 12 de abril de 2022];19(4):181–8. Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-80462012000400004](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462012000400004)
  29. Chopitea A, Noguera A, Centeno C. Algunos instrumentos de evaluación utilizados en Cuidados Paliativos (II): el Cuestionario Breve de Dolor (Brief Pain Inventory, BPI). *Med Paliativa* [Internet]. 2006 [citado el 12 de abril de 2022];13(1):37–42. Disponible en: <https://medes.com/publication/32841>
  30. Blanco E, Galvez R, Zamorano E, López V, Pérez M. Prevalencia del dolor neuropático (DN), según DN4, en atención primaria. *Semergen* [Internet]. 2012 [citado el 12 de abril de 2022];38(4):203–10. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-articulo-prevalencia-del-dolor-neuropatico-dn--S1138359311004084>
  31. López-de-Uralde-Villanueva I, Gil-Martínez A, Candelas-Fernández P, de Andrés-Ares J, Beltrán-Alacreu H, La Touche R. Validación y fiabilidad de la versión española de la escala autoadministrada de Evaluación de Signos y Síntomas Neuropáticos de Leeds (S-LANSS). *Neurol (Engl Ed)* [Internet]. 2018 [citado el 12 de abril de 2022];33(8):505–14. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-neurologia-295-articulo-validacion-fiabilidad-version-espanola-escala-S0213485316302249>
  32. Eckeli FD, Teixeira RA, Gouvêa AL. Neuropathic pain evaluation tools. *Rev Dor* [Internet]. 2016 [citado el 12 de abril de 2022];17:20–2. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/rdor/a/hCDDDBkqkH7fGcHqqKcdYcBw/?lang=en>
  33. Anekar AA, Cascella M. WHO Analgesic Ladder. En: *StatPearls* [Internet]. StatPearls Publishing; 2021.
  34. Romero J, Gálvez R, Ruiz S. ¿Se sostiene la Escalera Analgésica de la OMS? *Rev Soc Esp Dolor* [Internet]. 2008 [citado el 17 de abril de 2022];15(1):1–4. Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-80462008000100001](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462008000100001)
  35. Puebla Díaz F. Tipos de dolor y escala terapéutica de la O.M.S.: Dolor iatrogénico. *Oncol (Barc)* [Internet]. 2005 [citado el 23 de febrero de 2022];28(3):33–7. Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0378-48352005000300006](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0378-48352005000300006)
  36. Ventafridda V, Tamburini M, Caraceni A, De Conno F, Naldi F. A validation study of the WHO method for cancer pain relief. *Cancer* [Internet]. 1987;59(4):850–6. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1002/1097-0142\(19870215\)59:4](http://dx.doi.org/10.1002/1097-0142(19870215)59:4)
  37. del Carmen Vera García M. La decadencia de la escalera analgésica frente a la efectividad del ascensor analgésico. *Revista Enfermería CyL* [Internet]. 2014 [citado el 17 de abril de 2022];6(1):23–30. Disponible en: <http://www.revistaenfermeriacyl.com/index.php/revistaenfermeriacyl/article/view/116/98>
  38. Mallick-Searle T. Analgésicos no opioides utilizados con más frecuencia en adultos. *Nursing* [Internet]. 2019 [citado el 19 de abril de 2022];36(1):54–6. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-nursing-20-articulo-analgésicos-no-opioides-utilizados-con-S0212538219300159>
  39. Torre-Mollinedo F, Azkue JJ, Callejo-Orcasitas A, Gomez-Vega C, La-Torre S, Arizaga-Maguregui A, et al. Analgesicos coadyuvantes en el tratamiento del dolor. *Gac*

- médica Bilbao [Internet]. 2007 [citado el 19 de abril de 2022];104(4):156–64. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-gaceta-medica-bilbao-316-articulo-analgescos-coadyuvantes-el-tratamiento-del-S0304485807745961>
40. Fuentes Dávila N.O. Analgésicos coadyuvantes para el tratamiento del dolor crónico. Rev Col Med Fis Rehab [Internet]. 2010 [citado 6 de mayo de 2022]; 20 (1): 33-44.
  41. Y Álvarez, M Farré. Farmacología de los opioides. Adicciones [Internet]. 2005 [citado el 19 de abril de 2022];17(2):21-40. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=289122022016>
  42. Cardoso-Ortiz J, López-Luna MA, Lor KB, Cuevas-Flores MR, Flores de la Torre JA, Covarrubias SA. Farmacología y Epidemiología de Opioides. Rev bio cienc [Internet]. 2020 [citado el 22 de febrero de 2022];7. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S2007-33802020000100104&script=sci\\_arttext&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S2007-33802020000100104&script=sci_arttext&tlng=es)
  43. Calvo Falcón R, Torres Morera LM. Tratamiento con opioides en dolor crónico no oncológico: Recomendaciones para una prescripción segura. Rev Soc Esp Dolor [Internet]. 2017 [citado 5 de mayo de 2022];24(6):313-23. Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-80462017000600313](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462017000600313)
  44. Acuña JP. RIESGO DE ADICCIÓN A ANALGÉSICOS OPIOIDES EN EL TRATAMIENTO DE DOLOR CRÓNICO NO ONCOLÓGICO. Rev médica Clín Las Condes [Internet]. 2019 [citado 5 de mayo de 2022];30(6):466-79. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-riesgo-de-adiccion-a-analgescos-S0716864019300896>
  45. Sánchez Jiménez DJ, Varillas AT, Carrascal R, Proyecto GC, Médico S, González M, et al. LA ATENCIÓN AL PACIENTE CON DOLOR CRÓNICO NO ONCOLÓGICO (DCNO) EN ATENCIÓN PRIMARIA (AP) DOCUMENTO DE CONSENSO AUTORES Coordinadores del Consenso [Internet]. Semfyc.es. [citado el 23 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.semfyc.es/wp-content/uploads/2016/06/DOCUMENTO-CONSENSO-DOLOR-17-04-A.pdf>
  46. López M, Penide L, Portalo I, Rodríguez J, Sánchez N, Arroyo V. Dolor crónico no oncológico. BolFarmacoterCastilla-La Mancha [Internet]. 2014 [citado el 23 de febrero de 2022]; 15 (1): 1-8. Disponible en: [https://sanidad.castillalamancha.es/sites/sescam.castillalamancha.es/files/documentos/farmacia/dolor\\_cronico\\_0.pdf](https://sanidad.castillalamancha.es/sites/sescam.castillalamancha.es/files/documentos/farmacia/dolor_cronico_0.pdf)
  47. James C. Watson. Dolor crónico [Internet]. Manual MSD versión para profesionales. 2020 [citado el 8 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es-es/professional/trastornos-neurol%C3%B3gicos/dolor/dolor-cr%C3%B3nico>
  48. Berrocoso Martínez A, Arriba Muñoz L de, Arcega Baraza A. Abordaje del dolor crónico no oncológico. Rev clín med fam [Internet]. 2018 [citado el 1 de mayo de 2022];11(3):154–9. Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1699-695X2018000300154](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2018000300154)
  49. Breivik H, Collett B, Ventafridda V, Cohen R, Gallacher D. Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. Eur J Pain [Internet]. 2006;10(4):287–333. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1090380105000868>
  50. Torralba A, Miquel A, Darba J. Situación actual del dolor crónico en España: iniciativa “Pain Proposal”. Rev Soc Esp Dolor [Internet]. 2014 [citado el 5 de marzo de 2022];21(1):16–22. Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1134-80462014000100003&script=sci\\_arttext&tlng=pt](https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1134-80462014000100003&script=sci_arttext&tlng=pt)
  51. Dewar AL, Gregg K, White MI, Lander J. Navigating the health care system: perceptions of patients with chronic pain. Chronic Dis Can [Internet]. 2009 [citado el 8



- de mayo de 2022];29(4):162–8. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19804680/>
52. Castro A, Gili M, Aguilar JL, Pélaez R, Roca M. Sueño y depresión en una muestra de pacientes con dolor crónico. *Rev Soc Esp Dolor* [Internet]. 2014 [citado el 8 de mayo de 2022];21(6):299–306. Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-80462014000600002&lng=en&nrm=iso&tlng=en](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462014000600002&lng=en&nrm=iso&tlng=en)
  53. Campbell G, Darke S, Bruno R, Degenhardt L. The prevalence and correlates of chronic pain and suicidality in a nationally representative sample. *Aust N Z J Psychiatry* [Internet]. 2015;49(9):803–11. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1177/0004867415569795>
  54. Cáceres-Matos R, Gil-García E, Barrientos-Trigo S, Porcel-Gálvez AM, Cabrera-León A. Consecuencias del dolor crónico no oncológico en la edad adulta. Revisión de alcance. *Rev Saude Publica* [Internet]. 2020 [citado el 1 de mayo de 2022];54:39. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/qPyvWgN4SPwmxvGZYQ3wStD/abstract/?lang=es>
  55. Turk DC, Wilson HD, Cahana A. Tratamiento del dolor crónico no oncológico. *Lanceta* [Internet]. 2011;377(9784):2226–35. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673611604029>
  56. García Espinosa MV, Prieto Checa I. Dolor crónico no oncológico: dónde estamos y dónde queremos ir. *Aten Primaria* [Internet]. 2018 [citado el 5 de marzo de 2022];50(9):517–8. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/labs/pmc/articles/PMC6836901/>
  57. Regueras Escudero E, López Guzmán J. Análisis histórico de la epidemia de opioides en Estados Unidos (Parte I). *Revista de la Sociedad Española Multidisciplinar del Dolor* [Internet]. 2021 [citado 3 de mayo de 2022]; 51-60. Disponible en: <https://www.mpainjournal.com/analisis-historico-de-la-epidemia-de-opioides-en-estados-unidos-parte-i80>
  58. Porter J, Jick H. Addiction rare in patients treated with narcotics. *N Engl J Med* [Internet]. 1980 [citado 3 de mayo de 2022];302(2):123. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1056/nejm198001103020221>
  59. Regueras Escudero E, López Guzmán J. Análisis histórico de la epidemia de opioides de Estados Unidos (Parte II). *Revista de la Sociedad Española Multidisciplinar del Dolor* [Internet]. 2021 [citado 3 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.mpainjournal.com/analisis-historico-de-la-epidemia-de-opioides-de-estados-unidos-parte-ii98>
  60. Regueras Escudero E, López Guzmán J. Análisis histórico de la epidemia de opioides en Estados Unidos (Parte III). *Revista de la Sociedad Española Multidisciplinar del Dolor* [Internet]. 2022 [citado 3 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.mpainjournal.com/analisis-historico-de-la-epidemia-de-opioides-en-estados-unidos-parte-iii108>
  61. Dowell D, Haegerich TM, Chou R. CDC guideline for prescribing opioids for chronic pain — United States, 2016. *MMWR Recomm Rep* [Internet]. 2016 [citado el 26 de abril de 2022];65(1):1–49. Disponible en: <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/65/rr/rr6501e1.htm>
  62. Häuser W, Morlion B, Vowles KE, Bannister K, Buchser E, Casale R, et al. European\* clinical practice recommendations on opioids for chronic noncancer pain - Part 1: Role of opioids in the management of chronic noncancer pain. *Eur J Pain* [Internet]. 2021;25(5):949–68. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1002/ejp.1736>
  63. Guía de consenso para el buen uso de analgésicos opioides . Autor: Guardia, J. (coord.), et al., Guía de consenso para el buen uso de analgésicos opioides. Gestión

- de riesgos y beneficios. Valencia, Socidrogalcohol, 2017, 180 p [Internet]. Codajic.org. [citado el 26 de abril de 2022]. Disponible en: <http://www.codajic.org/node/3417>
64. Alho H, Dematteis M, Lembo D, Maremmani I, Roncero C, Somaini L. Opioid-related deaths in Europe: Strategies for a comprehensive approach to address a major public health concern. *Int J Drug Policy* [Internet]. 2020;76(102616):102616. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0955395919303305>
  65. Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías. Informe Europeo sobre Drogas 2021: Tendencias y novedades [Internet]. Oficina de Publicaciones de la Unión Europea, Luxemburgo. 2021. Disponible en: [https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/13838/2021.2256\\_ES0906.pdf](https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/13838/2021.2256_ES0906.pdf)
  66. García L. España, ¿hacia una crisis de opiodes como la de EE.UU.? [Internet]. ConSalud.es. 2022 [citado 5 de mayo de 2022]. Disponible en: [https://www.consalud.es/pacientes/espana-hacia-crisis-opiodes-eeuu\\_113084\\_102.html](https://www.consalud.es/pacientes/espana-hacia-crisis-opiodes-eeuu_113084_102.html)
  67. Brenes SS, Esquivel LS. Dependencia a opiodes y su tratamiento. *Rev Clin Esc Med* [Internet]. 2016 [citado 5 de mayo de 2022];6(1):87-92. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumenI.cgi?IDARTICULO=63848>
  68. Fuentes Soliz JA, Vargas Fuentes OM, Fuentes Rocha Y, Morales Almanza MA. Efectividad del cambio de tratamiento desde Metadona a Buprenorfina/Naloxona en dependientes a opiáceos, Bilbao - España. *Gac médica boliv* [Internet]. 2017 [citado 5 de mayo de 2022];40(1):35-40. Disponible en: [http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S1012-29662017000100008&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S1012-29662017000100008&script=sci_arttext)
  69. Tratamiento para el uso indebido y la adición de opiodes. MedlinePlus en español [Internet]. Bethesda (MD): Biblioteca Nacional de Medicina (EE. UU.) 2021 [citado 5 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/opioidmisuseandaddictiontreatment.html>
  70. Garland EL, Hanley AW, Nakamura Y, Barrett JW, Baker AK, Reese SE, et al. Mindfulness-Oriented Recovery Enhancement vs supportive group therapy for co-occurring opioid misuse and chronic pain in primary care: A randomized clinical trial. *JAMA Intern Med* [Internet]. 2022 [citado 5 de mayo de 2022];182(4):407-17. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1001/jamainternmed.2022.0033>
  71. Català E, Ferrándiz M, Lorente L, Landaluce Z, Genové M. Uso de opiodes en el tratamiento del dolor crónico no oncológico. Recomendaciones basadas en las guías de práctica clínica. *Rev Esp Anestesiol Reanim* [Internet]. 2011;58(5):283-9. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0034935611700639>
  72. Calvo Falcón R, Torres Morera LM. Tratamiento con opiodes en dolor crónico no oncológico: Recomendaciones para una prescripción segura. *Rev Soc Esp Dolor* [Internet]. 2017 [citado 5 de mayo de 2022];24(6):313-23. Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-80462017000600313](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462017000600313)
  73. Manchikanti L, Kaye AM, Knezevic NN, McAnally H, Slavin K, Trescot AM, et al. Responsible, safe, and effective prescription of opiodes for chronic non-cancer pain: American society of interventional pain physicians (ASIPP) guidelines. *Pain Physician* [Internet]. 2017 [citado el 8 de mayo de 2022];20(2S):S3-92. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28226332/>
  74. Henche Ruiz A.I, Paredero Domínguez J.D. Claves para un uso adecuado de opiodes en dolor crónico no oncológico. *Bitn* [Internet]; 2019 [citado 8 de mayo de 2022]: 27(4). Disponible en: [https://www.navarra.es/NR/rdonlyres/173A1ED3-F9DA-48A5-8109-425FA48BCFE3/461764/Bit\\_v27n5.pdf](https://www.navarra.es/NR/rdonlyres/173A1ED3-F9DA-48A5-8109-425FA48BCFE3/461764/Bit_v27n5.pdf)

75. Ducharme J, Moore S. Herramientas de evaluación del trastorno por uso de opioides y detección de drogas. *Mo Med* [Internet]; 2019 [citado 8 de mayo de 2022]; 116(4):318–24. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6699803/>
76. Butler SF, Budman SH, Fernandez KC, Houle B, Benoit C, Katz N, et al. Desarrollo y validación de la Medida Actual de Abuso de Opioides. *Dolor* [Internet]. 2007 [citado el 8 de mayo de 2022];130(1–2):144–56. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pain.2007.01.014>
77. Webster LR, Webster RM. Predicción de comportamientos aberrantes en pacientes tratados con opioides: validación preliminar de la herramienta de riesgo de opioides. *Dolor Med* [Internet]. 2005 [citado el 8 de mayo de 2022];6(6):432–42. Disponible en: <https://academic.oup.com/painmedicine/article/6/6/432/1853982?login=false>
78. Adams LL, Gatchel RJ, Robinson RC, Polatin P, Gajraj N, Deschner M, et al. Desarrollo de un instrumento de detección de autoinforme para evaluar el posible uso indebido de medicamentos opioides en pacientes con dolor crónico. *J Pain Symptom Manage* [Internet]. 2004 [citado el 8 de mayo de 2022];27(5):440–59. Disponible en: [https://www.jpmsjournal.com/article/S0885-3924\(04\)00101-0/fulltext](https://www.jpmsjournal.com/article/S0885-3924(04)00101-0/fulltext)
79. Holmes CP, Gatchel RJ, Adams LL, Stowell AW, Hatten A, Noe C, et al. An opioid screening instrument: long-term evaluation of the utility of the Pain Medication Questionnaire: Risk of opioid misuse and treatment outcomes. *Pain Pract* [Internet]. 2006;6(2):74–88. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1533-2500.2006.00067.x>
80. Butler SF, Fernandez K, Benoit C, Budman SH, Jamison RN. Validation of the revised screener and Opioid Assessment for patients with pain (SOAPP-R). *J Pain* [Internet]. 2008 [citado el 8 de mayo de 2022];9(4):360–72. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpain.2007.11.014>
81. Utilización de medicamentos opioides en España [Internet]. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. 2019 [citado el 17 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.aemps.gob.es/medicamentos-de-uso-humano/observatorio-de-uso-de-medicamentos/utilizacion-de-medicamentos-opioides-en-espana/>
82. Canva.com. [citado el 22 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.canva.com/>
83. BOE.es - BOE-A-2018-16673 Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales [Internet]. Boe.es. [citado el 19 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2018-16673>

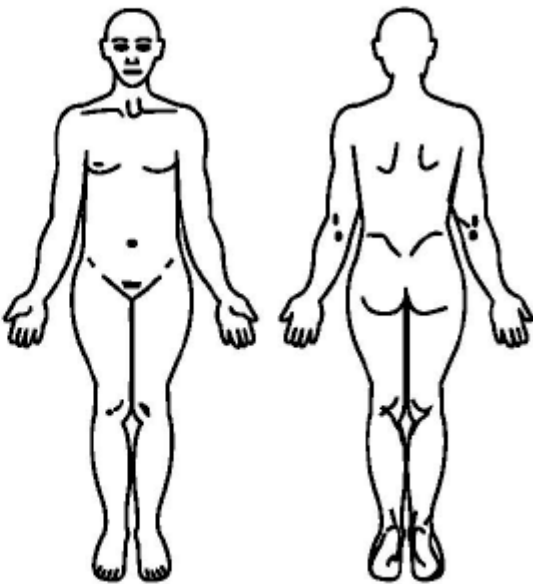


## 9. Anexos.

**Anexo 1.** Cuestionario de dolor de McGill. Fuente: Herramientas de Evaluación del Dolor – Fedelat – Federación Latinoamericana de Asociaciones para el Estudio del Dolor [Internet]. Fedelat.com. [citado el 7 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://fedelat.com/herramientas-de-evaluacion-del-dolor-2-2/>

Nombre del paciente _____		Fecha _____		Hora _____ AM/PM	
PRI: S _____		A _____		E _____	
(1-10)		(11-15)		(16)	
				M _____	
				(17-20)	
				PRI(T) _____	
				(1-20)	
				PPI _____	

1 TITILANTE _____ TREPIDANTE _____ PULSÁTIL _____ SORDO _____ BATIENTE _____ TRITURANTE _____	11 AGOTADOR _____ EXTENUANTE _____	BREVE _____ MOMENTÁNEO _____ TRANSITORIO _____	RÍTMICO _____ PERIÓDICO _____ INTERMITENTE _____	CONTINUO _____ SOSTENIDO _____ CONSTANTE _____
2 SALTÓN _____ CENTELLEANTE _____ FULGURANTE _____	12 ENFERMANTE _____ SOFOCANTE _____	 <p style="text-align: center;">E = EXTERNO I = INTERNO</p>		
3 PRURÍTICO _____ TEREBRANTE _____ TALADRANTE _____ PUNZANTE _____ LANCIANTE _____	13 AMENAZADOR _____ ALARMANTE _____ ATERRADOR _____			
4 AGUDO _____ CORTANTE _____ LACERANTE _____	14 PUNITIVO _____ FATIGANTE _____ CRUEL _____ MALIGNO _____ ASESINO _____			
5 PELLIZCANTE _____ OPRESIVO _____ MORDICANTE _____ RETORTIJÓN _____ TRITURANTE _____	15 FUNESTO _____ CEGANTE _____			
6 DE TRACCIÓN _____ TIRANTE _____ DE TORCEDURA _____	16 FASTIDIOSO _____ PENOSO _____ ATROZ _____ INTENSO _____ INSOPORTABLE _____			
7 CALIENTE _____ QUEMANTE _____ HIRVIENTE _____ ARDIENTE _____	17 QUE SE EXTIENDE _____ REFERIDO _____ PENETRANTE _____ PERFORANTE _____			
8 HORMIGUEANTE _____ PICANTE _____ PENETRANTE _____ PINCHAZO O PIC _____	18 APRETADO _____ ADORMECIENTE _____ DE ESTIRAMIENTO _____ COMO QUE EXP _____ DESGARRADOR _____			
9 SORDO _____ INFLAMATORIO _____ MOLESTO _____ REDOLOR _____ AGOBIANTE _____	19 FRÍO _____ HELANTE _____ CONGELANTE _____			
10 EXQUISITO _____ TIRANTE _____ IRRITANTE _____ HENDIENTE O _____ TAJANTE _____	20 MOLESTO _____ NAUSEOSO _____ AGÓNICO _____ ATEMORIZANTE _____ TORTURANTE _____			

PPI 0 NO HAY DOLOR _____ 1 LEVE _____ 2 MOLESTO _____ 3 PERTURBADOR _____ 4 HORRIBLE _____ 5 AGÓNICO _____
--

**COMENTARIOS:**

**Anexo 2.** El índice de Lattinen (IL). Fuente: Herramientas de Evaluación del Dolor – Fedelat – Federación Latinoamericana de Asociaciones para el Estudio del Dolor [Internet]. Fedelat.com. [citado el 7 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://fedelat.com/herramientas-de-evaluacion-del-dolor-2-2/>

FECHA     /     /		
Intensidad del dolor	Nulo	0
	Ligero	1
	Molesto	2
	Intenso	3
	Insoportable	4
Frecuencia del dolor	No	0
	Raramente	1
	Frecuente	2
	Muy frecuente	3
	Continuo	4
Consumo de analgésicos	No toma analgésicos	0
	Ocasionalmente	1
	Regular y pocos	2
	Regular y muchos	3
	Muchísimos	4
Incapacidad	No	0
	Ligera	1
	Moderada	2
	Ayuda necesaria	3
	Total	4
Horas de sueño	Como siempre	0
	Algo peor de lo habitual	1
	Se despierta frecuentemente	2
	Menos de 4 horas	3
	Precisa hipnóticos	+1
<b>TOTAL:</b>		

**Anexo 3.** Medida actual de uso indebido de opioides (COMM). Fuente: Butler SF, Budman SH, Fanciullo GJ, Jamison RN. Cross validation of the current opioid misuse measure to monitor chronic pain patients on opioid therapy. Clin J Pain [Internet]. 2010 [citado el 8 de mayo de 2022];26(9):770–6. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1097/AJP.0b013e3181f195ba>

En los últimos 30 días. . .	0: nunca	1: rara vez	2: a veces	3: a menudo	4: muy a menudo
1. ¿Con qué frecuencia ha tenido problemas para pensar con claridad o ha tenido problemas de memoria?					
2. ¿Con qué frecuencia la gente se queja de que no está completando las tareas necesarias? (es decir, hacer cosas que deben hacerse, como ir a clase, al trabajo o a citas)					
3. ¿Con qué frecuencia ha tenido que acudir a alguien que no sea el médico que se lo recetó para obtener suficiente alivio del dolor con sus medicamentos? (es decir, otro médico, la sala de emergencias)					
4. ¿Con qué frecuencia ha tomado sus medicamentos de manera diferente a como se los recetaron?					
5. ¿Con qué frecuencia ha pensado seriamente en hacerse daño?					
6. ¿Cuánto de su tiempo dedicó a pensar en los medicamentos opioides (tener suficiente, tomarlos, programa de dosificación, etc.)?					
7. ¿Con qué frecuencia ha estado en una discusión?					
8. ¿Con qué frecuencia ha tenido problemas para controlar su ira (p. ej., ira al volante, gritos, etc.)?					
9. ¿Con qué frecuencia ha necesitado tomar analgésicos pertenecientes a otra persona?					
10. ¿Con qué frecuencia se ha preocupado por cómo está manejando sus medicamentos?					
11. ¿Con qué frecuencia otras personas se han preocupado por cómo está manejando sus medicamentos?					
12. ¿Con qué frecuencia ha tenido que hacer una llamada de emergencia o presentarse en la clínica sin una cita?					
13. ¿Con qué frecuencia te has enfadado con la gente?					
14. ¿Con qué frecuencia ha tenido que tomar más medicación de la prescrita?					
15. ¿Con qué frecuencia ha pedido prestados analgésicos a otra persona?					
16. ¿Con qué frecuencia ha usado su analgésico para otros síntomas además del dolor (p. ej., para ayudarlo a dormir, mejorar su estado de ánimo o aliviar el estrés)?					
17. ¿Con qué frecuencia ha tenido que visitar la Sala de Emergencias?					

**Anexo 4.** Herramienta de riesgo de opioides (ORT). Fuente: Brott NR, Peterson E, Cascella M. Opioid, Risk Tool. StatPearls Publishing; 2021.

	Mujer	Hombre
<b>Antecedentes familiares de abuso de sustancias</b>		
Alcohol	1	3
Drogas ilegales	2	3
Medicamentos recetados	4	4
<b>Antecedentes personales de abuso de sustancias</b>		
Alcohol	3	3
Drogas ilegales	4	4
Medicamentos recetados	5	5
<b>Si el rango de edad del paciente es de 16 a 45 años</b>	1	1
<b>Antecedentes de abuso sexual preadolescente</b>	3	0
<b>Enfermedad psicológica</b>		
Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), trastorno obsesivo-compulsivo (TOC), trastorno bipolar, esquizofrenia	2	2
Depresión	1	1

**Anexo 5.** Cuestionario de medicación del paciente (PMQ). Fuente: Adams LL, Gatchel RJ, Robinson RC, Polatin P, Gajraj N, Deschner M, et al. Development of a self-report screening instrument for assessing potential opioid medication misuse in chronic pain patients. *J Pain Symptom Manage* [Internet]. 2004 [citado el 9 de mayo de 2022];27(5):440–59. Disponible en: [https://www.jpmsjournal.com/article/S0885-3924\(04\)00101-0/fulltext](https://www.jpmsjournal.com/article/S0885-3924(04)00101-0/fulltext)

**PMQ** PAIN MEDICATION QUESTIONNAIRE<sup>®</sup> **NAME:** \_\_\_\_\_

*In order to develop the best treatment plan for you, we want to understand your thoughts, needs and experiences related to pain medication. Please read each statement below and indicate how much it applies to you by marking your response with an "X" anywhere on the line below it.*

1) I believe I am receiving enough medication to relieve my pain.

Disagree | Somewhat Disagree | Neutral | Somewhat Agree | Agree

2) My doctor spends enough time talking to me about my pain medication during appointments.

Disagree | Somewhat Disagree | Neutral | Somewhat Agree | Agree

3) I believe I would feel better with a higher dosage of my pain medication.

Disagree | Somewhat Disagree | Neutral | Somewhat Agree | Agree

4) In the past, I have had some difficulty getting the medication I need from my doctor(s).

Disagree | Somewhat Disagree | Neutral | Somewhat Agree | Agree

5) I wouldn't mind quitting my current pain medication and trying a new one, if my doctor recommends it.

Disagree | Somewhat Disagree | Neutral | Somewhat Agree | Agree

6) I have clear preferences about the type of pain medication I need.

Disagree | Somewhat Disagree | Neutral | Somewhat Agree | Agree

7) Family members seem to think that I may be too dependent on my pain medication.

Disagree | Somewhat Disagree | Neutral | Somewhat Agree | Agree

8) It is important to me to try ways of managing my pain in addition to the medication (such as relaxation, biofeedback, physical therapy, TENS unit, etc.)

Disagree | Somewhat Disagree | Neutral | Somewhat Agree | Agree

9) At times, I take pain medication when I feel anxious and sad, or when I need help sleeping.

Never | Occasionally | Sometimes | Often | Always

10) At times, I drink alcohol to help control my pain.

Never | Occasionally | Sometimes | Often | Always

11) My pain medication makes it hard for me to think clearly sometimes.

Never | Occasionally | Sometimes | Often | Always

12) I find it necessary to go to the emergency room to get treatment for my pain.

Never | Occasionally | Sometimes | Often | Always

13) My pain medication makes me nauseated and constipated sometimes.

Never | Occasionally | Sometimes | Often | Always

14) At times, I need to borrow pain medication from friends or family to get relief.

Never | Occasionally | Sometimes | Often | Always

15) I get pain medication from more than one doctor in order to have enough medication for my pain.

Never | Occasionally | Sometimes | Often | Always

16) At times, I think I may be too dependent on my pain medication.

Never | Occasionally | Sometimes | Often | Always

17) To help me out, family members have obtained pain medications for me from their own doctors.

Never | Occasionally | Sometimes | Often | Always

18) At times, I need to take pain medication more often than it is prescribed in order to relieve my pain.

Never | Occasionally | Sometimes | Often | Always

19) I save any unused pain medication I have in case I need it later.

Never | Occasionally | Sometimes | Often | Always

20) I find it helpful to call my doctor or clinic to talk about how my pain medication is working.

Never | Occasionally | Sometimes | Often | Always

21) At times, I run out of pain medication early and have to call my doctor for refills.

Never | Occasionally | Sometimes | Often | Always

22) I find it useful to take additional medications (such as sedatives) to help my pain medication work better.

Never | Occasionally | Sometimes | Often | Always

23) How many painful conditions (injured body parts or illnesses) do you have?

1 painful conditions | 2 painful conditions | 3 painful conditions | 4 painful conditions | 5+ painful conditions

24) How many times in the past year have you asked your doctor to increase your prescribed dosage of pain medication in order to get relief?

Never | 1 time | 2 times | 3 times | 4+ times

25) How many times in the past year have you run out of pain medication early and had to request an early refill?

Never | 1 time | 2 times | 3 times | 4+ times

26) How many times in the past year have you accidentally misplaced your prescription for pain medication and had to ask for another?

Never | 1 time | 2 times | 3 times | 4+ times

**Anexo 6.** Revisión de evaluación de opioides y cribado para pacientes con dolor (SOAPP-R). Fuente: Butler SF, Budman SH, Fernandez KC, Fanciullo GJ, Jamison RN. Cross-validation of a Screener to predict opioid misuse in chronic pain patients (SOAPP-R). J Addict Med [Internet]. 2009 [citado el 9 de mayo de 2022];3(2):66–73. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1097/ADM.0b013e31818e41da>

	0	1	2	3	4
1. ¿Con qué frecuencia tiene cambios de humor?					
2. ¿Con qué frecuencia ha sentido la necesidad de dosis más altas de medicación para tratar su dolor?					
3. ¿Con qué frecuencia se ha sentido impaciente con sus médicos?					
4. ¿Con qué frecuencia ha sentido que las cosas son tan abrumadoras que no puede manejarlas?					
5. ¿Con qué frecuencia hay tensión en el hogar?					
6. ¿Con qué frecuencia ha contado las pastillas para el dolor a ver cuántas le quedan?					
7. ¿Con qué frecuencia le ha preocupado que la gente lo juzgue por tomar analgésicos?					
8. ¿Con qué frecuencia te sientes aburrido?					
9. ¿Con qué frecuencia ha tomado más analgésicos de los que se suponía que debía tomar?					
10. ¿Con qué frecuencia se ha preocupado por quedarse solo?					
11. ¿Con qué frecuencia ha sentido antojo de medicamentos?					
12. ¿Con qué frecuencia han expresado otras personas su preocupación por el uso de medicamentos?					
13. ¿Con qué frecuencia alguno de sus amigos cercanos ha tenido problemas con el alcohol o las drogas?					
14. ¿Con qué frecuencia le han dicho los demás que tiene mal genio?					
15. ¿Con qué frecuencia se ha sentido consumido por la necesidad de obtener medicamentos para el dolor?					
16. ¿Con qué frecuencia se ha quedado sin analgésicos antes de tiempo?					
17. ¿Con qué frecuencia los demás le han impedido obtener lo que se merece?					
18. ¿Con qué frecuencia, en su vida, ha tenido problemas legales o ha sido arrestado?					
19. ¿Con qué frecuencia ha asistido a una reunión de AA o NA?					
20. ¿Con qué frecuencia ha estado en una discusión tan fuera de control que alguien resultó herido?					
21. ¿Con qué frecuencia ha sido abusado sexualmente?					
22. ¿Con qué frecuencia otras personas han sugerido que usted tiene un problema con las drogas o el alcohol?					
23. ¿Con qué frecuencia ha tenido que pedir prestados analgésicos a su familia o amigos?					
24. ¿Con qué frecuencia ha sido tratado por un problema de alcohol o drogas?					

**Anexo 7.** Cuestionario para determinar el conocimiento de los profesionales sanitarios sobre los analgésicos opioides.

Soy Yashira Coello y estoy realizando mi Trabajo de Fin de Grado sobre las competencias en el manejo de fármacos opioides de los profesionales sanitarios del Área de Salud de La Palma. Los datos recogidos en este cuestionario son totalmente anónimos manteniendo la confidencialidad de cada persona y sus resultados sólo se utilizarán con fines educativos y de investigación.

El siguiente cuestionario permite valorar los conocimientos que usted posee sobre los analgésicos opioides.

**¿Tiene usted pacientes en tratamiento con opioides de más de tres meses?**

SÍ

NO

Si su respuesta anterior es afirmativa continúe realizando el cuestionario. Si su respuesta es negativa muchas gracias por su colaboración.

**Seleccione su profesión:**

Profesional de medicina

Profesional de enfermería

**¿Cuántos años lleva ejerciendo su profesión?** \_\_\_\_\_

**Rellene el siguiente cuestionario, que no le llevará más de 5 minutos, marcando con una “X” la respuesta más acertada para usted, donde el 0 es totalmente en desacuerdo y el 4 es totalmente de acuerdo.**

	0	1	2	3	4
1. Considero que los analgésicos opioides se pueden utilizar para el dolor crónico no oncológico.					
2. Los opioides generan adicción.					
3. La toma continuada de opioides puede incrementar el riesgo de adicción.					
4. Los analgésicos opioides producen estreñimiento en la mayoría de los pacientes.					
5. Los opioides generan hipotensión.					
6. El riesgo de depresión respiratoria en la toma de opioides es alto.					
7. No se debería tomar opioides y benzodiacepinas conjuntamente.					
8. La herramienta “Opioid Risk Tool” es útil para evaluar el riesgo de desarrollar un uso indebido relacionado con los opioides.					
9. No es necesario realizar un seguimiento a personas que tengan un riesgo bajo de sufrir algún trastorno relacionado con estos medicamentos.					



10. Se recomienda derivar a los pacientes con dolor crónico no oncológico de difícil manejo a una unidad de dolor especializada.					
11. No se debe superar la dosis de 90 mg al día de morfina.					
12. La “Medida actual de uso indebido de opioides (COMM)” no se puede utilizar en el seguimiento de los pacientes con tratamiento opioide.					
13. Seguir con el tratamiento, aunque se padezca efectos adversos moderados es un signo de un posible uso indebido de estos fármacos.					
14. Realizar ejercicio adaptado a cada persona ayuda a mejorar el dolor crónico no oncológico.					
15. Las terapias no farmacológicas son importantes en la reducción del dolor, por lo tanto, se debe priorizar este tipo de tratamiento.					
16. En el cuarto escalón de la escalera analgésica de la OMS se deben utilizar coadyuvantes si es necesario.					
17. En el caso de adicción a opioides, no se debe utilizar este grupo farmacológico para tratar dicho trastorno.					
18. Se debe establecer un periodo de prueba a la hora de prescribir un opioide.					
19. La adicción a opioides es un problema importante actualmente.					
20. Debido a los avances científicos se deben instaurar más cursos de formación sobre los analgésicos opioides a los distintos profesionales sanitarios.					

## Anexo 8. Infografía sobre información general sobre los opioides.

# Información general sobre los opioides

Actualmente en Estados Unidos existe una epidemia de opioides que ya ha sido declarada en 2017 como emergencia nacional. La epidemia de opioides se ha desarrollado desde la última década del siglo XX hasta la actualidad ocasionando miles de muertes por sobredosis y adicciones a estos fármacos. España no ha llegado a esos límites, pero sí ha aumentado exponencialmente el número de prescripciones de analgésicos opioides en los últimos años.

### Recomendaciones para prescribir opioides

1. Priorizar tratamientos no farmacológicos.
2. Realizar valoración exhaustiva del dolor.
3. Informar al paciente/familiares sobre riesgos y beneficios de la terapia oioide.
4. Iniciar con dosis efectiva más baja e instaurar un periodo de prueba de tolerancia
5. Comenzar con analgésicos opioides de liberación inmediata.
6. No superar dosis de 120 mg al día.
7. Prolongar el uso de opioides excepcionalmente y siempre evaluando los beneficios/riesgos.
8. Eliminar oioide que ha sido inefectivo antes de recetar otro nuevo.
9. No se recomienda usar simultáneamente opioides y benzodiacepinas.
10. Realizar seguimiento de los pacientes para evaluar los posibles efectos adversos y la tolerancia al fármaco, así como el alivio del dolor.
11. Suspender la terapia de forma paulatina reduciendo las dosis hasta su eliminación completa.

Hay herramientas para reducir los riesgos de los analgésicos opioides, así como existen recursos para aumentar los conocimientos sobre estos medicamentos. Es labor de los profesionales sanitarios hacer todo lo posible para disminuir las conductas peligrosas de estos fármacos y la clave de ello es que el paciente sea tratado por un equipo multidisciplinar.

### Opioid Risk Tool (ORT)

Es una herramienta frecuentemente utilizada para cuantificar el riesgo del paciente a realizar un uso indebido de estos fármacos pudiendo desembocar en una adicción

### Medida actual de uso indebido de opioides (COMM)

Es una herramienta que ayuda a cuantificar el riesgo en las consultas de seguimiento ya que hace preguntas a nivel actual, en el momento de la consulta.

### Referencias bibliográficas.

1. Dowell D, Haegerich TM, Chou R. CDC guideline for prescribing opioids for chronic pain — United States, 2016. MMWR Recomm Rep [Internet]. 2016 [citado el 26 de abril de 2022];65(1):1–49. Disponible en: <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/65/rr/rr6501e1.htm>
2. Häuser W, Morlion B, Vowles KE, Bannister K, Buchser E, Casale R, et al. European clinical practice recommendations on opioids for chronic noncancer pain - Part 1: Role of opioids in the management of chronic noncancer pain. Eur J Pain [Internet]. 2021;25(5):949–68. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1002/ejp.1736>
3. Guía de consenso para el buen uso de analgésicos opioides. Autor: Guardia, J. (coord.), et al., Guía de consenso para el buen uso de analgésicos opioides. Gestión de riesgos y beneficios. Valencia, Socidrogalcohol, 2017, 180 p [Internet]. Codajic.org. [citado el 26 de abril de 2022]. Disponible en: <http://www.codajic.org/node/3417>

**Anexo 9.** Solicitud de la gerencia del Área de Salud de La Palma para la realización del proyecto.

Estimada Gerente de los Servicios Sanitarios del Área de Salud de La Palma

Soy Yashira Coello, alumna de cuarto curso de enfermería de la sede de La Palma de la Universidad de La Laguna y estoy realizando mi Trabajo de Fin de Grado sobre las competencias en el manejo de los opioides de los profesionales sanitarios del Área de Salud de La Palma bajo la tutorización del Profesor Jorge A. Martín Martín.

Solicito autorización para poder llevar a cabo dicho estudio en el que se proporcionará un cuestionario a los profesionales de medicina y enfermería de Atención Primaria y a algunas profesionales que manejan estos fármacos del Hospital Universitario de La Palma. Los participantes de este proyecto nos comprometemos a no recoger datos personales de los pacientes participantes del mismo y a que los resultados obtenidos se utilizarán con fines de investigación, educativos y científicos, de acuerdo con la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. Se mantendrá el anonimato de los datos personales en la publicación de dichos resultados del proyecto.

Gracias de antemano.

Santa Cruz de La Palma, a \_\_ de \_\_\_\_\_ de 2022.

Firma