

Uso de opioides en pacientes con dolor crónico

María Luisa Torijano Casalengua^{a,*}, Javier Sánchez Holgado^b, María Belén de la Hija Díaz^a, María Pilar Astier Peña^c

^aGerencia de Atención Integrada de Talavera de la Reina. Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM). Toledo. España.

^bCentro de Salud Santa Olalla. Área de Salud de Talavera de la Reina. Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM). Toledo. España.

^cCentro de Salud Caspe. Sector Alcañiz. Servicio Aragonés de Salud (SALUD). Zaragoza. España.

*Correo electrónico: mtorijano@sescam.jccm.es

Puntos clave

- Antes de prescribir un analgésico opioide potente, se ha de revisar el tratamiento analgésico previo, con el fin de comprobar que se han seguido correctamente las opciones de tratamiento alternativo, pero que han sido insuficientes para un control adecuado del dolor.
- En el caso del dolor crónico no oncológico es preferible no iniciar tratamiento con opioides cuando hay factores que incrementan el riesgo de daños asociados (entre ellos, el uso conjunto de benzodiacepinas).
- Antes de comenzar tratamiento con opioides para el dolor crónico no oncológico se deberían establecer objetivos de tratamiento con todos los pacientes, que incluyan metas razonables para el dolor y la función, considerando con ellos también la interrupción si no se consiguen.
- Cuando se comienza el tratamiento con opioides para el dolor crónico no oncológico, se deben prescribir opioides de liberación inmediata en lugar de opioides de liberación retardada, prescribiendo la menor dosis efectiva y evitando dosis de 90 mg equivalentes de morfina (MME/día) o mayores.
- Evitar la prescripción concomitante de opioides menores y mayores.
- Para la titulación, se recomienda esperar al menos cinco vidas medias antes de elevar la dosis y esperar al menos una semana antes de elevar la dosis de metadona y fentanilo para estar seguro de que los efectos completos de la dosis previa son evidentes.
- Cuando se va a cambiar de un opioide a otro, se debe calcular la dosis equianalgésica y reducir la dosis inicial del nuevo opioide al menos un 25%.
- Se deben evaluar los beneficios y los daños con los pacientes entre 1 y 4 semanas del comienzo o del incremento de la dosis y cada 3 meses en caso de terapia continuada. En aquellos casos expuestos a un mayor riesgo, esta evaluación debe ser más frecuente.
- Consultar a un experto en el manejo del dolor o a una unidad de tratamiento del dolor para tratar adecuadamente a los pacientes con problemas complejos (por ejemplo, pacientes cuyo dolor sea difícil de controlar y que precisen dosis elevadas, pacientes de alto riesgo).
- Educar a los pacientes y a sus familiares sobre los riesgos del uso crónico de opioides y sensibilizarles a la hora de cuantificar la presencia de dolor en su vida cotidiana, consiguiendo así un mejor manejo de este y un ajuste de tratamiento más apropiado colaborando para minimizar los riesgos asociados.

Palabras clave: Analgésicos opioides • Dolor crónico • Atención primaria de salud.

“Es viernes, mi cabeza está ya desbordada de pacientes y problemas. Son las 13.30 h y recibo a la última paciente citada de la mañana. Es Carmen, una mujer de 53 años, separada, con dos hijos, que trabaja en un taller de confección. Acude para decirme que continúa con dolor. Está triste y derrotada y refiere que ella nunca ha estado así. Yo releo su historia, respirando profundamente. ¿Qué puedo hacer por ella hoy? El dolor comenzó hace 6 meses. Un dolor dorso-lumbar intenso y persistente, que no le abandona en todo el

día y le limita para muchas actividades. Al principio, valoramos y pensamos que con antiinflamatorios, relajantes musculares y estiramientos mejoraría. Es una mujer activa y voluntariosa y, por sus cargas familiares, no puede dejar de trabajar. Si bien ha probado diferentes opciones analgésicas planteadas por mí, por el rehabilitador, por el traumatólogo, por el reumatólogo e incluso por el psiquiatra, refiere que ninguna le ha calmado el dolor de una forma aceptable y satisfactoria. Se siente cansada y desanimada. Percibe que na-

die la comprende e incluso que la rehúyen médicos, amigos y familia. Siempre con dolor. No puede más. Yo le planteo iniciar tratamiento con opioides. Ella se siente rendida y solo quiere que le calmen el dolor, pero le surgen muchas dudas: ¿esto que me plantea es como la morfina?, ¿qué riesgos tiene, doctora?, ¿necesitaré mucha dosis?, ¿esto es para toda la vida?, ¿me creará adicción?, ¿no podré vivir sin morfina? Sobre sus dudas, le explico y pactamos probar. Tras una semana, la mejoría es clara. Carmen viene a consulta con otro aspecto. Ha conseguido dormir y presenta mejor humor. Hemos bajado de una puntuación de 10 en la escala visual analógica a una puntuación de 6, y sonreímos. Hemos iniciado un camino de manejo de su dolor crónico y parece que vamos avanzando. Iremos reduciendo la medicación que toma para modular su ánimo y el sueño conforme el dolor vaya desapareciendo y buscaremos la menor dosis posible incrementando su calidad de vida. Las dos estamos aprendiendo a conocer su dolor y a controlarlo para vivir mejor”.

Definición, situación actual y última evidencia disponible

Existen varias definiciones para el dolor crónico basadas en la duración específica del mismo, pero hay discrepancias al respecto (más de 3 meses, más de 6 meses e, incluso, duración arbitraria). Los Centers for Disease Control and Prevention (CDC) en su reciente guía de práctica clínica, dedicada a la *Prescripción de opioides para el dolor crónico*¹ lo considera como “aquel dolor que normalmente dura más de 3 meses o que persiste más allá del tiempo esperado para la cicatrización de los tejidos, siguiendo la definición de la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor².”

El análisis de los datos del año 2012 de la Encuesta Nacional de Salud en Estados Unidos reveló una prevalencia estimada de dolor diario de un 11,2%³. En España, la última Encuesta Nacional de Salud encontró que un 24% de la población presentaba dolor/malestar, medido con el cuestionario genérico de calidad de vida EuroQol, habiendo consumido el 50% de los adultos en todos los grupos de edad algún fármaco en las 2 semanas anteriores⁴. De hecho, el dolor crónico es una de las razones más comunes para buscar atención médica, es declarado por el 20% al 50% de los pacientes que acuden a las consultas de atención primaria^{5,6} y se estima que uno de cada 6 españoles (17%) sufre dolor crónico⁷.

La carga de soportar un dolor que no remite puede ser devastadora para el bienestar psicológico del paciente y puede afectar negativamente a la habilidad de mantener un empleo retribuido o de conseguir un avance profesional significativo. Puede afectar también a la relación conyugal y familiar; puede limitar las citas con amigos y otras actividades sociales; y puede inducir miedo, desmoralización, ansiedad y de-

presión.

Por todo ello, el dolor crónico ha adquirido gran importancia, convirtiéndose en un problema de salud pública, y en nuestro país se ha desarrollado el Documento Marco para la mejora del abordaje del dolor en el Sistema Nacional de Salud (SNS), en el que se contempla el dolor como elemento prioritario y transversal de las estrategias y políticas de salud del SNS^{8,9}.

La prescripción de fármacos opioides ha aumentado en los últimos años debido al respaldo de resultados de ensayos clínicos que muestran la eficacia de los opioides en el control del dolor crónico no oncológico, con un buen balance beneficio-riesgo, reflejados en diferentes guías de práctica clínica. En Estados Unidos, en el año 2012, los profesionales sanitarios hicieron 259 millones de prescripciones de opioides¹⁰ y las prescripciones de opioides per cápita se incrementaron un 7,3% desde el año 2007 al 2012¹¹. En España, entre 1992 y 2006, se produjo también un incremento considerable en el consumo de opioides, multiplicándose por 12 el consumo de opioides mayores, debido principalmente al incremento en el uso de fentanilo¹². Sin embargo, la duración media de los ensayos mencionados es de 6 semanas y ninguno de ellos mide los resultados a medio-largo plazo. La última revisión sistemática de la bibliografía en este sentido pone de manifiesto que la evidencia es insuficiente para determinar la efectividad a largo plazo del tratamiento con opioides para mejorar el dolor, la funcionalidad o la calidad de vida, y además hay indicios de efectos adversos importantes dependientes de la dosis, tales como sobredosis y adicción, aunque la evidencia también es escasa¹³.

Se apunta por ello a la conveniencia de trabajar en identificar factores pronóstico para la aparición de los mencionados efectos y buscar además otro tipo de alternativas no farmacológicas para paliar este problema, dándole siempre la trascendencia y la valoración que merece¹⁴.

Es importante tener bien presente el equilibrio entre los principios éticos de beneficencia y no maleficencia, específicamente entre la prescripción clínica indicada de opioides por una parte y el deseo de prevenir la prescripción inapropiada, el abuso y los resultados perjudiciales por otra. Estos objetivos no deberían ser mutuamente excluyentes, y de hecho, los enfoques que intenten la consecución de ambos simultáneamente son esenciales para avanzar en el campo del manejo del dolor crónico⁷.

La guía de los CDC insiste en que, en el caso del dolor crónico que no se deba a tratamiento del cáncer activo, a cuidados paliativos o a cuidados al final de la vida, solo debería considerarse el tratamiento con opioides si se anticipa que los beneficios, tanto para el dolor como para la función, son superiores a los riesgos para el paciente, siendo de elección los tratamientos no farmacológico y farmacológico no opioide, emitiendo una serie de recomendaciones (traduci-

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/5679417>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/5679417>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)