

DOLOR CRÓNICO NO-ONCOLÓGICO: ¿OPIOIDES?

SUMARIO

- ▶ INTRODUCCIÓN
- ▶ DOLOR CRÓNICO. UNA NUEVA CLASIFICACIÓN
- ▶ CAMBIO DE PARADIGMA AL MODELO BIOPSIOSOCIAL. DE LA "CURACIÓN" DEL DOLOR CRÓNICO A SU MANEJO
- ▶ EVIDENCIAS SOBRE BENEFICIOS Y RIESGOS DE LOS FÁRMACOS OPIOIDES EN DOLOR CRÓNICO
- ▶ RECOMENDACIONES PARA UN USO PRUDENTE DE LOS OPIOIDES EN EL DCNO
- ▶ IDEAS CLAVE

INTRODUCCIÓN

Los fármacos opioides tienen un papel claramente establecido en el tratamiento del dolor agudo, el dolor oncológico y en la fase final de la vida. Sin embargo, no han demostrado un perfil beneficio-riesgo favorable a largo plazo en el dolor crónico no oncológico (DCNO), por lo que las guías actuales no los recomiendan salvo en casos muy seleccionados¹⁻⁶. Pese a ello, los datos de consumo de opioides en la CAPV muestran un consumo en continuo crecimiento, duplicándose el valor de la DHD en los últimos 12 años, pasando de 8 DHD en el año 2009 a 16,4 DHD en 2020, situación similar a la observada a nivel estatal⁷. Por otra parte, cada vez se dispone de más información sobre efectos adversos como la hiperalgesia, la dependencia o la adicción, que se suman a los efectos secundarios más comunes de estos fármacos como el estreñimiento, las náuseas, la somnolencia y los mareos².

Frente al actual modelo asistencial centrado en el tratamiento farmacológico, numerosos autores están planteando un cambio en el abordaje del dolor, proponiendo pasar de un modelo biomédico que pone énfasis en encontrar y tratar la causa subyacente del dolor a un modelo biopsicosocial que identifica los factores psicológicos, sociales y culturales como elementos contribuyentes del mismo^{1,4-10}.

La gran utilización de los opioides en el DCNO, los problemas de seguridad detectados derivados de esta utilización, junto con los conocimientos actuales sobre la neurobiología del dolor, son los principales motivos para revisar de nuevo el papel de los opioides en el abordaje del DCNO (Infac 2008-10, Infac 2014-5).

DOLOR CRÓNICO. UNA NUEVA CLASIFICACIÓN

En España se estima que un 32% de la población adulta sufre algún tipo de dolor. La incidencia de dolor crónico se sitúa entre un 11 y 17% según los datos más recientes⁷. A nivel de Atención Primaria, el dolor es el segundo motivo de consulta¹¹; la artrosis, la lumbalgia y las cefaleas figuran entre los diez primeros motivos de consulta por dolor¹ y hasta un 50% de las consultas en Atención Primaria están relacionadas con el dolor crónico¹¹.

Definición de dolor^{1,8,12}

La *International Association for the Study of Pain* (IASP) define actualmente el dolor como "una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada, o similar a la asociada, a un daño tisular real o potencial"¹².

Esta definición, a diferencia de las anteriores, reconoce que el dolor puede ocurrir también en ausencia de un daño tisular identificable.

- El dolor es una experiencia personal que está influenciada en mayor o menor medida por factores biológicos, psicológicos y sociales
- Dolor y nocicepción son dos fenómenos diferentes. El dolor no se puede explicar solamente por la actividad en las neuronas sensoriales
- El concepto de dolor se aprende a partir de las propias experiencias vitales
- Se debe respetar la experiencia dolorosa manifestada por la persona
- Aunque generalmente el dolor tiene un rol adaptativo, puede afectar negativamente a la funcionalidad y al bienestar psicológico y social
- La verbalización del dolor no es la única forma de expresar dolor, la incapacidad de comunicación no puede descartarlo

La clasificación internacional de enfermedades CIE-11 divide el dolor crónico en primario, asociado a alteración funcional y/o estrés emocional no explicable por otra causa y que se plantea como una enfermedad en sí misma; y dolor crónico secundario, que es una entidad donde el dolor es un síntoma de una condición clínica subyacente¹³.

Definición de dolor crónico primario¹²

El dolor crónico primario es un dolor en una o más regiones anatómicas, que:

- Perdura más de tres meses
- Está asociado a un componente emocional significativo (en forma de ansiedad, rabia, frustración, humor depresivo) y/o una discapacidad funcional que interfiere en las actividades sociales y de la vida diaria
- Los síntomas no pueden ser explicados por otras causas

Ejemplos: síndrome de intestino irritable, fibromialgia, migraña crónica, dolor pélvico crónico, dolor orofacial crónico, dolor visceral crónico, cervicalgia, lumbalgia o síndrome de dolor regional complejo, entre otros.

Desde el punto de vista fisiopatológico, el dolor se clasifica como nociceptivo (por lesión tisular), neuropático (por lesión nerviosa) o nociplástico (por sensibilización central). Los mecanismos que subyacen en esta nueva categoría del dolor nociplástico no se conocen totalmente, si bien parece que existe una amplificación de estímulos dolorosos y/o disminución de mecanismos inhibitorios, por lo que se genera una respuesta aumentada de las neuronas nociceptivas del SNC a estímulos normales o subumbrales^{1,2,8,10,14}.

Los síntomas observados en el dolor nociplástico incluyen dolor multifocal que es más extenso y/o intenso de lo que se esperaría del daño identificable en los tejidos o nervios, así como otros síntomas como fatiga o problemas de sueño, memoria y alteraciones emocionales. Este tipo de dolor puede ocurrir de forma aislada, como puede suceder en la fibromialgia, o en combinación con dolor nociceptivo o neuropático, como podría ocurrir en el dolor lumbar crónico. Es importante reconocer el dolor nociplástico, ya que está implicado en la perpetuación y agravamiento del cuadro clínico y tiene una pobre respuesta a los fármacos analgésicos^{10,14}.

CAMBIO DE PARADIGMA AL MODELO BIOPSIOSOCIAL. DE LA "CURACIÓN" DEL DOLOR CRÓNICO A SU MANEJO

Los conocimientos actuales de neurofisiología del dolor crónico asignan el protagonismo al SNC y al cerebro. La experiencia dolorosa se produce al interpretar el cerebro que existe una amenaza para los tejidos y activarse determinadas áreas cerebrales, la neuromatriz del dolor. Esto puede ocurrir como consecuencia de la información sensorial nociceptiva recibida, o independientemente de ésta, por otros factores como las creencias, expectativas, emociones, significados, recuerdos, etc.¹⁰. Como se ha comentado anteriormente, dolor y nocicepción son dos fenómenos diferentes y el concepto de dolor se aprende a raíz de las propias experiencias vitales⁸.

El manejo del dolor crónico debe reflejar su naturaleza biopsicosocial y generalmente requiere una estrategia de tratamiento multidimensional en la que se exploren las prioridades, habilidades y objetivos de las personas y se les ayude a comprender su dolor, cambiar sus expectativas (también las de los profesionales) y establecer objetivos realistas que prioricen la funcionalidad y la calidad de vida, en lugar de un alivio completo del dolor^{8,10,15-17}.

“ Puede existir dolor sin daño. ”

En este cambio de paradigma, la educación del paciente es un componente crucial para favorecer la autoeficacia (término que hace referencia a la confianza en la propia capacidad para lograr los resultados propuestos) y la adopción de estrategias de afrontamiento adecuadas. Explicar que el dolor puede continuar aun no existiendo lesión y cuáles son los mecanismos biopsicosociales que contribuyen al dolor crónico puede modificar falsas creencias y reducir los niveles de catastrofismo, kinesiofobia y las conductas de miedo-evitación, así como favorecer estrategias basadas en el movimiento y la actividad para recuperar la funcionalidad y reducir la discapacidad, disminuyendo así la realización de procedimientos diagnósticos y tratamientos innecesarios e inefectivos^{8,10,18}.

A pesar de los nuevos conocimientos en las neurociencias del dolor, se sigue manejando una concepción equivocada del dolor como indicador de lesión¹⁵ y la mayoría de los tratamientos son pasivos, tratando el dolor persistente como si fuera un dolor agudo que perdura en el tiempo¹⁰. Como bien saben profesionales y pacientes, mantener el enfoque en los tratamientos biomédicos, sobre todo en los medicamentos, tiene un éxito bastante limitado en el dolor crónico^{10,18}.

“ El dolor se aprende. ”

En concreto, es necesario reconsiderar el papel de los opioides en el abordaje del dolor crónico, tanto los opioides fuertes como los débiles, para evitar exponer a los pacientes con dolor, cuyas vidas son ya difíciles, a los daños que les puedan producir medicamentos que no les van a ayudar⁹.

EVIDENCIAS SOBRE BENEFICIOS Y RIESGOS DE LOS FÁRMACOS OPIOIDES EN DOLOR CRÓNICO

Las Guías de Práctica Clínica (GPC) del dolor crónico no oncológico²⁻⁶ recomiendan que el tratamiento comience siempre con un enfoque no farmacológico, favoreciendo las intervenciones activas que se basan en el movimiento y/o que abordan los factores psicosociales que contribuyen al dolor.

En los pacientes con analgesia inadecuada a pesar de las terapias no farmacológicas, se recomienda añadir fármacos según el tipo de dolor (nociceptivo, neuropático, sensibilización central o una combinación de los anteriores)^{1-6,8}.

La agencia americana AHRQ¹⁹ ha publicado una revisión sistemática sobre las evidencias de los opioides en dolor crónico. Se han incluido 115 ECA y 40 estudios observacionales en los que se comparan los opioides frente a placebo y otros analgésicos no opioides como AINE, gabapentínicos y nortriptilina. En comparación con placebo en tratamientos cortos (estudios de duración menor de 3 meses) se observa un pequeño beneficio (menos de 1 punto en una escala de 0 a 10) en la mejoría del dolor y funcionalidad, beneficio que se atenúa con un seguimiento más prolongado (3 a 6 meses) y que se ve contrarrestado por un mayor riesgo de efectos adversos a nivel gastrointestinal, así como somnolencia, mareos y prurito. En la comparación con otros analgésicos no opioides no se observan diferencias a corto plazo en la funcionalidad, ni mejora del dolor a corto plazo, sin embargo, los opioides presentan mayor riesgo de efectos adversos.

“ En el DCNO, la efectividad de los opioides es baja y los problemas son dosis-dependientes. ”

En estudios observacionales la prescripción de opioides se ha asociado a riesgo de adicción, sobredosis, fracturas, caídas y eventos cardiovasculares; también se han relacionado las dosis altas de opioides con riesgo de depresión refractaria y alteraciones endocrinas¹⁹.

Por otro lado, en el ECA de mayor duración en DCNO publicado hasta el momento (12 meses) realizado en pacientes con dolor crónico de espalda moderado o grave o artrosis de cadera o rodillas, una estrategia escalonada de inicio con opioides se asoció con mayor intensidad de dolor y sin diferencias en la funcionalidad frente a iniciar el tratamiento con fármacos no opioides, además de presentar una mayor frecuencia de efectos adversos^{19,20}.

La evidencia de la efectividad de los opioides a largo plazo es limitada, pero sí existe evidencia del incremento de riesgo de sufrir efectos adversos graves dosis-dependientes¹⁹.

Los resultados de la experiencia clínica y el análisis crítico de los ensayos clínicos evidencian que los opioides en el DCNO no son ni tan seguros ni tan efectivos como en un principio se había interpretado. Esta interpretación errónea deriva en parte de la aplicación en el DCNO de la escalera analgésica del dolor oncológico de la OMS, no validada en el contexto del DCNO, no reconociendo así la complejidad de la experiencia del dolor crónico⁹.

Se puede concluir que la evidencia disponible no apoya el uso de opioides en el tratamiento a largo plazo del DCNO debido a los escasos datos sobre su eficacia a largo plazo y el riesgo de daños graves, por lo que la decisión de utilizar opioides en pacientes concretos con DCNO debe sopesarse cuidadosamente^{4-6,16-17}.

Las GPC recomiendan reservarlos para casos muy seleccionados cuando otros tratamientos han resultado inefectivos o están contraindicados, a la dosis más baja posible y durante un tiempo limitado, solo si los beneficios observados –mejora en la funcionalidad y calidad de vida- superan los potenciales riesgos³⁻⁶.

TRAMADOL: OPIOIDE CON PERFIL DE EFECTOS ADVERSOS DIFERENCIADO²¹⁻²³

Tramadol es un opioide débil ampliamente utilizado en nuestro medio (en la CAV supuso el 67% del consumo total de opioides en 2020), que presenta unas características diferenciales respecto a otros opioides que conviene tener en cuenta.

Además de activar los receptores opioides, tramadol inhibe la recaptación de serotonina y noradrenalina. Se metaboliza a través del citocromo P450 y los metabolitos activos contribuyen al efecto terapéutico. Por otra parte, su metabolismo mediado por la enzima hepática CYP2D6 puede experimentar gran variabilidad interindividual y sus efectos son difíciles de predecir. Los metabolizadores lentos experimentan principalmente los efectos serotoninérgicos y noradrenérgicos (náuseas, vómitos, sequedad de boca, agitación, inquietud, temblor y rigidez muscular) y puede que no alcancen el efecto analgésico esperado. En cambio, los metabolizadores rápidos son más propensos a los efectos euforizantes, depresión respiratoria, dependencia, síndrome de abstinencia o sobredosis, incluso a dosis habituales.

Los resultados de varias revisiones sistemáticas realizadas en pacientes con artrosis o dolor de cualquier etiología no encuentran evidencias a favor de tramadol frente a otros opioides o AINE. Sin embargo, la probabilidad de abandono del ensayo por efectos adversos o por cualquier otra causa es superior con tramadol respecto a los AINE. De hecho, en estudios observacionales se ha asociado al tramadol con eventos adversos menos conocidos y que se observan en mayor medida que con otros opioides u otros analgésicos no opioides, como son: hipoglucemia, hiponatremia, riesgo de producir convulsiones, alargamiento del intervalo QT, síndrome serotoninérgico y noradrenérgico.

En resumen, tramadol no presenta ventajas frente a otros analgésicos, comparte todos los riesgos de los opioides y además puede provocar otros efectos adversos graves, por lo que su amplia utilización, especialmente en personas de edad avanzada y pacientes polimedificados y, en ocasiones, asociado a otros fármacos que aumentan el riesgo de síndrome serotoninérgico, hacen necesaria una reflexión sobre la idoneidad de estos tratamientos, la posibilidad de reducir dosis, priorizar los tratamientos agudos e, incluso, no iniciarlos salvo en casos justificados.

RECOMENDACIONES PARA UN USO PRUDENTE DE LOS OPIOIDES EN EL DCNO^{4-6,9,17,19,22-27}

Existe una gran preocupación sobre el uso creciente, e incluso indebido, de opioides en el dolor crónico, con el consiguiente aumento de efectos adversos graves, lo que ha motivado que distintas instituciones y sistemas de salud hayan puesto en marcha programas de minimización de riesgos y herramientas de apoyo a la prescripción prudente para reconducir la utilización de estos fármacos y evitar daños en la población. A continuación se recogen las propuestas con más consenso y aplicabilidad en nuestro medio.

1. Los opioides no se deben utilizar como un tratamiento de 1ª elección o habitual en el DCNO

– En el tratamiento del DCNO, se debe **optimizar el autocuidado y las terapias no-farmacológicas** (educación, ejercicio físico, terapia cognitivo-conductual, fisioterapia, etc.) y, en caso de requerir tratamiento farmacológico, se deben utilizar analgésicos no-opioides (AINE, IRSN).

Por otra parte, las guías recomiendan no utilizar opioides en dolor nociplástico como migraña, fibromialgia o síndrome del intestino irritable, entre otros, ya que en el dolor crónico primario los pacientes pueden tener una menor respuesta a los opioides y ser más susceptibles a la hiperalgesia inducida por estos fármacos.

2. Se debe evaluar el riesgo del uso de los opioides en el paciente

– **Evitar la prescripción de opioides en pacientes con alto riesgo de abuso y adicción** (personas con historia de abuso de sustancias, sobredosis, problemas psiquiátricos importantes). Los instrumentos para la evaluación del riesgo de abuso de opioides (p.e.: [Opioid Risk Tool](#), [SOAPP](#)) pueden ayudar en la toma de decisiones clínicas, pero solo tienen un valor orientativo. En la entrevista clínica se debe explorar este riesgo en profundidad.

– Los pacientes con apnea de sueño deben ser valorados cuidadosamente antes de iniciar el tratamiento con opioides, y durante el tratamiento debe considerarse una reducción de la dosis de opioides.

– **Evitar la prescripción concomitante de benzodiazepinas o hipnóticos Z y precaución con los gabapentinoides** por el aumento de riesgo de depresión respiratoria y sobredosis que presentan estas asociaciones. En los pacientes que están recibiendo actualmente esta asociación, se debería considerar disminuir gradualmente la dosis de uno o ambos fármacos.

– Se debe prestar **especial atención a la prescripción concomitante** de:

- fentanilo, oxicodona, tapentadol, o tramadol con otros fármacos serotoninérgicos (antidepresivos, IMAO, litio y triptanes) por riesgo de desarrollar síndrome serotoninérgico.
- opioides con antidepresivos y neurolépticos por riesgo de síndrome anticolinérgico, especialmente en ancianos.

3. Los opioides solo deberían iniciarse si se cumplen TODOS los siguientes criterios

– Las terapias alternativas de menor riesgo no han proporcionado suficiente beneficio en el alivio del dolor o no se pueden usar (por contraindicación, por ejemplo) **y**

– el dolor afecta negativamente a la función y/o a la calidad de vida del paciente **y**

– los posibles beneficios de la terapia con opioides superan los posibles daños **y**

– se ha realizado una toma de decisiones compartida con el paciente reflexionando sobre los riesgos, beneficios y alternativas a la terapia con opioides.

4. Si parece oportuno iniciar un tratamiento con opioides: QUE SEA DE PRUEBA

Si a pesar de una terapia no-farmacológica y farmacológica no-opioide optimizada el paciente sigue con dolor, no es de alto riesgo para sufrir problemas y parece que los opioides podrían tener un papel añadido a la terapia optimizada, se debería:

– **Acordar con el paciente:**

- Un **tratamiento de prueba, generalmente de hasta 4 semanas**, explicando los beneficios esperables y los riesgos conocidos.

- Unos **objetivos realistas** de mejora de la funcionalidad y disminución del dolor aceptable, ya que la erradicación completa del dolor es altamente improbable.
Se deben buscar objetivos terapéuticos que sean **significativos para la persona** (poder volver al trabajo, realizar actividades placenteras o necesarias, etc.)
- Una **estrategia de finalización** del tratamiento si no se consiguen los objetivos o aparecen efectos adversos.

Es fundamental informar al paciente adecuadamente, se puede utilizar para ello material de i-botika nº 44/2021 ([Opioides, ¿qué debes saber?](#))

5. Tratamiento de prueba: selección del opioide, dosis de inicio y duración de la prueba

- Iniciar el tratamiento con un **opioide de liberación rápida a dosis baja y aumentarla lentamente** (*Start low and go slow*).

La morfina de liberación rápida es el tratamiento de referencia. Una dosis de 5-10 mg cada 4 horas podría ser adecuada en un episodio de dolor intenso. Si una dosis única de 20 mg de morfina no reduce el dolor, no sería razonable iniciar un tratamiento a largo plazo.

Los opioides de liberación controlada, incluidos los parches de fentanilo, no permiten titular la dosis adecuadamente, por lo que no se recomiendan en el inicio del tratamiento.

Fentanilo de liberación inmediata no está indicado en el DCNO, su indicación autorizada es el dolor irruptivo en paciente oncológico con tratamiento opioide de base de al menos una semana de duración (Ver [Nota URM Julio 2021: Fentanilo liberación inmediata](#))

“ **Evaluar efectividad y seguridad de los opioides al menos cada 3 meses.** ”

- **Evaluación de resultados tras el tratamiento de prueba**

Aunque la eficacia a corto plazo no garantiza la eficacia a largo plazo, es improbable que las personas que no responden en 4 semanas obtengan beneficio a más largo plazo.

Durante el tratamiento de prueba, resulta útil que el paciente registre en un diario la intensidad del dolor, la actividad, el sueño, los efectos adversos y los cambios experimentados tras las dosis de opioide. Si la prueba no tiene éxito, se deberá deprescribir gradualmente el opioide.

Ante una respuesta y tolerancia aceptables, en el dolor continuo se puede plantear pasar a una presentación de liberación prolongada.

6. Seguimiento y cese del tratamiento

- Se deben realizar evaluaciones periódicas, **al menos cada 3 meses**. Resulta útil evaluar las 4 As: **A**ctividad, **A**nalgesia, efectos **A**dversos, comportamientos **A**berrantes (utilización indebida de los opioides: aumento de dosis sin supervisión, solicitud de recetas a distintos médicos, etc.) y comentar con el paciente los riesgos y beneficios del tratamiento. Valores de adherencia superiores al 100% en receta electrónica orientan sobre una posible sobreutilización.

La evaluación de la actividad es importante porque los opioides son depresores y es posible que haya personas que sientan menos dolor, pero dejen de realizar sus actividades cotidianas, con lo que su calidad de vida empeora.

Si se observa falta de eficacia a pesar del aumento de dosis, se debe descartar la hiperalgesia.

HIPERALGESIA Y TOLERANCIA^{22,28,29}

La **hiperalgesia** inducida por opioides (HIO) es una respuesta paradójica a los opioides, por la que un paciente se vuelve más sensible a ciertos estímulos dolorosos y, en algunos casos, experimenta dolor ante estímulos normalmente no dolorosos (alodinia).

La HIO puede aparecer en cualquier momento a lo largo del tratamiento con opioides, independientemente del opioide utilizado, la dosis, vía de administración o tiempo de utilización. Se debe descartar la progresión de la enfermedad o el síndrome de retirada por una utilización inadecuada del opioide.

La HIO se presenta como un dolor que empeora con el aumento de la dosis del opioide y es más difuso, peor definido y con una distribución espacial más amplia que el dolor original que motivó el tratamiento con opioides. Por el contrario, la **tolerancia** es un efecto esperado de los opioides que consiste en la pérdida de potencia analgésica tras el uso prolongado de opioides, lo que obliga a aumentar la dosis del fármaco para conseguir la analgesia previa. Cuando se sospecha HIO, se debe reducir la dosis del opioide potenciando otras estrategias de manejo del dolor. En ocasiones, podría ser razonable la rotación de opioides.

– Evitar las dosis altas

Si bien no hay ninguna dosis totalmente segura, el riesgo de los opioides es dosis-dependiente y, durante los últimos años, las guías han ido disminuyendo paulatinamente las dosis máximas recomendadas.

Si durante el tratamiento se alcanzan **50 mg de morfina/día o su equivalente** (DEM: dosis equivalente de morfina), se debería reevaluar el perfil beneficio-riesgo del opioide en esa persona concreta.

“ La deprescripción de opioides debe ser gradual. ”

La **dosis máxima que se debe evitar sobrepasar** o, en su caso, justificar la decisión muy cuidadosamente, son **90 DEM/día**.

En personas con un tratamiento ya instaurado a dosis ≥ 90 DEM, se debe reevaluar su necesidad, discutir con el paciente los riesgos y beneficios y plantear la retirada o la disminución de dosis.

Analgésicos opioides a dosis equivalentes aproximadas de morfina oral³⁰

Fármaco	Vía	Factor de conversión	30 DEM	50 DEM	90 DEM
Morfina	Oral	1	30 mg/d	50 mg/d	90 mg/d
Codeína	Oral	0,15	200 mg/d	334 mg/d	600 mg/d
Tramadol*	Oral	0,1	300 mg/d	Dosis superiores a las recomendadas en FT (400 mg/d)	
Hidromorfona	Oral	4	7,5 mg/d	12,5 mg/d	22,5 mg/d
Oxicodona	Oral	1,5	20 mg/d	33 mg/d	60 mg/d
Tapentadol	Oral	0,4	75 mg/d	125 mg/d	225 mg/d

30 DEM: Dosis equivalente a 30 mg/día de morfina oral.

50 DEM: Dosis equivalente a 50 mg/día de morfina oral.

90 DEM: Dosis equivalente a 90 mg/día de morfina oral.

* Tramadol Dosis máxima en ficha técnica: 400 mg/d.

Opioides transdérmicos a dosis equivalentes aproximadas de morfina oral³⁰

Fármaco	Dosis ($\mu\text{g}/\text{h}$)	DEM
Buprenorfina	35 $\mu\text{g}/\text{h}$ cada 3-4 d	63-97 mg/d
	52,5 $\mu\text{g}/\text{h}$ cada 3-4 d	95-145 mg/d
Fentanilo	12 $\mu\text{g}/\text{h}$ cada 3 d	30-59 mg/d
	25 $\mu\text{g}/\text{h}$ cada 3 d	60-89 mg/d
	37 $\mu\text{g}/\text{h}$ cada 3 d	90-119 mg/d
	50 $\mu\text{g}/\text{h}$ cada 3 d	120-149 mg/d

Estas tablas son orientativas y no se pueden aplicar de forma directa para realizar la rotación de opioides. Debido a fenómenos de tolerancia cruzada incompleta, se recomienda que al rotar el opioide se calculen las dosis equianalgésicas y se disminuya la dosis inicial del nuevo fármaco un 25-50%, así como seguir la estrategia de ir disminuyendo la dosis del opioide inicial mientras simultáneamente se titula la dosis del nuevo opioide (Infac 2014-5).

– Deprescripción: consensuada con el paciente

La deprescripción del opioide debe plantearse cuando se resuelve la causa del dolor, se observa falta de efectividad o bien los riesgos o los efectos adversos superan a los beneficios. También se debe replantear la retirada o la disminución de dosis tras 6 meses de buena respuesta.

Esta deprescripción debe ser consensuada con el paciente y requiere una valoración biopsicosocial previa que incluya la situación médica y psiquiátrica, así como la evaluación del apoyo social con el que cuenta el paciente, su grado de motivación y la realización de actividades alternativas para minimizar el dolor.

La disminución gradual de dosis puede durar meses, o incluso años. No se ha demostrado superioridad de una pauta de desescalada frente a otras. Una posibilidad puede ser:

- Dosis de opioides altas y/o con una duración prolongada: reducción del 5-20% de la dosis cada cuatro semanas
- Dosis menores, duración <3 meses y/o riesgo elevado: reducción del 5-20% semanal

En esta fase se recomienda potenciar la autoeficacia, el ejercicio y el apoyo social ya que, con este abordaje, los pacientes pueden experimentar una mejora en el dolor, la funcionalidad y el estado de ánimo.

Los pacientes en tratamiento con opioides que se someten a un procedimiento quirúrgico con el objetivo de mejorar la funcionalidad y el dolor, como puede ser el reemplazo de rodilla en artrosis, son en principio candidatos a discontinuar –gradualmente– el tratamiento con opioides una vez realizada la intervención.

7. Síndrome de abstinencia

En personas que ya están en tratamiento con opioides y tienen problemas de abuso, se debe plantear una reducción progresiva de la dosis y, si tienen otros criterios diagnósticos de trastorno por consumo de opiáceos, derivar al circuito de atención a las adicciones.

Es esperable que los pacientes con dolor y un tratamiento continuado con analgésicos opioides sean dependientes, pero esto no tiene por qué significar que sean adictos. La tolerancia y el síndrome de abstinencia no podrán considerarse criterios diagnósticos del trastorno por consumo (adicción) en los pacientes con dolor crónico que solo toman analgésicos opioides bajo supervisión médica adecuada.

En pacientes con tolerancia aumentada y síndrome de abstinencia, sin otros criterios diagnósticos de trastorno por consumo de opiáceos ni psicopatología comórbida, el manejo, con desescalada, rotación o retirada, se puede llevar a cabo por el propio médico prescriptor.

Tratamiento del dolor agudo con opioides, hay que intentar que la prescripción no se cronifique^{1,4,5,22}

El uso prolongado de opioides a menudo comienza con un tratamiento para el dolor agudo, incluso en el contexto de una cirugía o una intervención. Hasta en un 6% de los pacientes que inician un tratamiento con opioide tras cirugía para paliar un dolor agudo, este tratamiento se cronifica.

En caso de que se requiera añadir un opioide a la analgesia multimodal para el control del dolor agudo:

- Se debe prescribir la dosis efectiva más baja de opioides de liberación rápida. No se recomiendan las presentaciones de liberación controlada por el mayor riesgo de cronificación en el tiempo.
- En general es **suficiente con 3 días de tratamiento o incluso menos**; rara vez se necesitan más de 7 días.
- Es importante informar al paciente y especificar en el informe de alta la dosis y la duración del tratamiento.

IDEAS CLAVE

- La definición actual del dolor reconoce que el dolor puede ocurrir en ausencia de un daño tisular identificable.
- Explicar al paciente que el dolor puede continuar aun no existiendo lesión y cuáles son los mecanismos biopsicosociales contribuyentes puede modificar falsas creencias y favorecer estrategias basadas en el movimiento y la actividad, disminuyendo así la realización de procedimientos diagnósticos y tratamientos innecesarios.
- Las guías actuales abogan por un enfoque multidisciplinar del dolor crónico con un manejo basado en el modelo biopsicosocial, priorizando las estrategias no farmacológicas y la participación activa del paciente.

- Los fármacos opioides no han demostrado un perfil beneficio-riesgo favorable a largo plazo en el DCNO.
- El tratamiento con opioides debe ser la excepción y no la regla en el DCNO y debe evaluarse periódicamente (poco tiempo, dosis bajas), consensuando con el paciente unos objetivos realistas y criterios de retirada.
- La deprescripción del opioide debe plantearse cuando se resuelve la causa del dolor, si no se consiguen los objetivos o aparecen efectos adversos, así como tras 6 meses de buena respuesta. Debe realizarse de forma gradual y acordada con el paciente.
- La hiperalgesia inducida por opioides es una respuesta paradójica a los opioides por la que un paciente se vuelve más sensible a ciertos estímulos dolorosos y, en algunos casos, experimenta dolor ante estímulos normalmente no dolorosos (alodinia).
- Ante la falta de eficacia a pesar del aumento de dosis se debe sospechar la hiperalgesia inducida por opioides.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a Aitziber Ereñozaga, médico anestesista de la OSI Ezkerraldea-Enkarterri-Cruces, y a Maria Soledad Mondragón, médico psiquiatra de la OSI Barrualde-Galdakao, la revisión del texto así como sus acertados comentarios y sugerencias.

ERRATA EN INFAC N° 7 VOLUMEN 29 (2021). ACTUALIZACIÓN DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE LA EPOC ESTABLE

En la Figura 1. Seguimiento del tratamiento farmacológico, página 65 del INFAC N°7 se ha detectado un error. Así, **en el gráfico EXACERBACIONES apartado LABA/LAMA**

donde pone: Considerar si: Eosinófilos < 100,
debería poner: Considerar si: Eosinófilos ≥ 100
y
donde pone: Considerar si: Eosinófilos ≥ 100,
debería poner: Considerar si: Eosinófilos < 100

Así, **en el gráfico EXACERBACIONES apartado LABA/GCI** hay que considerar la opción a escalar a triple terapia (LABA/LAMA/GCI) (se ha añadido una flecha).

Esta corrección ya ha sido incorporada al documento electrónico correspondiente ([Infac 2021-7](#))

BIBLIOGRAFÍA

1. Cohen SP, Vase L, Hooten WM. [Chronic pain: an update on burden, best practices, and new advances](#). Lancet. 2021;397:2082–97. [Consultado: 10/12/2021]
2. [If not opioids, then what?](#). Medicinewise News. January 2020. NPS-MedicineWise.
3. Tauben D, Stacey BR. [Pharmacologic management of chronic non-cancer pain in adults](#). In: UpToDate® Crowley M, ed. UpToDate 2021. [Consultado: 10/12/2021]
4. Dowell D, Haegerich TM, Chou R. [CDC Guideline for Prescribing Opioids for Chronic Pain — United States, 2016](#). MMWR Recomm Rep 2016;65(No. RR-1):1–49. [Consultado: 10/12/2021]
5. Rosenberg JM, Brandon M, Bilka BM, Wilson SM, Spevak C. [Opioid therapy for chronic pain: overview of the 2017](#). US Department of Veterans Affairs and US Department of Defense Clinical Practice Guideline. Pain Medicine. 2018;19:928–941. [Consultado: 10/12/2021]
6. Busse JW, Craigie S, Juurlink DN, Buckley DN, Wang L, Couban RJ et al. [Guideline for opioid therapy and chronic noncancer pain](#). CMAJ. 2017;189:E659–66. [Consultado: 10/12/2021]
7. Comisión Permanente de Farmacia del Consejo Interterritorial. [Plan de optimización de la utilización de analgésicos opioides en dolor crónico no oncológico en el Sistema Nacional de Salud](#). Madrid: Ministerio de Sanidad; 2021.
8. Tauben D, Stacey BR. [Approach to the management of chronic non-cancer pain in adults](#). In: UpToDate® Crowley M, ed. UpToDate 2021. [Consultado: 10/12/2021]
9. Stannard C. [Where now for opioids in chronic pain?](#). Drug and Therapeutics Bulletin. 2018;56(10):118-122.
10. Aguirrezabal I, Galán MA, Montero F. [Abordaje no farmacológico del dolor](#). FMC. 2020;27(3):145-153.
11. García-Espinosa MV, Prieto-Checa I. [Dolor crónico no oncológico: dónde estamos y dónde queremos ir](#). Aten Primaria. 2018;50(9):517-518.

«El boletín INFAC es una publicación electrónica que se distribuye gratuitamente a las y los profesionales sanitarios de la CAPV. El objetivo de este boletín es la **promoción del uso racional del medicamento** para obtener un mejor estado de salud de la población».

12. Nicholas M, Vlaeyen JWS, Rief W, Barke A, Aziz Q, Benoliel R, et al. [The IASP classification of chronic pain for ICD-11: chronic primary pain](#). PAIN. 2019;160:28-37. [Consultado: 10/12/2021]
13. Margarit C. [La nueva clasificación internacional de enfermedades \(CIE-11\) y el dolor crónico. Implicaciones prácticas](#). Editorial. Rev. Soc. Esp. Dolor. 2019; 26(4):210.
14. Fitzcharles MA, Cohen SP, Clauw DJ, Littlejohn G, Usui C, Häuser W. [Nociplastic pain: towards an understanding of prevalent pain conditions](#). Lancet. 2021;397:2098-110. [Consultado: 10/12/2021]
15. [Rethinking chronic pain](#). Editorial. Lancet 2021; 397: 20²³. [Consultado: 10/12/2021]
16. Holliday S, Hayes C, Jones L, Gordon J, Harris N, Nicholas M. [Prescribing wellness: comprehensive pain management outside specialist services](#). Aust Prescr. 2018;41:86-91.
17. [Chronic pain \(primary and secondary\) in over 16s: assessment of all chronic pain and management of chronic primary pain](#). NICE guideline [NG193] 2021. [Consultado: 10/12/2021]
18. Häuser W, Morlion B, Vowles KE, Bannister K, Buchser E, Casale R et al. [European* clinical practice recommendations on opioids for chronic non-cancer pain—Part 1: Role of opioids in the management of chronic noncancer pain](#). Eur J Pain. 2021;25(5):949-68. [Consultado: 10/12/2021]
19. Chou R, Hartung D, Turner J, Blazina I, Chan B, Levander X, et al. [Opioid Treatments for Chronic Pain](#). Comparative Effectiveness Review No. 229. (Prepared by the Pacific Northwest Evidence-based Practice Center under Contract No. 290-2015-00009-1.) AHRQ Publication No. 20-EHC011. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; April 2020. Posted final reports are located on the [Effective Health Care Program search page](#). [Consultado: 10/12/2021]
20. Krebs EE, Gravely A, Nugent S, Jensen AC, DeRonne B, Goldsmith ES, et al. [Effect of opioid vs nonopioid medications on pain-related function in patients with chronic back pain or hip or knee osteoarthritis pain: the SPACE randomized clinical trial](#). JAMA. 2018; 319(9):872-82. [Consultado: 10/12/2021]
21. [Tramadol. Where do we go from here?](#). Therapeutics Initiative. 2021. May-June (131): 1-5.
22. Krcevski-Škvarc N, Morlion B, Vowles K E, Bannister K, Buchsner E, Casale R, et al. [European clinical practice recommendations on opioids for chronic noncancer pain—Part 2: Special situations](#). Eur J Pain. 2021;25(5): 969-85. [Consultado: 10/12/2021]
23. Rosenquist R. [Use of opioids in the management of chronic non-cancer pain](#). In: UpToDate® Crowley M, ed. UpToDate 2021. [Consultado: 10/12/2021]
24. [Opioids Aware sitemap](#) (internet). Faculty of Pain medicine of the Royal College of Anaesthetists. [Consultado: 10/12/2021]
25. Calabozo, B. [9 pasos para el éxito en la prescripción de opioides en dolor crónico no oncológico](#). Ojo de Markov nº 74. junio 2018. Sacyl. [Consultado: 10/12/2021]
26. [Prácticas seguras para el uso de opioides en pacientes con dolor crónico](#). Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2015.
27. [Tolerancia vs hiperalgesia inducida por opioides. Un reto en el manejo del dolor](#). Boletín Bolcan. 2018;10(2):1-8.
28. Sociodrogalcohol, SEMFyC, FAECAP, SECPAL. [Guía de consenso para el buen uso de los analgésicos opioides](#). Valencia: Sociodrogalcohol; 2017.
29. Portenoy R, Mehta Z, Ahmed E. [Prevention and management of side effects in patients receiving opioids for chronic pain](#). In: UpToDate® Savarese DMF, ed. UpToDate 2021 [Consultado: 10/12/2021]
30. Henche Ruiz AI, Paredero Dominguez JM. [Claves para un uso adecuado de opioides en dolor crónico no oncológico](#). BIT Navarra. 2019;27(4).

Fecha de revisión bibliográfica: julio 2021

Este boletín debe citarse: Dolor crónico no-oncológico: ¿opioides?. INFAC. 2022;30(1):1-10.

Es de gran importancia que se notifiquen a la Unidad de Farmacovigilancia del País Vasco las sospechas de reacción adversa a los nuevos medicamentos. La notificación se puede realizar a través de OSABIDE, del formulario de notificación on line de la intranet de Osakidetza, rellenando la tarjeta amarilla o a través de la nueva web de la AEMPS: <https://www.notificaRAM.es>

Para consultas, sugerencias y aportaciones dirigirse a: al farmacéutico de atención primaria de su OSI o a CEVIME o al e-mail: infac@osakidetza.eus

Consejo de Redacción: Iñigo Aizpurua, Miren Albizuri, Iciar Alfonso, María Armendáriz, Sergio Barrondo, Saioa Domingo, Maitane Elola, Arritxu Etxeberria, Julia Fernández, Isabel Fontán, Leire Gil, Ana Isabel Giménez, Naroa Gómez, Juan José Iglesias, Josune Iribar, Nekane Jaio, Itxasne Lekue, M^a José López, Javier Martínez, Lorena Martínez, Mónica Martínez, Carmela Mozo, Elena Olloquiegi, Elena Ruiz de Velasco, Rita Sainz de Rozas, Inés San José, Elena Valverde, Miren Zubillaga.



<http://www.euskadi.eus/informacion/boletin-infac/web01-a2cevime/es/>



Queda totalmente prohibido el uso de este documento con fines promocionales

Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia

Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco

