

# **OPIOIDES Y ATENCION PRIMARIA. ASPECTOS PRACTICOS.**

**Caramés MA, Clavo B, Rodríguez-Salido MJ, García-Cortés J, Saavedra T.  
Unidad de tratamiento del dolor crónico del Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín**

Ponencia presentada en el “V Foro Atlántico del dolor”, celebrado durante el mes de Julio de 2.004 en Las Palmas de Gran Canaria

## **RESUMEN:**

En el presente trabajo repasamos el consumo de opioides con fines médicos en Europa, fijándonos especialmente en los datos existentes sobre Portugal y España. Valoramos las prescripciones realizadas en la atención primaria, tratando de estudiar las causas de la probable baja prescripción en este nivel asistencial. Proponemos unas medidas elementales para corregir esta situación.

Trataremos de responder, a continuación, a tres preguntas básicas sobre la utilización de opioides en atención primaria: a qué opioides podemos recurrir, en qué pacientes y que recomendaciones de uso se deben seguir.

## **INTRODUCCION:**

Habiendo sido el opio un eficaz y ampliamente utilizado remedio contra el dolor en las antiguas civilizaciones mesopotámica, egipcia, griega y romana, su uso y el de sus derivados cayó espectacularmente hasta finales del siglo pasado. El desarrollo de las unidades de cuidados paliativos a partir de los años ochenta propició el rápido incremento en el consumo de opioides en los pacientes oncológicos terminales. Sin embargo no asistiremos a la generalización del uso de opioides en los pacientes afectos de dolor crónico no oncológico hasta los años noventa del pasado siglo, tras la publicación de evidencias que desmontan la creencia y el miedo a una rápida tolerancia y frecuente dependencia del fármaco. Tradicionales temores que secularmente condicionaron y limitaron el uso de este excelente remedio (1 y 2). La creación de las unidades de tratamiento del dolor con funciones no sólo limitadas al tratamiento del paciente terminal, también probablemente ha contribuido notablemente al incremento del consumo de opioides en el paciente no canceroso.

## **UTILIZACION DE OPIOIDES EN ATENCIÓN PRIMARIA:**

El consumo de opioides en Portugal y España, con respecto al resto de los países europeos, se sitúa en un nivel intermedio (International narcotics control board – 1997), aunque muy por detrás de países como Dinamarca, Suecia, Reino unido o Francia (Figura 1).

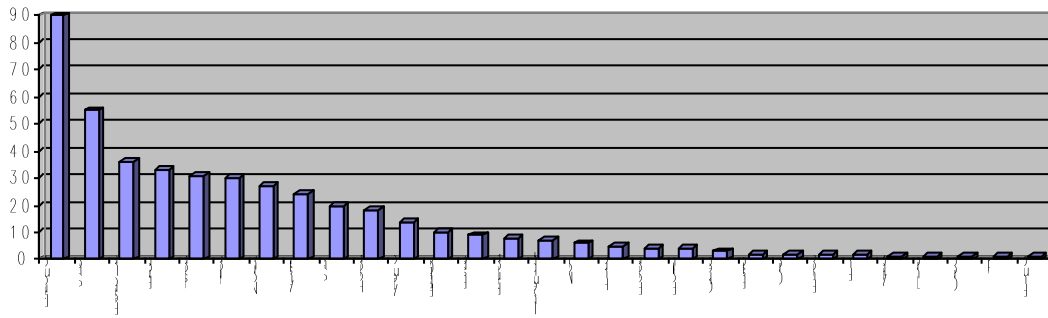


Figura 1: Consumo de Morfina en Europa en mg/Cápita.  
 International Narcotics Control Board.  
 University of Wisconsin Pain and policy studies group, 1997.

Los siguientes datos ilustran realidades de consumo en los países más prescriptores: En Dinamarca, encuestada el 10% del total de la población se llegó a la conclusión de que el 0,2% de ésta había consumido opioides mayores en el último mes (Sorenson – 1.992). En Estados Unidos de América del Norte el 19% de los pacientes que acuden a clínicas del dolor consumen opioides mayores.

Aunque la evolución en los últimos años ha sido muy favorable en Portugal y España, el camino que nos queda por recorrer hasta colocarnos en una posición óptima es amplio. En España entre 1.985 y 1.998 se multiplicó por 10 el consumo de opioides (Figura 2) . En Portugal la tendencia es similar, con un creciente consumo desde 1.992 (3,4,5).

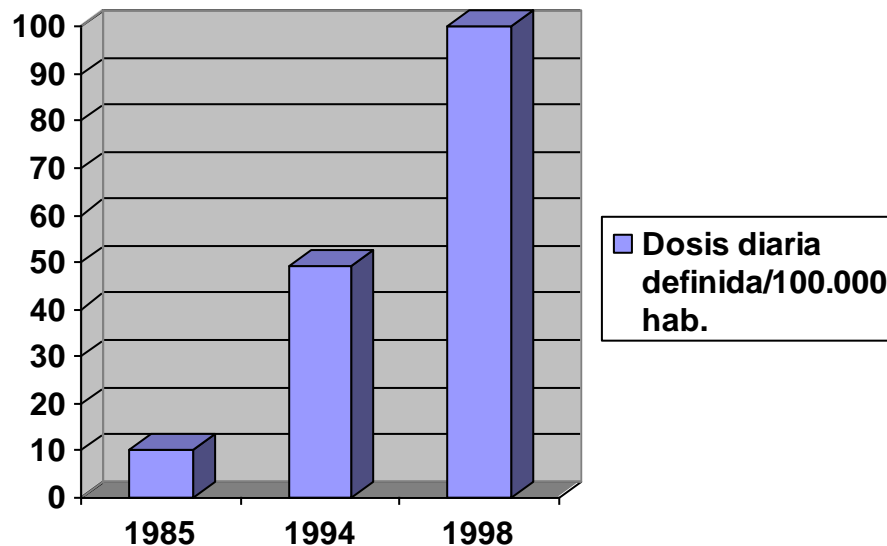


Figura 2: Evolución del consumo de opioides en España.

El síntoma dolor puede aparecer hasta en dos tercios de las consultas de atención primaria. A pesar de esta alta prevalencia y, aunque existen muy pocos estudios al respecto, hay datos aislados que indican un bajo consumo de opioides en este nivel de la atención sanitaria (6),

Como causa de este aparente bajo consumo podemos intuir como determinante los conocimientos escasos sobre el tratamiento del dolor. Ello está propiciado por la inexistencia de bloques temáticos específicos en la licenciatura de medicina y una pobre formación continuada en el posgrado (7,8). En España se ha constatado una mejor formación entre los médicos generales especializados en medicina de familia y comunitaria (8).

Relacionado con el déficit de conocimientos están los “miedos” que tradicionalmente envuelven el uso de la morfina y sus derivados. Merece la pena el mencionar un estudio Sueco, publicado en “Pain” en 1999 (9) en el cual se determina el miedo al abuso y la adicción en relación con una indicación incorrecta, como principal problema que explica el bajo uso de opioides en Atención primaria. Reticencias al uso, especialmente importantes en el campo del dolor crónico no oncológico, pueden entenderse como “secuelas” de estudios publicados en 1925 y 1954 (13,14) donde se afirmaba la existencia de un número de adictos entre el 9 y 27% tras el uso de opioides para el tratamiento del dolor. Trabajos más recientes dimensionan adecuadamente el problema, cifrando el número de adicciones en el 4/12.000 cuando el uso de estos fármacos es el adecuado (10). El miedo a otros viejos mitos relacionados con el uso de la morfina, las trabas burocráticas para la dispensación y la falta de tiempo, tantas veces denunciada en el ámbito de las consultas de atención primaria, serán otros factores que incidirán negativamente en el número prescripciones.

El optimizar la prescripción de opioides precisará por tanto mejorar la formación en el campo del tratamiento del dolor, tanto en los estudios pregrado como en el posgrado. La incorporación de bloques temáticos específicos sobre el tratamiento del dolor en los estudios de la licenciatura en medicina se hace necesaria. Sobre las posibilidades de docencia y su efectividad en el posgrado hay pocos estudios a los que nos podamos referir. Hay evidencias de que cursos específicos sobre dolor y rotaciones cortas (dos semanas) en centros especializados mejoran los conocimientos sobre el tratamiento del dolor (8,12). Sin embargo un estudio danés demuestra que cortos periodos de aprendizaje supervisado no son suficientes para el óptimo uso de los opioides en el dolor severo (11). Estaríamos por tanto justificando la necesidad de unidades específicas.

Trataremos de responder a continuación a tres preguntas básicas sobre la utilización de opioides en atención primaria: a qué opioides podemos recurrir, en qué pacientes y que recomendaciones básicas de uso se deben seguir.

## QUE OPIOIDES UTILIZAR:

En el grupo de los opioides menores, aquellos con potencia relativa menor que la morfina, se puede recurrir a la codeína, la dihidrocodeína y el tramadol.

La **codeína** es un derivado natural de opio que ha sido ampliamente utilizado, aunque hoy en día ha sido desplazado por el tramadol como principal opioide menor. Su corta vida media, el estreñimiento y la sedación que frecuentemente produce, han limitado su prescripción. Los preparados comerciales conteniendo 15 ó 30 mg. de codeína y 500 mg. de paracetamol se han mostrado efectivos y cómodos. La dihidrocodeína, análogo sintético de la codeína, aporta presentaciones con vida media que permiten su administración cada 12 horas.

El **tramadol** es el opioide más consumido en España (4). Siendo un agonista mu débil, también se le considera inhibidor de la recaptación de serotonina y noradrenalina, así como agonista noradrenérgico, y por tanto teóricamente útil en el tratamiento del dolor neuropático. Son factores que justifican claramente su éxito en el tratamiento del dolor: Su buena tolerancia, si exceptuamos la tendencia importante al desencadenamiento de náuseas, que se puede mitigar con un incremento lento de dosis, su efectividad, favorable perfil de seguridad y presentaciones comerciales con múltiples posibilidades. La presentación en solución oral permite un cómodo ajuste de dosis inicial, las fórmulas de liberación retardada aportan comodidad y la recientemente comercializada combinación con paracetamol simplifica el tratamiento en pacientes frecuentemente polimedicados. En España, según estudios avalados por la Sociedad Española del dolor, es el opioide más utilizado como medicación de rescate de los preparados de opioides mayores de liberación transdérmica.

La **morfina** es el patrón en los opioides mayores, por todos conocida y con presentaciones de liberación inmediata, una de ellas apta para la administración por sonda nasogástrica, y retardada.

La **Buprenorfina** es una molécula que ha generado amplias controversias por su condición de agonista parcial, especialmente tras su comercialización en preparado para la absorción transdérmica. La experiencia parece demostrar que, en el uso clínico habitual, no supone problema el supuesto techo terapéutico o el posible desplazamiento de los receptores de agonistas mu puros. Frecuentemente se cambia la buprenorfina por el agonista puro sin tiempo de “lavado” o se prescribe como medicación de rescate de la buprenorfina transdérmica morfina o tramadol. Las características físicas de la presentación transdérmica mejoran las del preparado de fentanilo, por su mejor adherencia y posibilidad de ajuste de dosis fraccionando el “parche”, aunque se han incrementado las reacciones alérgicas locales. Los comprimidos de administración sublingual son poco utilizados. Es el opioide de elección en los pacientes nefrópatas por su mayor eliminación por heces.

El **Fentanilo** ha sido la primera molécula comercializada para la administración transdérmica, una experiencia de 6 años lo avalan. La eficacia y un favorable perfil de seguridad están fuera de duda. La adherencia de la presentación es deficitaria, pero parece que pronto se mejorará en una nueva formulación matricial semejante a la existente para la buprenorfina.

La **oxicodona** es un análogo sintético de la morfina, de reciente comercialización en España. Aporta una mayor biodisponibilidad oral y probablemente menor incidencia de prurito y alucinaciones. Se presenta como preparado de liberación retardada, apto para la administración cada 12 horas. Permitirá la rotación de opioides vía oral sin tener que recurrir a la metadona, fármaco éste que dada su tendencia a la acumulación resulta no fácil de manejar.

### EN QUE PACIENTES:

Inicialmente debemos seguir la escalera analgésica de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (figura 3). Los opioides menores los utilizaremos ante dolores no controlados con antiinflamatorios no esteroideos (AINES) y si éstos no son suficientes recurriremos a los opioides mayores. En ambos casos con o sin fármacos coadyuvantes.

Ante aquellos pacientes que lleguen a nuestras consultas con importante dolor secundario a una causa objetivable podremos “saltarnos” escalones previos, situándonos directamente en el 2º o 3º escalón; hablamos entonces del “ascensor terapéutico”, terminología recientemente acuñada y defendida por autores de reconocido prestigio.

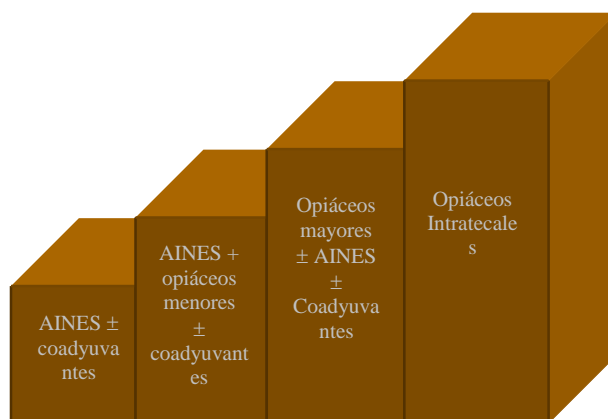


Figura 3: Escala analgésica de la OMS modificada

Podremos encontrar una respuesta reducida al opioide en:

- Dolores neuropáticos,
- Dolores aferentes, aquellos inducidos por maniobras,
- Pacientes con alteraciones cognitivas o elevada carga de ansiedad,
- Pacientes en los que se precise un incremento rápido de dosis en los primeros 4 días.

Consideraremos contraindicaciones relativas:

- Antecedente de abuso de drogas,
- Alteraciones graves de la personalidad,
- Ambiente doméstico del paciente caótico,

- Pacientes inmersos en causas judiciales.

En estos caso valoraremos la relación beneficio/riesgo para tomar una decisión sobre la prescripción del opioide.

### RECOMENDACIONES BASICAS:

Las **dosis de inicio** de tratamiento con opioides menores serán para la codeina de 15-30 mg. cada 6 horas, dependiendo de la edad y patología concomitante del paciente. Podemos recurrir a los preparados comercializados que asocian paracetamol (15/500 mg. o 30/500 mg.).

La capacidad emetógena del tramadol hace que se precise una escalada de dosis muy lenta en la mayoría de los pacientes. Con este fin resulta muy adecuada la presenteción en solución o gotas. El inicio con dosis de 25 mg/6-8horas (dos pulsaciones ó 10 gotas), con incrementos cada 2-3 días, puede ser una pauta válida. Posteriormente, tras la determinación de la dosis efectiva, recurriremos a preparados que permiten posologías más cómodas, las presentaciones de liberación retardada. Otra posibilidad de inicio podría ser la combinación recientemente comercializada de tramadol –37,5mg.- y paracetamol –325-mg; dosis que se puede doblar si tras unos días de tratamiento no se consigue la analgesia deseada.

Habiendo agotado el segundo escalón analgésico, tras haber incrementado dosis hasta las máximas recomendadas (240 mg. para la codeina o 400 mg. para el tramadol), cambiaremos el opioide menor por uno mayor a dosis equipotentes (tabla 1) o con potencia teórica incrementada en un 33%.

<i>OPIOIDE</i>	<i>DOSIS EQUIPOTENTE</i>
<b>Tramadol</b>	300-400 mg. (150-200 mg/12h.)
<b>Codeina</b>	240mg. (60mg./6h.)
<b>Morfina</b>	30-40 mg (15-20mg./12h.)
<b>Fentanilo</b>	25 Mcg/h transdérmico.
<b>Buprenorfina</b>	35 Mcg/h trandérmica.

Tabla 1: Dosis equipotentes de opioides.

Además de la prescripción en el momento y a las dosis adecuadas, consideramos recomendaciones básicas en el uso de opioides las siguientes (15):

- Informar al paciente de la posibilidad, aunque remota, de adicción, aparición de síndrome de abstinencia o deterioro cognitivo.
- Nombrar un médico responsable del seguimiento del paciente. Ello facilitará la detección temprana de comportamientos aberrantes o búsqueda compulsiva del fármaco, que nos hagan pensar en un posible mal uso. La coordinación entre diferentes niveles asistenciales se hará obligada.

- Los fármacos antiálgicos se administrarán de forma regular y a dosis fijas.
- Si hemos recurrido a preparados de liberación retardada, prescribiremos analgésicos de liberación inmediata de rescate.
- Al inicio de la administración de opioides recetaremos antieméticos y laxantes.
- Valoraremos la posibilidad de precisar una “rotación de opioides”, ante ineficacia analgésica a pesar del incremento de dosis y aparición de efectos secundarios.
- Estudiaremos los posibles cambios en las características e intensidad del dolor residual, tratando de determinar la progresión de la patología tratada o la aparición de un nuevo cuadro con tratamiento específico.
- Estableceremos un régimen de visitas según la evolución del control del dolor o las posibilidades de progresión de la enfermedad.
- No nos olvidaremos de los métodos analgésicos no farmacológicos y técnicas que mejoran la funcionalidad, tratamiento psicológico, rehabilitación funcional, ayudas de los servicios sociales, etc.

## **CONCLUSIONES:**

Debemos preguntarnos: “¿porqué tras miles de años de conocimiento de sus propiedades, el remedio más antiguo, eficaz y universal contra el dolor es hoy en día infrautilizado?, ¿pueden nuestros injustificados miedos estar privando a muchos pacientes del alivio necesario?”.

Se hace necesario el establecer bloques temáticos específicos sobre tratamiento del dolor durante los estudios de licenciatura, así como facilitar la formación de los médicos de atención primaria mediante cursos específicos o estancias en unidades especializadas. El conocimiento es la clave para vencer los miedos y ofrecer terapias antiálgicas efectivas y seguras.

## **BIBLIOGRAFIA:**

- 1.- Jadad JR, Carroll D, Gynn CJ, Moore RA, McQuay HJ. Morphine responsiveness of chronic pain: double blind randomised crossover study with patient controlled analgesia. *Lancet*, 1992; 339:1367-1371.
- 2.- Cherny NI, Thaler HT, Friedlander-Klar H, Lapin J, Foley KM. Opioid responsiveness of cancer pain syndromes caused by neuropathic or nociceptive mechanisms: a combined analysis of controlled single-dose studies. *Neurology*, 1994; 44:857-861.
- 3.- Carvajal A, García del Pozo J, Martín LH, Martín I, et al. Cambios en el patrón de consumo de analgésicos opioides en España. *Med Clin* 1997; 109:281-3.

- 4.- García del Pozo J, Carvajal A, Rueda AM, et al. Pharmacoepidemiology and prescription: Opioid consumption in Spain. The significance of a regulatory measure. *Eur J Clin Pharmacol* 1999;55(9):681-3.
- 5.- Clausen TG, International opioid consumption. *Acta Anesthesiol* 1997;41:162-5.
- 6.- Tonies H, Maier N. Prescription of analgesics in general medical practice. *Wien Klin Wochenschr* 2001;113:874-9.
- 7.- Muriel C. Falta de planificación en la enseñanza. En: Muriel C, Madrid-Arias JL. *Estudio y tratamiento del dolor*. Madrid: ELA 1.995:15.
- 8.- Caramés M, Rodríguez-Pérez A et al. Diferencias sobre conocimientos en el campo del dolor entre distintos especialistas. En: De Vera JA, Parris W, Erdine S. *Management of pain a world perspective III*. Bologna: Monduzzi editore 1998:465-8.
- 9.- Bendtsen P, Hensing G et al. What are the qualities of dilemmas experienced when prescribing opioids in general practice?. *Pain* 1999; 82:89-96.
- 10.- Rodríguez MJ. Sistematización de la administración de opioides. En: *Manual práctico sobre utilización de opiáceos potentes en el tratamiento del dolor crónico*. La Coruña: SED editorial 2003: 61-74.
- 11.- Becker N, Sjogren P et al. Treatment of chronic non-malignant pain patients managed in a danish multidisciplinary pain centre compared to general practice: a randomised controlled trial. *Pain* 2000;84:203-11.
- 12.- Oneschuk D, Fraisinger R, et al. Assessment and Knowledge in paliative care in second year family medicine residents. *J Pain Symptom Manage* 1997;14:265-73.
- 13.- Kartz L. Types and characteristics of drugs addicts. *Mental Hyg* 1925;9:300-13.
- 14.- Rayport M. Experience in the management of patients medically addicted to narcotics. *JAMA* 1954;156:684-91.
- 15.- Barutell C. Empleo de opioides en dolor crónico no maligno. En: Barutell C. *Dolor crónico no maligno*. Publicaciones Permanyer; Barcelona 1999; 77-87.