



REVISTA DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DEL DOLOR

www.elsevier.es/resed



EDITORIAL

Limitaciones en el uso de opiáceos mayores en dolor crónico no oncológico: ¿“errare humanum est” o procrastinación médica?

J.L. Aguilar*, R. Peláez, N. Esteve y S. Fernández

*Servicio de Anestesiología, Unidades de Dolor Agudo y Crónico,
Hospital Son Llatzer, Palma de Mallorca,, España*

El uso de opiáceos para el tratamiento del dolor está rodeado de una serie de actitudes, creencias y mitos que limitan, aún hoy, su empleo en clínica. Estas limitaciones afectan a médicos, pacientes y al resto de la sociedad. Entre ellas destacan: *a)* barreras culturales y sociales acerca de la adecuación y uso apropiado; *b)* aspectos legales, y *c)* insuficiencia de conocimiento¹. Todo ello conlleva un tratamiento inadecuado del dolor relacionado con miedos, creencias y actitudes, tanto de médicos como de pacientes²⁻⁴.

En la encuesta europea “Pain in Europe”⁵ se vio que el dolor crónico afecta al 11% de la población española y sólo una pequeña proporción de estos pacientes recibe tratamiento adecuado. La mayoría de los pacientes afirma que el dolor es constante y una tercera parte refiere presentar dolor diario durante todo el año. La gran mayoría de los pacientes que tienen dolor (73%) está siendo tratada por el médico de atención primaria (AP) o por el traumatólogo, y de ellos sólo el 63% sigue un tratamiento farmacológico para el dolor. Los médicos, en su mayoría, utilizan antiinflamatorios para tratar el dolor sea de la intensidad que sea, no suelen emplear otros fármacos y, en general, utilizan muy poco los opiáceos mayores por temor a una posible dependencia o adicción en el paciente. Las regulaciones legales en la prescripción (talonario de estupefacientes, número de envases por receta, doble receta —estupefaciente y otra estándar—), un cierto grado de hábito repetitivo en lo que se prescribe (de ello se conoce dosis y presentaciones, mientras que no es así de lo que no se receta habitualmente), la presión de las agencias de medicamento y siste-

mas de salud en el concepto de “coste de oportunidad” (política de genéricos y uso racional del medicamento), han llevado a que la prescripción de opiáceos en dolor crónico no oncológico siga siendo relativamente baja, a pesar de tener, si se nos permite, menos efectos indeseables que los antiinflamatorios no esteroideos —que son los fármacos que se pautan mayoritariamente en ese tipo de dolor— y ello especialmente en poblaciones de edad avanzada (mayoritarias en ese estrato de dolor crónico no oncológico = dolor osteoarticular/lumbar), especialmente susceptibles a la gastrolesividad, el daño renal y las alteraciones de coagulación/función plaquetaria.

Hace años tuvimos oportunidad de detectar el mismo fenómeno en dolor crónico oncológico, especialmente en dolor oncohematológico, considerado de “baja intensidad de dolor” dentro del dolor por cáncer⁶. Ello ya ha cambiado y en la actualidad, como demuestra el estudio ALGOPAL, un 81% de pacientes oncológicos recibe opiáceos mayores⁷.

Un estudio multicéntrico europeo acerca de la prevalencia del dolor crónico y su impacto en la calidad de vida⁸ evidenció que el dolor produce importantes consecuencias en el paciente: un 21% de los pacientes presenta depresión, el 61% disminuye su capacidad para trabajar, el 19% pierde su trabajo y el 13% ha tenido que cambiar de trabajo a causa del dolor⁸.

Los resultados de una revisión sistemática sugieren que el tratamiento a largo plazo con opiáceos puede mejorar la capacidad funcional y la calidad de vida en pacientes con dolor crónico no oncológico⁹. Las discrepancias entre médicos y pacientes en la valoración del efecto del dolor crónico en la calidad de vida también se han estudiado¹⁰. Más del 50% de los médicos participantes discrepó con la valoración del dolor por parte del paciente y el 39% de ellos infraestimó el dolor.

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jaguilar@hsl.es (J.L. Aguilar).

SERVICIO DE ANESTESIA

Período: enero-junio 2008

Indicadores de prescripción farmacéutica a través de receta médica

Selección mórficos: % DDD morfina/DDD total de mórficos x 100

Niveles	Indicador	Puntuación
A	> 25,01	1,5
B	14-25	1,0-1,4
C	4-13,99	0,6-1,0
D	0,5-3,99	0,4-0,6
E	< 0,49	0

Área Gaia	Sector Gaia	Indicadores	Gaia mórficos	Gaia mórficos VR
Mallorca	Sector Inca		0	0
	Sector Llevant		0	0
	Sector Migjorn		9,1	0,8
	Sector Ponent		3,99	0,6
Menorca	Sector Menorca		0,92	0,42
Eivissa	Sector Eivissa		0	0

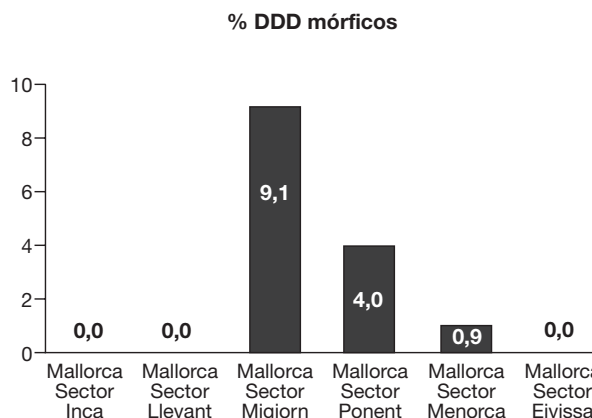


Figura 1 Indicadores de prescripción %DDD mórficos. DDD: dosis diaria definida.

En este número de nuestra revista se publica un estudio transversal de ámbito nacional¹¹ que compara las actitudes, creencias, vivencias y opiniones acerca del dolor crónico no oncológico de 3 colectivos (médicos de diferentes especialidades, farmacéuticos y pacientes) y su influencia en el empleo de opiáceos en este tipo de dolor.

La muestra definitiva está compuesta por 1.851 cuestionarios: 316 de farmacéuticos de oficinas de farmacia, 697 de médicos (103 de unidades del dolor [UD], 206 traumatólogos, 101 rehabilitadores, 86 reumatólogos, 189 médicos de AP y 12 que no especifican especialidad) y 838 de pacientes.

Los resultados más relevantes se centran en la diferente evaluación del dolor por médicos y pacientes, las reticencias que hay en los diferentes colectivos ante la prescripción de opiáceos y la percepción de la repercusión del dolor en la calidad de vida del paciente, tanto en cuanto a actividades básicas como a aspectos psicológicos. Los fármacos utilizados en dolor crónico no oncológico se distribuyen de la siguiente manera: el 63% analgésicos no opiáceos, el 28% opiáceos menores y el 17% opiáceos mayores. Sólo el 8% de los médicos reconoce tener reticencias para utilizar opiáceos mayores; de ellos, la gran mayoría por la *complicación que supone utilizar la receta de estupefacientes* (63%) y sus efectos secundarios (55%).

El dolor crónico no oncológico incluye en este estudio la espalda y articulaciones como localizaciones más frecuentes del dolor, que habitualmente se debe a artrosis (41%) y a lumbalgia/cervicalgia (35%). Un 94% de los pacientes manifiesta tener su dolor no controlado (escala visual analógica [EVA] > 3). La media de dolor es de 7 en una escala de 0 a 10 puntos. El 87% lo presenta todos los días, con una duración media de 7,5 años. Para los pacientes el objetivo del tratamiento analgésico es el alivio del dolor hasta hacerlo tolerable (55%) y la desaparición del dolor (44%). El 59% ha acudido a traumatólogos y el 51% al médico de AP.

Sólo se prescriben opiáceos mayores al 17% de estos pacientes, y ello con más frecuencia en las UD, donde atienden mayor proporción de pacientes con dolor crónico no oncológico y con mayores intensidades de EVA.

Sólo el 23% de los pacientes muestra reticencias hacia el uso de opiáceos, generalmente motivadas por los efectos secundarios y el riesgo de adicción.

Las reticencias de los pacientes frente a los analgésicos son independientes del sexo y la edad, pero aumentan significativamente en los pacientes *menos instruidos*. La opinión acerca de las reticencias de los médicos y de los farmacéuticos frente al uso de opiáceos es más habitual a medida que aumenta el nivel de instrucción.

En el estudio¹¹ se observa que los médicos que miden el dolor (21%) prescriben opiáceos mayores con el doble de frecuencia que los que no lo miden (11%). La prevalencia de dolor crónico no oncológico es más elevada en las UD (77%) y en reumatología (66%) que en AP (22%).

Sin embargo, analizando nuestro entorno, vemos que la interrelación entre UD crónico y UD agudo¹² con AP nos ha llevado a un aumento claro de la prescripción de opiáceos mayores (fig. 1), tanto en dolor crónico no oncológico como ahora en dolor agudo postoperatorio en procedimientos específicos (opiáceos orales –oxicodona– en prótesis total de rodilla y prótesis de cadera). Estas intervenciones se realizan en pacientes con dolor crónico no oncológico (osteoarticular), algunos de los cuales ya estarán, esperemos que cada vez más, recibiendo opiáceos mayores para su dolor.

Este tipo de interrelación entre niveles asistenciales hospital-AP en dolor podría ser emulado de otro tipo de especialistas (p. ej., hematólogos) que ya la llevan a cabo *online* con éxito en el control del tratamiento anticoagulante oral en Baleares¹³. El control *online* junto con la receta electrónica podrían facilitar el empleo de opiáceos en dolor crónico no oncológico.

“Errare humanum est” dicho en época romana equivale hoy a “to err is human”, informe del Institute of Medicine que data de 1999 y que pone de manifiesto que el error médico ocurre en un 7% de los pacientes, y provoca en Estados Unidos entre 44.000-98.000 muertes al año. Es decir, muere más gente por error médico, en un año determinado, que por accidente de tráfico, cáncer de mama o sida. Los errores pueden ser por acción (¿miedo de sobredosis y posibles adicciones con opiáceos mayores?) u omisión (¿infra-prescripción de opiáceos?).

La procrastinación (del latín: *pro*, adelante, y *crastinus*, referente al futuro) es la acción de postergar actividades o situaciones que uno debe atender, por otras situaciones más irrelevantes. En el estudio que motiva este editorial —de ahí nuestro título— sorprende que una quinta parte de los médicos no disponga de talonario de receta de estupefacientes en su consulta. La disponibilidad de talonario de estupefacientes también es significativamente menos frecuente en los médicos más jóvenes. A pesar de la alta prevalencia de dolor no controlado, siguen sorprendiéndonos los bajos niveles de utilización de los opiáceos mayores, ¿será por un cierto grado de procrastinación? Por ello nuestro título... “Limitaciones en el uso de opiáceos mayores en dolor crónico no oncológico: ¿‘errare humanum est’ o procrastinación médica?”.

Bibliografía

1. Bloodworth D. Opioids in the treatment of chronic pain: legal framework and therapeutic indications and limitations. *Phys Med Rehabil Clin N Am*. 2006;17:355-79.
2. Bhamb B, Brown D, Hariharan J, Anderson J, Balousek S, Fleming MF. Survey of select practice behaviors by primary care physicians on the use of opioids for chronic pain. *Curr Med Res Opin*. 2006;22:1859-65.
3. Kahan M, Srivastava A, Wilson L, Gourlay D, Midmer D. Misuse of and dependence of opioids: study of chronic pain patients. *Can Fam Physician*. 2006;52:1081-7.
4. Blake S, Ruel B, Seamark C, Seamark D. Experiences of patients requiring strong opioid drugs for chronic non-cancer pain: a patient-initiated study. *Br J Gen Pract*. 2007;57:101-8.
5. Fricker J. Pain in Europe. A Report. Cambridge, England: Mundipharma International, Ltd.; 2003. Disponible en: http://www.painineurope.com/user_site/index.cfm?item_id=4405413.
6. Aguilar JL, Guanyabens C. El dolor en el paciente hematológico. *Rev Soc Esp Dolor*. 1999;6:436-48.
7. Gisbert A, Gómez X, Gómez M, Núñez JM. Prevalencia, características y efectividad del tratamiento del dolor en pacientes con cáncer avanzado tratados en servicios de cuidados paliativos en España. *Estudio ALGOPAL*. *Med Pal*. 2007;14:1-5.
8. Breivik H, Collett B, Ventafridda V. Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life and treatment. *Eur J Pain*. 2006;10:287-333.
9. Devulder J, Richarz U, Nataraja SH. Impact of long-term use of opioids on quality of life in patients with chronic non-malignant pain. *Curr Med Res Opin*. 2005;21:1555-68.
10. Panda M, Staton LJ, Chen I, Kurz J, O'Rourke J, Pasanen M, et al. The influence of discordance in pain assessment on the functional status of patients with chronic non-malignant pain. *Am J Med Sci*. 2006;332:18-23.
11. González-Escalada JR, Barrutell C, Camba A, Contreras D, Muriel C, Rodríguez M. Creencias, actitudes y percepciones de médicos, farmacéuticos y pacientes sobre la evaluación y el tratamiento del dolor crónico no oncológico. *Rev Soc Esp Dolor*. 2009;16:7-21.
12. Esteve N, del Rosario E, Giménez I, Montero F, Baena M, Ferrer AM, et al. Seguridad y efectividad del tratamiento del dolor agudo postoperatorio: Seguimiento de 3.670 pacientes. *Rev Esp Anestesiología Reanim*. 2008;55:541-7.
13. Romero P, Guanyabens C, Caparrós M, Ribot M, Seguí R, Calderón D, et al. Modelo de control del tratamiento anticoagulante oral, descentralizado, en conexión *online* entre especialista hospitalario y centros de primaria en el Hospital de Inca. *Hematológica*. 2008;93: Pb147.