

grante o burlesco y uso de recursos retóricos que buscan captar el interés del lector (p. ej., «La divertida reacción de un anciano al darse cuenta de que tiene 98 años. El vídeo, grabado por su hijo, supera las 3.500.000 visualizaciones en YouTube». *El País*, 12/02/2018; «La divertida reacción de una abuela italoamericana con Google® Home. La anciana María Aktis intenta con poco éxito comunicarse con su nuevo dispositivo», *El País*, 29/12/2017; «Un jubilado se graba a sí mismo durante sus vacaciones al utilizar mal la GoPro®», *El Periódico*, 11/04/2016). Generalmente estas publicaciones van acompañadas de fotos, vídeo(s) y una difusión eco en las respectivas redes sociales del medio, con el fin de masificarlas rápidamente. Además, muchos titulares utilizan terminología con carga peyorativa o que reducen a los mayores a determinados roles (abuelos o jubilados, entre otros).

Como profesionales que trabajan con personas mayores, debemos considerar que el lenguaje transmite ideologías que se legitiman según quién lo use, dónde, cuándo y por qué canal. Por tanto, debemos ser críticos y conscientes que incluso en discursos aparentemente positivos podría existir un edadismo que es sutil, que en algunos casos está completamente naturalizado y normalizado, y que sus consecuencias pueden ser tan perjudiciales como el edadismo proveniente de los tradicionales discursos negativos de la vejez.

Bibliografía

1. Naciones Unidas, Declaración Política y Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento. II Asamblea mundial sobre el envejecimiento, Nueva York, 2003.

2. Kotther-Grün D. Changing Negative Views of aging: implications for Intervention and Translational Research. *Annu Rev Gerontol Geriatr.* 2015; 35:167-86.
3. Milner C, Van Norman K, Milner J. The media's Portrayal of ageing. En: Beard JR, Biggs S, Bloom DE, et al, editores. *Global Population Ageing: Peril or Promise?* Ginebra: World Economic Forum; 2012.
4. Rozanova J. Discourse of successful ageing in The Globe & Mail: Insights from critical gerontology. *J Aging Stud.* 2010;24:213-22.
5. Ylänne V. Representations of ageing in the media. En: Twigg J, Martin W, editores. *Routledge Handbook of Cultural Gerontology.* Nueva York: Routledge; 2015. p. 369-76.
6. Calasanti T. Combating Ageism: How Successful Is Successful Aging? *Gerontologist.* 2016;56:1093-101.
7. Mason S, Darnell E, Prifti K. Stereotypes and Representations of Aging in the Media. *J Instructional Psychol.* 2010;37:189-90.

Stephany Bravo-Segal* y Feliciano Villar

Departamento de Cognición, Desarrollo y Psicología de la Educación, Universidad de Barcelona, Barcelona, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: sbravo.segal@ub.edu (S. Bravo-Segal).

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2019.02.006>

0211-139X/ © 2019 SEGG. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Fentanilo transmucoso y dolor irruptivo: la otra cara de la moneda



Transmucosal fentanyl and breakthrough pain: The other side of the coin

Sr. Editor:

Tras leer la segunda edición de la *Guía de buena práctica clínica del dolor irruptivo en el anciano* de la SEGG, me gustaría ofrecer el punto de vista de un médico especialista en adicciones, que en los últimos años está observando «la otra cara de la moneda». En los últimos 6 meses he atendido a 5 pacientes entre 78 y 82 años con dolor crónico no oncológico (DCNO); 2 presentaban un uso indebido de analgésicos opioides y otros 3 fueron derivados porque la retirada del fármaco (por solicitud del paciente, ineficacia, deterioro de la calidad de vida, trastornos del ánimo y/o tendencia al aislamiento social) había resultado complicada en la unidad del dolor. En todos los casos, el opioide implicado fue el fentanilo transmucoso (FTM).

Los principios básicos desarrollados para el tratamiento del dolor oncológico, previstos originalmente para un tratamiento de semanas o meses, se han generalizado también al DCNO, con tratamientos a largo plazo y a dosis elevadas (para superar la tolerancia asociada a su uso). Pero los principios que son aplicables al manejo del dolor oncológico terminal no lo son para el DCNO¹⁻⁴. No hay estudios sobre los resultados a largo plazo en la población general (menos en la población anciana frágil) que justifiquen tratamientos prolongados con dosis elevadas^{5,6}. Si a esto añadimos formulaciones de elevada potencia y acción muy rápida, como las de FTM, está servido el riesgo de tolerancia en poco tiempo, escalada de dosis, abuso, sobredosis y adicción.

En cuanto al dolor irruptivo (DI) en el DCNO, sin entrar en el dilema, aún sin resolver, de si existe o no⁷, en la práctica clínica

es frecuente encontrarse con un dolor incidental sobre la base de un DCNO tratado con opioides; pero ¿es realmente un DI o caben otras posibilidades? En tratamientos prolongados (más de 3 meses) con opioides, siempre deberíamos plantearnos otras opciones que, en muchas ocasiones, se pasan por alto: tratamiento de base insuficiente, desarrollo de tolerancia o de hiperalgesia inducida por opioides (HIO), abuso o adicción.

Por otro lado, no considero que los opioides sean la mejor opción de tratamiento del DCNO (incluido el DI) en los ancianos, una población que presenta una compleja combinación de problemas de salud física y mental, y unos elevados índices de polifarmacia; una población en la que cada vez existe mayor evidencia de efectos adversos asociados con el uso de opioides en DCNO⁸⁻¹⁸. Con los tratamientos a largo plazo es más que probable que el principio de beneficencia se transforme en maleficencia, incluso en los ancianos.

Parece que en España no estamos tomando nota de EE. UU.; en general, existe una baja percepción de riesgo con los analgésicos opioides¹⁹, incluido el FTM, del que quiero resaltar 2 cuestiones importantes:

1. La ficha técnica de cualquier formulación de FTM²⁰ señala que su única indicación es el tratamiento del DI en pacientes con cáncer que ya reciben tratamiento de base con opiáceos mayores y que en ningún caso se deberán utilizar más de 4 rescates al día. Nada más lejos de lo que ocurre en la práctica clínica, donde es frecuente que se pauten para el DCNO y «a demanda».
2. La Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS), consciente del problema, en su nota informativa 5/2018 señala la importancia de respetar las condiciones autorizadas, para minimizar el riesgo de abuso y/o adicción con los medicamentos que contienen FTM².

Tenemos que ser coherentes, éticos y precisos ante una enfermedad tan compleja. La formación de los profesionales sanitarios

en el manejo del dolor crónico (incluido el DI) y su tratamiento no debe estar sesgada. No se deben subestimar los riesgos. ¿Dónde está en su guía la evidencia sobre seguridad y tolerabilidad a largo plazo²¹ (más de 6 meses), los efectos adversos de estas formulaciones, la importante dependencia física que pueden provocar, etc.?

Otro punto esencial es la información que el paciente recibe sobre su tratamiento. ¿Se informa a los pacientes sobre la HIO, el abuso, la adicción o la sobredosis que pueden asociarse al uso de estos fármacos y a los que ninguno es inmune?¹⁹ Se les debe informar no solo de los beneficios, sino también de los riesgos potenciales, más allá de las náuseas y el estreñimiento, para que puedan decidir con autonomía.

Recomendaría a los autores de la guía anteriormente mencionada, patrocinada por un laboratorio farmacéutico y cuyas afirmaciones respaldadas por la bibliografía se refieren casi exclusivamente al DI en pacientes oncológicos, que tuvieran también en cuenta esta «otra cara». A todos ellos les invito a leer la *Guía de consenso para el buen uso de analgésicos opioides*¹⁹.

Bibliografía

- Häuser W, Bock F, Engeser P, Hege-Scheuing G, Hüppe M, Lindena G, et al. Recommendations of the updated LONIS guidelines Long-term opioid therapy for chronic noncancer pain [Article in German]. *Schmerz*. 2015; 29:109–30.
- AEMPS. Notas informativas: Fentanilo de liberación inmediata: Importancia de respetar las condiciones de uso autorizadas (Ref: MIJH [FV] 5/2018) [consultado 30 Nov 2018] Disponible en: https://www.aemps.gob.es/informa/notasInformativas/medicamentosUsoHumano/seguridad/2018/NI-MUH.FV_05-Fentanilo.htm
- Schug SA, Ting S. Fentanyl Formulations in the Management of Pain: An Update. *Drugs*. 2017;77:747–63. <http://dx.doi.org/10.1007/s40265-017-0727-z>
- Ballantyne JC. Breakthrough pain: Just pain? *Pain*. 2016;157:2621–2. <http://dx.doi.org/10.1097/j.pain.0000000000000684>
- Els C, Jackson TD, Hagtvedt R, Kunyk D, Sonnenberg B, Lappi VG, et al. High-dose opioids for chronic non-cancer pain: An overview of Cochrane Reviews. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017, Issue 10. Art. No.: CD012299. DOI: 10.1002/14651858.CD012299.pub2.
- Els C, Jackson TD, Kunyk D, Lappi VG, Sonnenberg B, Hagtvedt R, et al. Adverse events associated with medium- and long-term use of opioids for chronic non-cancer pain: An overview of Cochrane Reviews. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017, Issue 10. Art. No.: CD012509. DOI: 10.1002/14651858.CD012509.pub2.
- Manchikanti L, Singh V, Caraway DL, Benyamin RM. Breakthrough pain in chronic non-cancer pain: fact, fiction, or abuse. *Pain Physician*. 2011;14:E103-E117. [consultado 2 Feb 2019]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21412376>.
- Makris UE, Abrams RC, Gurland B, Reid MC. Management of persistent pain in the older adult: A clinical review. *JAMA*. 2014;312:825–36. <http://dx.doi.org/10.1001/jama.2014.9405>
- Solomon DH, Rassen JA, Glynn RJ, Lee J, Levin R, Schneeweiss S. The comparative safety of analgesics in older adults with arthritis. *Arch Intern Med*. 2010;170:1968–78. <http://dx.doi.org/10.1001/archinternmed.2010.391>
- O'Neil CK, Hanlon JT, Marcum ZA. Adverse effects of analgesics commonly used by older adults with osteoarthritis: Focus on non-opioid and opioid analgesics. *Am J Geriatr Pharmacother*. 2012;10:331–42. <http://dx.doi.org/10.1016/j.amjopharm.2012.09.004>
- Jena AB, Goldman D, Weaver L, Karaca-Mandic P. Opioid prescribing by multiple providers in Medicare: Retrospective observational study of insurance claims. *BMJ*. 2014;348:g1393. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.g1393>
- Olfson M, Wang S, Iza M, Crystal S, Blanco C. National trends in the office-based prescription of schedule II opioids. *J Clin Psychiatry*. 2013;74:932–9. <http://dx.doi.org/10.4088/JCP.13m08349>
- Beletsky L, Rich JD, Walley AY. Prevention of fatal opioid overdose. *JAMA*. 2012;308:1863–4. <http://dx.doi.org/10.1001/jama.2012.14205>
- Inciardi JA, Surratt HL, Cicero TJ, Beard RA. Prescription opioid abuse and diversion in an urban community: The results of an ultrarapid assessment. *Pain Med*. 2009;10:537–48. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1526-4637.2009.00603.x>
- Buckeridge D, Huang A, Hanley J, Kelome A, Reidel K, Verma A, et al. Risk of injury associated with opioid use in older adults. *J Am Geriatr Soc*. 2010;8:1664–70. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1532-5415.2010.03015.x>
- Miller M, Stürmer T, Azrael D, Solomon DH. Opioid analgesics and risk of fractures among older adults with arthritis. *J Am Geriatr Soc*. 2011;59:430–8. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1532-5415.2011.03318.x>
- Daoust R, Paquet J, Moore L, Émond M, Gosselin S, Lavigne G, et al. Recent opioid use fall-related injury among older patients with trauma. *CMAJ*. 2009;190:E500–6. <http://dx.doi.org/10.1503/cmaj.171286>
- Musich S, Wang SS, Slindee L, Kraemer S, Yeh CS. Prevalence and characteristics associated with high dose opioid users among older adults. *Geriatr Nurs*. 2019;40:31–6.
- Socidrogalcohol. Manuales y guías clínicas. Guía para el buen uso de analgésicos opioides. Gestión de riesgos y beneficios. 2017 [consultado 2 Feb 2019] Disponible en: <http://www.socidrogalcohol.org/manuales-y-guias-clinicas-de-socidrogalcohol.html>
- AEMPS. Centro de Información online de medicamentos de la AEMPS (CIMA). 2017 [consultado 2 Feb 2019]. Disponible en: <https://cima.aemps.es/cima/publico/home.html>
- Janknegt R, van den Beuken M, Schiere S, Überall M, Knaggs R, Hanley J, et al. Rapid acting fentanyl formulations in breakthrough pain in cancer. Drug selection by means of the System of Objectified Judgement Analysis. *Eur J Hosp Pharm*. 2018;25, e2. <https://doi.org/10.1136/ejhp-2016-001127>.

Ana Isabel Henche Ruiz

Unidad de Conductas Adictivas de Toledo, SESCAM, Toledo, España

Correo electrónico: aihencher@gmail.com

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2019.02.004>

0211-139X/ © 2019 SEGG. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.