

Foro de consenso sobre opioides y dolor crónico no oncológico. ESRA local meeting. Barcelona, mayo 2002

L. LORENTE CAPARRÓS

Anestesiólogo, Responsable de la Clínica del Dolor, Hospital General de Catalunya, Sant Cugat del Vallès (Barcelona)

Justificación

Es este un tema controvertido, al que se han dedicado y dedican numerosas publicaciones y sesiones en congresos. Prácticamente todas las asociaciones médicas dedicadas al estudio y tratamiento del dolor en los diferentes países se han preocupado de establecer un marco profesional y/o legal para la realización de la práctica médica correspondiente. Ante la evidencia que supone esta preocupación profesional, la ESRA se propuso como objetivo la discusión y redacción de un documento de consenso para clarificar, armonizar y apoyar el ejercicio médico profesional en el tratamiento con opioides del dolor crónico no oncológico

Antecedentes

Hasta hace 30 años, la utilización de opioides en el tratamiento de dolor crónico no oncológico era poco menos que un tabú. El tratamiento con opioides en dolor neoplásico y en los casos de dolor postoperatorio (agudo) era plenamente aceptado, mientras que en el dolor crónico no oncológico no existía consenso a la hora de su utilización. Las razones había que buscarlas en la posibilidad de efectos secundarios indeseables muy importantes en los pacientes, y en la posibilidad de crear adicción a estas sustancias por parte del paciente, derivando en una alteración conductual de carácter antisocial. Desde entonces algunos autores han publicado artículos e incluso revisiones con conclusiones a menudo contradictorias acerca de la eficacia y de los efectos negativos de los opioides en dolor crónico no oncológico.

Por otra parte, la magnitud del problema médico y social que representa el dolor crónico no oncológico se ha hecho patente últimamente con diversos estudios epidemiológicos que han puesto de manifiesto la importancia del tema.

Para clarificar en lo posible esta situación, se ha procedido a una revisión exhaustiva del tema para definir y aclarar en lo posible los puntos conflictivos,

ofreciendo posteriormente, y en base a la posible evidencia científica cuando la haya, unas recomendaciones para la práctica clínica que faciliten la labor de todos los especialistas en medicina del dolor.

Material y métodos

Se realizó una búsqueda bibliográfica exhaustiva en la literatura médica para seleccionar el mayor número de publicaciones. De éstas se seleccionaron los ensayos clínicos aleatorizados y a doble ciego para realizar un análisis cuantitativo de los mismos y evaluar el grado de evidencia científica mediante la realización de un metaanálisis. No obstante, aunque los ensayos clínicos son el escalón más alto de la evidencia científica, también se utilizaron los otros trabajos (estudios de cohorte, estudios de casos y controles, estudios transversales, series de casos, revisiones cualitativas y opiniones de expertos) en la medida de la importancia que su metodología les confiere.

De la lectura de los diversos trabajos se obtuvo la identificación y análisis de los principales puntos de controversia, que son:

- Eficacia
- Efectos secundarios
- Indicaciones
- Adicción
- Disfunción cognitiva
- Tipos de opioide, dosis, titulación y vías de administración
- Seguimiento
- Aspectos legales

Conclusiones

Del análisis de las publicaciones respecto a estos puntos de controversia se obtienen los siguientes resultados:

Eficacia: Hay evidencia científica de la eficacia de los opioides en el tratamiento del dolor crónico no oncológico. Esta evidencia está basada en una disminución del dolor en reposo en los grupos tratados con opioides respecto a los tratados con otros analgésicos, así como en una menor intensidad del dolor en actividad, un menor consumo de fármacos de rescate y un número de abandono de los estudios por dolor no controlado que es 4 veces superior en los grupos tratados con analgésicos no opioides. En todos los casos los resultados son significativos estadísticamente.

Efectos secundarios: Hay evidencia significativa de aparición de efectos secundarios más numerosos en los pacientes tratados con opioides que en los no tratados con opioides. Los efectos secundarios en que se apreciaron diferencias significativas son las náuseas, la somnolencia, la constipación, la cefalea y el prurito. No se apreciaron estas diferencias respecto a mareos, boca seca y diarreas.

Indicaciones: No se ha encontrado evidencia que haga plantearse en este momento la introducción de los opioides como la primera elección en el tratamiento analgésico.

Adicción: No se han podido detectar datos cuantificables en el conjunto de las publicaciones estudiadas, por lo que a pesar de que parece que la frecuencia de presentación de la misma es muy baja (no superior al 1%), no existe una conclusión al respecto.

Disfunción cognitiva: Cuando se habla de disfunción cognitiva nos estamos refiriendo a alteración de las funciones superiores debida al uso de opioides mayores. En este sentido se han encontrado pocos trabajos (2 estudios con un período de seguimiento muy corto –inferior al mes), por lo que creemos que sus conclusiones no tienen una validez absoluta y son necesarios más estudios para poder realizar un pronunciamiento al respecto.

Tipos de opioide, dosis, titulación y vías de administración: La mayoría de publicaciones se refieren a opioides menores y no ofrecen uniformidad de criterio en el tipo de fármaco, las dosis ni la vía de administración. No obstante, diversos autores recomiendan la utilización de opioides de acción prolongada. Respecto a la vía de administración no hay acuerdo, aunque se valora como favorable la facilidad de administración (preferible oral o transdérmica a parenteral).

Seguimiento: En general se valora como interesante el seguimiento de estos pacientes por médicos o centros especializados en dolor.

Aspectos legales: Los diversos autores que tratan este tema aconsejan la existencia de documentos de consentimiento informado del tratamiento a seguir, con explicitación de los posibles efectos secundarios, riesgos, etc.

En función de la evidencia anteriormente expuesta, la ESRA aconseja que en el tratamiento de los pacientes afectados de dolor crónico no neoplásico deben ser tenidos en cuenta los siguientes puntos:

1. El tratamiento con opioides en estos pacientes ha demostrado ser efectivo, por lo que se aconseja su uso.
2. El tratamiento con opioides no debe ser en cualquier caso una primera elección en estos pacientes y el foro de consenso de la ESRA cree importante respetar la progresión de analgésicos siguiendo la escalera de la OMS, aceptando los criterios clásicos de selección de los pacientes.
3. El foro de consenso de la ESRA se muestra a favor de la utilización de opioides de acción prolongada, a intervalos fijos y después de un período de titulación.
4. Se valora como necesario realizar un seguimiento de los pacientes afectados de dolor crónico no oncológico con una periodicidad de al menos 3 veces al año, disponiendo de acceso telefónico directo a los pacientes y siendo este seguimiento realizado preferiblemente por unidades especializadas en el manejo de estos pacientes.
5. Se considera necesaria la realización o existencia de un documento de consentimiento informado entre el paciente y el médico especialista encargado de su tratamiento y seguimiento. Este documento debe ser lo más completo posible, informando al paciente de las características de su dolencia y del tratamiento prescrito. Debe ser firmado por ambas partes (médico y paciente).
6. Los objetivos del tratamiento con opioides en los pacientes afectados de dolor crónico no oncológico son: el alivio del dolor, la mejoría en la calidad de vida y la reincorporación laboral (siempre que sea posible).

Bibliografía

1. Aliaga L, Camba A, Carceller J, et al. Recommendations of SED Task Force regarding the use of major opiates in non-oncologic chronic pain. *Rev Soc Esp Dolor* 2000;7(4):253-4.
2. Ribera MV, De Barutell C, Rodríguez M. Uso de opioides en el tratamiento del dolor crónico no maligno.

- Protocolo medicolegal de consentimiento informado. *Dolor* 2001;16(1):33-41.
3. Faura C. Utilización de opioides en dolor crónico no maligno. Propuesta de directrices europeas. *Dolor* 2001;16(Suppl II):40-1.
 4. AAPM & APS. The use of opioids for the treatment of chronic pain. *Pain Forum* 1997;6:77-9.
 5. ASA Task Force on Pain Management, Chronic Pain Section. Practice Guidelines for chronic pain management. *Anesthesiology* 1997;86:995-1004.
 6. McQuay H. Opioid use in chronic pain. *Acta Anaesthesiol Scand* 1997;41(1 Pt 2):175-83.
 7. Stein C. Oral opioids in chronic non-cancer pain. Prospective controlled studies needed! *Anaesthetist* 1996;45(6):493-4.
 8. Moulin D, Iezzi A, Amireh R, Sharpe W, Boyd D, Merskey H. Randomised trial of oral morphine for chronic non-cancer pain. *Lancet* 1996; 347(8995):143-7.
 9. Peloso P, Bellamy N, Bensen W, et al. Double blind randomized placebo control trial of controlled release codeine in the treatment of osteoarthritis of the hip or knee. *Journal of Rheumatology* 2000;27:764-71.
 10. Caldwell J, Hale M, Boyd R, et al. Treatment of osteoarthritis pain with controlled release oxycodone or fixed combination oxycodone plus acetaminophen added to nonsteroidal antiinflammatory drugs: a double blind, randomized, multicenter, placebo controlled trial. *Journal of Rheumatology* 1999; 26:862-9.