

Administración inadecuada de opioides en dolor crónico no oncológico. Una realidad en nuestro entorno

ILIANA VEGA GARCÍA, MARTA FERRÁNDIZ MACH, MERCÈ GENOVÈ CORTADA, TERESA SANTEULARIA VERGÉS
Y ELENA CATALÀ PUIGBÓ

RESUMEN

El dolor crónico no oncológico (DCNO) es de origen multifactorial y su control complejo debido a sus múltiples causas. El incremento de la supervivencia de la población ha llevado a padecer en mayor medida enfermedades osteoarticulares, que afectan la calidad de vida de las personas. El uso de opioides es controvertido en el DCNO, pero a pesar de ello se ha vuelto un pilar en su tratamiento. Esto ha producido en mayor medida efectos secundarios y adversos de su consumo. El uso adecuado de este grupo de fármacos deben supervisarlos médicos especialistas¹ para su prescripción, control y descenso/suspensión; además, los pacientes deben estar informados y bajo continuo control de un equipo multidisciplinario.

Palabras clave: Opioides. Dolor crónico no oncológico.

ABSTRACT

Non-oncological chronic pain (DCNO) has multifactorial origin and a complex management due to its multiple etiologies. The increase in the survival of the population has led us to suffer more osteoarticular diseases, which affect the quality of life of people. The use of opioids is controversial in the DCNO, but despite this it has become a pillar in its treatment. This leads to the presence to a greater extent of adverse and side effects of its use. The proper use of this group of drugs must be supervised by medical specialists for their prescription, control and decrease/withdrawal; moreover, patients must be informed and be in continuous control by a multidisciplinary team. (DOLOR. 2019;34:86-90)

Key words: Opioids. Non-oncological chronic pain.

Corresponding author: Iliana Vega García, arazulvega@gmail.com

CASO CLÍNICO

Mujer de 74 años con dolor lumbar de larga evolución, derivada a la Unidad del Dolor por su médico de asistencia primaria para segunda valoración.

Antecedentes personales: alergia al cisplatino, cifoescoliosis, artritis reumatoide, VHC en remisión y neoplasia de sigma con metástasis hepáticas intervenidas.

Enfermedad actual: dolor lumbar de más de 10 años de evolución, irradiado a ambas extremidades inferiores, con predominio en la cara posterior de los muslos, cara lateral de las piernas y cara dorsal y

plantar de ambos pies. Lo refiere como un dolor sordo, que se incrementa con los movimientos (al caminar) y mejora con el reposo. Presenta también polialgias generalizadas, dificultad en el descanso nocturno y gran limitación funcional que le impide salir de manera autónoma (por casa deambula con caminador y sale a la calle con silla retropulsada). La medicación analgésica no le proporciona alivio ni mejoría del dolor. Puntuación de la Escala Visual Numérica (EVN) de 8.

Medicación a su llegada a la unidad: etoricoxib (90 mg/24 h); amitriptilina (25 mg/noche); gabapentina (300 mg/12 h); lormetazepam (2 mg/noche); sulfato de morfina de liberación continua (MST®)

(240 mg-0-150 mg) y rescates de sulfato de morfina (Sevredol®) (10 mg/6 h). Cuestionarios realizados en la primera visita: EVN, 9; HADS (Escala de Ansiedad y Depresión), 13 A/13 D; Oswestry (Escala de Discapacidad Funcional), 76%; DN4 (Escala de Valoración de Dolor Neuropático), 4; EQ 5D (Escala de Calidad de Vida EuroQuol), 10%, percepción personal.

Destaca que la paciente se trató un año antes con hidromorfona (24 mg/día), que se suspendió por ineficacia. Las dosis de MST® se iniciaron dos meses antes y la progresión hasta llegar a las dosis actuales se había realizado en 45 días.

Exploración física: la paciente ingresa a la unidad en silla de ruedas. Se documentan deformidades osteo-degenerativas en ambas manos y pies. Imposible realizar marcha de talones y puntillas. Deambulación muy insegura de manera autónoma. Actitud del tronco en flexión. Dolor con todos los movimientos de la columna, en especial de la columna lumbar. La palpación de la musculatura paravertebral de todo el raquis es dolorosa. Enorme dificultad para realizar la exploración física. La paciente refiere algias generalizadas, tanto espontáneas como a la palpación de diferentes grupos musculares.

Exploraciones complementarias: TC lumbar en 2017: grave escoliosis dorsolumbar de convexidad izquierda, con componente rotacional. Notorios cambios degenerativos vertebrodisciales y facetarios que producen estenosis del canal lumbar de L3 a S1 y foraminales L3-L4 derecha y L4-L5 y L5-S1 izquierda (Fig. 1).

EMG en 2006: lesión crónica de L5-S1 bilateral.

DIAGNÓSTICO

Grave espondiloartropatía degenerativa con estenosis de canal secundaria en paciente consumidora de opioides a dosis altas.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Hiperalgesia inducida por opioides (HIO), metástasis óseas, brote de artritis reumatoide.

TRATAMIENTO

Infiltración epidural interlaminar (IEI) y disminución de la dosis de opioides. Bajo control radioescópico

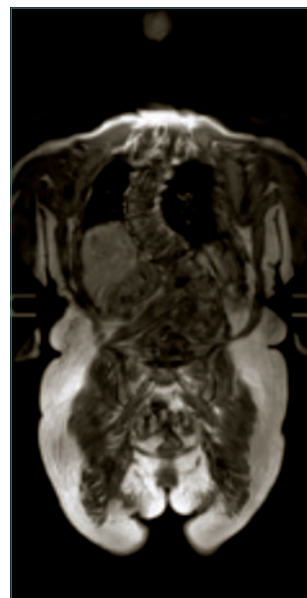


Figura 1. Estenosis del canal lumbar de L3 a S1 y foraminales L3-L4 derecha y L4-L5 y L5-S1 izquierda.

se realiza IEI medial L5-S1 con 9 mg de betametasona y 5 ml de ropivacaína al 0,2%. La gran deformidad anatómica lo hace muy difícil.

En el control telefónico a las 48 h refiere mejoría del 50% (EVN, 5). Se inicia disminución de MST® a dosis de 180-0-150 mg/día. Ante la persistencia de la mejoría analgésica a los 10 días de la técnica se reduce MST® a 180-0-120 mg/día.

Al mes de la infiltración, la paciente tiene mejor estado de ánimo, acude a consultas externas sin acompañante y utiliza un bastón de apoyo. Buena tolerancia a la disminución de opioides, por lo que se decide continuar el descenso a 150-0-90 mg/día.

A los tres meses persiste la mejoría y se inicia fisioterapia. Se reduce MST® a 120-0-60 mg/día y se incrementa la amitriptilina a 25 mg/12 h.

A los cinco meses, la paciente ingresa en Urgencias por insuficiencia respiratoria aguda + insuficiencia cardíaca (IC) inicial + hiponatremia + derrame pleural cardiogénico. En el ingreso se reduce MST® a 10 mg/12 h + Sevredol® a 10 mg de rescate. La paciente desarrolla síndrome de abstinencia, que se resuelve con el uso de ansiolíticos y neurolépticos prescritos por la unidad de toxicomanías, sin incrementar la dosis de MST® (EVN, 6).

A los ocho meses, empeoramiento de los síntomas, sin precisar aumento de MST® (EVN, 8). Se decide nueva IEI (Fig. 2).

Al mes de la segunda técnica, la paciente refiere mejoría del dolor (EVN, 3). Hay incremento progresivo

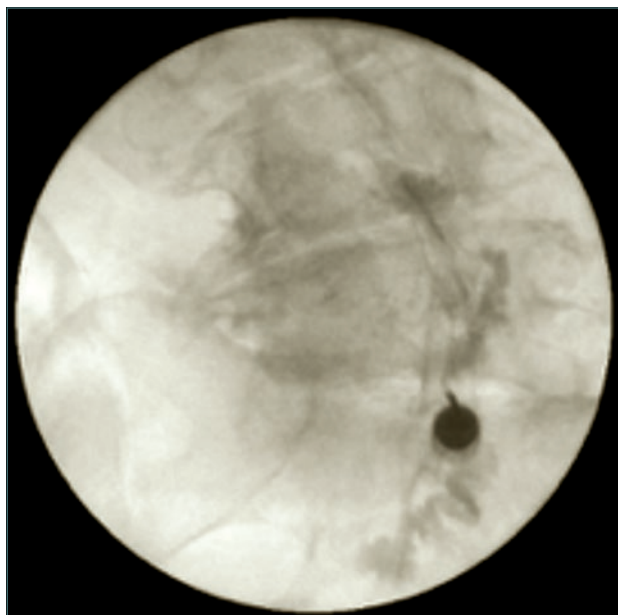


Figura 2. Imagen con radioscopia directa de la 2.ª infiltración epidural interlaminar, pudiéndose apreciar la correcta difusión del contraste radiológico en el espacio epidural y la severa rotoescoliosis de la paciente.

del dolor a los nueve meses (EVN, 6), que no precisa aumento de la dosificación de MST®. En la actualidad, la paciente se encuentra satisfecha con la mejoría de su funcionalidad y ha recuperado su autonomía.

En la tabla 1 se describe la cronología del descenso de las dosis de opioides y la evolución del dolor.

DISCUSIÓN

El uso de opioides está bien definido en el control del dolor oncológico, dolor agudo intenso y dolor postquirúrgico, pero es controvertido en el tratamiento del DCNO². El abordaje de este último es complejo, pues su origen multifactorial y la frecuente coexistencia de fenómenos fisiológicos (incluidos mecanismos nociceptivos y/o neuropáticos) y psicológicos (ansiedad, depresión, limitación funcional,

alteraciones del sueño y del apetito) dificultan su atención terapéutica y se requiere un enfoque multidisciplinario y un tratamiento individualizado.

El empleo de opioides en el DCNO a largo plazo es controvertido y no es claro su beneficio en el alivio del dolor, la funcionalidad o la calidad de vida y la evidencia disponible es escasa. Los opioides, administrados de forma correcta, pueden ser eficaces en algunos pacientes con DCNO; sin embargo, no debe perderse de vista que su empleo a dosis altas durante periodos prolongados, en especial en poblaciones vulnerables, conlleva un alto riesgo de tolerancia, dependencia, hiperalgesia, abuso/mal uso, adicción y muerte por sobredosis. Los últimos datos publicados muestran un alarmante incremento del consumo de opioides a nivel mundial, sobre todo en los países desarrollados, hasta convertirlo en un problema sanitario en países como EE.UU. y Canadá¹. En España se calcula que en el periodo 2008-2015 se ha incrementado en un 83,59%² y en Cataluña en 47% entre 2012 y 2016³. A pesar de ello, los analgésicos opioides se han convertido en uno de los pilares del tratamiento del DCNO en los últimos años.

Hoy en día, las enfermedades osteoarticulares son las que causan mayor dolor y discapacidad a nivel global⁴, lo cual se ha incrementado por el envejecimiento de la población⁵. Las principales afectaciones articulares ocurren en extremidades y la región lumbar. Los datos de la Sociedad Española de Reumatología son alarmantes, dado que un 17% de la población mayor de 20 años padece artrosis de mano, rodilla o columna y alrededor del 15% sufre lumbalgia⁶. La atención de estas enfermedades es compleja y en la mayor parte de los casos se requiere un tratamiento multidisciplinario y multimodal⁷.

En este caso, la paciente presentaba un estado de ánimo depresivo y una limitación funcional extrema, debido a la grave cifoscoliosis que ocasionaba notoria deformidad y cursaba con dolor difuso en todo el esqueleto axial, con predominio del dolor lumbar y clínica de estenosis de canal, con radiculalgia, claudicación neurógena e intenso dolor generalizado

Tabla 1. Descripción cronológica de la evolución del dolor y el descenso de opioides

	25.10.17	48 h	10 d	1 m	3 m	5 m	8 m	9 m	1 m	6 m
Evento	IEI					IR/IC		IEI		
MST (mg/d)	240/150	180/150	180/120	150/90	120/60	10/12	10/12	10/12	10/12	10/12
EVN	10	5	5		3	5	8	9	3	6
Oswestry	76%				42%					

EVN: escala visual numérica; IEI: infiltración epidural interlaminar; IC: insuficiencia cardíaca; IR: insuficiencia respiratoria.

Tabla 2. Guía de práctica clínica para mejorar la eficacia y seguridad de los opioides

Inicio	Durante	Suspensión
Historia clínica y exploración física	Inicio lento	Escaso o nulo alivio del dolor
Evaluación del dolor	Titulación de la dosis	Resolución del dolor por otros mecanismos
Funcionalidad a corto y largo plazos	Dosis mínima efectiva	Intolerancia a efectos adversos
Tratamiento correcto previo	Efectos adversos	Decisión del paciente
Evaluar contraindicaciones	Ajuste de dosis	Disminución del 10 al 25% cada dos semanas (personalizado)
Derivación de los pacientes	Visitas cada seis a nueve semanas	Apoyo psicológico
Información al paciente (CI)	Manejo por un solo equipo	

poliarticular y miofascial. Seguía tratamiento multimodal con AINE, antidepresivos, ansiolíticos, anti-convulsivos y opioides a dosis elevadas sin mejoría significativa del dolor. Con el tratamiento intervencionista se consigue una clara mejoría del dolor lumborradicular, lo que permite iniciar la disminución de los opioides. En las visitas subsecuentes, la paciente refiere mejoría del estado de ánimo, la limitación funcional y el dolor generalizado, lo que señala la posibilidad de una hiperalgesia mediada por las altas dosis de opioides.

Aunque la HIO es una entidad controvertida y de mecanismo desconocido, la mejoría del dolor generalizado que presentó esta paciente con la disminución de opioides podría relacionarse con esta entidad. La HIO es la intensificación paradójica del dolor y la disminución de su umbral tras su administración aguda o crónica. Se caracteriza por dolor difuso, cualitativamente menos definido y con una distribución espacial más amplia, y que mejora con la reducción de la dosificación de opioides⁸.

Por otro lado, durante el ingreso la paciente sufrió un síndrome de abstinencia por la disminución súbita de opioides (de 180 mg/día a 20 mg/día). Este síndrome se caracteriza por síntomas diversos (ansiedad, agitación, alteración del sueño, sudoración, escalofrío, temblores, náusea, vómito, diarrea, midriasis, entre otros⁹), pero también con dolor muscular y articular difuso, generalizado, impreciso, con hiperestesia y alodinia, indistinguible del dolor en la HIO; sin embargo, en el síndrome de abstinencia la administración de opioides mejora el dolor. En este caso, la clínica se consiguió controlar con neurolépticos y ansiolíticos, sin aumentar la dosis de opioide.

Éste es un caso en el cual la administración inadecuada de los opioides desencadenó dos complicaciones:

hiperalgesia inducida por las altas dosis de opioides y un síndrome de abstinencia por la privación repentina de ellos. Para mejorar la eficiencia y seguridad de estos fármacos en el tratamiento del DCNO se han elaborado múltiples guías de práctica clínica, entre ellas las publicadas por Català, et al.¹⁰ (Tabla 2).

Estas guías han establecido una serie de recomendaciones:

- Está indicado el uso de opioides en pacientes con dolor moderado a intenso en los que ha fracasado el tratamiento analgésico multimodal adecuado.
- Se recomienda derivar a la Unidad del Dolor a los pacientes en los que existe mal control del dolor y/o con un ascenso rápido de la dosis de opioides.
- Titular la dosis de opioides para encontrar la máxima eficacia con efectos adversos tolerables.
- Las dosis máximas recomendadas en el DCNO son de 50 a 90 mg equivalentes de morfina oral al día.
- Evaluar de forma periódica (cada seis a nueve semanas) la necesidad de seguir con el tratamiento. Si no se consigue alivio del dolor (a las dosis máximas recomendadas) o aparecen efectos secundarios, valorar su interrupción.
- Se recomiendan descensos del 10% de la dosis total diaria cada dos semanas, siempre y cuando el paciente se adapte a estas condiciones. Si durante del proceso de suspensión aparecen síntomas de abstinencia, aumento del dolor, empeoramiento de la funcionalidad o del humor puede ser necesario mantener la dosis o incluso aumentarla de nuevo.

Sin duda alguna, la administración de opioides en el DCNO puede ser adecuada siempre y cuando proporcione efecto analgésico, mejore la calidad de vida del paciente y/o su funcionalidad, y se tengan en cuenta las recomendaciones de las guías de práctica clínica en su manejo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Veiga D, Monteiro-Soares M, Mendonça L, Sampaio R, Castro-Lopes J, Azevedo L. Effectiveness of opioids for chronic noncancer pain: a two-year multicenter, prospective cohort study with propensity score matching. *Journal of Pain*. 2018, In Press doi: <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2018.12.007>. Disponible en: <https://www.iasp-pain.org/Advocacy/Content.aspx?ItemNumber=7194>
2. Disponible en: <https://www.aemps.gob.es/medicamentosUsoHumano/observatorio/docs/opioides-2008-2015.pdf>
3. Disponible en: http://medicaments.gencat.cat/web/.content/minisite/medicaments/professionals/8_Informes_tecnics_sobre_medicaments/Informe-utilitzacio-opioides_area-del-medicament_desembre-2017.pdf
4. Perrot S. Osteoarthritis pain. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*. 2015; 29: 90-7.
5. Graham R, Sugrue P, Koski T. Adult degenerative scoliosis. *Clin Spine Surg*. 2016;29:95-107.
6. Guia d'atenció als pacients amb dolor crònic no oncològic utilitzant analgèsics opioides. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Gener 2019. Disponible en: http://aqualitat.gencat.cat/web/.content/minisite/aqualitat/publicacions/2018/guia_atencio_pacients_dolor_opioides_vc_aqualitat_2018ca.pdf.
7. Disponible en: <http://www.academia.cat/files/204-6562-FITXER/RecomanacionsdemaneigdeopioidesenelDCNOHospitalSantPau.pdf>
8. Arout CA, Edens E, Petrakis I, Sofuoglu M. Targeting opioid-induced hyperalgesia in clinical treatment: neurobiological considerations. *CNS Drugs*. 2015; 29(6):465-86.
9. Kampman K. American Society of Addiction Medicine (ASAM) national practice guideline for the use of medications in the treatment of addiction involving opioid use. *J Addict Med*. 2015; 9(5):358-67.
10. Català E, Ferrándiz M, Lorente L, Landaluze Z, Genové M. Uso de opioides en el tratamiento del dolor crónico no oncológico. Recomendaciones basadas en las guías de práctica clínica. *Rev Esp Anestesiol Reanim*. 2011;58:283-89.