



ORIGINAL

Tratamiento analgésico y adecuación terapéutica en los pacientes con enfermedad crónica avanzada. Oportunidades de mejora



Àngels Ballarín Castany^{a,*}, Jordi Casanovas Font^a, Thaïs Serrà Rigol^b, Anna Formiguera Macià^c, Ramon Oller Piqué^d y Xavier Gómez-Batiste^e

^a Equip d'Atenció Primària Vic, Vic, Barcelona, España

^b Àrea Bàsica Santa Eugènia de Berga, Institut Català de la Salut, Santa Eugènia de Berga, Barcelona, España

^c Hospital de la Santa Creu de Vic, Consorci Hospitalari de Vic, Vic, Barcelona, España

^d Departament d'Economia i Empresa. Universitat de Vic-Universitat Central de Catalunya, Vic, Barcelona, España

^e Càtedra de Cures Pal·liatives, Universitat de Vic-Universitat Central de Catalunya, Vic, Barcelona, España

Recibido el 12 de julio de 2024; aceptado el 27 de septiembre de 2024

Disponible en Internet el 16 de noviembre de 2024

PALABRAS CLAVE

Dolor;
Enfermedad crónica
avanzada;
Analgésicos;
Opioides

Resumen

Objetivos: Describir el tratamiento analgésico de los pacientes con enfermedad crónica avanzada (ECA), determinar el grado de adecuación terapéutica y detectar las oportunidades de mejora.

Diseño: Estudio observacional, descriptivo, transversal y multicéntrico.

Emplazamiento: Tres equipos de atención primaria, un hospital de atención intermedia y 5 residencias de Catalunya.

Participantes: Pacientes con ECA y dolor según la escala *Brief Pain Inventory-Short form* (o *Pain Assessment in Advanced Dementia*, en caso de demencia avanzada).

Mediciones principales: Lugar de atención (domicilio, residencia, hospital), trayectoria de ECA (insuficiencia orgánica, cáncer, demencia, multimorbilidad), tipo de tratamiento analgésico y adecuación terapéutica según la escala *Pain Management Index*.

Resultados: El estudio incluyó 183 pacientes. La trayectoria más frecuente fue la de demencia, seguida de insuficiencia orgánica, multimorbilidad y cáncer. El analgésico más utilizado fue el paracetamol, mientras que los opioides débiles fueron testimoniales. La utilización de analgésicos mostró diferencias según la trayectoria y lugar de atención, prevaleciendo el uso de opioides potentes en el cáncer y el hospital, respectivamente. Casi la mitad de los pacientes presentaban inadecuación terapéutica y no se registró ninguna intervención no farmacológica reglada para controlar el dolor.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: aballarín@eapvic.org (À. Ballarín Castany).

Conclusiones: En los pacientes con ECA y necesidades paliativas, el uso de opioides potentes sigue prevaleciendo en el ámbito hospitalario y la trayectoria oncológica, aunque el dolor es altamente prevalente en todas las trayectorias y ubicaciones. El elevado porcentaje de inadecuación terapéutica evidencia la posibilidad de escalada analgésica si se considerara necesaria. Asimismo, incorporar el abordaje no farmacológico podría ayudar a mejorar el dolor de estos pacientes.

© 2024 Los Autores. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la CC BY-NC licencia (<http://creativecommons.org/licencias/by-nc/4.0/>).

KEYWORDS

Pain;
Advanced chronic
disease;
Analgesics;
Opioids

Analgesic treatment and pain management in patients with advanced chronic disease. Opportunities for improvement

Abstract

Objectives: To describe the analgesic treatment of patients with advanced chronic disease (ACD), to determine pain management, and to detect opportunities for improvement.

Design: Observational, descriptive, cross-sectional, multicentre study.

Location: Three primary care teams, one intermediate care hospital and five nursing homes in Catalonia.

Participants: Patients with ACD and pain according to the Brief Pain Inventory (Short Form) scale (or Pain Assessment in Advanced Dementia scale, in case of advanced dementia).

Main measurements: Place of care (home, nursing home, hospital), end of life (EOL) trajectory (organ failure, cancer, dementia, multimorbidity), type of analgesic treatment and pain management according to the Pain Management Index scale.

Results: The study included 183 patients. The most frequent EOL trajectory was dementia, followed by organ failure, multimorbidity and cancer. The most commonly used analgesic was paracetamol, while weak opioids were testimonial. Analgesic use differed according to EOL trajectory and place of care, with the use of strong opioids prevailing in cancer and hospital, respectively. Almost half of patients had negative PMI, and none non-pharmacological intervention for pain control was recorded.

Conclusions: In patients with ACD and palliative needs, the use of strong opioids continues to prevail in the hospital setting and oncological disease, although pain is highly prevalent in all EOL trajectories and places of care. The high percentage of negative PMI reveals the opportunity for an individualised analgesic ladder stepping for better pain control. Also, incorporating non-pharmacological approaches could help improve pain in these patients.

© 2024 The Authors. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>).

Introducción

En los últimos años en Catalunya se ha sistematizado la identificación de los pacientes con enfermedad crónica avanzada (ECA) susceptibles de recibir cuidados paliativos para ofrecerles la mejor asistencia posible¹. Varios análisis poblacionales han permitido asentar los conocimientos sobre la prevalencia de las ECA, la coordinación e integración de la asistencia a los pacientes, la utilización de recursos y sus costes asociados^{2,3}.

En el abordaje multidimensional de la atención paliativa, el control sintomático es prioritario. Entre todos los síntomas, el dolor es el que más preocupa a los pacientes y sus cuidadores, y su correcto manejo constituye un derecho humano⁴⁻⁶. Múltiples guías de práctica clínica establecen pautas para el correcto tratamiento del dolor, tanto oncológico como no oncológico⁷. Se basan en la escalera analgésica

de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y establecen 3 eslabones de intensidad del tratamiento en función de la severidad del dolor, pudiéndose acompañar de coanalgésicos o coadyuvantes⁸. También incluyen terapias intervencionistas para el dolor no controlado con fármacos^{9,10}.

Tradicionalmente, el dolor en los cuidados paliativos se ha relacionado con procesos oncológicos. Sin embargo, en un estudio reciente sobre la prevalencia del dolor en los pacientes con ECA en Catalunya, se observa que la mayoría de los casos de dolor corresponden a ECA no oncológicas¹¹. Dado que este cambio paradigmático puede suponer un riesgo para el infra tratamiento de los pacientes con ECA, el objetivo principal del estudio es describir el tratamiento analgésico que recibían estos pacientes. Otros objetivos son determinar el grado de adecuación terapéutica y detectar oportunidades de mejora del tratamiento analgésico.

Métodos

Diseño y población de estudio

Estudio observacional, descriptivo y transversal en el que participaron 3 equipos de atención primaria (EAP) —uno urbano y 2 rurales—, un hospital de atención intermedia y 5 centros residenciales. Todos los centros cuentan con años de experiencia en la identificación del paciente con ECA y el abordaje paliativo. La población del estudio consistió en todos los pacientes con ECA seleccionados mediante un corte transversal en cada uno de los EAP y 3 cortes en el hospital (cada 3 meses para evitar duplicaciones por ingresos de larga duración).

Se incluyeron en el estudio todos los pacientes identificados mediante el instrumento NECPAL CCOMS-ICO¹² en cada centro en el momento de corte. Los criterios de exclusión fueron no encontrarse en el área de estudio en el momento de las entrevistas, ser incapaz de participar en la entrevista debido al estado físico o psicológico y estar ingresado en hospital de agudos.

Se incluyeron en el análisis todos aquellos pacientes que manifestaran tener dolor según la escala *Brief Pain Inventory-Short Form* (BPI-SF) o *Pain Assessment in Advanced Dementia* (PAINAD), en caso de demencia avanzada que imposibilitara informar acerca del dolor de forma autónoma¹³⁻¹⁵.

El estudio fue aprobado por los Comités éticos de Investigación Clínica: Fundació Unió Catalana d'Hospitals (código CEI 18/66), IDIAP Jordi Gol (código 19/037-P) y Comitè ètic de la Recerca UVic-UCC (código 77/2019). Se desarrolló de conformidad con la Declaración de Helsinki¹⁶ y las recomendaciones de la Guía de Buenas Prácticas en Investigación en Atención Primaria¹⁷.

Variables analizadas: Las variables analizadas fueron recogidas a través de una entrevista semiestructurada que completaron los pacientes y sus cuidadores de referencia o informadas por los centros asistenciales de cada paciente. Las entrevistas se realizaron entre el corte de selección y los 6 meses posteriores.

Variables demográficas: Edad, sexo y lugar de atención en el momento de corte (domicilio, residencia u hospital).

Variables clínicas: Trayectoria de la ECA (insuficiencia de órgano, cáncer, demencia, multimorbilidad)¹⁸ e instrumento NECPAL informados por el equipo asistencial de cada paciente.

La presencia de dolor se analizó mediante la escala BPI-SF, en los pacientes con cognición conservada, o la escala PAINAD, en los pacientes con demencia avanzada.

Variables del tratamiento analgésico: El tratamiento analgésico fue descrito durante la entrevista por el paciente o cuidador, después de revisar la medicación prescrita y el cumplimiento terapéutico. Las variables incluían el tipo de tratamiento —no opioides, opioides débiles y opioides potentes— y el uso de coanalgésicos, coadyuvantes, medidas intervencionistas, tratamiento no farmacológico y terapias complementarias (tabla 1). En caso de tratamiento con opioides, se calculó la dosis equivalente de morfina (DEM)¹⁹. El riesgo de abuso de opioides se valoró en todos los

Tabla 1 Características de los pacientes del estudio, N = 183

Características demográficas	
<i>Edad (años), media (DE)</i>	84,8 (10,0)
<i>Sexo (mujeres), N (%)</i>	134 (73,2)
<i>Lugar de atención, N (%)</i>	
Domicilio	77 (42,1)
Residencia	55 (30,1)
Hospital	51 (27,9)
Características clínicas	
<i>Trayectoria de ECA, N (%)</i>	
Insuficiencia de órgano	47 (25,7)
Cáncer	31 (16,9)
Demencia	62 (33,9)
Multimorbilidad	43 (23,5)
Características del tratamiento analgésico, N (%)	
<i>Sin tratamiento analgésico</i>	14 (7,7)
<i>No opiáceos</i>	163 (89,1)
Paracetamol	144 (78,7)
AINE	18 (9,8)
Metamizol	44 (24,0)
<i>Opioides débiles</i>	6 (3,3)
Tramadol	6 (3,3)
<i>Opioides potentes</i>	46 (25,1)
Morfina (liberación retardada)	8 (4,4)
Morfina (liberación rápida)	30 (16,4)
Fentanilo (transdérmico)	8 (4,4)
Fentanilo (transmucoso)	4 (2,2)
Oxicodona (liberación retardada)	3 (1,6)
Oxicodona (liberación rápida)	3 (1,6)
Tapentadol	1 (0,6)
<i>Coanalgésicos</i>	23 (12,6)
Gabapentina	12 (6,6)
Pregabalina	7 (3,8)
Amitriptilina	1 (0,6)
Duloxetina	2 (1,1)
Carbamazepina	1 (0,6)
<i>Coadyuvantes</i>	15 (8,2)
Glucocorticoides	11 (6,0)
Benzodiazepinas	8 (4,4)
Antiespasmódicos	3 (1,6)
Antieméticos	4 (2,2)
<i>Técnicas intervencionistas</i>	4 (2,2)
<i>Terapias complementarias</i>	2 (1,1)

AINE: antiinflamatorios no esteroideos; DE: desviación estándar; ECA: enfermedad crónica avanzada.

pacientes según la escala *Opioid Risk Tool* (ORT)²⁰. La respuesta al tratamiento fue evaluada mediante la escala *Pain Global Impression of Improvement* (PGI-I) y la adecuación analgésica, según la *Pain Management Index* (PMI)²¹. El PMI se obtiene restando la potencia analgésica según la escalera analgésica de la OMS (1, analgésicos no opioides; 2, opioides débiles; 3, opioides potentes) de la intensidad del dolor (1, leve; 2, moderado; 3, severo), de forma que una puntuación negativa se considera representativa de inadecuación terapéutica. Finalmente, se recogieron los efectos secundarios del tratamiento descritos por el paciente o cuidador.

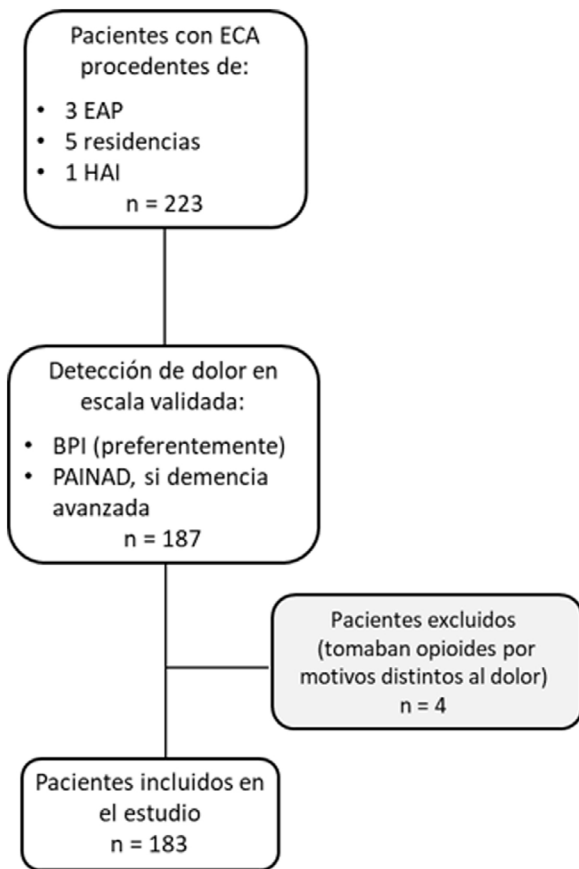


Figura 1 Diagrama de flujo de los pacientes del estudio. BPI, Brief Pain Inventory; EAP, equipos de atención primaria; ECA, enfermedad crónica avanzada; HAI, hospital de atención intermedia; PAINED, Pain Assessment in Advanced Dementia.

Análisis estadístico

Las variables categóricas se presentaron como frecuencia y porcentaje, y las continuas, como media y desviación estándar (DS) o mediana y rango intercuartílico (RIC). Para analizar la relación entre 2 variables cualitativas se utilizó la prueba de Chi-cuadrado y, para comparar medias de variables cuantitativas entre diferentes grupos de pacientes, la prueba t de Student o el análisis de la variancia de un factor —si seguían una distribución normal— o las pruebas de Mann-Whitney o Kruskal-Wallis, en caso contrario. El nivel de alfa 0,05 se utilizó como el límite de significación y todos los análisis se realizaron mediante el programa R 4.2.2.

Resultados

Características de la población

El instrumento NECPAL identificó 223 pacientes con ECA, de los cuales 183 se incluyeron en el estudio (fig. 1). La tabla 1 resume las principales características de los pacientes, la mayoría mujeres, con una edad media de 84,8 años. El lugar de atención mayoritario fue el domicilio, seguido de las residencias. Las trayectorias de la ECA de mayor a menor frecuencia fueron demencia, insuficiencia de

órgano, multimorbilidad y cáncer. En cuanto al tratamiento analgésico, el fármaco más utilizado fue el paracetamol, seguido del metamizol, y alrededor de una cuarta parte de los pacientes tomaba opioides potentes (principalmente morfina). Los antiinflamatorios no esteroideos (AINE) y los opioides débiles (tramadol) fueron utilizados por menos del 10 y del 4% de los pacientes, respectivamente. Por otra parte, más del 20% de los pacientes recibía tratamiento con coanalgésicos o coadyuvantes, un 2,2% se sometieron a técnicas intervencionistas (asociadas a otros tratamientos analgésicos) y un 1,1% a terapias complementarias. No se describió ningún caso de tratamiento no farmacológico estructurado orientado específicamente al control del dolor.

En los pacientes tratados con opioides, la mediana (RIC) de la DEM fue de 18 (Q3 40,0-Q1 6,0) mg/día. Se obtuvieron respuestas en la escala ORT en el 86,9% de los pacientes (n = 159): el 97,5% (n = 155) presentaba bajo riesgo de abuso de opioides.

Tratamiento analgésico según trayectoria de la enfermedad crónica avanzada y lugar de atención

El tipo de tratamiento analgésico y la toma de coadyuvantes mostraron diferencias estadísticamente significativas según la trayectoria de la ECA y el lugar de atención. El uso de coanalgésicos solamente mostró diferencias estadísticamente significativas según la trayectoria de la ECA (tabla 2).

En la trayectoria oncológica, la analgesia se repartió de forma similar entre opioides potentes y analgésicos no opioides. En las demás trayectorias prevaleció el uso de analgésicos no opioides frente a opioides. Todas las trayectorias no oncológicas incluían pacientes que no tomaban ningún analgésico, siendo la trayectoria de demencia la que mostró un porcentaje más elevado (fig. 2A).

En cuanto al lugar de atención, los pacientes atendidos en el domicilio y en residencias principalmente recibieron analgésicos no opioides. En cambio, en el hospital, más de la mitad de los pacientes recibían opioides potentes (fig. 2B).

En cuanto a las DEM, la media fue significativamente mayor en la trayectoria oncológica que en las no oncológicas (p = 0,0088) (fig. 3A) y no se encontraron diferencias según el lugar de atención (p = 0,7325), aunque las dosis más altas correspondían a los pacientes ingresados (fig. 3B).

Respuesta al tratamiento

Se pudo valorar la respuesta al tratamiento en el 65,1% (110) de los pacientes, asumiendo las pérdidas de este dato en los casos de demencia avanzada. De estos, el 88,2% (97) manifestaba mejorar con el tratamiento, siendo la respuesta significativamente mejor en los pacientes con opioides (débiles o potentes) respecto a los analgésicos no opioides (p = 0,0209) (tabla suplementaria 1).

Adecuación terapéutica

Hallamos inadecuación terapéutica en el 48,0% (88) del total de pacientes, el 100% (14) de los pacientes que no recibieron tratamiento farmacológico, el 51,9% (71) de los que tomaban analgésicos no opioides y el 75,0% (3) de los que tomaban

Tabla 2 Tratamiento analgésico, coanalgésico y coadyuvante en función de la trayectoria de ECA y lugar de atención, N (%)

	Tipo de tratamiento analgésico				Tratamiento coanalgésico				Tratamiento coadyuvante			
	No opioide	Opioide	Total	Valor de p	No	Sí	Total	Valor de p	No	Sí	Total	Valor de p
Trayectoria de ECA												
Insuficiencia de órgano	27 (61,4)	17 (38,6)	44 (100,0)	0,0003	37 (78,7)	10 (21,3)	47 (100,0)	0,0233	44 (93,6)	3 (6,4)	47 (100,0)	<0,0001
Enfermedad oncológica	14 (45,2)	17 (54,8)	31 (100,0)		25 (80,6)	6 (19,4)	31 (100,0)		21 (67,7)	10 (32,3)	31 (100,0)	
Demencia	44 (84,6)	8 (15,4)	52 (100,0)		60 (96,8)	2 (3,2)	62 (100,0)		62 (100,0)	0 (0,0)	62 (100,0)	
Multimorbilidad	34 (81,0)	8 (19,0)	42 (100,0)		38 (88,4)	5 (11,6)	43 (100,0)		41 (95,3)	2 (4,7)	43 (100,0)	
Lugar de atención												
Domicilio	58 (82,9)	12 (17,1)	70 (100,0)	0,0001	69 (89,6)	8 (10,4)	77 (100,0)	0,0641	73 (94,8)	4 (5,2)	77 (100,0)	0,0017
Residencia	41 (82,0)	9 (18,0)	50 (100,0)		51 (92,7)	4 (7,3)	55 (100,0)		54 (98,2)	1 (1,8)	55 (100,0)	
Hospital	20 (40,8)	29 (59,2)	49 (100,0)		40 (78,4)	11 (21,6)	51 (100,0)		41 (80,4)	10 (19,6)	51 (100,0)	

ECA: enfermedad crónica avanzada.

opioides débiles. No observamos diferencias estadísticamente significativas en función de la trayectoria, aunque los pacientes oncológicos presentaron mayor adecuación. Hallamos diferencias estadísticamente significativas según el lugar de atención, con una mayor adecuación en los pacientes ingresados que en ambulatorios (tabla 3).

Efectos adversos del tratamiento

El 7,7% (13) de los pacientes evaluables experimentó algún efecto adverso, siendo los gastrointestinales (náuseas, vómitos, estreñimiento) y de sistema nervioso central (somnia, confusión, agitación) los más habituales. Según el tipo de tratamiento, los efectos adversos se presentaron en el 6,6% (78), el 50,0% (2) y el 32,6% (15) de los pacientes tratados con analgésicos no opioides, opioides débiles y opioides potentes, respectivamente. Los efectos adversos observados y el número de efectos adversos según la potencia analgésica se recogen en las tablas suplementarias 2 y 3, respectivamente.

Discusión

En el estudio se observa que la mayoría de los pacientes con ECA, experimentaban dolor, el 7,7% de ellos no recibían ningún tratamiento analgésico y el 11,8% de los que lo recibían no experimentaban mejora con la medicación prescrita. Los opioides potentes se utilizaron especialmente en el dolor oncológico y el ámbito hospitalario, y casi la mitad de los pacientes presentó inadecuación terapéutica.

La utilización de analgésicos no opioides y opioides potentes presentó un comportamiento dicotómico, mientras que los opioides débiles tuvieron un papel meramente testimonial. El salto del primer al tercer eslabón de la escalera analgésica podría explicarse por el uso del tramadol como único opioide débil, ya que este fármaco presenta una escasa superioridad sobre los AINE y un alto porcentaje de efectos adversos. Respecto al primer eslabón, el paracetamol fue el fármaco más utilizado, seguido del metamizol y de los AINE. La cronicidad del dolor, la frecuente comorbilidad vascular y renal y la polimedicación de los pacientes con ECA podría justificar este patrón analgésico. Por otra parte, el riesgo de abuso de opioides fue bajo en casi todos los casos, por lo que no parece una limitación a la hora de

emplear opioides en el tratamiento de las ECA de nuestro entorno.

No se detectó ningún tratamiento no farmacológico reglado, aunque han mostrado su utilidad en el abordaje del dolor crónico no oncológico²². Probablemente, las características de la población con ECA —limitación funcional marcada, alta prevalencia de demencia o deterioro cognitivo y pronóstico de vida limitado— junto con el desconocimiento de las posibilidades de tratamientos no farmacológicos y los profesionales que los practican, hace que se confíe el control del dolor a los fármacos. En este punto se detecta una posibilidad de intervención para optimizar el manejo del dolor.

Los pacientes con insuficiencia orgánica y multimorbilidad son quienes presentaron mayor intensidad de dolor¹¹. Sin embargo, la mayoría recibían analgésicos no opioides. La falta de correspondencia entre intensidad del dolor y potencia analgésica podría deberse a la prudencia en la prescripción de fármacos en casos de multimorbilidad y polifarmacia, los mitos sobre los opioides y las barreras reguladoras para utilizarlos en dolor no oncológico. El grado de inadecuación terapéutica en nuestro estudio (48%) es superior al hallado en una reciente revisión sistemática realizada sobre los pacientes oncológicos²³. La inclusión de pacientes de trayectorias no oncológicas donde la cultura del dolor está menos arraigada podría justificar la diferencia. Por otra parte, es similar al de un estudio con pacientes oncológicos en Noruega (53%)²⁴ en el que, sorprendentemente, únicamente un 20% de los pacientes con inadecuación terapéutica manifestaban desear que el médico prestara más atención a su dolor²⁴.

La escala PMI tiene algunas limitaciones: no tiene en cuenta la dosis de analgésico utilizada, las limitaciones clínicas ni las preferencias del paciente. Por tanto, aunque los valores de PMI negativos no impliquen la obligatoriedad de escalada analgésica, muestran que existe esta posibilidad en caso de ser necesario y siempre enmarcado en una toma de decisiones compartida²⁵⁻²⁷.

La DEM diaria fue menor en las trayectorias no oncológicas respecto a la oncológica y menor que en un estudio reciente sobre tendencia de uso de opioides para dolor crónico no oncológico en población general en Catalunya. Este dato respondería a una prescripción prudencial más ajustada a las Guías de práctica clínica sobre dolor crónico no oncológico^{28,29}.

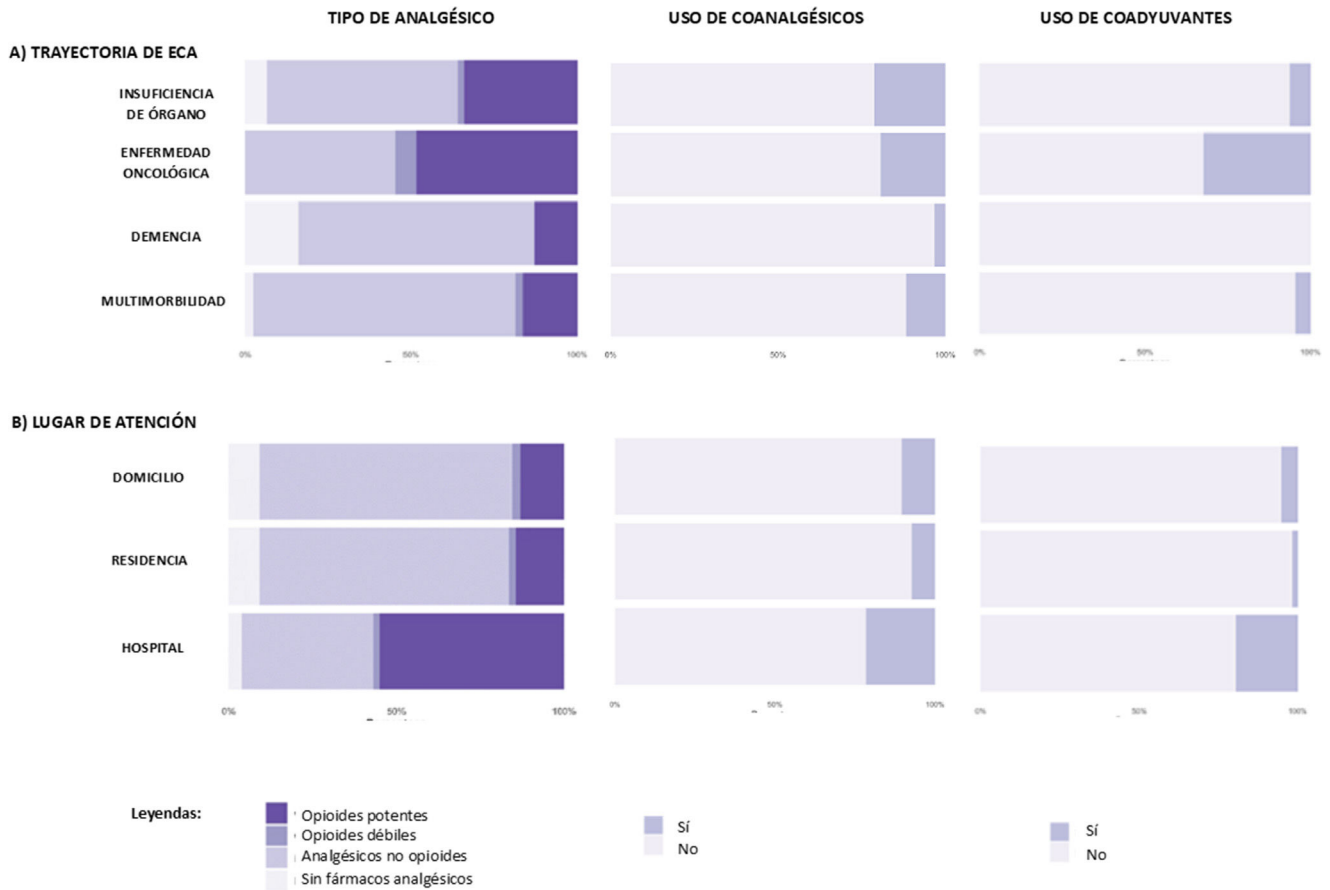


Figura 2 Porcentajes de pacientes que recibieron analgésicos, coanalgésicos y coadyuvantes según: A) trayectoria de enfermedad crónica avanzada (ECA) y B) lugar de atención. ECA: enfermedad crónica avanzada.

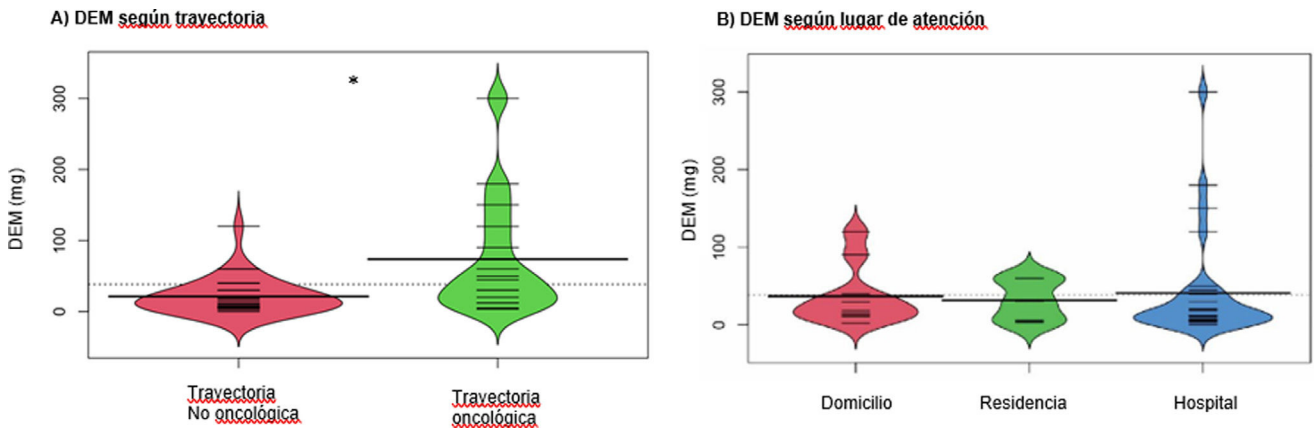


Figura 3 Distribución de las dosis equivalentes en miligramos de morfina (DEM) según: A) trayectoria oncológica y no-oncológica y B) lugar de atención. La línea horizontal continua representa la media de los valores de DEM (mg). La línea horizontal discontinua representa la mediana; * $p < 0,05$.

En cuanto al lugar de atención, los tratamientos recibidos en el domicilio y las residencias fueron similares, con predominio del uso de analgésicos no opioides. En cambio, en el hospital prevalecieron los opioides potentes. Estas diferencias pueden deberse a la mayor prevalencia de demencia —y la consiguiente dificultad para cuantificar el grado de dolor— en los pacientes de los ámbitos domiciliario y resi-

dencial respecto al hospitalario¹¹. Además, la inmovilidad asociada al ingreso, los procesos intercurrentes, la accesibilidad a los opioides y la situación de últimos días en algunos casos también explicarían el mayor uso de opioides potentes en este entorno.

En concordancia con estudios previos, el uso de opioides potentes se asoció a un mayor porcentaje de efectos

Tabla 3 Inadecuación terapéutica en función de la trayectoria de ECA y el lugar de atención, N (%)

	Inadecuación terapéutica	Adecuación terapéutica	Total	Valor de p
<i>Trayectoria de ECA</i>				
Insuficiencia de órgano	23 (50,0)	23 (50,0)	46 (100,0)	0,1068
Enfermedad oncológica	10 (34,5)	19 (65,5)	29 (100,0)	
Demencia	28 (45,2)	34 (54,8)	62 (100,0)	
Multimorbilidad	27 (62,8)	16 (37,2)	43 (100,0)	
<i>Lugar de atención</i>				
Domicilio	54 (70,1)	23 (29,9)	77 (100,0)	< 0,0001
Residencia	25 (45,5)	30 (54,5)	55 (100,0)	
Hospital	9 (17,6)	39 (76,5)	51 (100,0)	

ECA: enfermedad crónica avanzada.

adversos³⁰. Este es uno de los motivos por los que médicos y pacientes suelen evitar la escalada de la potencia analgésica³¹. Sin embargo, una formación adecuada en la utilización de estos fármacos permitiría minimizar los efectos adversos mediante una correcta titulación del fármaco o un abordaje preventivo³². Además, la asociación del uso de opioides al final de la vida del paciente puede representar una barrera para un óptimo control del dolor³³. En este sentido, podría ser de ayuda realizar acciones formativas a los pacientes y a sus familiares. Respecto a la frecuencia de los efectos adversos, se observa un incremento progresivo paralelo al eslabón analgésico, pero estos datos deben considerarse con prudencia dada la poca representatividad del segundo eslabón analgésico y la posibilidad de minimización de efectos adversos por parte de observadores externos.

Una amplia mayoría de los pacientes mostraron respuesta al tratamiento y más de la mitad manifestaron mejorar mucho o muchísimo, siendo la respuesta significativamente mejor en los pacientes con opioides. Este dato debe tomarse con cautela, pues los pacientes tienden a la valoración positiva porque desconocen las posibilidades de mejora con tratamientos alternativos³⁴.

Este estudio presenta algunas limitaciones. Una de ellas es la pérdida de datos por las características de los pacientes con ECA, incluyendo la demencia, que suele ser un criterio de exclusión en este tipo de estudios. No obstante, la inclusión de pacientes con demencia consideramos que añade interés a los resultados. El diseño transversal representa una limitación para la valoración de determinados aspectos (respuesta a tratamientos, retiradas por efectos secundarios). Son necesarios futuros estudios longitudinales. El estudio se desarrolló en centros con años de experiencia en la identificación del paciente con ECA y el abordaje paliativo, pudiendo representar un sesgo a la hora de extrapolar los resultados a otros centros con menos experiencia. A pesar de estas limitaciones, hasta donde sabemos, este es el primer estudio sobre tratamiento del dolor en los pacientes con ECA en Catalunya, que además ha permitido detectar oportunidades de mejora para optimizar la atención a estos pacientes y establecer un punto de partida para futuros estudios en este ámbito.

En conclusión, el estudio describe el tratamiento analgésico de los pacientes con ECA en función de la trayectoria

de la enfermedad y el lugar de atención de los pacientes, junto con la respuesta al tratamiento, la inadecuación terapéutica y los principales efectos adversos. Los resultados nos llevan a las siguientes recomendaciones: 1) incluir una exploración sistemática y proactiva del dolor en la atención al paciente con ECA, independientemente del tipo de trayectoria; 2) optimizar el tratamiento analgésico según la escala de la OMS ajustada a la severidad del dolor e individualizarlo en función de la situación clínica y las preferencias del paciente; 3) formar a los profesionales sanitarios en el correcto manejo del dolor, incluyendo el tratamiento con opioides, y 4) incorporar el abordaje no farmacológico multidisciplinar en el tratamiento del dolor.

Lo conocido sobre el tema

- El dolor es un síntoma muy prevalente en el paciente con enfermedad crónica avanzada (ECA), y su control representa un reto tanto en los pacientes oncológicos como no oncológicos.
- Los protocolos aconsejan un abordaje farmacológico individualizado según el tipo de dolor, su severidad y las preferencias del paciente, siempre acompañado de un abordaje no farmacológico.
- Se desconoce el tratamiento analgésico que se ofrece a los pacientes con ECA y el grado de adecuación terapéutica en la práctica clínica.

Qué aporta este estudio

- Se describe el uso de fármacos analgésicos en el paciente con ECA según la potencia analgésica, la trayectoria de la enfermedad y el lugar de atención.
- Se evidencia una falta de implantación sistemática de medidas no farmacológicas, que se ofrece como una oportunidad de mejora en su atención.
- La inadecuación terapéutica en casi la mitad de los pacientes objetiva posibilidad de escalada analgésica si es necesaria, siempre ajustada a situación clínica y preferencias del paciente.

Financiación

El estudio forma parte de un proyecto de tesis doctoral y recibió ayuda del «Pla de Doctorats Industrials de la Secretaria d'Universitats i Recerca del Departament d'Empresa i Coneixement de la Generalitat de Catalunya».

Consideraciones éticas

El trabajo se ha desarrollado de conformidad con el Código de Ética de la Asociación Médica Mundial (Declaración de Helsinki) y siguiendo las recomendaciones de la Guía de Buenas Prácticas en Investigación en Atención Primaria. Se ha recogido el consentimiento informado a todos los pacientes y se ha garantizado su anonimato según el Reglamento General de protección de datos 2016/679.

Se obtuvo la aprobación de los siguientes Comités éticos de Investigación Clínica: Fundació Unió Catalana d'Hospitals (código CEI 18/66), IDIAP Jordi Gol (código 19/037-P) y Comité ètic de la Recerca UVic-UCC (código 77/2019).

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

Los autores agradecen a los profesionales del Equip d'Atenció Primària Vic, Àrea Bàsica Sta. Eugènia de Berga, Àrea Bàsica Roda de Ter, Hospital de la Santa Creu de Vic i Residència El Nadal que participaron en la inclusión de los pacientes; a Lorena Bajo y Marta Cereceda por la coordinación del trabajo de campo en el Hospital de la Santa Creu de Vic y Roda de Ter; a Clara Gómez-Gorchs por la realización de las entrevistas, y a i2e3 Procomms por el apoyo en la redacción de este manuscrito.

Anexo. Material adicional

Se puede consultar material adicional a este artículo en su versión electrónica disponible en <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2024.103135>.

Bibliografía

- Gómez-Batiste X, Martínez-Muñoz M, Blay C, Amblàs J, Vila L, Costa X, et al. Prevalence and characteristics of patients with advanced chronic conditions in need of palliative care in the general population: A cross-sectional study. *Palliat Med*. 2014;28:302–11.
- Blay C, Martori JC, Limon E, Oller R, Vila L, Gómez-Batiste X. Busca tu 1%: prevalencia y mortalidad de una cohorte comunitaria de personas con enfermedad crónica avanzada y necesidades paliativas. *Aten Primaria*. 2019;51:71.
- Amil Bujan P, Bullich Marín I, Cabanes C, Contel Segura J, Ferrando Belart C, Francisco Bordas R, et al. Bases per al desenvolupament del model organitzatiu d'atenció integral a la població adulta amb necessitats pal·liatives i en situació de final de la vida. 2018.
- Zaman M, Espinal-Arango S, Mohapatra A, Jadad AR. What would it take to die well? A systematic review of systematic reviews

- on the conditions for a good death. *Lancet Healthy Longev*. 2021;2:e593–600.
- Payne S, Turner M, Seamark D, Thomas C, Brearley S, Wang X, et al. Managing end of life medications at home-accounts of bereaved family carers: A qualitative interview study. *BMJ Support Palliat Care*. 2015;5:181–8.
- International Pain Summit Of The International Association For The Study Of Pain. Declaration of Montréal: Declaration that access to pain management is a fundamental human right. *J Pain Palliat Care Pharmacother*. 2011;25:29–31.
- Dowell D, Ragan KR, Jones CM, Baldwin GTCR. CDC Clinical Practice Guideline for Prescribing Opioids for Pain - United States, 2022. *MMWR Recomm Rep*. 2022;71(No. RR-3):1–95.
- World Health Organization. Cancer Pain Relief with a Guide to Opioid Availability. 2nd ed. Geneva; 1996.
- Institut Català d'Oncologia/Institut Català de la Salut. ICO-ICS Praxis para el tratamiento del dolor oncológico, 3.ª ed. 2022.
- Barcelona: Societat Catalana de Dolor (SCD), SC., de, MF, i, C., (CAMFiC). Consens català de dolor crònic no oncològic. 2017 [consultado 3 Jun 2024]. Disponible en: <http://gestor.camfic.cat/uploads/ITEM.7957.pdf>
- Ballarín Castany A, Serrà Rigol T, Cereceda Ferrés M, Serrarols Soldevila M, Oller Piqué R, Gómez-Batiste X. Prevalencia y características clínicas del dolor en pacientes con enfermedad crónica avanzada. *Aten Primaria*. 2023;55:102741.
- Gómez-Batiste X, Martínez-Muñoz M, Blay C, Amblàs J, Vila L, Costa X. Identificación de personas con enfermedades crónicas avanzadas y necesidad de atención paliativa en servicios sanitarios y sociales: elaboración del instrumento NECPAL CCOMS-ICO. *Med Clin (Barc)*. 2013;140:241–5.
- Badía X, Muriel C, Gracia A, Manuel Núñez-Olarte J, Perulero N, Gálvez R, et al. Validación española del cuestionario Brief Pain Inventory en pacientes con dolor de causa neoplásica. *Med Clin (Barc)*. 2003;120:52–9.
- de Andrés Ares J, Cruces Prado LM, Canos Verdecho MA, Penide Villanueva L, del Valle Hoyos M, Herdman M, et al. Validation of the Short Form of the Brief Pain Inventory (BPI-SF) in Spanish Patients with Non- Cancer-Related Pain. *Pain Pract*. 2015;15:643–53.
- García-Soler Á, Sánchez-Iglesias I, Buiza C, Alaba J, Navarro AB, Arriola E, et al. Adaptación y validación de la versión española de la escala de evaluación de dolor en personas con demencia avanzada: PAINAD-Sp. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2014;49:10–4.
- WM.A., The World Medical Association. Declaración de Helsinki de la AMM – Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. 2017 [consultado 4 Jun 2024]. Disponible en: <https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
- Guia de bona pràctica en recerca en ciències de la salut de, l'ICS. Institut Català de la Salut. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. 2015 [consultado 4 Jun 2024]. Disponible en: <https://www.idiapjgol.org/index.php/ca/iniciatives-idiap-lligades-a-la-carta-i-el-codi/guia-de-bones-practiques-en-recerca>
- Murray SA, Kendall M, Boyd K, Sheikh A. Illness trajectories and palliative care. *BMJ*. 2005;330:1007–11.
- O'Brien T, Christrup LL, Drewes AM, Fallon MT, Kress HG, McQuay HJ, et al. European Pain Federation position paper on appropriate opioid use in chronic pain management. *Eur J Pain*. 2017;21:3–19.
- Webster LR, Webster RM. Predicting aberrant behaviors in opioid-treated patients: Preliminary validation of the Opioid Risk Tool. *Pain Med*. 2005;6:432–42.
- Cleeland CS, Gonin R, Hatfield AK, Edmonson JH, Blum RH, Stewart JA, et al. Pain and its treatment in outpatients with metastatic cancer. *N Engl J Med*. 1994;330:592–6.

22. Qian Y, Haider A, Lu Z, Naqvi S, Zhuang A, Nguyen K, et al. Factors Associated with Improvement in Uncontrolled Cancer Pain without Increasing the Opioid Daily Dose among Patients Seen by an Inpatient Palliative Care Team. *J Palliat Med.* 2020;23:483–8.
23. Roberto A, Greco MT, Uggeri S, Cavuto S, Deandrea S, Corli O, et al. Living systematic review to assess the analgesic under-treatment in cancer patients. *Pain Pract.* 2022;22:487–96.
24. Thronæs M, Balstad TR, Brunelli C, Løhre ET, Klepstad P, Vagnildhaug OM, et al. Pain management index (PMI)—does it reflect cancer patients' wish for focus on pain? *Support Care Cancer.* 2020;28:1675–84.
25. Puntillo K, Naidu RK. Measurement of Chronic Pain and Opioid Use Evaluation in Community-Based Persons with Serious Illnesses. *J Palliat Med.* 2018;21 Suppl 2:S-43–51.
26. Weiss SC, Emanuel LL, Fairclough DL, Emanuel EJ. Understanding the experience of pain in terminally ill patients. *Lancet.* 2001;357:1311–5.
27. Sakakibara N, Higashi T, Yamashita I, Yoshimoto T, Matoba M. Negative pain management index scores do not necessarily indicate inadequate pain management: A cross-sectional study. *BMC Palliat Care.* 2018;17:102.
28. Perelló Bratescu A, Adriyanov B, Dürsteler C, Sisó-Almirall A, Álvarez Carrera MA, Riera Nadal N. Strong opioids and non-cancer chronic pain in Catalonia: An analysis of the family physicians prescription patterns. *Rev Esp Anestesiol Reanim.* 2020;67:68–75.
29. Sánchez Jiménez J, Tejedor Varillas A, García García CR, Gómez García S, González Sánchez M, Gallo Vallejo J, et al. La atención al paciente con dolor crónico no oncológico en Atención Primaria. Documento de consens [consultado 21 Dic 2023]. Disponible en: <https://www.semfyc.es/wp-content/uploads/2016/06/DOCUMENTO-CONSENSO-DOLOR-17-04-A.pdf>
30. 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 Syst Rev.* 2017 [consultado 3 Jun 2024]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29084357/>
31. García-Foncillas J, Antón-Torres A, Caballero-Martínez F, Campos FJ, Feyjoo M, de Liaño AG, et al. Patient Perspective on the Management of Cancer Pain in Spain. *J Patient Exp.* 2020;7:1417–24.
32. Seamark D, Seamark C, Greaves C, Blake S. GPs prescribing of strong opioid drugs for patients with chronic non-cancer pain: A qualitative study. *Br J Gen Pract.* 2013;63:e821–8.
33. Ho JFV, Yaakup H, Low GSH, Wong SL, Tho LM, Tan SB. Morphine use for cancer pain: A strong analgesic used only at the end of life? A qualitative study on attitudes and perceptions of morphine in patients with advanced cancer and their caregivers. *Palliat Med.* 2020;34:619–29.
34. Hutt E, Fink RM, Nelson-Marten P, Jones J, Kutner JS. Measuring pain perceptions and medication taking behavior at the end of life: A pilot study. *Am J Hosp Palliat Care.* 2014;31:726–9.