



CARTAS CIENTÍFICAS

Perfil de prescripción crónica de opioides mayores y tratamiento adyuvante para el dolor crónico en una zona básica de salud rural



Chronic profile prescription of major opioids and adjuvant treatment for chronic pain in a rural basic health zone

Óscar Rafael Masiá-Perpiñá^{a,*}, Luisa María Juan-Santos^b,
Inmaculada Concepcion Ponce-Avilés^c, Rocío Rodríguez-Sánchez^d
y Luis Gabriel Luque Romero^{e,f,g}

^a Centro de Salud de Alcalá del Río, Alcalá del Río, Sevilla, España

^b Unidad de Gestión Clínica de La Rinconada, Centro de Salud El Mirador, San José de la Rinconada, Sevilla, España

^c Centro de Salud Mairena del Alcor, Mairena del Alcor, Sevilla, España

^d Centro de Salud de Alcalá del Río, Alcalá del Río, Sevilla, España

^e Unidad de Investigación, Distrito Sevilla Norte-Aljarafe, Sevilla, España

^f Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad de Sevilla, Sevilla, España

^g Instituto de Biomedicina de Sevilla, Campus Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España

Disponible en Internet el 8 de abril de 2025

El importante problema que supone actualmente el dolor crónico requiere un abordaje integral que comienza por la visualización de las características de los pacientes y los tratamientos en nuestra población. La guía de recomendaciones de práctica clínica para el buen uso médico de los opioides de prescripción en el tratamiento del dolor crónico no oncológico de la Sociedad Española Multidisciplinar del Dolor¹, recomienda realizar estudios observacionales poblacionales para conocer la prevalencia del uso de estos fármacos y poder evitar epidemias como la de EE. UU. En España no existe un problema de este calibre, pero hemos decidido plantear este estudio con el objetivo de tipificar

las características de estos pacientes y evidenciar posibles sesgos de prescripción.

Diseñamos un estudio observacional descriptivo transversal en la Zona Básica de Salud Brenes y Villaverde del Río con poblaciones predominantemente rurales y de nivel socio-económico medio-bajo. Seleccionamos usuarios de opioides mayores de 18 años de forma crónica (más de 3 meses) durante 2022.

Como variables del estudio hemos introducido la nueva clasificación del dolor crónico de la CIE 11, variables demográficas, la toma de medicamentos coadyuvantes y el uso de benzodiacepinas. Como fuente de datos usamos la historia clínica digital única de Andalucía (DIRAYA) y la Base de Datos de Prescripciones y Dispensaciones de Farmacia (MYCROSTRATEGY).

Identificamos 246 pacientes en tratamiento crónico con opioides mayores, el 1,21% sobre el total de población, con un 72,4% de mujeres.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: omasiap15@gmail.com
(Ó.R. Masiá-Perpiñá).

Tabla 1 Distribución de las variables de estudio según la tipología del dolor crónico (CIE-11)

Variable	DC oncológico			DCPosTr/PostQx			DC neuropático			DC visceral			DC músculo-esquelético			DC fibromialgia			DC no-especificado		
	No	Sí	Valor de p	No	Sí	Valor de p	No	Sí	Valor de p	No	Sí	Valor de p	No	Sí	Valor de p	No	Sí	Valor de p	No	Sí	Valor de p
Edad, media (DS)/media (RIC)	63,3 (52,3; 76,8)	70,2 (59,9; 79,3)	0,067	63,9 (53,5; 77)	66,9 (56,3; 76,3)	0,769	67,3 (14,5)	58,4 (13,4)	0,0005	64,0 (54,2; 76,8)	76,6 (55,4; 91,4)	0,24	58,1 (48,9; 66,1)	71,1 (59,6; 80,7)	0,0005	66,7 (14,8)	57,5 (11,9)	0,0005	64,4 (54,4; 77,5)	58,4 (46,2; 65,0)	0,091
Sexo, N (%)																					
<i>Mujer</i>	154 (74,4)	24 (61,5)	0,1	151 (71,6)	27 (77,1)	0,494	136 (72,7)	42 (71,2)	0,818	175 (72,3)	3 (75,0)	0,905	72 (70,6)	106 (73,6)	0,601	139 (68,1)	39 (92,9)	0,0005	171 (73,1)	7 (58,3)	0,265
<i>Varón</i>	53 (25,6)	15 (38,5)		60 (28,4)	8 (22,9)		51 (27,3)	17 (28,8)		67 (27,7)	1 (25)		30 (29,4)	38 (26,4)		65 (31,9)	3 (7,1)		63 (26,9)	5 (41,7)	
Opioides más usados, N (%)																					
<i>Fentanilo</i>																					
<i>No</i>	146 (70,5)	14 (35,9)	0,0005	137 (64,9)	23 (65,7)	0,928	114 (61,0)	46 (78,0)	0,017	158 (65,3)	2 (50,0)	0,613	66 (64,7)	94 (65,3)	0,926	126 (61,8)	34 (81,0)	0,018	151 (64,5)	9 (75,0)	0,458
<i>Sí</i>	61 (29,5)	25 (64,1)		74 (35,1)	12 (34,3)		73 (39,0)	13 (22,0)		84 (34,7)	2 (50,0)		36 (41,9)	50 (58,1)		78 (38,2)	8 (19,0)		83 (35,5)	3 (25,0)	
<i>Tapentadol</i>																					
<i>No</i>	106 (51,2)	27 (69,2)	0,038	108 (51,2)	25 (71,4)	0,026	107 (57,2)	26 (44,1)	0,077	130 (53,7)	3 (75,0)	0,397	54 (52,9)	79 (54,9)	0,766	114 (55,9)	19 (45,2)	0,207	126 (53,8)	7 (58,3)	0,761
<i>Sí</i>	101 (48,8)	12 (30,8)		103 (48,8)	10 (28,6)		80 (42,8)	33 (55,9)		112 (46,3)	1 (25,0)		48 (47,1)	65 (45,1)		90 (44,1)	23 (54,8)		108 (46,2)	5 (41,7)	
Vía de administración más usada, N (%)																					
<i>Comprimidos/cápsulas</i>																					
<i>No</i>	54 (26,1)	13 (33,3)	0,351	55 (26,1)	12 (34,3)	0,312	56 (29,9)	11 (18,6)	0,089	66 (27,3)	1 (25,0)	0,919	25 (24,5)	42 (29,21)	0,419	58 (28,4)	9 (21,4)	0,353	64 (27,4)	3 (25,0)	0,858
<i>Sí</i>	153 (73,9)	26 (66,7)		156 (73,9)	23 (65,7)		131 (70,1)	48 (81,4)		176 (72,7)	3 (75,0)		77 (75,5)	102 (70,8)		146 (71,6)	33 (78,6)		170 (72,6)	9 (75,0)	
<i>Parches</i>																					
<i>No</i>	136 (65,7)	14 (35,9)	0,0005	129 (61,1)	21 (60,0)	0,898	106 (56,7)	44 (74,6)	0,014	148 (61,2)	2 (50,0)	0,65	61 (59,8)	89 (61,8)	0,751	118 (57,8)	32 (76,2)	0,026	143 (61,1)	7 (58,3)	0,847
<i>Sí</i>	71 (34,3)	25 (64,1)		82 (38,9)	14 (40,0)		81 (43,3)	15 (25,4)		94 (38,8)	2 (50,0)		41 (40,2)	55 (38,2)		86 (42,2)	10 (23,8)		91 (38,9)	5 (41,7)	
Tratamiento adyuvante, N (%)																					
<i>Benzodiazepinas</i>																					
<i>No</i>	62 (30,2)	14 (35,9)	0,485	67 (32,1)	9 (25,7)	0,453	60 (32,4)	16 (27,1)	0,443	74 (30,8)	2 (50,0)	0,412	29 (29,0)	47 (32,6)	0,546	70 (34,7)	6 (14,3)	0,01	71 (30,3)	5 (50,0)	0,189
<i>Sí</i>	143 (69,8)	25 (64,1)		142 (67,9)	26 (74,3)		125 (67,6)	43 (72,9)		166 (69,2)	2 (50,0)		71 (71,0)	77 (67,4)		132 (65,3)	36 (85,7)		163 (69,7)	5 (50,0)	
<i>Antidepresivos</i>																					
<i>No</i>	80 (39,0)	19 (48,7)	0,258	85 (40,7)	14 (40,0)	0,94	78 (42,2)	21 (35,6)	0,371	97 (40,4)	2 (50,0)	0,699	33 (33,0)	66 (45,8)	0,045	94 (46,5)	5 (11,9)	0,0005	95 (40,6)	4 (40)	0,97
<i>Sí</i>	125 (61,0)	20 (51,3)		124 (59,3)	21 (60,0)		107 (57,8)	38 (64,4)		143 (59,6)	2 (50,0)		67 (67,0)	78 (54,2)		108 (53,5)	37 (88,1)		139 (59,4)	6 (60)	
<i>Duloxetina</i>																					
<i>No</i>	172 (88,2)	36 (94,7)	0,234	176 (88,4)	32 (94,1)	0,323	158 (88,8)	50 (90,9)	0,653	205 (89,5)	3 (75,0)	0,352	77 (82,8)	131 (93,6)	0,009	183 (93,4)	25 (67,6)	0,0005	198 (88,8)	10 (100,0)	0,262
<i>Sí</i>	23 (11,8)	2 (5,3)		23 (11,6)	2 (5,9)		20 (11,2)	5 (9,1)		24 (10,5)	1 (25,0)		16 (17,2)	9 (6,4)		13 (6,6)	12 (32,4)		25 (11,2)	0 (0,0)	

DC: dolor crónico; DCPoTr/PostQx: dolor crónico postraumático o posquirúrgico; DS: desviación estándar; N: frecuencias absolutas; RIC: recorrido intercuartílico (P25; P75).

El opioide más usado fue el tapentadol en 113 (45,9%), seguido del fentanilo en 86 (35,0%). Las presentaciones más usadas fueron la vía oral (72,8%) y la transdérmica (39,0%). La descripción de las variables se realiza en la [tabla 1](#).

Como conclusiones destacamos que el 1,21% de la población consume opioides como analgesia para su dolor crónico. Con una llamativa diferencia de género, más del 70% de los usuarios son mujeres. En la revisión realizada por Serdarevic et al.² entre 2015 y 2016, solo identificaron 8 artículos que hacían referencia a la diferencia entre géneros y concluyen que el 54,9% de las pacientes eran mujeres. En nuestra población esa diferencia de género es mucho más acusada (72,4%) y aún mayor cuando el dolor no se asocia a enfermedad oncológica.

La mediana de edad es de 64 años; aumentando entre los pacientes oncológicos (70,2 años) y siendo los usuarios más jóvenes los que presentan dolor neuropático (58,2 años). En estudios realizados en EE. UU.³, se ha establecido como un importante factor predictor de abuso de opioides la edad menor de 50 años, lo cual podría indicar que en nuestra población no existe indicio de abuso.

La prescripción de opioides mayores y benzodiazepinas aumenta el riesgo de sufrir efectos adversos 1,4 veces (OR: 1,359) como demostraron Gressler et al.⁴, esta interacción es tan relevante clínicamente, que aumenta la mortalidad (Mooney et al.⁵). Sin embargo, hemos identificado que es una asociación extremadamente frecuente, afectando al 70% de los pacientes analizados.

Otra de las asociaciones potencialmente yatrogénica es la de opioides mayores con antidepresivos que aumenta la carga serotoninérgica. En nuestro trabajo afecta a más del 50% de los pacientes y especialmente a aquellos con dolor neuropático, lo cual puede agravar aún más este riesgo por la asociación con gabapentinoides.

Aunque existe cierta controversia en el uso de coadyuvantes, en una revisión con 28.664 pacientes Birkinshaw et al.⁶ concluyen que el único antidepresivo que tiene efecto sobre el dolor es la duloxetina, con eficacia moderada. Sin embargo, en nuestro medio, menos del 10% asociaban este fármaco.

Queremos destacar, que actualmente los fármacos opioides son seguros y eficaces, cuando se prescriban al paciente

adecuado, en el momento preciso, y como parte de un plan terapéutico integral multidimensional.

Financiación

Los autores declaramos no haber recibido financiación de ningún tipo.

Consideraciones éticas

Se han seguido los protocolos establecidos por el Servicio Andaluz de Salud para el acceso a las historias clínicas, y se han tratado los datos siguiendo los estándares de confidencialidad

Bibliografía

1. Regueras E, Torres L, Velázquez I. Recomendaciones de práctica clínica de la Sociedad Española Multidisciplinar de Dolor (SEMDOR) para el buen uso médico de los opioides de prescripción en el tratamiento del dolor crónico no oncológico. *MPJ*. 2022;2:27–31, 1020986/mpj20221024/2022.
2. Serdarevic M, Striley CW, Cottler LB. Sex differences in prescription opioid use. *Curr Opin Psychiatry*. 2017;30:238–46.
3. Alamro NM, Aldokhayel F, Alotaibi M, Alkhani K, Almazyad LM, Alkwai K, Almutawa N, Aldhuwaih A, Al Dammas FK. Risk Factors for Opioid Misuse, Abuse, and Dependence Among Pain Clinic Patients: A Cross-Sectional Study at King Khalid University Hospital during 2020. *Med Sci Monit*. 2024;30:e943218, <http://dx.doi.org/10.12659/MSM.943218>.
4. Gressler LE, Martin BC, Hudson TJ, Painter JT. Relationship between concomitant benzodiazepine-opioid use and adverse outcomes among US veterans. *Pain*. 2018;159:451–9.
5. Mooney LJ, Zhu Y, Yoo CK, Wolitzky-Taylor K, Hser YI. Association Between Benzodiazepine and Opioid Prescription and Mortality Among Patients in a Large Healthcare System. *J Addict Med*. 2022;16:65–71.
6. Birkinshaw H, Friedrich CM, Cole P, Eccleston C, Serfaty M, Stewart G, et al. Antidepressants for pain management in adults with chronic pain: A network meta-analysis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2023;5:CD014682.