Semergen. 2017;43(4):e53–e54

Medicina de Familia
SEMERGEN

www.elsevier.es/semergen

CARTA AL DIRECTOR

Guía CDC para la prescripción de opioides en dolor crónico

CDC guidelines for prescribing opioids for chronic pain

En los últimos años los datos indican un incremento vertiginoso del consumo de opioides en nuestro país. A los últimos datos disponibles de hace una década publicados por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS)[1] podemos añadir otros publicados que indican que la prevalencia de uso de estos medicamentos alcanza a más del 1% de la población[2]. En Estados Unidos el consumo de opioides prescritos es responsable directo de la muerte de más de 40 personas diarias, por lo que su uso inadecuado se ha convertido en un problema de salud pública. En este contexto, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de Estados Unidos (*Centers for Disease Control and Prevention* [CDC]) acaban de publicar una guía con recomendaciones para los médicos de atención primaria que prescriban opioides para el dolor crónico fuera del tratamiento activo del dolor oncológico, cuidados paliativos o la atención al final de la vida. El CDC desarrolló la guía basada en la clasificación *Grading of Recommendations Assessment, Development, and Evaluation* (GRADE), y dichas recomendaciones se basan en una revisión sistemática de la evidencia científica, apoyados por un panel de expertos, revisores y un comité asesor a nivel federal. Esta guía está destinada a mejorar la comunicación entre los médicos y los pacientes sobre los riesgos y beneficios de la terapia con opioides para el dolor crónico, mejorar la seguridad y la eficacia, y reducir los riesgos asociados al tratamiento con opioides a largo plazo, incluyendo el trastorno por abuso de los opioides, la sobredosis y la muerte[3].

Las recomendaciones se agrupan en 3 áreas:

1. ¿Cuándo iniciar o continuar el tratamiento con opioides para el dolor crónico?
2. Selección de dosis, duración, seguimiento e interrupción de los opioides.
3. Evaluar el riesgo y hacer frente a los daños del uso de opioides.

A continuación se resumen las principales recomendaciones[3]:

- Para el dolor crónico se prefiere la terapia no farmacológica y el tratamiento farmacológico no opioide. Los médicos deben considerar el tratamiento con opioides solo si se prevé que beneficios esperados para el dolor y la función son mayores que los riesgos para el paciente. Si se utilizan los opioides, estos se deben combinar con terapia no farmacológica y tratamiento farmacológico no opioide, según sea apropiado.
- Antes de iniciar el tratamiento con opioides para el dolor crónico, los médicos deben establecer los objetivos del tratamiento en todos los pacientes, incluyendo metas realistas para el dolor y la función, y deben considerar que dicho tratamiento con opioides será interrumpido si los beneficios no son mayores que los riesgos. Los médicos deben continuar el tratamiento con opioides solo si hay una mejora clínicamente significativa en el dolor y la función, siendo esta mejora mayor que los riesgos para la seguridad del paciente.
- Antes de comenzar, y periódicamente durante el tratamiento con opioides, los médicos deben hablar con los pacientes de los riesgos y beneficios conocidos de dicho tratamiento, así como de las responsabilidades del paciente y del médico para el manejo de la terapia con opioides.
- Al iniciar el tratamiento con opioides para el dolor crónico, los médicos deben prescribir opioides de liberación inmediata en lugar de opioides de liberación prolongada/acción prolongada (LP/AP).
- Cuando se inicia el tratamiento con opioides, los médicos deben prescribir la dosis efectiva más baja. Los médicos deben tener precaución al prescribir opioides a cualquier dosis, deben evaluar cuidadosamente la evidencia de los beneficios individuales y el riesgo cuando se considera el aumento de dosis $\geq$ 50 mg equivalentes de morfina (MEM)/día, y deben evitar el aumento de la dosis de $\geq$ 90 MEM/día o justificar una decisión cuidadosamente para titular una dosis $\geq$ 90 MEM/día.
- El uso de opioides a largo plazo a menudo comienza con el tratamiento del dolor agudo. Cuando se utilizan opioides para el dolor agudo, los médicos deben prescribir la dosis eficaz más baja de opioides de liberación inmediata y no deberían prescribir mayores dosis de las necesitadas, teniendo en cuenta la duración del dolor, y que este sea lo suficientemente intenso como para requerir opioides: 3 días más o menos a menudo será suficiente; rara vez se necesiten más de 7 días.

http://dx.doi.org/10.1016/j.semerg.2016.04.013
1138-3593/© 2016 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

- Los médicos deben evaluar los beneficios y los daños en los pacientes a las 1-4 semanas de iniciar el tratamiento con opioides para el dolor crónico o valorar el aumento de la dosis. Los médicos deben evaluar los riesgos y beneficios de la terapia continuada en los pacientes cada 3 meses o más frecuentemente. Si los beneficios de continuar el tratamiento con opioides no compensan los daños, los médicos deben optimizar otras terapias y trabajar con los pacientes en disminuir la dosis o suspender los opioides.
- Antes de comenzar, y periódicamente durante la continuación del tratamiento con opioides, los médicos deben evaluar los factores de riesgo de los daños relacionados con los opioides. Los médicos deben incorporar estrategias para mitigar el riesgo, incluso considerar la posibilidad de ofrecer naloxona cuando existan factores que aumenten el riesgo de sobredosis de opioides, como la historia previa de sobredosis, historia de abuso de sustancias, dosis altas de opioides ($\geq$ 50 MEM/día), o el uso concomitante de benzodiacepinas.
- Los médicos deben revisar el historial del paciente de las recetas de sustancias controladas utilizando los datos del programa de vigilancia de medicamentos recetados (PVMR) para determinar si el paciente está recibiendo las dosis de opioides o combinaciones peligrosas que supongan un alto riesgo de sobredosis. Los médicos deben revisar los datos de PVMR cuando inicien el tratamiento con opioides para el dolor crónico y periódicamente durante el tratamiento, que van desde cada receta a cada 3 meses.
- En la prescripción de opioides para el dolor crónico, los médicos deben utilizar los test de detección de fármacos en orina antes de iniciar el tratamiento con opioides, y considerar estos test en orina al menos anualmente para evaluar los medicamentos prescritos, así como otras prescripciones de medicamentos controlados y fármacos ilícitos.
- Los médicos deben evitar la prescripción de opioides y benzodiacepinas para el dolor crónico, al mismo tiempo siempre que sea posible.
- Los médicos deben ofrecer u organizar tratamiento basado en la evidencia (por lo general tratamiento con buprenorfina o metadona en combinación con terapias conductuales) para los pacientes con trastornos por opioides.

Conflicto de intereses

Los autores declaramos la no existencia de conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Utilización de Opioides en España (1992-2006). Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios [consultado 14 Abr 2016]. Disponible en: http://www.aemps.gob.es/medicamentosUsoHumano/observatorio/docs/opioides.pdf
2. Opioides en el manejo del dolor. El difícil equilibrio entre la opiofobia y la opiofilia. Boletín INFAC (Información Farmacoterapéutica de la Comarca), 2014 [consultado 14 Abr 2016]. Disponible en: http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/cevime_infac_2014/es_def/adjuntos/INFAC_Vol_22_5_Opioides.pdf
3. Dowell D, Haegerich TM, Chou R. CDC Guideline for Prescribing Opioids for Chronic Pain-United States, 2016. MMWR Recomm Rep. 2016;65:1–49.

A. Alcántara Montero[a,b,*], C.I. Sánchez Carnerero[c], P.J. Ibor Vidal[b,d] y A. Alonso Verdugo[b,e]

[a] *Centro de Salud José María Álvarez, Don Benito, Badajoz, España*
[b] *Grupo de Trabajo de Dolor de SEMERGEN, España*
[c] *Servicio de Cirugía General y Digestiva, Hospital San Pedro de Alcántara, Cáceres, España*
[d] *Centro de Salud Guillem de Castro, Valencia, España*
[e] *Centro de Salud de Tarancón, Tarancón, Cuenca, España*

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: a.alcantara.montero@hotmail.com (A. Alcántara Montero).