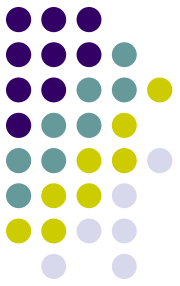


I Taller Interactiu D'Opioids de l' AIS-BE

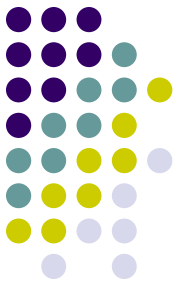
A. Lligoña

Epidemiología



- El dolor crónico disminuye la calidad de vida con importantes consecuencias en el paciente:
 - 21% → depresión
 - 40% → ansiedad
 - 61% → disminuye capacidad de trabajo
 - 13% → obliga a cambio de trabajo
 - 19% → pierde trabajo

Factores de riesgo para sufrir Dolor Crónico No Oncológico (DCNO)



- **Sexo femenino**
- **Ancianos**
- **Clase social baja**
- **Bajo nivel educativo**
- **Ser Empleado**
- **Dolor agudo previo**
- **Antec. Familiares**
- **Ansiedad**
- **Depresión**
- **Somatización del stress**

- Blair H Smith and Nicola Torrance. Epidemiology of Chronic Pain. In: Systematic Reviews in Pain Research. Ed IASP PRESS 2008, pp 247-273

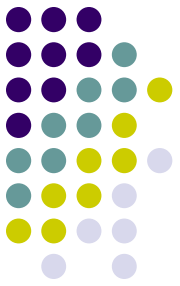


PROBABILIDAD DE RESPUESTA

Tabla 5: Criterios para iniciar una terapia con opioides
(Pacientes con dolor crónico no oncológico, adaptado de ref. 53)

Podría mejorar	Probablemente no mejorará	Alto riesgo de abuso o eventos adversos
<p>1. El paciente que mejoró parcialmente en etapas agudas o subagudas de su enfermedad.</p> <p>2. El paciente que no recibió opioides y fallaron otros tratamientos farmacológicos.</p> <p>3. El paciente con dolor: nociceptivo, neuropático y mixto.</p>	<p>1. El paciente que recibió opioides en etapas agudas o subagudas y NO experimentó mejoría en el dolor o la función.</p> <p>2. El paciente con:</p> <ul style="list-style-type: none">a) Desórdenes de conversión.b) Somatización.c) Desórdenes dolorosos asociados a factores psicológicos.	<p>1. Historia de abuso o abuso actual de alcohol u otra sustancia.</p> <p>2. Historia de uso de altas dosis de benzodiazepinas.</p> <p>3. Trastornos de personalidad y desórdenes del estado de ánimo.</p> <p>4. Sin trabajar por más de 6 meses.</p> <p>5. Historia de pobre respuesta a opioides.</p>

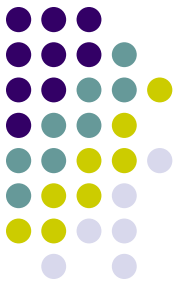
Trastornos psiquiátricos, dolor crónico y opioides



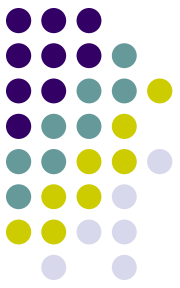
En una revisión de 67 estudios (Fishbain 2008), la prevalencia de abuso o dependencia a opiáceos era del 3.3% y en aquellos estudios que incluían pacientes con historia de abuso de sustancias la prevalencia era del 11.5% (rango 0–44%).

BALANCE RIESGO-BENEFICIO

Factores de riesgo



- Edad: Adultos de edad avanzada con más incumplimiento y prescripción innecesariamente alta.
- Sexo: Es un 48% más probable que se recete un narcótico o un ansiolítico a una mujer que a un hombre. Ambos sexos tienen idéntico riesgo de adicción para el narcótico.
- Dosis: más riesgo a mayor dosis
- Tipo de opiáceo: más riesgo con agonistas puros y con menor vida media.
- Vía de administración: más riesgo en parenteral por su rapidez de acción
- Diagnóstico psiquiátrico positivo:
 - Historia previa de adicción a sustancias.
 - **Historia previa de trastornos de ansiedad**
 - Trastorno por estrés postraumático
 - **Trastornos de la Personalidad** (Wilsey 2008).



Motivos del aumento de consumo

- Mayor sensibilización de los profesionales sanitarios frente al problema del dolor
- Progresiva aparición en el mercado de nuevos opioides
- Creciente utilización de opioides en el dolor crónico no oncológico (DCNO)
- Gran presión comercial
- Es más cómodo para los profesionales el prescribir un fármaco
- Falta de tiempo y/o tratamientos alternativos
- Baja percepción de riesgo
- Falta de trabajo multidisciplinar

Análisis pacientes derivados a la unidad de adicciones desde la clínica del dolor



- N: 20
- 19 Mujeres : 95%
- Edad media: 52,7 (37-70 años)
- Prescripción $> 0 = 3$ fármacos en el 85%



Dosis de fármaco



- Dosis opioides en equivalencia a Morfina:
Media: **226 mg/día** (15 --- 880)

Las guías de práctica clínica sobre el uso de opiáceos recomiendan no usar dosis superiores a **90-100mg/día** de morfina o equivalente.

- Dosis BZD en equivalencia a diacepam:
Media: **22mg/día** (3 --- 90)

La co-utilización de bzd y opioides pueden:

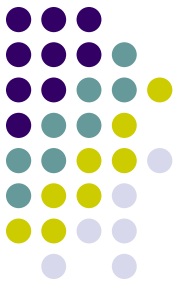
- incrementar los efectos placenteros de los opioides aumentando el riesgo de adicción
- el efecto de sinergia produce un aumento de los efectos secundarios de inestabilidad psicomotriz, alerta, etc.

CAS 1



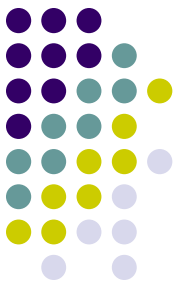
- Mujer, 43 años. Cuidadora de enfermos mentales.
- AP: No AMC, fumadora de 2 pq/día, abuso de cannabis y BDZs, **FBSS** (failed back surgery síndrome. Cirugía fallida d'esquena) , múltiples tratamientos farmacológicos y quirúrgicos con escasa respuesta. Episodio depresivo reactivo.
- **Trastorno de dependencia a opiáceos** (fentanilo transmucoso 3000mcg/día aprox.), episodios de abstinencia.
- Trastorno de personalidad histriónico y obsesivo
- Ingreso a unidad de psiquiatría de agudos para desintoxicación

CAS 1



- Tras alta de *Unidad de agudos* continua seguimiento en *Hospital de Dia* (*terapia individual y de grupo intensiva*).
- *Pauta descendente de metadona*, además duloxetina, topiramato, trazodona y quetiapina.
- Continua *seguimiento* en: CLD, unidad de Alcoholología, controles de orina periódicos
- Medicación actual: topamax 50mg/8h, Quetiapina 100/24h, Lyrica 300mg/24h, movalis 15mg/24h, duloxetina 90mg/24h, metamizol 5ml/24h.

CAS 2



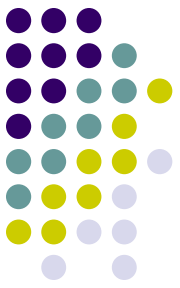
- Hombre, 45 años. Abogado.
- AP: No AMC, adenocarcinoma de sigma, IQxs: Sigmoidectomía (2007), resección rectal alta (2008) + QMT + RDT. Como secuela **Proctalgiya severa**, seguimiento en CLD. Depresión mayor a los 19 años.
- Ingresa a unidad de psiquiatría de agudos por **trastorno de dependencia a opiáceos** (Fentanilo 9000mcg/24h)
- **H.D.** psiquiatría adultos
- Pauta descendente de metadona, además carbamacepina, pregabalina y duloxetina
- Seguimiento en CLD, U. Alcohología.
- No medicación en la actualidad

CAS 3



- Mujer, 37 años.
- AP: fumadora de 10cig/día. Fibromatosis agresiva (2001), múltiples intervenciones + RDT. Dolor neuropático como secuela. Además fibromialgia, osteoporosis, menopausia precoz y depresión.
- **Trastorno de dependencia a opiáceos** (Fentanilo transmucoso 3600mcg/día + fentanilo transdermico 50mcg) .
- Ingreso a Unidad de psiquiatría de adultos para desintoxicación seguido de HD adultos
- Completó pauta descendente de metadona, continua con duloxetina, pregabalina y clonacepam

CAS 3



- Persistencia del dolor, alto riesgo de recaída.
- Intervenciones en CLD:
 1. Bloqueo de cadena simpática
 2. Parches de capsaicina (Qutenza)
 3. Bloqueo epidural caudal con cateter de Racz
 4. Posible candidata a neuroestimulación
- Medicación actual: alprazolam 0,25mg/24h, sinogan gotes, tramadol 50mg/12h, Lyrica 75/24h, duloxetina 60 mg/24h.