



## ***Eficacia y seguridad del uso de opioides en dolor crónico no oncológico: resultados de la encuesta del grupo de trabajo de opioides de la Sociedad Española de Dolor. Estudio Delphi***

*Efficacy and safety of opioid use in chronic non-cancer pain: results of the survey of the opioid task force of the Spanish Pain Society. Delphi consensus*

Diego Ruiz López\*, Alicia Alonso Cardaño, Carlos David Albendea Calleja, Francisco Luis Pérez Caballero, Ana Navarro Siguero, Víctor Mayoral Rojals, Matías Ramírez Allendes, Santiago Carlos Montesinos Fadrique y M.<sup>ª</sup> Eugenia Centeno Cortés

*Grupo de Trabajo de Opioides. Sociedad Española del Dolor.*

### RESUMEN

**Introducción:** El tratamiento del dolor crónico no oncológico (DCNO) es complejo y requiere un abordaje multidisciplinar. Los opioides son analgésicos potentes usados para el dolor moderado-intenso. La metodología Delphi en nuestro estudio permite alcanzar un consenso sobre las razones y opiniones del uso de analgésicos opioides en pacientes con DCNO. El objetivo del estudio es conocer los hábitos de prescripción de opioides en médicos que los utilizan habitualmente en DCNO, identificar los obstáculos y proponer recomendaciones para mejorar su uso.

**Material y métodos:** Se empleó un estudio Delphi centrado en las razones por las cuales los médicos prescriben opioides de una determinada manera. La encuesta se realizó en 2 rondas distanciadas en un mes cada una de ellas, entre los meses de diciembre de 2022 y enero de 2023. El Grupo de Trabajo de Manejo de Opioides de la Sociedad Española del Dolor (GTSED Opioides) promovió la iniciativa y generó las preguntas. Se definió el consenso con el 75 % de respuestas en "completamente de acuerdo" o "totalmente en desacuerdo".

### ABSTRACT

**Introduction:** The treatment of chronic non-cancer pain (CNCP) is complex and requires a multidisciplinary approach. Opioids are powerful analgesics used for moderate-severe pain. The Delphi methodology in our study allows us to reach a consensus on the reasons and opinions of the use of opioid analgesics in patients with CNCP. The objective of the study is to know the opioid prescription habits of physicians who regularly prescribe them in CNCP, identify barriers and propose recommendations to improve their use.

**Material and methods:** A Delphi study focused on the reasons why physicians prescribe opioids in a certain way. The survey was conducted in two rounds spaced one month, between the months of December 2022 and January 2023. The Opioid Task Force of the Spanish Society of Pain (GTSED Opioides) promoted the initiative and generated the questions. Consensus was defined with 75 % of responses as "strongly agree" or "strongly disagree".

**Results:** In relation to the beginning of treatment and indications, the panelists strongly agreed that in treatment it is important to have continuity of care

**Resultados:** En relación con el inicio de tratamiento e indicaciones, los panelistas estuvieron muy de acuerdo en que en el tratamiento con opioides es importante tener una continuidad asistencial entre atención hospitalaria y atención primaria. También se estableció consenso en estar muy en desacuerdo con combinar distintos opioides mayores en el mismo paciente. Los participantes estuvieron muy de acuerdo en que, al realizar la rotación de un opioide por otro, se debe calcular una reducción de dosis en base a la dosis equianalgésica, aunque teniendo también en cuenta factores individuales.

El ítem que obtuvo el mayor grado de consenso en todo el estudio fue el que los panelistas a la hora de prescribir un opioide tuvieron en cuenta ciertas situaciones de insuficiencia renal, hepática, respiratoria y/o cardíaca.

Durante la retirada de opioides, los panelistas dan una pauta clara de cómo realizarla y cómo actuar ante síntomas de abstinencia, dejando además abierto un canal de comunicación con el paciente, individualizar la retirada del opioide y disponer de una unidad de adicciones para derivar a pacientes de difícil manejo en la retirada de opioide.

**Conclusiones:** Se identificaron barreras y áreas de mejora: necesidad de un abordaje multidisciplinar, comunicación efectiva y mejora de la continuidad asistencial interniveles, entrenamiento y formación de los prescriptores e identificación de pacientes de riesgo de abuso de opioides en DCNO. También se propusieron las recomendaciones para superar las barreras para un tratamiento óptimo con opioides.

**Palabras clave:** Método Delphi, opioides, dolor crónico no-oncológico.

between Hospital Care and Primary Care. There was also consensus that we strongly disagreed with combining different major opioids in the same patient. Participants strongly agreed that, when rotating one opioid to another, a dose reduction should be calculated based on the equianalgesic dose, but also taking into account individual factors.

The item that obtained the highest degree of consensus throughout the study was that the panelists when prescribing an opioid, took into consideration some situations of renal, hepatic, respiratory and / or cardiac impairment. During the withdrawal of opioids, the panelists give a clear guideline on how to perform it and how to act in the face of withdrawal symptoms, also leaving open a channel of communication with the patient, individualize the withdrawal of opioids and have an Addiction Unit to refer patients of difficult management in the withdrawal of opioids.

**Conclusions:** Barriers and areas for improvement were identified: the need for a multidisciplinary, effective communication and improvement of inter-level continuity of care, training of prescribers and identification of patients at risk of opioid abuse in CNCP. Recommendations for overcoming barriers to optimal opioid treatment were also proposed.

**Key words:** Delphi consensus, opioids, chronic non-cancer pain.

## INTRODUCCIÓN

El tratamiento del dolor crónico no oncológico (DCNO) es complejo, y requiere un abordaje multidisciplinar. Los opioides son analgésicos potentes usados para el dolor moderado-intenso [1]. Por otra parte, los profesionales de la salud tienen un conocimiento y una práctica limitados para el manejo de opioides [2].

La formación especializada en el manejo del DCNO se presenta como una necesidad imperante en el ámbito médico para asegurar el uso adecuado de opioides. La complejidad del DCNO, que abarca una diversidad de condiciones como la osteoartritis, la fibromialgia y el síndrome de dolor regional complejo, demanda un conocimiento profundo y actualizado por parte de los profesionales de la salud. La falta de capacitación específica puede resultar en prácticas subóptimas en el tratamiento del DCNO, incluyendo el uso inapropiado de opioides, con sus consiguientes riesgos y efectos adversos. Un estudio clave de referencia, realizado por Chou y cols. (2009), destaca la importancia de una formación continua y especializada en dolor para mejorar la toma de decisiones clínicas y fomentar prácticas seguras en

el manejo de opioides en el contexto del DCNO [3]. En este sentido, la formación especializada emerge como un pilar fundamental para mejorar la atención y seguridad de los pacientes que sufren de DCNO.

La metodología Delphi en nuestro estudio permite alcanzar un consenso sobre las razones y opiniones del uso de analgésicos opioides en pacientes con DCNO [4]. Los estudios tipo Delphi han demostrado ser instrumentos valiosos en la investigación biomédica, permitiendo la obtención de consensos expertos en torno a cuestiones complejas y ambiguas. Este método, introducido por Dalkey y Helmer en la década de 1950, implica la iteración controlada de encuestas a un panel de expertos anónimos con el objetivo de alcanzar un acuerdo fundamentado. En el ámbito de la investigación biomédica, donde la complejidad de los fenómenos estudiados y la rápida evolución de la evidencia científica pueden complicar la toma de decisiones, los estudios Delphi ofrecen una vía para consolidar la experiencia y opiniones de expertos en el campo [5].

Un ejemplo destacado de la aplicación exitosa de la metodología Delphi en investigación biomédica se encuentra en el trabajo de Hasson y cols. (2000) [6].

En su estudio, utilizaron el enfoque Delphi para desarrollar criterios de calidad en la investigación cualitativa en el ámbito de la salud, proporcionando un marco sólido y consensado para evaluar la calidad de dicha investigación. Este estudio Delphi se ha convertido en una referencia valiosa para la comunidad científica, contribuyendo a la mejora de la metodología de investigación en el campo de la salud [7]. En resumen, los estudios Delphi emergen como una herramienta esencial en la investigación biomédica al proporcionar una plataforma estructurada para la síntesis de conocimientos expertos y la toma de decisiones informadas.

Las 2 principales ventajas del método Delphi son:

1. Garantizar el anonimato de los panelistas, evitando que las opiniones puedan estar sometidas a algún tipo de restricción y la discusión esté dominada por personalidades fuertes.
2. Permitir una valoración periódica con respuestas agregadas de rondas de preguntas previas para crear la oportunidad en los participantes de cambiar sus opiniones o admitir errores en previas consideraciones.

El estudio se realizó entre médicos prescriptores de opioides socios de la Sociedad Española del Dolor (SED), basado en los principios del método Delphi. Los panelistas fueron invitados a contestar varias preguntas preseleccionadas por un grupo de expertos y varios revisores sobre el tratamiento con opioides en el DCNO, en 2 rondas, y se formularon conclusiones y recomendaciones basadas en el consenso alcanzado en cada ítem.

El objetivo del estudio es conocer los hábitos de prescripción de opioides en médicos que los utilizan habitualmente en DCNO, identificar los obstáculos y proponer recomendaciones para mejorar su uso [8,9].

## MATERIAL Y MÉTODOS

### Modelo metodológico

De acuerdo con las normativas nacionales, el estudio fue aprobado por el Comité Ético y ha sido publicado en el Registro Español de Estudios Clínicos con el Código: SED\_OPIO\_DELPHI e Identificador: O109-2022-OBS, N° AEMPS: 22-O120.

Se empleó un estudio Delphi centrado en las razones por las cuales los médicos prescriben opioides de una determinada manera. Se seleccionaron únicamente a miembros de la SED al ser profesionales expertos en el tratamiento del dolor y de múltiples especialidades médicas que podían dar una visión integral de este problema del uso de opioides en DCNO. La encuesta se realizó en 2 rondas distanciadas en un mes cada una de ellas, entre los meses de diciembre de 2022 y enero de 2023. Las preguntas se contestaron de forma anónima, con un flujo de información estructurada y evaluación periódica. La metodología Delphi se emplea habitualmente para crear un consenso firme en la investigación en salud y es útil en situaciones donde la evidencia es débil o inexistente.

En la primera ronda, se presentaron a los panelistas 38 preguntas divididas en 4 bloques, basadas en nuestra investigación inicial en uso de opioides en

DCNO, buscando sus perspectivas en la fortaleza de la evidencia, así como potenciales obstáculos para adoptar grados de acuerdo:

- a) Inicio de tratamiento e indicaciones (14 preguntas).
- b) Mantenimiento y optimización del tratamiento (10 preguntas).
- c) Seguridad y efectos secundarios (6 preguntas).
- d) Retirada (8 preguntas).

### Reclutamiento

El Grupo de Trabajo de Manejo de Opioides de la SED (GTSED Opioides) promovió la iniciativa y generó las preguntas del cuestionario, definiendo una lista para ser votada, después de una revisión bibliográfica exhaustiva y discutida, poniendo el foco en el perfil de eficacia y seguridad de los opioides, anotando los hábitos actuales e identificando barreras; que finalmente elaboraron el cuestionario final. El grupo de panelistas incluyó anesthesiólogos, médicos de Atención Primaria, médicos de cuidados paliativos, farmacólogos e intensivistas. Se incluyeron aspectos que se consideraron controvertidos o cuya información publicada disponible era limitada.

Estas preguntas fueron revisadas por un grupo representativo compuesto por 3 expertos en DCNO y uso de opioides, que fue seleccionado por los miembros del GT Opioides y miembros de la SED con reconocida experiencia, prestigio profesional y publicaciones en este ámbito de referencia. El cuestionario fue enviado por correo electrónico.

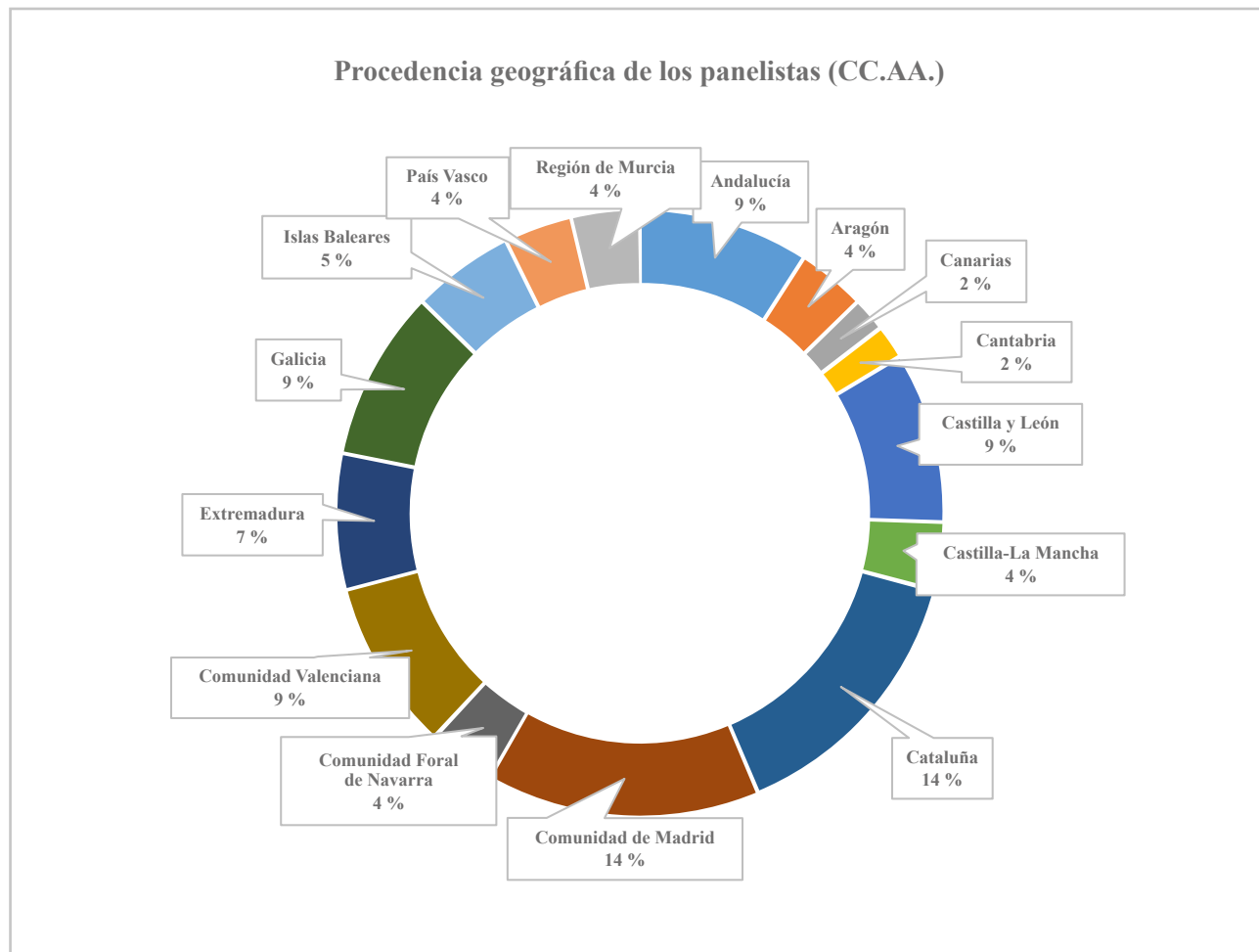
Reclutamos a los panelistas buscando entre los miembros socios de la SED aquellos que fueran médicos prescriptores de fármacos opioides. Para evitar sesgos de selección, intentamos que fuera un grupo de individuos representativos de varias especialidades médicas. En la Figura 1 se muestra la distribución geográfica de los panelistas que dieron su consentimiento para participar en el estudio. En la Tabla I se expone la distribución por género y especialidad.

### Diseño del estudio

Los ítems se enviaron a los panelistas para su evaluación *online* y validación mediante voto en 2 rondas. Los participantes contestaron las preguntas usando una escala de Likert de 5 puntos, de acuerdo con el modelo UCLA-RAND Corporation para realizar la comparativa y la priorización, escogiendo entre "muy de acuerdo" y "muy en desacuerdo".

Para analizar la opinión de los grupos y el grado de consenso alcanzado en cada pregunta se llevó a cabo un análisis descriptivo de los datos a través del programa SPSS Statistics versión 25.

Se pasó el cuestionario en 2 rondas. En la primera se envió a todos los panelistas que quisieron voluntariamente formar parte del estudio; en la segunda vuelta, los panelistas participantes recibieron los resultados del primer cuestionario para que pudieran contrastar sus opiniones personales con las de otros panelistas, y reconsiderar sus respuestas si fuera necesario.



**Fig. 1.** Distribución geográfica de los panelistas.

**TABLA I.** DISTRIBUCIÓN POR GÉNERO Y ESPECIALIDAD DE LOS PANELISTAS.

		<i>Panelistas</i>	<i>%</i>
<i>Sexo</i>	Hombres	32	58,18
	Mujeres	23	41,82
<i>Ámbito laboral</i>	Atención Primaria	9	16,36
	Atención Hospitalaria	46	83,64
<i>Especialidad médica</i>	Anestesiología	40	72,73
	Medicina de familia	6	10,91
	Cuidados paliativos	3	5,45
	Otras	6	10,91

Los resultados se muestran en la Tabla II como porcentajes de las respuestas de los panelistas y el grado de acuerdo. Tomando en cuenta las bases de consenso, el GTSED Opioides desarrolló una tabla de conclusiones y recomendaciones del uso de opioides en pacientes con DCNO.

### Análisis de datos

Se definió el consenso con el 75 % de respuestas en “completamente de acuerdo” o “totalmente en desacuerdo”. Este umbral es comúnmente aceptado en los estudios Delphi. La estabilidad se consiguió si la variación entre cada ronda Delphi fue igual o menor del 10 %. Todos los panelistas que decidieron participar respondieron a todas las preguntas del cuestionario. No fueron seleccionados los resultados de los que no respondieron ambas rondas. En la primera ronda respondieron 95 médicos prescriptores y en la segunda se quedó la muestra final en 55.

### RESULTADOS

Un total de 93 panelistas respondieron en la primera vuelta, y 55 completaron la encuesta. Los participantes fueron representativos de todo el territorio nacional: un 73 % anestesiólogos, un 11 % médicos de familia, un 5 % paliativistas, un 11 % otra especialidad. Un 84 % ejercía su trabajo en el ámbito hospitalario, frente al 16 % en atención primaria. Además, el 76 % tenía 16 años o más de experiencia en su campo (Figura 2). El 58 % fueron hombres frente al 42 % de mujeres.

El consenso se alcanzó en 7 de los 38 ítems evaluados después de la segunda ronda, lo cual supone el 18,4 % del total. De ellos, 6 alcanzaron consenso en acuerdo, y uno en desacuerdo. Los resultados de los ítems que obtuvieron el máximo consenso se muestran en la Tabla III.

En relación con el inicio de tratamiento e indicaciones, los panelistas estuvieron muy de acuerdo en que en el tratamiento con opioides es importante tener

TABLA II. PREGUNTAS DEL DELPHI, CON SU PORCENTAJE MAYORITARIO.

<p><i>Inicio de tratamiento e indicaciones del tratamiento con opioides en DCNO</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuando inicio un tratamiento con opioides, elijo en primer lugar la vía oral: 68,8 % muy de acuerdo</li> <li>• Habitualmente combino el tratamiento con distintos opioides mayores: 63,4 % muy en desacuerdo</li> <li>• Utilizo los opioides por más tiempo del sugerido por la evidencia (tratamiento con opioides crónicos sin evaluación por el equipo clínico): 39,8 % muy en desacuerdo</li> <li>• En tratamientos con opioides es importante tener una continuidad asistencial entre atención hospitalaria y atención primaria: 89,2 % muy de acuerdo</li> <li>• Antes de iniciar el tratamiento con opioides, utilizo alguna escala para determinar el riesgo de abuso por parte del paciente: 34,4 % algo de acuerdo</li> <li>• Cuando inicio un tratamiento con opioides, doy instrucciones al paciente por escrito, además de las verbales: 52,7 % muy de acuerdo</li> <li>• Considero que el uso de opioides puede suponer un riesgo sobre la conducción de vehículos e informo del mismo: 51,6 % muy de acuerdo</li> <li>• Cuando inicio un tratamiento con opioides, suelo pautar algún fármaco para prevenir el estreñimiento: 34,8 % muy de acuerdo</li> <li>• Antes de la prescripción de opioides, informo al paciente del riesgo de dependencia, sobredosis o síndrome de abstinencia: 40,2 % muy de acuerdo</li> <li>• Cuando inicio un tratamiento con opioides, realizo un seguimiento temprano, en especial con los opioides mayores: 63 % muy de acuerdo</li> <li>• Pauto medidas profilácticas en pacientes con predisposición a presentar náuseas y/o vómitos por el uso de opioides: 37,6 % algo de acuerdo</li> <li>• El uso de opioides en dolor agudo es un condicionante y/o factor de riesgo del uso crónico de los mismos: 30,1 % algo de acuerdo</li> <li>• La indicación de inicio de opioides se debe, con frecuencia, a la contraindicación de otros grupos farmacológicos analgésicos: 28 % algo de acuerdo</li> <li>• Considero que existe una prescripción inducida de opioides en atención primaria debida a prescripción hospitalaria: 37,6 % algo de acuerdo</li> </ul>
---	--

(Continúa en la página siguiente)

TABLA II (CONT.) PREGUNTAS DEL DELPHI, CON SU PORCENTAJE MAYORITARIO.

<p><i>Mantenimiento y optimización del tratamiento con opioides en DCNO</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Considero que deben evitarse dosis máximas <math>\geq 90</math>-120 mg/día de morfina (o su equivalente): 59,1 % muy de acuerdo</li> <li>• Considero adecuado utilizar los opioides mayores como rescate sobre otro tratamiento analgésico pautado en paciente sin opioides basales: 54,8 % muy en desacuerdo</li> <li>• Reviso de forma regular a los 3 meses de haber iniciado un opioide por primera vez en busca de incumplimiento terapéutico o realización de un mal uso de opioides: 50,5 % muy de acuerdo</li> <li>• Cuando inicio un opioide mayor considero retirarlo/reducirlo después de un periodo de tratamiento no mayor de 3 meses incluso cuando el paciente ha obtenido buenos resultados: 29 % algo de acuerdo</li> <li>• Considero que, según mi experiencia y conocimientos, la rotación de opioides es útil ante la aparición de tolerancia y/o aparición de efectos secundarios incontrolables: 61,3 % muy de acuerdo</li> <li>• Cuando realizo la rotación de un opioide por otro, me guío por la dosis equipotente habitual: 44,1 % muy de acuerdo</li> <li>• Cuando realizo una rotación de un opioide por otro, calculo una reducción en base a dosis equipotente; también teniendo en cuenta factores individuales: 72 % muy de acuerdo</li> <li>• A la hora de prescribir un opioide, tengo en cuenta ciertas situaciones de insuficiencia como renal, hepática, respiratoria y/o cardíaca: 89,2 % muy de acuerdo</li> <li>• A la hora de prescribir un opioide tengo en cuenta la intensidad del dolor más que la funcionalidad como parámetro evolutivo: 35,5 % algo de acuerdo</li> <li>• A la hora de prescribir un opioide tengo en cuenta la funcionalidad más que la intensidad del dolor como parámetro evolutivo: 46,2 % algo de acuerdo</li> </ul>
<p><i>Seguridad y efectos secundarios del tratamiento opioide en DCNO</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Intento no combinar opioides con ansiolíticos: 38,7 % algo de acuerdo</li> <li>• Cuando se presenta algún efecto secundario, disminuyo la dosis de opioide en lugar de suspender el tratamiento: 49,5 % algo de acuerdo</li> <li>• Considero que todos los opioides se asocian a riesgo de abuso y muerte por sobredosis: 34,4 % algo de acuerdo</li> <li>• Hago observación clínica estrecha, a largo plazo, de posibles efectos secundarios a los opioides: 41,3 % muy de acuerdo</li> <li>• Cuando se presentan efectos secundarios evalúo de forma integral al paciente considerando que podrían ser interacciones farmacológicas: 60,2 % muy de acuerdo</li> <li>• En algunas ocasiones considero adecuado el tratamiento con opioides a largo plazo (más de un año): 48,4 % muy de acuerdo</li> </ul>
<p><i>Retirada del tratamiento con opioides en DCNO</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Durante la retirada de opioides doy una pauta clara de cómo realizarla y cómo actuar ante síntomas de abstinencia y dejo abierto un canal de comunicación con el paciente: 72 % muy de acuerdo</li> <li>• En tratamientos crónicos de larga duración, considero adecuado iniciar la retirada del opioide reduciendo gradualmente un 5-10 % de la dosis total diaria cada semana: 55,9 % muy de acuerdo</li> <li>• Como norma general, individualizo la retirada del opioide: 83,9 % muy de acuerdo</li> <li>• Como norma general, sigo el mismo ritmo de reducción de dosis de opioide en todos los pacientes: 30,4 % algo en desacuerdo</li> <li>• Si aparecen síntomas de abstinencia durante la retirada del opioide, mantengo la dosis del mismo según la clínica del paciente: 50,5 % algo de acuerdo</li> <li>• Si aparecen síntomas de abstinencia durante la retirada del opioide, aumento la dosis del mismo según la clínica del paciente: 31,2 % algo de acuerdo</li> <li>• Dispongo de la posibilidad de derivación a una unidad de adicciones para casos de difícil manejo de pacientes con riesgo de abuso opioide: 44,1 % muy de acuerdo</li> <li>• Es necesario disponer de una unidad de adicciones para derivar pacientes de difícil manejo en la retirada del opioide: 83,9 % muy de acuerdo</li> </ul>

DCNO: dolor crónico no oncológico.



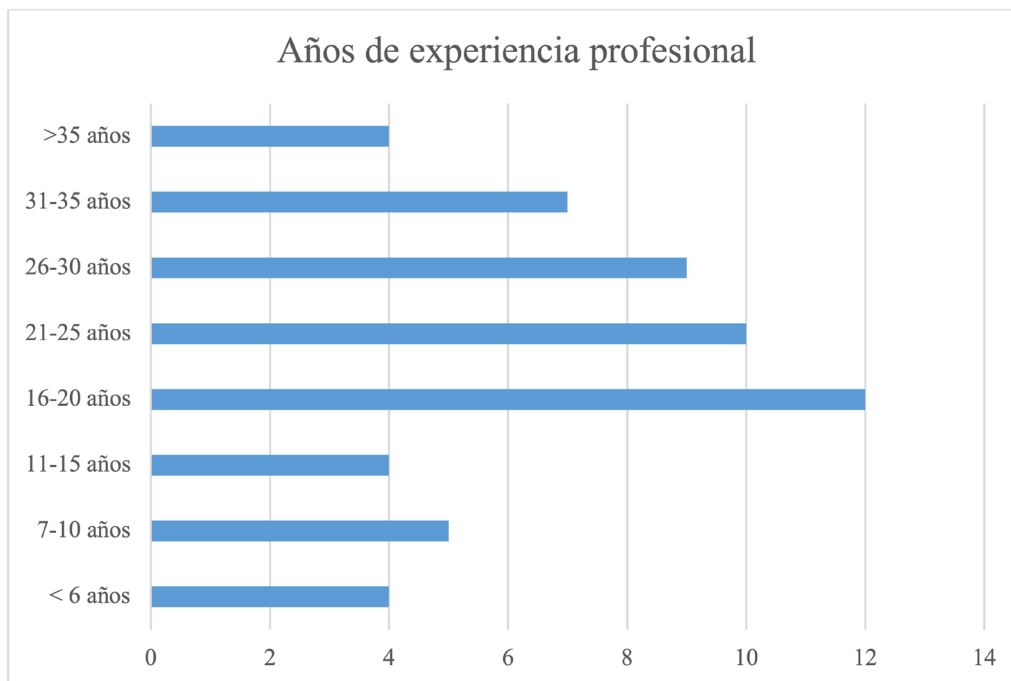


Fig. 2. Número de años de ejercicio profesional de los panelistas.

TABLA III. RESPUESTAS CON MAYOR CONSENSO DEL DELPHI.

<i>Tipo de consenso</i>	<i>Pregunta</i>	<i>%</i>
Muy en desacuerdo	Habitualmente combino el tratamiento con distintos opioides mayores	78,1
Muy de acuerdo	Cuando inicio un tratamiento con opioides, elijo en primer lugar la vía oral	74,5
Muy de acuerdo	En tratamientos con opioides es importante tener una continuidad asistencial entre atención hospitalaria y atención primaria	90
Muy de acuerdo	Según mi experiencia y conocimientos, la rotación de opioides es útil ante la aparición de tolerancia y/o aparición de efectos secundarios incontrolables	72,7
Muy de acuerdo	Cuando realizo una rotación de un opioide por otro, calculo una reducción en base a dosis equipotente; también teniendo en cuenta factores individuales	83,6
Muy de acuerdo	A la hora de prescribir un opioide, tengo en cuenta ciertas situaciones de insuficiencia como renal, hepática, respiratoria y/o cardíaca	92,7
Muy de acuerdo	Durante la retirada de opioides doy una pauta clara de cómo realizarla y cómo actuar ante síntomas de abstinencia y dejo abierto un canal de comunicación con el paciente	78
Muy de acuerdo	Como norma general, individualizo la retirada del opioide	85,5
Muy de acuerdo	Es necesario disponer de una unidad de adicciones para derivar a pacientes de difícil manejo en la retirada de opioide	85,5

una continuidad asistencial entre atención hospitalaria y atención primaria. Adicionalmente, en este mismo apartado, se estableció consenso en estar muy en desacuerdo con combinar distintos opioides mayores en el mismo paciente.

En el apartado de mantenimiento y optimización del tratamiento, los participantes estuvieron muy de acuerdo en que, al realizar la rotación de un opioide por otro, se debe calcular una reducción de dosis en base a la dosis equianalgésica, aunque teniendo también en cuenta factores individuales.

El ítem que obtuvo el mayor grado de consenso en todo el estudio fue el que los panelistas a la hora de prescribir un opioide tuvieron en cuenta ciertas situaciones de insuficiencia renal, hepática, respiratoria y/o cardíaca.

En cuestiones relativas a la retirada de opioides, se alcanzó un alto grado de consenso en que, durante la retirada de opioides, los panelistas dan una pauta clara de cómo realizarla y cómo actuar ante síntomas de abstinencia, dejando además abierto un canal de comunicación con el paciente. También estuvieron muy de acuerdo en individualizar la retirada del opioide como norma general. Respecto a la necesidad de disponer de una unidad de adicciones para derivar pacientes de difícil manejo en la retirada de opioide, también se alcanzó consenso.

## DISCUSIÓN

El uso de los opioides en el DCNO es un tema controvertido cuando se utiliza de manera crónica, por el alto riesgo de abuso. Es fundamental establecer objetivos de funcionalidad y de efectividad realistas que permitan al paciente mejorar su calidad de vida [10]. Por tanto, es importante diseñar estudios como el realizado por este grupo de trabajo para conocer los hábitos de prescripción de médicos que habitualmente recetan opioides en estos pacientes, y aquellos aspectos de la prescripción que pueden resultar discutibles en mayor o menor grado [11].

En nuestro cuestionario, en el apartado de seguridad y efectos secundarios, no se alcanzó consenso en ninguno de los ítems, siendo este uno de los apartados con preguntas más relevantes de aplicación en la práctica diaria. Además, es un tema fundamental en el uso de opioides en DCNO para evitar el riesgo de abuso y muerte por sobredosis en este grupo de pacientes. Cada vez más, está claro que no son de elección en este tipo de patologías y que deben utilizarse escalas de riesgo de abuso para seleccionar con mayor seguridad a los pacientes candidatos [12,13].

Algunos aspectos importantes relativos al tratamiento con opioides, como es el tiempo de mantenimiento de los mismos, la utilización de alguna escala para determinar el riesgo de abuso por parte del paciente antes de iniciar el tratamiento, considerar adecuado utilizar los opioides mayores como rescate sobre otro tratamiento analgésico pautado sin opioides basales, o la indicación de opioides debida a la contraindicación de otros grupos farmacológicos analgésicos, suponen la ausencia de conceptos claros sobre el manejo de estos analgésicos. La literatura científica explora la eficacia

comparativa de los opioides mayores como agentes de rescate en comparación con otros enfoques analgésicos. Esto incluye la evaluación de la eficacia en el alivio del dolor agudo y las posibles implicaciones para la gestión del dolor crónico [13].

Las cuestiones dirigidas a la información que se proporciona al paciente y que se refieren al potencial riesgo de dependencia, sobredosis o síndrome de abstinencia, y sobre la conducción de vehículos, han resultado muy escasamente consensuadas por los participantes [14], así como el seguimiento temprano del comportamiento de los pacientes en relación con opioides mayores [15]. Existen datos que muestran cifras mayores en cuanto a accidentes derivados de su uso de acuerdo con su uso continuado.

Respecto a pautar medidas profilácticas en pacientes con predisposición a presentar náuseas, vómitos y/o estreñimiento por el uso de opioides, hay una gran heterogeneidad en su abordaje. Se aconseja su uso profiláctico conociendo su duración e importancia según son efectos precoces o tardíos. Por ejemplo, en el caso del estreñimiento debe realizarse una prevención durante todo el uso de los opioides [16].

El uso de opioides en dolor agudo como factor de riesgo del uso crónico de los mismos ha resultado ser un campo de formación e investigación que resultará muy conveniente a la hora de utilizar opioides también en casos de dolor agudo [17].

En otro orden de cosas, es importante señalar que la mayoría de los panelistas estuvo en desacuerdo en combinar distintos opioides mayores en el mismo paciente. No disponemos de literatura científica que avale su uso [18].

Cabe destacar que hubo 2 ítems que obtuvieron un alto grado de consenso, aunque no llegaron a alcanzar el 75 % de acuerdo en el análisis estadístico: los participantes prefieren la vía oral cuando inician un tratamiento con opioides (74,5 %) y consideran que la rotación de opioides es útil ante la aparición de tolerancia y/o efectos secundarios incontrolables (72,7 %).

La falta de consenso en aproximadamente el 80 % de las preguntas creemos se debe a una amplia heterogeneidad en la prescripción diaria de opioides, derivada de la ausencia de conceptos claros sobre el uso de los mismos. Resulta también llamativo que superar los 15 años de experiencia por parte de más del 75 % de los panelistas no implica una mayor uniformidad a la hora de establecer estos conceptos. En la bibliografía se muestra que, a veces, no existe una clara definición de las indicaciones en el paciente con DCNO y opioides; sin embargo, sí que existe la certeza de que deben ser usados durante el mínimo tiempo posible y muy ajustados a una indicación determinada [19]. A pesar de que los estudios sobre opioides tienen niveles de evidencia débiles, las sociedades científicas internacionales más relevantes, y en las cuales estamos integrados (como EFIC, IASP, CDC) publican regularmente guías clínicas con las últimas actualizaciones al respecto, haciendo énfasis en el uso seguro de opioides tanto en el dolor agudo como en el subagudo y crónico, cómo determinar el riesgo que va a tener un paciente de desarrollar efectos adversos, combinaciones de fármacos, etc. Estas recomendaciones deberían nutrir la formación



esencial del médico que prescribe los opioides o que trata a pacientes con DCNO [20].

Los panelistas identificaron varias barreras como falta de protocolos, guías clínicas o escalas para determinar el riesgo de abuso por parte del paciente antes de iniciar el tratamiento con opioides. Las principales recomendaciones acordadas por los expertos fueron:

- a) Importancia de abordaje multidisciplinar de los pacientes con DCNO y opioides.
- b) Comunicación de alta calidad entre servicios, especialmente entre los centros de salud y las unidades de dolor hospitalarias.
- c) Creación de unidades de deshabitación a opioides y derivación sencilla a las mismas, para casos complejos.
- d) Entrenamiento y formación de los profesionales.

La falta de consenso puede considerarse verdaderamente como una limitación del estudio. La subjetividad ligada a evaluaciones personales puede ser un problema y originar un sesgo en la selección de los panelistas [18]. Confiamos en que el establecimiento de un grupo de consenso conduzca a conclusiones más fuertes y un punto de vista más equilibrado.

## CONCLUSIONES

Nuestro estudio ha permitido conocer una muestra de la opinión acerca de hábitos de prescripción de opioide en DCNO en nuestro país. En resumen, los resultados de este estudio identifican criterios sobre individualizar la retirada de opioides, inconveniencia de mezclar diferentes opioides entre sí, determinar la dosis del nuevo opioide cuando hacemos una rotación de los mismos, colaboración efectiva entre atención primaria y hospitalaria.

Se identificaron barreras y áreas de mejora: necesidad de un abordaje multidisciplinar, comunicación efectiva y mejora de la continuidad asistencial interniveles, entrenamiento y formación de los prescriptores e identificación de pacientes de riesgo de abuso de opioides en DCNO. También se propusieron las recomendaciones para superar las barreras para un tratamiento óptimo con opioides.

Las resoluciones de esta investigación Delphi indican la necesidad de definir protocolos estandarizados para afrontar la práctica clínica diaria. Ese paso resulta esencial para diseñar estudios de alta calidad y llenar los huecos que presenta la evidencia científica en la actualidad. Nuestros resultados podrían servir para realizar una herramienta formativa para mejorar los hábitos de prescripción de opioides en DCNO en médicos prescriptores de la SED y de otros ámbitos profesionales. También nos podrá servir para poder extrapolarlo a otras sociedades científicas u otros ámbitos laborales.

## DATOS DISPONIBLES

Todos los datos generados o analizados en este estudio han sido incluidos en esta publicación.

## AGRADECIMIENTOS

A Eva Añón y María José Moreno, por su ayuda para la distribución de las encuestas.

## COLABORADORES PANELISTAS

Nuestro agradecimiento a todos los panelistas participantes de la Sociedad Española del Dolor.

## CONTRIBUCIONES DE LOS AUTORES

Todos los autores leyeron y acordaron la publicación de este estudio, revisaron y dieron su aprobación final a todo el contenido de la publicación.

## CONFLICTOS DE INTERESES

Los autores declaran no tener conflictos de intereses en este estudio.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Treede RD, Rief W, Barke A, Aziz Q, Bennett MI, Benoliel R, et al. Chronic pain as a symptom or a disease: The IASP Classification of Chronic Pain for the International Classification of Diseases (ICD-11). *Pain*. 2019;160(1):19-27. DOI: 10.1097/j.pain.0000000000001384.
2. Krčevski Škvarč N, Morlion B, Vowles KE, Bannister K, Buchsner E, Casale R, et al. European clinical practice recommendations on opioids for chronic noncancer pain – Part 2: Special situations\*. *Eur J Pain*. 2021;25(5):969-85. DOI: 10.1002/ejp.1744.
3. Chou R, Fanciullo GJ, Fine PG, Miaskowski C, Passik SD, Portenoy RK. Opioids for chronic noncancer pain: Prediction and identification of aberrant drug-related behaviors: A review of the evidence for an American Pain Society and American Academy of Pain Medicine clinical practice guideline. *J Pain*. 2009;10(2):131-46.
4. Sng DDD, Uitenbosch G, de Boer HD, Carvalho HN, Cata JR, Erdoes G, et al. Developing expert international consensus statements for opioid-sparing analgesia using the Delphi method. *BMC Anesthesiol*. 2023;23(1):62. DOI: 10.1186/s12871-023-01995-4.
5. Dalkey N, Helmer O. An experimental application of the Delphi method to the use of experts. *Manage Sci*. 1963;9(3):458-67. DOI: 10.1287/mnsc.9.3.458.
6. Hasson F, Keeney S, McKenna H. Research guidelines for the Delphi survey technique. *J Adv Nurs*. 2000;32(4):1008-15.
7. Karnik NS, Marsden J, McCluskey C, Boley RA, Bradley KA, Campbell CI, et al. The opioid use disorder core outcomes set (OUD-COS) for treatment research: Findings from a Delphi consensus study. *Addiction*. 2022;117(9):2438-47.
8. Wakeman SE. Opioid use disorder diagnosis and management. *NEJM Evidence*. 2022 [citado 14 de enero de 2024];1(4). Disponible en: <https://evidence.nejm.org/doi/10.1056/EVIDra2200038> DOI: 10.1056/EVIDra2200038.
9. Palermo TM, Davis KD, Bouhassira D, Hurley RW, Katz JD, Keefe FJ, et al. Promoting inclusion, diversity, and equity in pain science. *J Pain*. 2023;24(2):187-91.

10. Richards GC, Aronson JK, Mahtani KR, Heneghan C. Global, regional, and national consumption of controlled opioids: A cross-sectional study of 214 countries and non-metropolitan territories. *Br J Pain*. 2022;16(1):34-40.
11. Bandara S, Bicket MC, McGinty EE. Trends in opioid and non-opioid treatment for chronic non-cancer pain and cancer pain among privately insured adults in the United States, 2012-2019. *PLoS One*. 2022;17(8):e0272142. DOI: 10.1371/journal.pone.0272142.
12. Dowell D. CDC Clinical Practice Guideline for Prescribing Opioids for Pain — United States, 2022. *MMWR Recomm Rep*. 2022 [citado 14 Ene 2024];71(3):1-95. Disponible en: <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/71/rr/rr7103a1.htm> DOI: 10.15585/mmwr.rr7103a1.
13. Quinn PD, Chang Z, Pujol TA, Bair MJ, Gibbons RD, Kroenke K, et al. Association between prescribed opioid dose and risk of motor vehicle crashes. *Pain*. 2023;164(4):e228-36. DOI: 10.1097/j.pain.0000000000002790.
14. Mayoral V. An overview of the use and misuse/abuse of opioid analgesics in different world regions and future perspectives. *Pain Manag*. 2022;12(4):535-55.
15. Koch NV, Butterfield Iii RJ. Prescribing patterns and attitudes of primary care providers regarding long-term opioid therapy. *J Opioid Manag*. 2022;18(5):407-20.
16. Ryus C, Bernstein SL. A new syndemic: Complications of opioid use disorder during a heat wave. *J Health Care Poor Underserved*. 2022;33(3):1671-7.
17. Singh VV, Sarkar S, Chadda RK, Mishra AK, Dhawan A. Reasons for leaving treatment among patients with opioid dependence: A 3-month prospective follow-up study. *J Opioid Manag*. 2022;18(5):455-66.
18. Boceta J, Peiró A, Cevals FJ, Vidal LM, Acedo M, Mayoral V, Grupo de trabajo en Bioética de las SED (BioSED). Problemas éticos en el manejo del dolor. Estudio cualitativo mediante entrevista de reflexión abierta. *Rev Soc Esp Dolor*. 2020 [citado 14 Ene 2024];27. Disponible en: <http://gestoreditorial.resed.es/fichaArticulo.aspx?iarf=223687769-749234411272> DOI: 10.20986/resed.2020.3729/2019.
19. Arsene C, Na L, Patel P, Vaidya V, Williamson AA, Singh S. The importance of social risk factors for patients diagnosed with opioid use disorder. *J Am Pharm Assoc* (2003). 2023;63(3):925-32.
20. Edmond SN, Snow JL, Pomeranz J, van Cleve R, Black AC, Compton P, et al. Delphi study to explore a new diagnosis for "ineffective" long-term opioid therapy for chronic pain. *Pain*. 2023;164(4):870-6. DOI: 10.1097/j.pain.0000000000002783.