

Rev Soc Esp Dolor  
2017; 24(5): 281-282

### Guía del Centro de Control y Prevención de Enfermedades (CDC) para la prescripción de opioides en dolor crónico

DOI: 10/20986/resed.2016.3456/2016

Sr. Director:

Se acaba de publicar recientemente en Estados Unidos la guía del CDC (*Centers for Disease Control and Prevention*) para la prescripción de opioides en dolor crónico.

Esta guía proporciona 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 GRADE (*Grading of Recommendations Assessment, Development, and Evaluation*), 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 opioides, la sobredosis y la muerte (1).

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 (1):

- 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 los 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, incluyen-

do 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  $\geq 50$  miligramos 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: tres días más o menos a menudo será suficiente; rara vez se necesitan más de 7 días.
- 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 para 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 rela-

cionados 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 benzodiazepinas.

- 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 drogas 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 drogas ilícitas.

- Los médicos deben evitar la prescripción de opioides y benzodiazepinas 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.

**A. Alcántara Montero y A. González Curado**

*Unidad del Dolor. Hospital Don Benito-Villanueva de la Serena. Don Benito, Badajoz. España*

---

Correspondencia: Antonio Alcántara Montero  
a.alcantara.montero@hotmail.com

## BIBLIOGRAFÍA

1. Dowell D, Haegerich TM, Chou R. CDC Guideline for Prescribing Opioids for Chronic Pain - United States, 2016. *MMWR Recomm Rep* 2016;65(1):1-49. DOI: 10.15585/mmwr.rr6501e1. [consultado el 10 de abril de 2016]. Disponible en: <http://www.cdc.gov/mmwr/volumes/65/rr/pdfs/rr6501e1.pdf> ].