

# MODULO I.- Valoración clínica del paciente antes de iniciar el tratamiento con opioides: herramientas de ayuda.

## Capítulo I.3.- Evaluación del riesgo asociado a opioides. Herramientas disponibles. Herramientas de estratificación del riesgo de abuso.

José Manuel Fernández Fernández  
Médico Psiquiatra UAD Ribeira

### I.3.1.-EVALUACION DEL RIESGO ASOCIADO A OPIOIDES

No todos los tipos de dolor deben ser tratados con analgésicos opioides y siempre es conveniente empezar de forma escalonada en función de la patología subyacente y utilizando el fármaco más adecuado en cada caso.

Los opioides son fármacos muy efectivos para el dolor, pero no están exentos de complicaciones; por ejemplo pueden producir un efecto rebote y causar más dolor en lugar de aliviarlo (hiperalgesia) o pueden, incluso, provocar una sobredosis o adicción.

El aumento del uso médico de los analgésicos opioides ha mejorado claramente el tratamiento de muchos pacientes con dolor crónico. Pero este incremento de la prescripción se ha acompañado de un marcado aumento de los problemas relacionados con su uso a largo plazo (uso indebido, abuso, adicción e incluso muertes relacionadas con sobredosis).

Este uso problemático creciente de analgésicos opioides de prescripción es un problema a nivel mundial que afecta a muchos países en grado variable.

El Informe Europeo sobre Drogas de 2015 señaló que, en 11 países de la UE, más del 10% de los pacientes dependientes a opiáceos que comenzaban tratamiento utilizaban opioides distintos a la heroína. El fentanilo y el tramadol solían aparecer en los informes toxicológicos y estaban relacionados con una parte de las muertes por sobredosis.

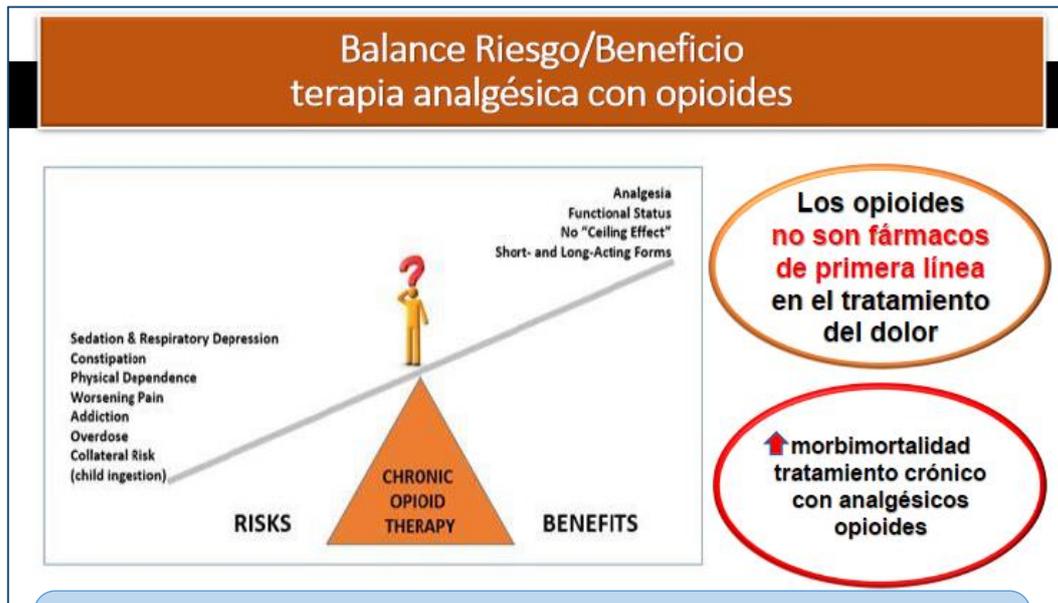
Los analgésicos opioides no son una solución sencilla ni necesariamente eficaz en el tratamiento del DCNO. Aceptar que hay unos elevados índices de fracaso del tratamiento con opioides es el primer paso para mejorar su uso. Actualmente el uso de los analgésicos opioides en el DCNO no es la más adecuada, las dosis que se utilizan son demasiado altas y la duración de los tratamientos demasiado larga. La eficacia a largo plazo para el DCNO es limitada.

El desarrollo de dependencia física y adicción relacionada con estos fármacos se ha convertido en un importante problema de salud en países desarrollados, debido al potencial riesgo de abuso.

Evitar la prescripción de analgésicos opioides, cuando su indicación terapéutica es dudosa o innecesaria, resulta siempre más sencillo que proceder después a su retirada, la cual será todavía más difícil si el paciente no la desea.

Es necesario conseguir un uso más equilibrado de los opioides, que permita la disponibilidad de estos fármacos para aquellos pacientes que puedan beneficiarse de ellos y limite en la medida de lo posible un uso inapropiado que suponga un mayor riesgo de las consecuencias negativas asociadas.

- ✓ El uso de opioides en el **tratamiento del DCNO** está sujeto a la **valoración RIESGO/BENEFICIO**
- ✓ Debemos **identificar los posibles factores de riesgo**
- ✓ En aquellos **pacientes** en que se considere de **alto riesgo**, debemos **EVITAR** o **LIMITAR** el uso de opioides



**OBJETIVOS del tratamiento en DCNO:  
MAXIMIZAR la eficacia y MINIMIZAR el riesgo**



La **evaluación del riesgo potencial de uso indebido, abuso y adicción a opioides** forma parte de la **valoración inicial exhaustiva** de un paciente con dolor crónico antes de iniciar tratamiento con analgésicos opioides y se debe evaluar, además, durante el seguimiento clínico periódico de estos pacientes.

Los médicos deben evaluar a los pacientes para ver cuáles son sus factores de riesgo potenciales, incluyendo su historia personal o familiar de abuso de drogas o de enfermedad mental así como detectar si hay señales de abuso.

### Identificar posibles factores de riesgo:

Se han identificado numerosas variables asociadas aun mayor riesgo de uso indebido o abuso de opioides (**Tabla 1**): Sociodemográficas, relacionadas con el dolor, Genéticas, Psicopatológicas y Relacionadas con los opioides

EVALUACIÓN DEL RIESGO ASOCIADO AL USO DE OPIOIDES	
3.1.- IDENTIFICAR POSIBLES FACTORES DE RIESGO	
Tabla 1.- VARIABLES PROPUESTAS COMO FACTORES DE RIESGO DE ABUSO O ADICCIÓN A ANALGÉSICOS OPIOIDES	
<b>Sociodemográficos</b>	Edad: jóvenes ( 16-45 años) Sexo: Mujeres, según algunos autores
<b>Relacionados con el dolor</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Dolores <b>múltiples</b> <input checked="" type="checkbox"/> Dolor <b>difuso</b> <input checked="" type="checkbox"/> Quejas <b>subjetivas</b> <input checked="" type="checkbox"/> <b>Mayor limitación funcional</b>
<b>Genéticas</b>	Polimorfismo de ciertos genes
<b>Psicopatológicos</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Stress psicosocial intenso <input checked="" type="checkbox"/> Dolor emocional <input checked="" type="checkbox"/> <b>COMORBILIDAD PSIQUIÁTRICA</b>
<b>Relacionados con los opioides</b>	<input checked="" type="checkbox"/> <b>Dosis elevadas</b> <input checked="" type="checkbox"/> <b>Agonistas puros</b> <input checked="" type="checkbox"/> Formulaciones de <b>acción rápida</b> <input checked="" type="checkbox"/> Vía <b>parenteral o transmucosa/intranasal</b> <input checked="" type="checkbox"/> Prescripción de <b>múltiples opioides</b>

- ✓ T Estrés PostTraumático (TEPT)
- ✓ T Ansiedad
- ✓ T Depresivos
- ✓ T Personalidad
- ✓ T Uso Sustancias (TUS)

\*En Guía de consenso para el buen uso de analgésicos opioides: Gestión de riesgos y beneficios. 2015. Socidrogalcohol

Aunque en general se considera que ambos sexos tienen idéntico riesgo, algunos estudios señalan que el riesgo podría ser mayor en las mujeres por varias razones (Tabla 2) relacionadas tanto con las características del dolor, como con la psicopatología y la adicción.

**EVALUACIÓN DEL RIESGO ASOCIADO AL USO DE OPIOIDES**

**RIESGO DE GENERO**

**Tabla 2.- Factores que pueden implicar mayor riesgo de abuso de analgésicos opioides en mujeres**

Relacionados con el dolor	Relacionados con la comorbilidad psiquiátrica	Relacionados con el abuso/adicción a opioides
+ frecuente + intenso + duradero	> Ansiedad relacionada con el dolor	> Abuso de analgésicos opioides
> Prescripción analgésicos a dosis altas y durante más tiempo	Estrategias de afrontamiento más desadaptativas	> Automedicación en respuesta a stress emocional
> Prescripción analgésicos opioides	> Incidencia de T Ansiedad, TEPT, T Depresivos	> Sensibilidad a efectos opioides
> Uso hipnóticos y sedantes	> Incidencia eventos traumáticos (maltrato físico, abusos sexuales)	Progresión más rápida del abuso a adicción

\*En Guía de consenso para el buen uso de analgésicos opioides Gestión de riesgos y beneficios. 2015 bcidrogalcohol

## FACTORES DE RIESGO POR COMORBILIDAD PSIQUIÁTRICA

Elevados índices de comorbilidad psiquiátrica en los pacientes con dolor crónico.

- Los **trastornos depresivos** y los **trastornos de ansiedad** se asocian con una **mayor intensidad del dolor, más quejas** y **mayor interferencia con las actividades de la vida diaria**.
- La **presencia de un T. Psiquiátrico previo** ( T. Estado ánimo, T. Estrés postraumático (TEPT), T personalidad, T bipolar) puede provocar un **aumento de la intensidad y de la percepción del dolor**, con una retroalimentación de ambas patologías.
- La **falta de control de un dolor crónico** puede provocar **trastornos emocionales**, con **sintomatología ansiosa y depresiva**.
- En ocasiones **el dolor será el primer síntoma de un t. Psiquiátrico no diagnosticado** ( T. Somatomorfo, T Facticio, T Conversivo).

- Los pacientes con T psiquiátricos suelen recibir **tratamientos con opioides para el dolor crónico** más **frecuentemente y durante más tiempo** que los pacientes sin trastornos mentales.
- El **uso prolongado de analgésicos opioides**, sobre todo a dosis altas, puede provocar **t. psiquiátricos**, como **depresión, ansiedad y abuso/adicción**.
- Las **personas que presentan t. psiquiátricos o adictivos** tienen un **mayor riesgo de consumo prolongado de analgésicos opioides** y **requieren un abordaje multidisciplinar** para aliviar eficazmente el dolor, considerando el **equilibrio entre riesgos y beneficios** y **evitando las sinergias con otras sustancias depresoras del SNC** que puedan precipitar la **sobredosis**.



### FACTORES ASOCIADOS A MAYOR RIESGO DE SOBREDOSIS POR OPIOIDES

FACTORES ASOCIADOS A MAYOR RIESGO DE SOBREDOSIS POR OPIOIDES	
<input type="checkbox"/>	Edad > 65 años
<input type="checkbox"/>	Dosis elevadas de opioides (> 50 mg DEM)
<input type="checkbox"/>	Uso prolongado de opioides (> 3 meses)
<input type="checkbox"/>	Formulaciones de larga duración o liberación retardada (acumulación)
<input type="checkbox"/>	Consumo simultáneo de alcohol y/o benzodiacepinas
<input type="checkbox"/>	Comorbilidad médica (apnea del sueño, enfermedad renal o hepática)
<input type="checkbox"/>	Comorbilidad psiquiátrica (depresión, adicción a drogas o alcohol).
<input type="checkbox"/>	Antecedentes de sobredosis previa



El consumo simultáneo de benzodiazepinas y/o de alcohol, asociado al de analgésicos opioides, aumenta el riesgo de sobredosis y también su letalidad

\* <http://analgesicosopioides.org/>



### FACTORES DE RIESGO implicados en el desarrollo de ADICCION

FACTORES DE RIESGO ADICCION	
<input type="checkbox"/>	Dosis diarias por encima de los 100 mg DEM
<input type="checkbox"/>	Uso de opioides a largo plazo (> 3 meses)
<input type="checkbox"/>	Comorbilidad psiquiátrica (depresión, ansiedad, TEPT, TUS...)
<input type="checkbox"/>	Formulaciones de acción potente y liberación ultrarrápida
<input type="checkbox"/>	Edad joven (16-45 años)



NINGUNO DE NUESTROS PACIENTES ES INMUNE A LA ADICCION  
Lo más prudente es considerar que todos los pacientes que toman analgésicos opioides están en riesgo.

\* <http://analgesicosopioides.org/>

## I.3.2.-HERRAMIENTAS DISPONIBLES EVALUAR RIESGO

En general, la entrevista clínica es la que más sensibilidad tiene a la hora de predecir el riesgo.

Existen varios **instrumentos para la evaluación del riesgo de abuso de los analgésicos opioides** que nos pueden ayudar en la toma de decisiones.

Los cuestionarios solo tienen un valor orientativo.

Entre la batería de cuestionarios disponibles, cabe destacar los siguientes:

### I.- CUESTIONARIOS EVALUACIÓN PRETRATAMIENTO

1.- **ORT: Opioid Risk Tool** (Escala de valoración del riesgo potencial de opioides)

\* Es la recomendada por todas las guías clínicas actuales.

2.- **SOAPP-R: Screener and Opioid Assessment for Patients with Pain-Revised**

Detección y evaluación de opioides para pacientes con dolor.

3.- **D.I.R.E. Score: Patient Selection for Chronic Opioid Analgesia.**

Selección de pacientes para analgesia crónica con opioides.



**EVALUACIÓN DEL RIESGO ASOCIADO AL USO DE OPIOIDES**

### 3.3.-INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

- ✓ La **entrevista clínica** es la que ofrece más sensibilidad para predecir el riesgo
- ✓ Los **instrumentos de evaluación o CUESTIONARIOS** pueden ayudar en la toma de decisiones clínicas, pero no son herramientas diagnósticas

**Cuestionarios evaluación PRE-TRATAMIENTO**

-  **ORT: Opioid Risk Tool**  
Escala de valoración del riesgo potencial de opioides
-  **SOAPP-R: Screener and Opioid Assessment for Patients with Pain-Revised**  
Detección y evaluación de opioides para pacientes con dolor
-  **D.I.R.E. Score: Patient Selection for Chronic Opioid Analgesia**

## 1.- ORT: Opioid Risk Tool. Escala de Valoración del Riesgo Potencial de Opioides:

- ❖ Recomendada por todas las guías clínicas actuales.

### INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

#### 1.- ORT: Opioid Risk Tool

#### Escala de Valoración del Riesgo Potencial de Opioides

- ❖ Instrumento de evaluación de uso antes de iniciar el tratamiento con Opioides
- ❖ Escala de 5 ítems y diferencia género
- ❖ Valora riesgo potencial

Proporciona una excelente discriminación entre pacientes de ALTO o BAJO RIESGO de probabilidad de desarrollar abuso a opioides

≥ 8: RIESGO ALTO EVITAR OPIOIDES

Webster LR. Predicting aberrant behaviors in opioid-treated patients: Preliminary validation of the opioid risk tool. Pain Medicine. 2005;6(6):432-442.

### Escala de valoración del riesgo potencial de opioides (ORT)

Fecha: \_\_\_\_\_

1. ANTECEDENTES FAMILIARES DE ABUSO DE SUSTANCIAS:	
Alcohol	1 3
Drogas ilegales	2 3
Medicamentos	4 4
2. ANTECEDENTES PERSONALES DE ABUSO DE SUSTANCIAS:	
Alcohol	3 3
Drogas ilegales	4 4
Medicamentos	5 5
3. EDAD (marcar si la edad está entre 16 y 45 años)	
	1 1
4. ANTECEDENTES DE ABUSO SEXUAL	
	3 0
5. ENFERMEDAD PSIQUIÁTRICA:	
Déficit de atención, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno bipolar, esquizofrenia	2 2
Depresión	1 1
<b>Puntuación Total:</b>	

Riesgo bajo: 1-3. Riesgo moderado: 4-7 (se pueden usar analgésicos opioides con una monitorización cuidadosa y un seguimiento adecuado del paciente). Riesgo alto: ≥ 8 (en este caso, si es posible, evitar el uso de analgésicos opioides).

### 5 ítems:

- 1.- Antecedentes familiares abuso sustancias
- 2.- Antecedentes Personales abuso sustancias
- 3.- Edad
- 4.- Antecedentes abuso sexual
- 5.- Enfermedad psiquiátrica

ACCIONES a tomar según puntuación		
RIESGO	P	ACCIONES
BAJO	1-3	Iniciar terapia de prueba
MODERADO	4-7	Monitorización cuidadosa y seguimiento adecuado
ALTO	≥ 8	EVITAR uso opioides

## 2.- SOAPP-R: Detección y evaluación de opioides para pacientes con dolor

### INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

#### 2.- SOAPP-R

#### Detección y evaluación de Opioides para pacientes con dolor

La SOAPP-R es un cuestionario rápido (autoaplicado) y fácil de usar diseñado para **ayudar a los profesionales médicos a evaluar el riesgo relativo** de los pacientes de problemas al recibir terapia a largo plazo con opioides.

- ❑ Diseñado para aplicar a **pacientes con dolor crónico** a quienes se está considerando administrar terapia analgésica con opioides
- ❑ Fue desarrollada sobre el consenso de los expertos con respecto a conceptos importantes que suelen **predecir que pacientes requerirán más o menos supervisión** al recibir terapia a largo plazo con opioides.
- ❑ Consta de 24 puntos ( ítems) y se realiza en <10 minutos.
- ❑ Es ideal para **documentar las decisiones sobre el nivel de supervisión planificado para un paciente** en particular o para **justificar remisiones a una clínica especializada en dolor**.
- ❑ La SOAPP-R **NO es un detector de mentiras**. Los pacientes que se han propuesto ocultar la verdad lo harán de todos modos.
- ❑ Se **deben utilizar otros datos clínicos** junto con la **puntuación obtenida en la SOAPP-R** al decidir el plan de tratamiento de un paciente en particular.

### INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

#### 2.-SOAPP-R

#### Detección y evaluación de Opioides para pacientes con dolor

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
 Nº de HC: \_\_\_\_\_

Los siguientes son algunos preguntas hechas a pacientes. Algunos de estos pacientes toman medicamentos para el dolor. Otros aún no toman medicamentos para el dolor, pero están considerando hacerlo. Responda cada pregunta con la mayor sinceridad posible. No hay respuestas correctas ni incorrectas.

0 = Nunca, 1 = Rara vez, 2 = A veces, 3 = A menudo, 4 = Muy a menudo

1. ¿Con qué frecuencia le cambia el estado de ánimo?	0 1 2 3 4	16. ¿Con qué frecuencia se ha quedado sin medicamentos para el dolor antes de tiempo?	0 1 2 3 4
2. ¿Con qué frecuencia ha sentido necesidad de tomar dosis mayores de medicamentos para tratar el dolor?	0 1 2 3 4	17. ¿Con qué frecuencia otras personas le han impedido conseguir lo que usted merece?	0 1 2 3 4
3. ¿Con qué frecuencia se ha sentido tan presionado por distintas cosas que no puede manejarlo?	0 1 2 3 4	18. ¿Con qué frecuencia, en su vida, ha tenido problemas legales o ha sido arrestado?	0 1 2 3 4
4. ¿Con qué frecuencia se ha sentido tan presionado por distintas cosas que no puede manejarlo?	0 1 2 3 4	19. ¿Con qué frecuencia ha asistido a reuniones de alcoholismo anónimo o narcóticos anónimo?	0 1 2 3 4
5. ¿Con qué frecuencia hay tensión en su casa?	0 1 2 3 4	20. ¿Con qué frecuencia ha tenido una discusión tan fuerte de control que alguien resultó herido?	0 1 2 3 4
6. ¿Con qué frecuencia ha sentido un puntillazo para el dolor para ver cuántas le quedará?	0 1 2 3 4	21. ¿Con qué frecuencia ha sido abusado sexualmente?	0 1 2 3 4
7. ¿Con qué frecuencia se ha sentido preocupado de que la gente lo juzgue por tomar medicamentos para el dolor?	0 1 2 3 4	22. ¿Con qué frecuencia otras personas han sugerido que tome un problema de drogadicción o alcoholismo?	0 1 2 3 4
8. ¿Con qué frecuencia se siente aburrido?	0 1 2 3 4	23. ¿Con qué frecuencia ha tenido que pedir prescripción de medicamentos para el dolor a sus familiares o amigos?	0 1 2 3 4
9. ¿Con qué frecuencia ha tomado más medicamentos para el dolor de los que debía tomar?	0 1 2 3 4	24. ¿Con qué frecuencia ha sido tratado por un problema de alcoholismo o drogadicción?	0 1 2 3 4
10. ¿Con qué frecuencia le ha preocupado que le digan sobre?	0 1 2 3 4		
11. ¿Con qué frecuencia ha sentido ansias de tomar medicación?	0 1 2 3 4		
12. ¿Con qué frecuencia otras personas se han mostrado preocupadas por el uso que usted hace de la medicación?	0 1 2 3 4		
13. ¿Con qué frecuencia alguien de sus amigos cercanos ha tenido problemas de alcoholismo o drogadicción?	0 1 2 3 4		
14. ¿Con qué frecuencia otros personas le dicen que tenía mal genio?	0 1 2 3 4		
15. ¿Con qué frecuencia se ha sentido dominado por la necesidad de conseguir medicamentos para el dolor?	0 1 2 3 4		

PAIN EDU

**Autoevaluación 24 ítems**

Puntuación	RIESGO
< 9	BAJO
10-21	MODERADO
≥ 22	ELEVADO

### 2.- SOAPP-R

#### CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS PARA EL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON SOAPP-R RIESGO ELEVADO

- ❑ Evaluar **historia previa** y **contacto con los médicos** que lo atendieron o atienden actualmente
- ❑ Análisis de **detección toxicológica** en cada visita a la clínica.
- ❑ **Medicación por periodos limitados** (p. ej., cada 2 semanas).
- ❑ **Entrevista con familiares** y contar con la participación de un **especialista en adicciones y/o un profesional de la salud mental**.
- ❑ Utilizar **formulaciones con menos potencial de abuso** (p. ej., opioides de acción prolongada en vez de opioides de acción rápida, preparados transdérmicos en vez de orales, medicamentos resistentes a la adulteración, etc.).
- ❑ Ante los primeros signos de un **comportamiento aberrante** o una **violación del acuerdo** sobre los opioides se debe  **cambiar el plan de tratamiento**.
  - Supervisión más estricta
  - Remitir al paciente a un programa de prescripción de opioides bajo condiciones más estrictas (**UCAs**).
- ❑ Si las violaciones o **los comportamientos aberrantes persisten, suspender la terapia con opioides** y remitir a **UCAs**.

### 3.- D.I.R.E. Score: Patient Selection for Chronic Opioid Analgesia

#### **D.I.R.E. Score: Patient Selection for Chronic Opioid Analgesia**

For each factor, rate the patient's score from 1-3 based on the explanations in the right hand column.

Score	Factor	Explanation
	<u>D</u> <b>Diagnosis</b>	1 = Benign chronic condition with minimal objective findings or no definite medical diagnosis. Examples: fibromyalgia, migraine headaches, nonspecific back pain. 2 = Slowly progressive condition concordant with moderate pain, or fixed condition with moderate objective findings. Examples: failed back surgery syndrome, back pain with moderate degenerative changes, neuropathic pain. 3 = Advanced condition concordant with severe pain with objective findings. Examples: severe ischemic vascular disease, advanced neuropathy, severe spinal stenosis.
	<u>I</u> <b>Intractability</b>	1 = Few therapies have been tried and the patient takes a passive role in his/her pain management process. 2 = Most customary treatments have been tried but the patient is not fully engaged in the pain management process, or barriers prevent (insurance, transportation, medical illness). 3 = Patient fully engaged in a spectrum of appropriate treatments but with inadequate response.
	<u>R</u> <b>Risk</b>	(R = Total of P + C + R + S below)
	<u>P</u> <b>Psychological:</b>	1 = Serious personality dysfunction or mental illness interfering with care. Example: personality disorder, severe affective disorder, significant personality issues. 2 = Personality or mental health interferes moderately. Example: depression or anxiety disorder. 3 = Good communication with clinic. No significant personality dysfunction or mental illness.
	<u>C</u> <b>Chemical Health:</b>	1 = Active or very recent use of illicit drugs, excessive alcohol, or prescription drug abuse. 2 = Chemical coper (uses medications to cope with stress) or history of CD in remission. 3 = No CD history. Not drug-focused or chemically reliant.
	<u>R</u> <b>Reliability:</b>	1 = History of numerous problems: medication misuse, missed appointments, rarely follows through. 2 = Occasional difficulties with compliance, but generally reliable. 3 = Highly reliable patient with meds, appointments & treatment.
	<u>S</u> <b>Social Support:</b>	1 = Life in chaos. Little family support and few close relationships. Loss of most normal life roles. 2 = Reduction in some relationships and life roles. 3 = Supportive family/close relationships. Involved in work or school and no social isolation.
	<u>E</u> <b>Efficacy score</b>	1 = Poor function or minimal pain relief despite moderate to high doses. 2 = Moderate benefit with function improved in a number of ways (or insufficient info – hasn't tried opioid yet or very low doses or too short of a trial). 3 = Good improvement in pain and function and quality of life with stable doses over time.

\_\_\_ Total score = D + I + R + E

Score 7-13: Not a suitable candidate for long-term opioid analgesia

Score 14-21: May be a candidate for long-term opioid analgesia

Source: Miles Belgrade, Fairview Pain & Palliative Care Center © 2005.

## II.- CUESTIONARIOS EVALUACIÓN PARA SEGUIMIENTO CLÍNICO

**EVALUACIÓN DEL RIESGO ASOCIADO AL USO DE OPIOIDES**

### 3.3.- INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

**Cuestionarios evaluación SEGUIMIENTO**



**PADT: Pain Assessment and Documentation Tools**  
Escala de evaluación y documentación del dolor

Evaluación  
4 A's



**COMM: Current Opioid Misuse Measure**  
Medida del uso indebido de opioides



**ABC: Addiction Behaviors Checklist**  
Lista de Comprobación de Conductas Adictivas



**El mánager Opiode\***  
( Guía Canadiense para el manejo de opioides)

**A. Previo a la primera prescripción\***

**B. Inicio de la terapia de prueba**

**C. Mantenimiento y monitoreo**

**D. ¿Cuándo es tiempo de disminuir la dosis o suspender el tratamiento?\***

### 3.- COMM: Current Opioid Misuse Measure. Medida del Uso Indebido de Opioides

#### INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

### 3.- COMM: Current Opioid Misuse Measure

#### Medida del Uso Indebido de Opioides

- ❖ Autoevaluación de 17 ítems.
- ❖ **Puntuación ≥ 9 (+): Probable uso indebido/conductas aberrantes**
- ❖ **Supervisar pacientes que están a tratamiento con analgésicos opioides a largo plazo.**
- ❖ Ayuda a determinar si los pacientes están desarrollando **conductas aberrantes** asociadas al uso de opioides.
- ❖ Identifica 6 cuestiones clave:
  1. Signos y síntomas de intoxicación
  2. Labilidad emocional
  3. Datos identificativos de respuesta deficiente a los medicamentos
  4. Adicción
  5. Patrón de mal uso de los servicios de salud
  6. Comportamiento problemático (aberrante) respecto de la medicación

#### INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

### 3.- COMM :Medida del Uso Indebido de Opioides

COMM™

Responda a cada pregunta con la mayor sinceridad posible. Tiene en cuenta que las preguntas se refieren únicamente a los últimos 30 días. No hay respuestas correctas ni incorrectas. Si no está seguro acerca de cómo responder a una pregunta, proporcione la mejor respuesta que pueda.

Responda las preguntas usando la siguiente escala:	Nunca	Rara vez	A veces	A menudo	Mal a menudo
1. En los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia ha tenido inconvenientes para pensar con claridad o ha tenido problemas de memoria?	0	1	2	3	4
2. En los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia alguien se ha quejado de que usted no cumple con sus responsabilidades por ejemplo, cumplir con lo que debe hacer, como ir a clases, al trabajo o a una cita?	0	0	0	0	0
3. En los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia ha tenido que recurrir a otra persona (que no sea el médico) que le recete su medicación para lograr refinarle el nivel del dolor con medicamentos (es decir, otro médico, la sala de emergencias, amigos, en la calle)?	0	0	0	0	0
4. En los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia ha tomado medicamentos de manera diferente de como se los recetaron?	0	0	0	0	0
5. En los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia ha perdido seriamente los medicamentos?	0	0	0	0	0
6. En los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia ha perdido en los medicamentos en los últimos 30 días, o si tenía adicciones, en fumarlo, el fumarlo o consumirlos en los días, etc.?	0	0	0	0	0
7. En los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia ha tenido una discusión?	0	0	0	0	0
8. En los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia ha tenido inconvenientes para cumplir la ley, ir al trabajo o a la escuela, ir al colegio, etc.?	0	0	0	0	0
9. En los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia ha tenido que tomar medicamentos para el dolor que eran de otro proveedor?	0	0	0	0	0
10. En los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia ha tenido que tomar medicamentos para el dolor que eran de otro proveedor?	0	0	0	0	0
11. En los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia ha tenido que tomar medicamentos para el dolor que eran de otro proveedor para la manera en que estaba sufriendo el dolor?	0	0	0	0	0
12. En los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia ha tenido que buscar un tratamiento alternativo de emergencia o acudir a la sala de emergencias?	0	0	0	0	0
13. En los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia se ha sentido con el dolor de manera diferente de como se lo recetaron?	0	0	0	0	0
14. En los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia ha tenido que tomar una mayor cantidad de medicamento que la recetado?	0	0	0	0	0
15. En los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia ha usado la medicación para sentir adormecido que no era de otro proveedor, como ayuda para dormir, para mejorar el estado de ánimo o para aliviar el estrés?	0	0	0	0	0
16. En los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia ha usado la medicación para sentir adormecido que no era de otro proveedor, como ayuda para dormir, para mejorar el estado de ánimo o para aliviar el estrés?	0	0	0	0	0
17. En los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia ha tenido que acudir a la sala de emergencias?	0	0	0	0	0

### 4.- ABC: Addiction Behaviors Checklist. Lista de comprobación de conductas adictivas

#### INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

### 4.- ABC: Addiction Behaviors Checklist

#### Lista de comprobación de conductas adictivas

**LISTA de COMPROBACIÓN DE CONDUCTAS ADICTIVAS**  
**ABC: Addiction Behaviors Checklist**

- Cuestionario checklist 20 ítems diseñado como seguimiento de conductas de adicción en pacientes con dolor crónico.
- Puntuación ≥ 3 indica posible uso inapropiado de opioides y debe indicarse un examen adicional o si signos específicos de mal uso realizar un seguimiento más cuidadoso del paciente

**Addiction Behaviors Checklist (ABC)**

Designed to track behavior characteristics of addiction-related to prescription-opioid medications in chronic pain patients. Items are focused on observable behaviors noted both during and between visits. ABC is focused on longitudinal assessment and tracking of problematic behaviors.

**Addiction Behaviors Checklist**

Instructions: Code only for patients prescribed opioid or synthetic analgesics on behaviors exhibited "since last visit" and "within the current visit" (NA = not assessed)

Addiction behaviors—since last visit	Y	N	NA
1. Patient used illicit drug or evidence problem drinking?	Y	N	NA
2. Patient has hoarded meds.	Y	N	NA
3. Patient used more narcotics than prescribed.	Y	N	NA
4. Patient ran out of meds early.	Y	N	NA
5. Patient has increased use of narcotics.	Y	N	NA
6. Patient used analgesic PRN when prescription is for time contingent use.	Y	N	NA
7. Patient received narcotics from more than one provider.	Y	N	NA
8. Patient bought meds on the street.	Y	N	NA
Addiction behaviors—within current visit	Y	N	NA
1. Patient appears sedated or confused (e.g., slurred speech, unresponsive).	Y	N	NA
2. Patient expresses worried about addiction.	Y	N	NA
3. Patient expressed a strong preference for a specific type of analgesic or a specific route of administration.	Y	N	NA
4. Patient expressed concern about future availability of narcotic.	Y	N	NA
5. Patient reports worsened relationships with family.	Y	N	NA
6. Patient endorsed unmet analgesic prescription or use.	Y	N	NA
7. Patient indicated she or he "hased" or "trout hase" analgesic meds.	Y	N	NA
8. Discussion of analgesic meds was the predominant issue of visit.	Y	N	NA
9. Patient exhibited lack of interest in visit or self-management.	Y	N	NA
10. Patient reports minimal/inadequate relief from narcotic analgesic.	Y	N	NA
11. Patient indicated difficulty with using medication agreement.	Y	N	NA
Other	Y	N	NA
1. Significant others express concern over patient's use of analgesics.	Y	N	NA

\*See "Single prescriber / Patient uses 1700 or less mg/d" for a low correlation with global abuse judgment. This is possibly associated with a patient's decision to limit a prescribed quantity of medication and/or their self-management practices. In this case, the clinician should not be concerned with using the prescription opioid medication inappropriately. However, we include in this version of the ABC a separate screening question to track specific problem behaviors in the context of chronic pain.

**ABC Score:**  
Scores of 0-2 indicated possible inappropriate opioid use and should flag for further examination of specific signs of misuse and more careful patient monitoring (i.e., urine screening, pill counts, removal of opioid).

Checklist developed by David D. Haddad, M.D., with support from VA Health Services Research and Development. Used with permission. Copyright © 2016 by the American Pain Society. All rights reserved. This is a non-commercial, non-profit, educational, and research use only. It is not to be used for commercial purposes. For more information, please contact: david.haddad@va.gov or david.haddad@hhs.gov

\*en: Riesgos asociados al abuso de opioides. Arbonés, E; Montes, A. Butlletí de Prevenció d' Erros de Medicació de Catalunya. Vol. 14 Nº4 oct-dic.2016. Departament Salut GenCat.

## 5.- PADT: Pain Assessment and Documentation Tools. Evaluación 4 A's

**INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN**

### 5.- PADT: Pain Assessment and Documentation Tools

**Escala de Evaluación y Documentación del Dolor**

PADT: 4 dominios Evaluación 4 A's

- Analgesia eficaz
- Actividades vida diaria
- Efectos Adversos
- Aparición conductas Aberrantes

❖ "Check list" de 4 dominios. Duración 10 a 20 min

❖ Las 4 A's fueron desarrolladas, inicialmente, como medio para que los médicos pudieran **monitorizar y documentar el progreso de sus pacientes, una vez iniciado el tratamiento**.

❖ Pero también es útil para explicar a los pacientes el alcance de la terapéutica y para ayudarles a comprender la meta más amplia, al ser tratados en un contexto de manejo del dolor.

**INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN 5.- PADT**

**Pain Assessment and Documentation Tool (PADT<sup>®</sup>)**

**PROGRESS NOTE**

**Pain Assessment and Documentation Tool (PADT<sup>®</sup>)**

Address Events

Adverse Events

Aberrant Behavior

Specific Analgesic Plan

**INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN**

### 5.- PADT: Pain Assessment and Documentation Tools

**Escala de Evaluación y Documentación del Dolor**

**Sección 4: Evaluación conductas aberrantes**

**Potencial conductas aberrantes relacionadas con uso de drogas**

Este sección debe ser cubierta por el médico

Para tener un mejor y más preciso conocimiento de los siguientes items que deberán ser cubiertos durante sus entrevistas con el paciente. Tenga en cuenta que algunos items son directamente observables (Ej. parece intoxicado), mientras que otros pueden requerir más actividad activa y/o sondaje. Utilice la sección "Evaluación" a continuación para observar detalles adicionales.

- Sobresedación deliberada
- Estado de ánimo negativo (deprimido)
- Parece intoxicado
- Cada vez más descuidado o deteriorado
- Participación o involucramiento en accidentes automovilísticos u otros
- Solicitudes frecuentes de renovaciones temporales de recetas
- Aumentos de dosis sin autorización
- Informes de prescripciones perdidas o robadas
- Intereses de obtener recetas de otros médicos
- Cambios en la vía de administración
- Utiliza analgésicos en respuesta al factor de estrés situacional
- Insiste en ciertos medicamentos por su nombre
- Contacto con la cultura de las drogas callejeras
- Abuso de alcohol o drogas ilegales
- Acaparamiento (almacenamiento) de medicamentos
- Arrestado por la policía
- Víctima de abusos
- Otros.

**EVALUACIÓN** Esta sección debe ser cubierta por el médico

¿Es su impresión general que este paciente se está beneficiando (E) el alivio del dolor supera los efectos adversos) de la terapia con opioides?  Sí  No  Duda

**Comentarios:**

- Especificar el plan analgésico: Continúa el régimen actual
- Ajuste de dosis de los analgésicos actuales
- Rotación analgésicos opioides
- Añadir/eliminar terapia concomitante
- Interrumpir/reducir la terapia con opioides

## 6.- Informatización e-receta

**INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN**

### 6.- informatización E-receta

Supervisión periódica medicación pautada:

- Evitar **sobrescripción** de opioides (efecto "doctor shopping"\*)
- Evitar la **combinación con otros psicofármacos** que aumenten el riesgo de intoxicación/sobredosis.
- Interacciones farmacológicas.**

\*Nordmann S, Pradel V, Lapeyre-Mestre M, Frauger E, Pauly V, Thirion X, et al. Doctor shopping reveals geographical variations in opioid abuse. Pain Physician 2013;16(1):89-100.

## 7.- Controles urinoanálisis

**INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN**

### 7.- Controles Urinoanálisis

Los **test de orina** pueden ser útiles al inicio y durante el tratamiento.

Abuso de sustancias

Adherencia

Desviación de uso

## 8.- El Manager Opiode. De la guía canadiense para el manejo de opioides

**INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN**

### 8.- EL MANAGER OPIOIDE

**GUIA CANADIENSE PARA EL MANEJO DE OPIOIDES**

- Como material de ayuda en las consultas de seguimiento de los pacientes con DCNO a tratamiento con analgésicos opioides de prescripción, se recomienda el uso de "el **manager opiode**", una herramienta para profesionales de la salud que prescriben opioides para el DCNO, que incluye elementos esenciales de la Guía Canadiense para el manejo de opioides: National Opioid Use Guideline Group (NOUGG).
- Se puede descargar en español: <http://nationalpaincentre.mcmaster.ca/opioid/>
- Se puede usar como anexo de la historia clínica, y consta de **4 apartados**:
  - Previo a la primera prescripción
  - Inicio de la terapia de prueba
  - Mantenimiento y monitoreo
  - ¿Cuándo es tiempo de disminuir la dosis o suspender el tratamiento?

**EL MANAGER OPIOIDE**

### Previo a la primera prescripción

Metas a alcanzar con el paciente

Lista de verificación

Evaluación del riesgo asociado al uso de opioides

1. Información al paciente:

- Metas a alcanzar
- Información sobre analgésicos opioides, beneficios potenciales, efectos adversos, riesgo de sobredosis y adicción.

2. Lista de verificación sobre los pasos seguidos

3. Evaluación del riesgo asociado al uso de opioides (Escala ORT)

4. Aproximación escalonada a la selección de un opiode

## I.3.3.-HERRAMIENTAS DE ESTRATIFICACIÓN DEL RIESGO DE ABUSO

Según la **evaluación de los factores de riesgo** citados, podremos **clasificar a los pacientes en tres categorías de riesgo: BAJO, MEDIO o ALTO RIESGO** (Tabla 3)

Tabla 3.- ESTRATIFICAR EL RIESGO			
Variables	BAJO	MEDIO	ALTO
Dolor	Localizado	En menos de 3 zonas	Difuso
Signos y síntomas objetivos	Presentes	Presentes	Ausentes
Exacerbación del dolor	Ausentes	Escasas	Frecuentes
Comorbilidad psiquiátrica	Ausente o leve	Moderada o controlada	Graves o no controlados
Trastornos orgánicos	Ausentes o leves	Moderados o controlados	Graves o no controlados
A Familiares de adicción	No	Controlados	Consumos activos
A Personales adicción	No	Controlados	Consumos activos
Tolerancia	Ausente	Leve	Importante
Dependencia física	Ausente	Ausente	Presente
Hiperalgnesia	Ausente	Ausente	Presente
Abuso	Ausente	Ausente	Presente
Nivel aceptación del dolor	Alto	Moderado	Bajo
Estrategias afrontamiento	Adaptativas	Adaptativas o desadaptativas	Desadaptativas
Funcionalidad	Funcional o casi	Disfuncional con intentos de normalización	Claramente disfuncional
Aceptación tratamiento multimodal	Si	Si	No

Manchikanti et al. American Society of Interventional Pain Physicians (ASIPP) Guidelines for Responsible Opioids Prescribing in Chronic Non-Cancer Pain. Pain Physician, 2012; jul(suppl 3) S1-S116

### RECOMENDACIONES:

- ✚ EVITAR o LIMITAR el uso de analgésicos opioides en pacientes incluidos en la categoría de **RIESGO ALTO**.
- ✚ Sobre todo en aquellos pacientes que presenten **trastorno mental grave descompensado, ideas autolíticas ó Trastorno por Uso de Sustancias (TUS)** alcohol o drogas ilícitas.



## EVALUACIÓN DEL RIESGO ASOCIADO AL USO DE OPIOIDES **PREVENCIÓN**

Evitar la prescripción de analgésicos opioides, cuando su indicación terapéutica es dudosa o innecesaria, resulta siempre más sencillo que proceder después a su retirada, la cual será todavía más difícil si el paciente no la desea

\*Guía de consenso para el buen uso de analgésicos opioides. Gestión de riesgos y beneficios. SOCIDROGALCOHOL, SEMFYC, FAECAP, SECPAL 2017

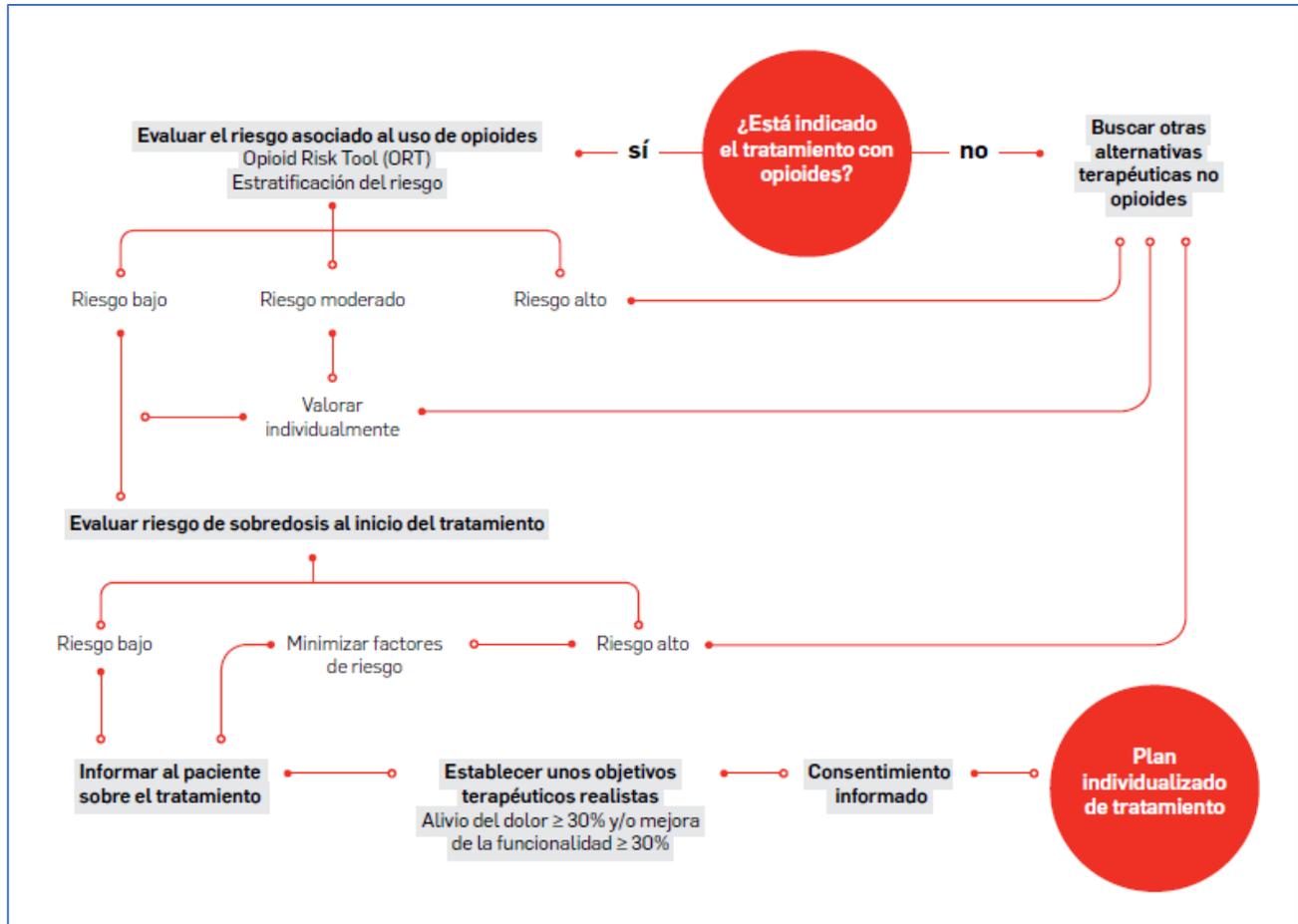
## RESUMEN EVALUACIÓN INICIAL:



## EVALUACIÓN DEL RIESGO ASOCIADO AL USO DE OPIOIDES

### Evaluación inicial previo al inicio del tratamiento con analgésicos opioides

Evaluación integral paciente	Evaluación riesgo mal uso opioides	*Consentimiento informado
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Condición dolor</li> <li>• Historia médica, psicosocial y funcional</li> <li>• Comorbilidad psiquiátrica</li> <li>• Patrón sueño</li> <li>• Tratamientos farmacológicos e interacciones</li> <li>• Antecedentes uso tóxicos y drogas ilegales</li> <li>• Enfermedades: EPOC, SAOS, Insuf Renal/Hepática; Deterioro cognitivo, Fibromialgia, dolor neuropático.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ORT: Escala valoración riesgo potencial opioides</li> <li>• SOAPP-R: Detección y evaluación de opioides para pacientes con dolor.</li> <li>• Tabla Estratificación riesgo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Información al paciente sobre los analgésicos opioides, efectos secundarios y opciones terapéuticas.</li> <li>• Establecer objetivos realistas:               <ul style="list-style-type: none"> <li><input checked="" type="checkbox"/> Disminuir el dolor</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> aumentar funcionalidad</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> minimizar efectos adversos.</li> </ul> </li> <li>• Elaborar un plan individualizado de tratamiento integral y cuándo suspender/ rotar/ derivar.</li> </ul>
<p><b>* En la exploración clínica se deben considerar los factores de riesgo para el desarrollo de conductas de uso abusivo o mal uso antes de iniciar un tratamiento con opioides</b></p>		

**ALGORITMO :**
**ANTES DE INICIAR EL TRATAMIENTO CON ANALGÉSICOS OPIOIDES**


Claves para un uso adecuado de opioides en el DCNO . Henche A, Paredero JM  
 Boletín Información Farmacoterapéutica de Navarra ( bitn). 2019 vol 27. Nº4.

## INDICACIONES y NO INDICACIONES del tratamiento con analgésicos opioides en DCNO

Teniendo en cuenta el **tipo de dolor**, aunque no se ha establecido ninguna contraindicación absoluta para el uso de estos fármacos, existe evidencia de que en ciertos casos lo más recomendable es evitar su uso (Tabla 5)

Claves para un uso adecuado de opioides en el DCNO . Henche A, Paredero JM  
Boletín Información Farmacoterapéutica de Navarra ( bitn). 2019 vol 27. Nº4.

**Tabla 5.** Posibles indicaciones y no indicaciones del tratamiento con analgésicos opioides en DCNO<sup>4</sup>.

INDICADOS*	
Con evidencia científica (duración del tratamiento: 4-12 semanas)	Sin evidencia científica (datos insuficientes)
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Polineuropatía diabética</li> <li>■ Neuralgia postherpética</li> <li>■ Otros síndromes de dolor neuropático (miembro fantasma, lesión de médula espinal, radiculopatía, polineuropatía por VIH)</li> <li>■ Osteoartritis</li> <li>■ Dolor de espalda crónico</li> <li>■ Artritis reumatoide (tiempo limitado a 6 semanas).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Cefaleas secundarias (enfermedad vascular, trastornos intracraneales).</li> <li>■ Osteoporosis importante (fracturas vertebrales)</li> <li>■ Enfermedades reumáticas (lupus, espondiloartritis).</li> <li>■ Dolor postoperatorio crónico (tras toracotomía, esternotomía, mastectomía, cirugía abdominal, cirugía facial).</li> <li>■ Dolor en las extremidades por arteriopatía isquémica o enfermedad venooclusiva.</li> <li>■ Dolor crónico asociado a úlceras por decúbito de grados 3 y 4.</li> <li>■ Dolor neuropático cerebral (esclerosis múltiple).</li> <li>■ Síndrome de dolor regional complejo tipos I y II.</li> </ul>
NO INDICADOS	
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Cefaleas primarias (evidencia científica)<sup>21-23</sup></li> <li>■ Fibromialgia (evidencia científica)<sup>24-28</sup>◆</li> <li>■ Dolor asociado con trastornos funcionales viscerales (SII, EII)<sup>29-32</sup></li> <li>■ Pancreatitis crónica (evidencia científica)<sup>33</sup>◆</li> <li>■ Dolor crónico como síntoma principal de trastornos psiquiátricos (depresión, trastorno somatomorfo, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno por estrés postraumático).</li> <li>■ Uso indebido, abuso o adicción de analgésicos opioides (actual o pasado).</li> <li>■ Trastorno depresivo mayor y/o tendencias suicidas.</li> </ul>	

\* Los analgésicos opioides son una más de las diferentes opciones de tratamiento.

- Cuando se ha producido un alivio importante del dolor y/o una mejoría funcional significativa en las primeras 4-6 semanas, sin efectos adversos importantes, se puede continuar el tratamiento a más largo plazo.
- El tramadol solo o en asociación puede utilizarse durante un tiempo no superior a 4-12 semanas.
- ◆ No deben usarse los opioides durante más de 4 semanas.

## ¿Qué tenemos que evaluar antes de plantearnos la prescripción de analgésicos opioides en DCNO?:

1. Evaluación de la **funcionalidad** y de la **calidad de vida**
2. Evaluación de los **tratamientos anteriores**: (tipo, adherencia, eficacia)
3. Evaluación del **riesgo asociado al uso de opioides**:
  - 3.1. **ORT: Opioid Risk Tool**
  - 3.2. **Estratificación del riesgo** (Tabla 3).
4. Evaluación **riesgo sobredosis** al inicio del tratamiento.

ANEXO IV EVALUACIÓN DEL RIESGO DE SOBREDOSIS AL INICIO DEL TRATAMIENTO		
Factores del paciente	Factores del médico	Factores de los opioides
<input type="checkbox"/> Edad avanzada. <input type="checkbox"/> Consumo habitual de benzodiazepinas o alcohol. <input type="checkbox"/> Insuficiencia renal. <input type="checkbox"/> Insuficiencia hepática. <input type="checkbox"/> EPOC. <input type="checkbox"/> Apnea del sueño. <input type="checkbox"/> Deterioro cognitivo.	<input type="checkbox"/> Evaluación incompleta. <input type="checkbox"/> Ajuste de dosis demasiado rápido. <input type="checkbox"/> Combinación de opioides y otros fármacos sedantes. <input type="checkbox"/> Fallos en la monitorización de la dosis. <input type="checkbox"/> Información insuficiente al paciente y/o familiares.	<input type="checkbox"/> Codeína y tramadol (menor riesgo). <input type="checkbox"/> Formulaciones de liberación prolongada (mayor riesgo).

Una vez evaluados de forma adecuada todos estos aspectos, si nos planteamos la opción de la analgesia opioide, se consideran fundamentales las siguientes actuaciones (recomendadas en las principales guías):

- Establecer unos **objetivos del tratamiento opioide**, consensuados con el paciente, con metas sensatas y razonables. El objetivo no debe ser la eliminación del dolor (es crónico), sino el alivio de este y la mejora de la funcionalidad.
- Dar **información completa y realista** al paciente y sus familiares de todos los aspectos del tratamiento con opioides, incluido el riesgo de sobredosis, abuso, adicción e hiperalgesia inducida por opioides.
- Obtener un **consentimiento informado** por parte del paciente en el que autorice y acepte el tratamiento, tras ser adecuadamente informado y cuándo suspenderlo.

## Pain Catastrophizing Scale (PCS). Escala de Catastrofización ante el dolor.

- Catastrofización ante el dolor: Consiste en una interpretación errónea, exagerada y negativa del dolor y de sus consecuencias.

La experiencia del dolor se interpreta como una amenaza grave, como una catástrofe.

Este patrón cognitivo distorsionado **disminuye la funcionalidad, aumenta el riesgo de cronificación y dificulta la recuperación.**

- PCS: Pain Catastrophizing Scale** es un cuestionario autoaplicado de 13 items que evalúa 3 dimensiones del paciente frente a situaciones de dolor crónico

DIMENSIONES		Items
A. Rumiación	Preocupación constante e incapacidad de inhibir pensamientos relacionados con el dolor	8-9-10-11
B. Magnificación	Exageración de lo desagradable de las situaciones de dolor y las expectativas de consecuencias negativas	1-2-3-4-5-12
C. Desesperación	Incapacidad frente a situaciones dolorosas	6-7-13

- El intervalo teórico del instrumento se sitúa entre 13 y 52
  - Puntuaciones bajas: **escaso catastrofismo**
  - Puntuaciones altas: **elevado catastrofismo**
- La PCS y la versión abreviada (PCS-9) presentan adecuada consistencia interna, validez convergente y capacidad clasificatoria.
- El punto de corte óptimo en la PCS es 11 y en la PCS-9 es 8.
- Se discuten las implicaciones prácticas de los hallazgos y las directrices para estudios futuros

## Escala de catastrofización ante el dolor Pain Catastrophizing Scale (PCS)

Todas las personas experimentamos situaciones de dolor en algún momento de nuestra vida.

Tales experiencias pueden incluir dolor de cabeza, dolor de muelas, dolor muscular o de articulaciones. Las personas estamos a menudo expuestas a situaciones que pueden causar dolor como las enfermedades, las heridas, los tratamientos dentales o las intervenciones quirúrgicas.

Este cuestionario nos puede servir para conocer el tipo de pensamientos y sentimientos que usted tiene cuando siente dolor.

A continuación se presenta una lista de 13 frases que describen diferentes pensamientos y sentimientos que pueden estar asociados al dolor.

Utilizando la siguiente escala, por favor, indique el grado en que usted tiene esos pensamientos y sentimientos cuando siente dolor.

<b>Escala de catastrofización ante el dolor Pain Catastrophizing Scale (PCS)</b>		Nada en absoluto	Un poco	Moderadamente	Mucho	Todo el tiempo
<i>Quando siento dolor</i>						
1	Estoy preocupado todo el tiempo pensando si el dolor desaparecerá	0	1	2	3	4
2	Siento que ya no puedo más	0	1	2	3	4
3	Es terrible y pienso que esto ya no va a mejorar nunca	0	1	2	3	4
4	Es horrible y siento que esto es más fuerte que yo	0	1	2	3	4
5	Siento que no puedo soportarlo más	0	1	2	3	4
6	Temo que el dolor empeore	0	1	2	3	4
7	No dejo de pensar en otras situaciones en las que experimento dolor	0	1	2	3	4
8	Deseo desesperadamente que desaparezca el dolor	0	1	2	3	4
9	No puedo apartar el dolor de mi mente	0	1	2	3	4
10	No dejo de pensar en lo mucho que me duele	0	1	2	3	4
11	No dejo de pensar en lo mucho que deseo que desaparezca el dolor	0	1	2	3	4
12	No hay nada que pueda hacer para aliviar la intensidad del dolor	0	1	2	3	4
13	Me pregunto si me puede pasar algo grave	0	1	2	3	4
<b>TOTAL</b>						

### EVALUACIÓN DEL RIESGO ASOCIADO AL USO DE OPIOIDES

## EVALUACIÓN PERIÓDICA

EVALUACIÓN USO OPIOIDES PARA EL DOLOR CRÓNICO NO ONCOLÓGICO

# 4 A's

Evaluación periódica  
✓ 1-4 semanas después del inicio tto  
✓ Incrementos de dosis

- Analgesia eficaz (>30%)
- Actividades vida cotidiana  
Funcionalidad >30%
- Afectos Adversos
- Aparición conductas Aberrantes

### EVALUACIÓN DEL RIESGO ASOCIADO AL USO DE OPIOIDES

## OBJETIVOS DEL TRATAMIENTO

OBJETIVOS DEL TRATAMIENTO

- Eficacia analgésica  
Disminución del dolor > 30%
- Aumentar la funcionalidad  
un 30%
- Minimizar Efectos Adversos
- Ausencia conductas Aberrantes

### EVALUACIÓN DEL RIESGO ASOCIADO AL USO DE OPIOIDES

Consultas de seguimiento

#### Plan Individualizado de Tratamiento Integral

La utilización de opioides en el tratamiento del DCNO está sujeta a la valoración del RIESGO/BENEFICIO

**CUADRO C. Consultas de Seguimiento**

Realice consultas de seguimiento periódicas para valorar y monitorizar la efectividad del tratamiento pautado. Incluye valoración de:

- Reducción del dolor
- Eventos adversos
- Actividades diarias y participación (capacidad para trabajar y conducir)
- Estado de ánimo, en particular valorar depresión y/o ansiedad
- Calidad del sueño/descanso
- Mejoría/empeoramiento del estado general referida por el paciente.

Ref: 1. National Institute for Health and Clinical Excellence. Neuropathic pain: the pharmacological management of neuropathic pain in adults in non-specialist settings. 2019 (Clinical guideline 96.) <http://publications.nice.org.uk/neuropathic-pain-cg96>. Modificado con la información de las fichas técnicas de los fármacos.

### EVALUACIÓN DEL RIESGO ASOCIADO AL USO DE OPIOIDES

## VALORACION EFICACIA ANALGÉSICA

### ALGORITMO DE TRATAMIENTO DE OPIOIDES EN DCNO

**Valoración eficacia analgésica**

Analgesia adecuada  
Mínimos efectos secundarios  
Mejoría funcional

NO →

Valorar rotación de opioides

↓ SI

Disminución del dolor 30% y/o  
Mejora de la función 30%  
Mínimos efectos secundarios

NO →

Abandono del tratamiento  
y buscar alternativa analgésica

↓ SI

Continuar tratamiento opioide

↓

Revisiones mensuales  
Tratar efectos secundarios  
Control recetas

Valorar →

- Intensidad dolor
- Analgesia adecuada
- Actividad/ funcionalidad/Calidad vida
- Efectos Adversos
- Conductas aberrantes/ abuso

## I.3.4.- IDEAS CLAVE

### 1.- Usar estrategias para disminuir los riesgos:

- Antes de empezar la terapia y periódicamente durante el tratamiento se deben **evaluar los riesgos** del uso de opioides, incorporando estrategias para mitigarlos, sobre todo si existe:
  - Historia de sobredosis** o **Trastorno por Uso de Sustancias** (TUS)
  - Uso de altas dosis** ( > 50 DEM/día)
  - Empleo concurrente de benzodiazepinas**

### 2.- Revisar los datos de prescripción periódicamente:

- ✓ Comprobar al menos cada 3 meses:
  - Se ha modificado la dosis?**
  - Se ha añadido alguna combinación de opioide?**
  - Se ha iniciado algún fármaco que pueda aumentar los riesgos?**

### 3.- Valorar datos de abuso previo de opioides:

- Antes de prescribir opioides se debe **descartar la adicción previa o f riesgo**.  
Entrevista clínica, análisis, **test screening** (ORT, SOAPP-R)

### 4.- Evitar la prescripción concurrente de opioides y benzodiazepinas, cuando sea posible.

- Aumenta el **riesgo de sobredosis** y de aparición de **efectos secundarios**, pudiendo **limitar el efecto positivo sobre la mejora de la funcionalidad**.
- Se recomienda **intentar discontinuidad** o, al menos, **disminuir dosis de bzd** y **realizar seguimiento frecuente** de estos pacientes.
- Uso de coadyuvantes: **AE: Pregabalina/Gabapentina; ADT: Amitriptilina AD: Duloxetina**

### 5.- Ofrecer tratamiento especializado para los trastornos por uso/abuso:

- Metadona vs Buprenorfina-nlx
- Psicoterapia

★Dowell D et al: CDC Guideline for Prescribing Opioids for Chronic Pain. UE 2016. JAMA 2016: 315-1624

## I.3.5.- CONCLUSIONES



### EVALUACIÓN DEL RIESGO ASOCIADO AL USO DE OPIOIDES

## CONCLUSIONES (1)

- 1
 El dolor crónico es un problema de primera magnitud sanitaria  
 Alta prevalencia e intenso impacto físico, emocional y social
- 2
 El tratamiento analgésico adecuado es un **imperativo clínico y ético**
- 3
 En el tratamiento del DCNO los **objetivos** deben ser **maximizar la eficacia** y **minimizar el riesgo**
- 4
 La **estrategia de tratamiento del DCNO** debe basarse en la escalera analgésica de la OMS con un enfoque progresivo, siendo preferibles de entrada los **fármacos no opioides** y los **tratamientos no farmacológicos**
- 5
 La **indicación de opioides potentes** o mayores debe sustentarse en una **evaluación exhaustiva del paciente**, valorando siempre el **balance riesgos/beneficios**
- 6
 La **utilización de opioides potentes** requiere un **seguimiento estrecho individualizado**





### EVALUACIÓN DEL RIESGO ASOCIADO AL USO DE OPIOIDES

## CONCLUSIONES (2)

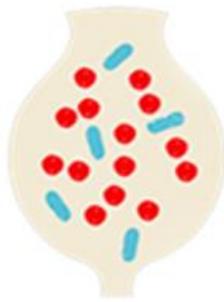
- 7
 Los opioides **no son fármacos de primera línea** en el tratamiento del DCNO  
 El beneficio a largo plazo es controvertido
- 8
 Aceptar una elevada tasa de fracaso en el tratamiento con opioides en el DCNO es el primer paso para mejorar su uso
- 9
 Su prescripción ha de ser adecuada, prudente, segura y controlada.  
 No debe ser un tratamiento “de por vida”.
- 9
 Cuanto más crónico y complejo es el DCNO y más joven el paciente, menos adecuado es el uso de opioides. Los riesgos son mayores y los beneficios escasos.
- 10
 El seguimiento de las recomendaciones es importante, tanto para el buen control del dolor como de los síntomas que lo acompañan
- 11
 Recordar que los opioides se prescriben fácilmente, pero su retirada es muy difícil



### I.3.5.- BIBLIOGRAFÍA



## BIBLIOGRAFÍA

[http://www.pnsd.mscbs.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/bibliotecaDigital/publicaciones/pdf/2017\\_GUIA\\_Buen\\_uso\\_opioides\\_Socidrogalcohol.pdf](http://www.pnsd.mscbs.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/bibliotecaDigital/publicaciones/pdf/2017_GUIA_Buen_uso_opioides_Socidrogalcohol.pdf)

<http://socidrogalcohol.org/manuales-y-guias-clinicas-de-socidrogalcohol/file/178-guia-de-consenso-para-el-buen-uso-de-analgésicos-opioides.html?tmpl=component>





## BIBLIOGRAFÍA




<http://analgésicosopioides.org/>

<https://www.sedolor.es/>

<https://www.painedu.org/clinician-tools/#tools-to-download>

<https://www.cdc.gov/drugoverdose/prescribing/guideline.html>

<http://nationalpaincentre.mcmaster.ca/>



**SED**  
Sociedad Española del Dolor



**CDC** Centers for Disease Control and Prevention  
CDC 24/7: Saving Lives, Protecting People™





## BIBLIOGRAFÍA

### Guías clínicas

**Guía de consenso para el buen uso de analgésicos opioides. Gestión de Riesgos y Beneficios.**  
 J Guardia Serecigni Cord. Socidrogalcohol 2017

**Prácticas seguras para el uso de opioides en pacientes con dolor crónico. 2015.**  
 Documento de consenso. Ministerio de Sanidad, SS e Igualdad.

<https://www.sedolor.es/download/practicas-seguras-uso-opioides-pacientes-dolor-cronico/>

**The 2017 Canadian Guideline for Opioids for Chronic Non-Cancer.**  
 Jason Busse Main Editor (pdf)

[http://nationalpaincentre.mcmaster.ca/documents/Opioid%20GL%20for%20CMAJ\\_01may2017.pdf](http://nationalpaincentre.mcmaster.ca/documents/Opioid%20GL%20for%20CMAJ_01may2017.pdf)



**Guideline for opioid therapy and chronic noncancer pain. CMAJ (2017)**  
<https://www.cmaj.ca/content/cmaj/189/18/E659.full.pdf>

**CDC- Guideline for Prescribing Opioids for Chronic Pain. CDC (2016)**  
<https://www.cdc.gov/drugoverdose/prescribing/guideline.html>



## BIBLIOGRAFÍA Boletines

**Dolor crónico no oncológico: Tratamiento farmacológico. CADIME (2015)**

• [https://cadime.es/docs/bta/CADIME\\_BTA\\_2015\\_30-4.pdf](https://cadime.es/docs/bta/CADIME_BTA_2015_30-4.pdf)

**Uso adecuado de opioides mayores en el dolor crónico no oncológico. Bolcan (2016)**

• [https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/f18ff244-a298-11e6-acfb-b7af34d5e321/BOLCAN\\_Vol8\\_N2\\_OpioidesMayores\\_DCNO\\_SEPT2016.pdf](https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/f18ff244-a298-11e6-acfb-b7af34d5e321/BOLCAN_Vol8_N2_OpioidesMayores_DCNO_SEPT2016.pdf)

**El auge de la analgesia opioide. Problemas relacionados con su uso a largo plazo. SESCAM (2016).**

• [https://sanidad.castillalamancha.es/sites/sescam.castillalamancha.es/files/documentos/farmacia/boletin\\_3\\_2016.pdf](https://sanidad.castillalamancha.es/sites/sescam.castillalamancha.es/files/documentos/farmacia/boletin_3_2016.pdf)

**Dolor crónico no oncológico. SESCAM (2014)**

• [https://sanidad.castillalamancha.es/sites/sescam.castillalamancha.es/files/documentos/farmacia/dolor\\_cronico\\_0.pdf](https://sanidad.castillalamancha.es/sites/sescam.castillalamancha.es/files/documentos/farmacia/dolor_cronico_0.pdf)

**Riesgos asociados al uso de opioides. Butletí de Prevenció d'Errors de Medicació (2016)**

**Opioides en el tratamiento del dolor crónico no oncológico. BITN (2014).**

• [https://www.navarra.es/NR/rdonlyres/56A8FB8B-FEDF-4C55-B004-C4EE91169C0C/327202/Bit\\_v22n6.pdf](https://www.navarra.es/NR/rdonlyres/56A8FB8B-FEDF-4C55-B004-C4EE91169C0C/327202/Bit_v22n6.pdf)

**Claves para un uso adecuado de opioides en DCNO.** Henche A, Paredero JM.  
 Boletín de Información Farmacoterapéutica de Navarra. (bitn) 2019. Vol 27 nº 4.  
[www.bit.navarra.es](http://www.bit.navarra.es)



## BIBLIOGRAFÍA

- Calvo Falcon, Rafael & Torres, Luis M. (2017). **Tratamiento con opioides en dolor crónico no oncológico: Recomendaciones para una prescripción segura**. Revista de la Sociedad Española del Dolor. 24. 10.20986/resed.2017.3550/2016.

- Arbonés,E; Montes,A.: **Riesgos asociados al abuso de opioides**. Serv Anest. H del Mar. Barcelona. Butlletí de Prevenció d´ Errors de Medicació de Catalunya. Vol 14 nº 4 oct-dic.2016. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya.

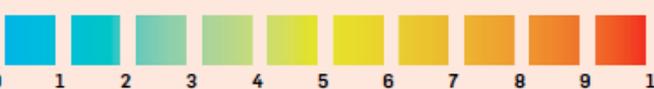
-**Opioides en el manejo del dolor. El difícil equilibrio entre la opiofobia y la opiofilia**. INFAC vol. 22 Nº 5 2014.

-**Addiction Behaviors Checklist (ABC)**: Published in: Wu SM, Compton P, Bolus R, et al. The addiction behaviors checklist: validation of a new clinician-based measure of inappropriate opioid use in chronic pain. *J Pain Symptom Manage*. 2006;32(4):342-351.



## I.3.6.- ANEXOS:

### 1.- Evaluación del dolor, la funcionalidad y la calidad de vida

EVALUACIÓN DEL DOLOR, LA FUNCIONALIDAD Y LA CALIDAD DE VIDA	
Tipo de dolor	<input type="checkbox"/> Nociceptivo <input type="checkbox"/> Neuropático (DN4) <input type="checkbox"/> Mixto
Localización	<input type="checkbox"/> Focal <input type="checkbox"/> Multifocal <input type="checkbox"/> Difuso
	<input type="checkbox"/> Superficial <input type="checkbox"/> Profundo
	<input type="checkbox"/> Localizado <input type="checkbox"/> Irrradiado <input type="checkbox"/> Referido
Intensidad	 0 = Ausencia de dolor   1-3 = Dolor leve   4-7 = Dolor moderado   8-10 = Dolor severo
Características temporales	Comienzo, duración, curso y patrón
Factores agravantes	
Factores aliviadores	
Funcionalidad / calidad de vida	<input type="checkbox"/> BPI-SF <input type="checkbox"/> IDF <input type="checkbox"/> PCS <input type="checkbox"/> EADG <input type="checkbox"/> HADS
	<input type="checkbox"/> Duke-Unc <input type="checkbox"/> Oviedo
Posible HIO (hiperalgesia inducida por opioides)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<p><b>DN4</b> Cuestionario para el diagnóstico de dolor<sup>4</sup> neuropático  <b>BPI-SF</b> Cuestionario breve para la evaluación del dolor  <b>IDF</b> Inventario de deterioro y funcionalidad  <b>PCS</b> Escala de catastrofización del dolor  <b>EADG</b> Escala de ansiedad y depresión de Goldberg  <b>HADS</b> Cuestionario de ansiedad y depresión  <b>Duke-Unc</b> Cuestionario de apoyo social funcional  <b>Oviedo</b> Cuestionario de calidad del sueño</p> <p>Todas estas cuestionarios están disponibles en <a href="http://www.analgescosopioides.org">www.analgescosopioides.org</a></p>	

## 2.- Estratificación del riesgo y evaluación del riesgo de sobredosis al inicio del tratamiento

### ANEXO III ESTRATIFICACIÓN DEL RIESGO

	Riesgo bajo	Riesgo medio	Riesgo alto
Dolor	Localizado	En menos de tres zonas	Difuso
Signos y síntomas objetivos	Presentes	Presentes	Ausentes
Exacerbaciones del dolor	Ausentes	Escasas	Frecuentes
Comorbilidad psiquiátrica	Ausente o leve	Moderada y controlada	Grave o no controlada
Trastornos orgánicos	Ausentes o leves	Moderados y controlados	Graves o no controlados
Antecedentes familiares de adicción	No	Controlados	Consumos activos
Antecedentes personales de adicción	No	Controlados	Consumos activos
Tolerancia	Ausente	Leve	Importante
Dependencia física	Ausente	Ausente	Presente
Hiperalgnesia	Ausente	Ausente	Presente
Abuso	Ausente	Ausente	Presente
Nivel de aceptación del dolor	Alto	Moderado	Bajo
Estrategias de afrontamiento	Adaptativas	Adaptativas o desadaptativas	Desadaptativas
Funcionalidad	Funcional o casi funcional	Disfuncional con intentos de normalización	Claramente disfuncional
Aceptación de tratamientos multimodales	Sí	Sí	No

### ANEXO IV EVALUACIÓN DEL RIESGO DE SOBREDOSIS AL INICIO DEL TRATAMIENTO

Factores del paciente	Factores del médico	Factores de los opioides
<input type="checkbox"/> Edad avanzada. <input type="checkbox"/> Consumo habitual de benzodicepinas o alcohol. <input type="checkbox"/> Insuficiencia renal. <input type="checkbox"/> Insuficiencia hepática. <input type="checkbox"/> EPOC. <input type="checkbox"/> Apnea del sueño. <input type="checkbox"/> Deterioro cognitivo.	<input type="checkbox"/> Evaluación incompleta. <input type="checkbox"/> Ajuste de dosis demasiado rápido. <input type="checkbox"/> Combinación de opioides y otros fármacos sedantes. <input type="checkbox"/> Fallos en la monitorización de la dosis. <input type="checkbox"/> Información insuficiente al paciente y/o familiares.	<input type="checkbox"/> Codeína y tramadol (menor riesgo). <input type="checkbox"/> Formulaciones de liberación prolongada (mayor riesgo).

## ANEXO V

### MODELO DE HOJA DE INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE Y SUS FAMILIARES

#### ¿Qué son los analgésicos opioides?

Los analgésicos opioides son un grupo de medicamentos que se utilizan para aliviar el dolor severo, junto a otros fármacos y terapias no farmacológicas.

#### ¿Para que se utilizan?

El objetivo principal de este tratamiento es disminuir en lo posible el dolor y mejorar su funcionalidad (su capacidad para estar más activo). Su funcionalidad puede mejorar a pesar del dolor, que probablemente no desaparezca por completo.

Usted, su médico y su enfermera se asegurarán de que la medicación le ayuda a conseguir los objetivos (estar más activo y disminuir el dolor).

Su médico y su enfermera le atenderán en la consulta en repetidas ocasiones, para ajustar la dosis y valorar el alivio del dolor, su capacidad para alcanzar los objetivos propuestos y la aparición de cualquier efecto adverso.

#### ¿Qué efectos adversos pueden aparecer si usted toma opioides?

Como cualquier medicación, los opioides pueden provocar efectos no deseados. Los más frecuentes son las náuseas, los vómitos, el estreñimiento, la somnolencia, la sequedad de la boca o la piel y el picor en la piel. Si aparecen, comuníquelo a su médico o a su enfermera; ellos le ayudarán a disminuir estos efectos.

Los opioides son fármacos que actúan sobre su cerebro, por lo que también tienen capacidad de causar tolerancia (necesidad de aumentar la dosis para obtener el mismo efecto con su uso continuado) y dependencia física, que es responsable de la aparición de un síndrome de abstinencia si usted deja de tomar la medicación opioide por su cuenta de forma brusca.

El síndrome de abstinencia de opioides no es peligroso, pero puede ser muy desagradable. Los síntomas de abstinencia son similares a los de la gripe (secreción nasal, dolores articulares y musculares, escalofríos, fiebre), junto con bostezos, dilatación de las pupilas, náuseas, diarrea e irritabilidad.

Si experimenta síntomas de abstinencia no significa que se haya hecho adicto, solo que ha interrumpido el medicamento demasiado bruscamente. Si lo desea, su médico dirigirá la interrupción de la medicación con la lentitud

necesaria para que no sufra esta reacción de abstinencia. En caso de abstinencia, también sufrirá un aumento de la sensibilidad al dolor, que se conoce como hiperalgesia. Pero, paradójicamente, esta hiperalgesia algunas veces está producida por el uso continuado de los opioides, sin abstinencia; en este caso consulte con su médico o con su enfermera.

#### Sobredosis de analgésicos opioides

La sobredosis de analgésicos opioides es infrecuente, pero usted y su familia deben saber reconocer sus signos. La sobredosis hace que el pensamiento y la respiración vayan más lentos. Esto podría provocar daños cerebrales, traumatismos e incluso la muerte.

Mezclar los analgésicos opioides con bebidas alcohólicas o pastillas para la ansiedad o para dormir aumenta mucho el riesgo de sufrir una sobredosis.

Debe llamar a su médico o a su enfermera (o al servicio de urgencias si su centro de salud está cerrado) si nota cualquiera de los siguientes signos de sobredosis: habla lenta y pastosa, disgustarse o gritar fácilmente, dificultad para mantener el equilibrio, dormirse en medio de una conversación o una actividad.

#### Adicción a analgésicos opioides

La adicción a analgésicos opioides es una enfermedad crónica en sí misma que se produce cuando una persona usa el medicamento por otros motivos que no sean los indicados por su médico y/o cuando no puede controlar el impulso de tomar el fármaco, aumentando por su cuenta la dosis indicada.

Aunque el riesgo de adicción a los fármacos opioides no es muy elevado, algunos pacientes tienen mayor riesgo de desarrollarlo (sobre todo si tienen antecedentes de adicción al alcohol u otras drogas o si padecen trastornos psiquiátricos), ningún paciente es inmune a la adicción. La medicación que le ha recetado su médico es solo para usted y puede ser muy peligrosa para otros.

La dosis está ajustada a su organismo y puede ser muy peligrosa para otras personas. Usted ha alcanzado la dosis lentamente, pero alguien que no esté acostumbrado a esta medicación podría experimentar una reacción grave e, incluso, morir.

No debe darle su medicación a nadie; es ilegal y puede dañar o matar a alguien.

Debe guardar su medicación en casa de forma segura (preferiblemente en un sitio cerrado). El armario de las medicinas del cuarto de baño no es un lugar seguro; las investigaciones muestran que otras personas, particularmente adolescentes, pueden llevárselas para tomárselas u ofrecérselas a terceras personas. Tenga especial cuidado si hay niños en casa o si tiene mascotas; no deje esta medicación a su alcance.

### **Recomendaciones finales**

Los analgésicos opioides tienen riesgos, pero estos pueden ser controlados si usted trabaja en cooperación con su médico y su enfermera.

Tome la medicación tal como se la ha prescrito su médico. El uso de dosis elevadas de opioides se asocia con mayor riesgo de adicción, depresión respiratoria y muerte.

No conduzca ni maneje maquinaria al inicio del tratamiento, durante un periodo de aumento gradual de la dosis o si la medicación le hace sentir somnoliento o confuso.

Solo su médico debe prescribir su medicación analgésica. No es seguro obtenerla de dos médicos diferentes.

No debe tomar analgésicos opioides de otra persona y no debe compartir sus medicamentos con otros.

Su médico le proporcionará las recetas que necesita hasta la siguiente visita. Guarde las recetas de forma segura. Si gasta la medicación demasiado rápido o pierde una receta, su médico probablemente no podrá hacerle otra. Téngalo en cuenta.

Si usted no puede seguir estas indicaciones, probablemente los analgésicos opioides no serán seguros para usted y su médico no se los recetará.

### I.3.7.- ANEXOS: CUESTIONARIOS EVALUACION RIESGO

1.- **ORT: Opioid Risk Tool**

Escala de valoración del riesgo potencial de opioides.

2.- **SOAPP-R: Screener and Opioid Assessment for Patients with Pain-Revised**

Detección y Evaluación de Opioides para pacientes con Dolor versión revisada.

3.- **D.I.R.E. Score: Patient Selection for Chronic Opioid Analgesia**

4.- **COMM: Current Opioid Misuse Measure**

Medida Actual del Uso Indebido de Opioides

5.- **ABC: Addiction Behaviors Checklist**

Lista de comprobación de Conductas Adictivas.

6.- **PADT: Pain Assessment and Documentation Tool**

Instrumento de Evaluación y Documentación del Dolor

7.- **El mánager opioide**

( de la Guia canadiense para el manejo de opioides)

# Escala de valoración del riesgo potencial de opioides (ORT)



Adaptado y traducido de Webster LR, Webster R. *Predicting aberrant behaviors in Opioid-treated patients: preliminary validation of the Opioid Risk Tool.* Pain Med. 2005; 6(6):432

Datos de identificación del paciente

FECHA:

	Mujeres	Hombres
<b>ANTECEDENTES FAMILIARES DE ABUSO DE SUSTANCIAS:</b>		
Alcohol	1	3
Drogas ilegales	2	3
Medicamentos	4	4
<b>ANTECEDENTES PERSONALES DE ABUSO DE SUSTANCIAS:</b>		
Alcohol	3	3
Drogas ilegales	4	4
Medicamentos	5	5
<b>EDAD (marcar si la edad esta entre 16 y 45 años)</b>		
	1	1
<b>ANTECEDENTES DE ABUSO SEXUAL</b>		
	3	0
<b>ENFERMEDAD PSIQUIÁTRICA:</b>		
Déficit de atención, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno bipolar, esquizofrenia	2	2
Depresión	1	1
<b>PUNTUACIÓN TOTAL:</b>		

**Riesgo bajo:** 1-3. **Riesgo moderado:** 4-7 (se pueden usar analgésicos opioides con una monitorización cuidadosa y un seguimiento adecuado del paciente). **Riesgo alto:**  $\geq 8$  (en este caso, si es posible, evitar el uso de analgésicos opioides).

## Detección y evaluación de opioides para pacientes con dolor, versión revisada (Screener and Opioid Assessment for Patients with Pain- Revised, SOAPP®-R)

La escala Detección y evaluación de opioides para pacientes con dolor, versión revisada (SOAPP®-R) es una herramienta para ayudar a los médicos a determinar cuánta supervisión podría requerir un paciente que recibe terapia a largo plazo con opioides. La presente es una versión actualizada y revisada de la SOAPP V.1 publicada en 2003.

Los médicos siguen siendo renuentes a prescribir medicamentos opioides porque les preocupa el potencial de adicción, uso indebido y otros comportamientos aberrantes relacionados con la medicación, así como por cuestiones de responsabilidad legal y censura. A pesar de que resultados recientes sugieren que la mayoría de los pacientes pueden permanecer bajo terapia a largo plazo con opioides sin problemas importantes, los médicos con frecuencia dicen no confiar en su capacidad de distinguir entre los pacientes que posiblemente tengan pocos problemas y aquellos que requieren mayor supervisión.

La SOAPP-R es un cuestionario rápido y fácil de usar diseñado para ayudar a los profesionales médicos a evaluar el riesgo relativo de los pacientes de tener problemas al recibir terapia a largo plazo con opioides. La SOAPP-R:

- Es un breve cuestionario impreso que se responde con lápiz.
- Fue desarrollada sobre la base del consenso de los expertos con respecto a conceptos importantes que suelen predecir cuáles pacientes requerirán más o menos supervisión al recibir terapia a largo plazo con opioides (validez de contenido y aparente).
- Está validada mediante 500 pacientes con dolor crónico.
- Es fácil de puntuar.
- Consta de 24 puntos.
- Se realiza en <10 minutos.
- Es ideal para documentar las decisiones sobre el nivel de supervisión planificado para un paciente en particular o para justificar remisiones a una clínica especializada en dolor.
- La SOAPP-R solamente debe ser usada por médicos. Esta herramienta no está destinada a la distribución comercial.
- La SOAPP-R NO es un detector de mentiras. Los pacientes que se han propuesto ocultar la verdad lo harán de todos modos. Se deben utilizar otros datos clínicos junto con la puntuación obtenida en la SOAPP-R al decidir el plan de tratamiento de un paciente en particular.
- La SOAPP-R NO es para todos los pacientes. La SOAPP-R es para pacientes con dolor crónico a quienes se está considerando administrar terapia con opioides.
- Es importante recordar que todos los pacientes con dolor crónico merecen recibir tratamiento para el dolor que sufren. Aquellos profesionales médicos que no se sientan cómodos tratando a ciertos pacientes deberán remitirlos a un especialista.

©2011 Inflexxion, Inc. Se autoriza el uso solamente en el formato publicado y por parte de facultativos individuales en el ejercicio clínico de su profesión. El titular de los derechos de autor no autoriza ni permite ningún otro uso o alteración. En caso de tener preguntas sobre autorizaciones, dirigirse a: [PainEDU@inflexxion.com](mailto:PainEDU@inflexxion.com). SOAPP®-R fue desarrollado gracias a una subvención de los Institutos Nacionales de Salud (National Institutes of Health) y un subsidio educativo de Endo Pharmaceuticals.

**PainEDU**<sub>USA</sub>

MEJORAMIENTO DEL TRATAMIENTO DEL DOLOR A TRAVÉS DE LA EDUCACIÓN

**SOAPP®-R**

Las siguientes son algunas preguntas hechas a pacientes. Algunos de estos pacientes toman medicamentos para el dolor. Otros aún no toman medicamentos para el dolor, pero estamos considerando dárselos. Responda cada pregunta con la mayor sinceridad posible. No hay respuestas correctas ni incorrectas.

	Nunca	Rara vez	A veces	A menudo	Muy a menudo
	0	1	2	3	4
1. ¿Con qué frecuencia le cambia el estado de ánimo?	<input type="radio"/>				
2. ¿Con qué frecuencia ha sentido necesidad de tomar dosis mayores de medicamento para tratar el dolor?	<input type="radio"/>				
3. ¿Con qué frecuencia se ha sentido impaciente con sus médicos?	<input type="radio"/>				
4. ¿Con qué frecuencia se ha sentido tan presionado por distintas cosas que no puede manejarlas?	<input type="radio"/>				
5. ¿Con qué frecuencia hay tensión en su casa?	<input type="radio"/>				
6. ¿Con qué frecuencia ha contado sus pastillas para el dolor para ver cuántas le quedan?	<input type="radio"/>				
7. ¿Con qué frecuencia se ha sentido preocupado de que la gente lo juzgue por tomar medicamentos para el dolor?	<input type="radio"/>				
8. ¿Con qué frecuencia se siente aburrido?	<input type="radio"/>				
9. ¿Con qué frecuencia ha tomado más medicamentos para el dolor de los que debía tomar?	<input type="radio"/>				
10. ¿Con qué frecuencia le ha preocupado que lo dejen solo?	<input type="radio"/>				
11. ¿Con qué frecuencia ha sentido ansias de tomar medicación?	<input type="radio"/>				

©2011 Inflexxion, Inc. Se autoriza el uso solamente en el formato publicado y por parte de facultativos individuales en el ejercicio clínico de su profesión. El titular de los derechos de autor no autoriza ni permite ningún otro uso o alteración. En caso de tener preguntas sobre autorizaciones, dirigirse a: [PainEDU@inflexxion.com](mailto:PainEDU@inflexxion.com). SOAPP®-R fue desarrollado gracias a una subvención de los Institutos Nacionales de Salud (National Institutes of Health) y un subsidio educativo de Endo Pharmaceuticals.

**PainEDU**
MEJORAMIENTO DEL TRATAMIENTO DEL DOLOR A TRAVÉS DE LA EDUCACIÓN

	Nunca	Rara vez	A veces	A menudo	Muy a menudo
	0	1	2	3	4
12. ¿Con qué frecuencia otras personas se han mostrado preocupadas por el uso que usted hace de la medicación?	<input type="radio"/>				
13. ¿Con qué frecuencia alguno de sus amigos cercanos ha tenido problemas de alcoholismo o drogadicción?	<input type="radio"/>				
14. ¿Con qué frecuencia otras personas le dijeron que tenía mal genio?	<input type="radio"/>				
15. ¿Con qué frecuencia se ha sentido dominado por la necesidad de conseguir medicamentos para el dolor?	<input type="radio"/>				
16. ¿Con qué frecuencia se ha quedado sin medicamentos para el dolor antes de tiempo?	<input type="radio"/>				
17. ¿Con qué frecuencia otras personas le han impedido conseguir lo que usted merece?	<input type="radio"/>				
18. ¿Con qué frecuencia, en su vida, ha tenido problemas legales o ha sido arrestado?	<input type="radio"/>				
19. ¿Con qué frecuencia ha asistido a reuniones de alcohólicos anónimos o narcóticos anónimos?	<input type="radio"/>				
20. ¿Con qué frecuencia ha tenido una discusión tan fuera de control que alguien resultó herido?	<input type="radio"/>				
21. ¿Con qué frecuencia ha sido abusado sexualmente?	<input type="radio"/>				
22. ¿Con qué frecuencia otras personas han sugerido que tiene un problema de drogadicción o alcoholismo?	<input type="radio"/>				
23. ¿Con qué frecuencia ha tenido que pedir prestados medicamentos para el dolor a sus familiares o amigos?	<input type="radio"/>				

©2011 Inflexxion, Inc. Se autoriza el uso solamente en el formato publicado y por parte de facultativos individuales en el ejercicio clínico de su profesión. El titular de los derechos de autor no autoriza ni permite ningún otro uso o alteración. En caso de tener preguntas sobre autorizaciones, dirigirse a: [PainEDU@inflexxion.com](mailto:PainEDU@inflexxion.com). SOAPP®-R fue desarrollado gracias a una subvención de los Institutos Nacionales de Salud (National Institutes of Health) y un subsidio educativo de Endo Pharmaceuticals.

**PainEDU**<sup>SM</sup>

MEJORAMIENTO DEL TRATAMIENTO DEL DOLOR A TRAVÉS DE LA EDUCACIÓN

	Nunca	Rara vez	A veces	A menudo	Muy a menudo
	0	1	2	3	4
24. ¿Con qué frecuencia ha sido tratado por un problema de alcoholismo o drogadicción?	<input type="radio"/>				

*Incluya cualquier información adicional que desee sobre las respuestas anteriores.  
Gracias.*

©2011 Inflexxion, Inc. Se autoriza el uso solamente en el formato publicado y por parte de facultativos individuales en el ejercicio clínico de su profesión. El titular de los derechos de autor no autoriza ni permite ningún otro uso o alteración. En caso de tener preguntas sobre autorizaciones, dirigirse a: [PainEDU@inflexxion.com](mailto:PainEDU@inflexxion.com). SOAPP®-R fue desarrollado gracias a una subvención de los Institutos Nacionales de Salud (National Institutes of Health) y un subsidio educativo de Endo Pharmaceuticals.

**PainEDU**<sub>SR</sub>  
 MEJORAMIENTO DEL TRATAMIENTO DEL DOLOR A TRAVÉS DE LA EDUCACIÓN

## Instrucciones para la puntuación de la SOAPP®-R®

Las 24 preguntas que contiene la SOAPP®-R se han identificado de manera empírica como que predicen los comportamientos aberrantes relacionados con la medicación seis meses antes de las pruebas iniciales.

Para puntuar la escala SOAPP, sume las calificaciones de todas las preguntas. Una puntuación de 18 o más se considera positiva.

Suma de las preguntas	Indicación de la SOAPP-R
> o = 18	+
< 18	-

### ¿Qué significa la puntuación umbral?

Como con cualquier prueba de detección, los resultados dependen de la puntuación umbral elegida. Una puntuación que es buena para detectar pacientes con riesgo necesariamente incluirá algunos pacientes que en realidad no tienen riesgo. Una puntuación que es buena para identificar pacientes cuyo riesgo es bajo, en cambio, no identificará algunos pacientes con riesgo. Una herramienta de medición y detección como la SOAPP-R en general procura minimizar las probabilidades de no detectar los pacientes con riesgo elevado. Esto significa que es posible que los pacientes que verdaderamente tienen un riesgo bajo igualmente obtendrán una puntuación mayor que la puntuación umbral. La siguiente tabla presenta varias estadísticas que describen el grado de eficacia de la escala SOAPP-R con diferentes valores umbral. Estos valores sugieren que la escala es una prueba sensible, lo que confirma que la SOAPP®-R es mejor para identificar a quienes tienen un riesgo elevado que para identificar a quienes tienen un riesgo bajo. Clínicamente, una puntuación de 18 o más identificará al 81% de aquellos que realmente resultan tener un riesgo elevado. El valor predictivo negativo para una puntuación umbral de 18 es de 0.87, lo que significa que la mayoría de las personas que obtienen un resultado negativo en la SOAPP-R probablemente tengan un riesgo bajo. Finalmente, un coeficiente de probabilidad positivo sugiere que una puntuación positiva en la SOAPP-R (con un valor umbral de 18) es 2.5 veces (2.53 veces) más probable que provenga de alguien que realmente tiene riesgo elevado (debe tenerse en cuenta que, de estas estadísticas, el coeficiente de probabilidad es el menos afectado por las tasas de prevalencia). Todo esto implica que, al usar una puntuación umbral de 18, se garantiza que el profesional médico tenga la menor probabilidad de no detectar a alguien que realmente tiene un riesgo elevado. Sin embargo, se debe recordar que una puntuación baja en la SOAPP-R sugiere que es muy probable que el paciente tenga un riesgo bajo, mientras que una puntuación elevada en la SOAPP-R contendrá un gran porcentaje de positivos falsos (aproximadamente un 30%), a la vez que retendrá un gran porcentaje de positivos verdaderos. Esto podría mejorarse, de modo que una puntuación positiva tenga una tasa menor de positivos falsos, pero solo a riesgo de no detectar a más individuos que de hecho muestran un comportamiento aberrante.

Puntuación umbral de la SOAPP-R	Sensibilidad	Especificidad	Valor predictivo positivo	Valor predictivo negativo	Coefficiente de probabilidad positivo	Coefficiente de probabilidad negativo
Puntuación de 17 o más	0.83	0.65	0.56	0.88	2.38	0.26
Puntuación de 18 o más	0.81	0.68	0.57	0.87	2.53	0.29
Puntuación de 19 o más	0.77	0.75	0.62	0.86	3.03	0.31

©2011 Inflexion, Inc. Se autoriza el uso solamente en el formato publicado y por parte de facultativos individuales en el ejercicio clínico de su profesión. El titular de los derechos de autor no autoriza ni permite ningún otro uso o alteración. En caso de tener preguntas sobre autorizaciones, dirigirse a: [PainEDU@inflexion.com](mailto:PainEDU@inflexion.com). SOAPP®-R fue desarrollado gracias a una subvención de los Institutos Nacionales de Salud (National Institutes of Health) y un subsidio educativo de Endo Pharmaceuticals.

**PainEDU**  
MEJORAMIENTO DEL TRATAMIENTO DEL DOLOR A TRAVÉS DE LA EDUCACIÓN

*¿De qué manera la SOAPP-R ayuda a determinar cuál es el tratamiento apropiado?*

La SOAPP-R debe ser solo un elemento en el proceso de evaluación para determinar cuáles pacientes tienen un riesgo elevado de uso indebido de opioides. El siguiente análisis examina las opciones de evaluación y tratamiento para los pacientes con dolor crónico con riesgo (elevado o medio) y aquellos que probablemente no tengan riesgo.

*¿Quiénes tienen un riesgo elevado de uso indebido de opioides? (Puntuación de la SOAPP-R = 22 o más\*)*

Se considera que los pacientes de esta categoría tienen un riesgo elevado de uso indebido de opioides. Estos pacientes han indicado tener antecedentes de comportamientos o creencias que se considera que los coloca en un mayor riesgo de uso indebido de opioides. Algunos ejemplos de estos comportamientos o creencias son: abuso reciente o actual de alcohol o drogas, que otro profesional de la salud haya finalizado la relación médico-paciente a causa de su comportamiento y un incumplimiento constante de las órdenes de los médicos. Estos pacientes pueden tener antecedentes previos de uso indebido de otros medicamentos recetados. Es recomendable repasar las preguntas de la SOAPP-R con el paciente, especialmente aquellos puntos que el paciente contestó afirmativamente. Esto ayudará a clarificar la situación clínica, de manera que el médico cuente con las herramientas necesarias para diseñar un plan de tratamiento viable y efectivo.

Se necesitará una planificación cuidadosa y meditada para los pacientes pertenecientes a esta categoría. Algunos pacientes de esta categoría probablemente sean más aptos para recibir otras terapias o necesitan agotar otras intervenciones antes de iniciar un plan de tratamiento que incluya la terapia crónica con opioides. Otros pueden necesitar un tratamiento psicológico o psiquiátrico con anterioridad, o de manera concomitante, a cualquier tratamiento con opioides. A los pacientes pertenecientes a esta categoría que reciben terapia con opioides se les debe exigir que sigan un protocolo estricto, como análisis periódicos de detección del fármaco en orina, listas de verificación de cumplimiento del tratamiento con opioides y orientación psicológica.

Consideraciones específicas para el tratamiento de pacientes que se encuentran en esta categoría de riesgo alto:

- Se deben obtener las historias clínicas previas y se debe permanecer en contacto con los profesionales de la salud que atendieron al paciente anteriormente y que lo atienden en la actualidad.
- También se debe informar a los pacientes que inicialmente deberán dar una muestra de orina para una análisis de detección toxicológica en cada visita a la clínica. Además, inicialmente se les dará medicación por períodos limitados (p. ej., cada 2 semanas).
- Lo ideal sería tener entrevistas con los familiares y contar con la participación de un especialista en adicciones y/o un profesional de la salud mental.
- Se debe considerar utilizar formulaciones menos pasibles de abuso (p. ej., opioides de acción prolongada en vez de opioides de acción rápida, preparados transdérmicos en vez de orales, medicamentos resistentes a la adulteración, etc.).
- Ante los primeros signos de un comportamiento aberrante o una violación del acuerdo sobre los opioides se debe cambiar el plan de tratamiento. Según el grado de la violación, se puede considerar una supervisión más estricta o, si se cuenta con recursos limitados, remitir al paciente a un programa en el que se puedan prescribir opioides bajo condiciones más estrictas. Si las violaciones o los comportamientos aberrantes persisten, podría ser necesario suspender la terapia con opioides.

*\* Debe tenerse en cuenta que estos son rangos generales. Los médicos, además, deben complementar las puntuaciones de la SOAPP con otros datos clínicos, como análisis de detección en orina y evaluaciones psicológicas.*

©2011 Inflexxion, Inc. Se autoriza el uso solamente en el formato publicado y por parte de facultativos individuales en el ejercicio clínico de su profesión. El titular de los derechos de autor no autoriza ni permite ningún otro uso o alteración. En caso de tener preguntas sobre autorizaciones, dirigirse a: [PainEDU@inflexxion.com](mailto:PainEDU@inflexxion.com). SOAPP®-R fue desarrollado gracias a una subvención de los Institutos Nacionales de Salud (National Institutes of Health) y un subsidio educativo de Endo Pharmaceuticals.

**PainEDU**  
MEJORAMIENTO DEL TRATAMIENTO DEL DOLOR A TRAVÉS DE LA EDUCACIÓN

**¿Quiénes tienen un riesgo moderado de uso indebido de opioides? (Puntuación de la SOAPP-R = 10 a 21\*)**

Se considera que los pacientes de esta categoría tienen un riesgo medio o moderado de uso indebido de opioides. Estos pacientes han indicado tener antecedentes de comportamientos o creencias que se considera que los coloca en cierto riesgo de uso indebido. Algunos ejemplos de estos comportamientos o creencias son: antecedentes familiares de abuso de drogas, antecedentes de problemas psíquicos, como depresión o ansiedad, una fuerte creencia de que los medicamentos son los únicos tratamientos que reducirán el dolor y antecedentes de incumplimiento con otros medicamentos recetados. Es aconsejable repasar las preguntas de la SOAPP-R que el paciente contestó afirmativamente en presencia del paciente.

Probablemente sea mejor tratar a algunos de estos pacientes con intervenciones psicológicas concomitantes en las cuales puedan aprender a mejorar su capacidad de sobrellevar el dolor y disminuir la depresión y la ansiedad, y donde se supervise con mayor frecuencia el cumplimiento terapéutico. Es posible que necesiten una supervisión estrecha hasta que demuestren ser confiables al no acabárseles la medicación antes de tiempo y mediante análisis de detección en orina adecuados.

Consideraciones adicionales para el tratamiento de pacientes que se encuentran en esta categoría:

- Se recomiendan los análisis periódicos de detección en orina.
- Tras un período en el cual no se observan signos de comportamiento aberrante, podría indicarse una menor frecuencia de visitas a la clínica. Si ocurren violaciones del acuerdo sobre los opioides, se recomendarán análisis de detección en orina y visitas a la clínica frecuentes.
- Después de dos violaciones o más del acuerdo sobre los opioides, se debe ordenar una evaluación a cargo de un especialista en adicciones y/o un profesional de la salud mental.
- Después de repetidas violaciones, sería conveniente remitir al paciente a un programa de rehabilitación de adicciones. Si se repiten tales violaciones, también se justificaría reducir gradualmente y luego interrumpir la terapia con opioides.

*\* Debe tenerse en cuenta que estos son rangos generales. Los médicos, además, deben complementar las puntuaciones de la SOAPP con otros datos clínicos, como análisis de detección en orina y evaluaciones psicológicas.*

**¿Quiénes tienen un riesgo bajo de uso indebido de opioides? (Puntuación de la SOAPP-R = < 9\*)**

Se considera que los pacientes de esta categoría tienen un riesgo bajo de uso indebido de opioides. Estos pacientes probablemente han probado y cumplido muchos otros tipos de terapias. Deberían poder manejar su medicación sin riesgos con una supervisión mínima. Suelen ser responsables en cuanto al consumo de alcohol, no fuman cigarrillos y no tienen antecedentes de dificultades con el alcohol, los fármacos recetados o las sustancias ilícitas. Son pacientes que probablemente refieran pocos síntomas de trastorno afectivo, como depresión o ansiedad.

Como se señaló anteriormente, la SOAPP-R no es un detector de mentiras. El profesional debe estar atento a las contradicciones en lo que informa el paciente o en los informes indirectos. Toda sensación de que lo que dice el paciente "no cierra" debe hacer que el profesional médico adopte un enfoque más cauteloso hasta que la experiencia sugiera que la persona es confiable.

Los pacientes que se encuentran en esta categoría probablemente no violen el acuerdo de tratamiento con opioides. Estos pacientes son los menos propensos a presentar un trastorno adictivo. Además, es posible que no requieran supervisión especial ni tratamiento psicológico concomitante.

©2011 Inflexxion, Inc. Se autoriza el uso solamente en el formato publicado y por parte de facultativos individuales en el ejercicio clínico de su profesión. El titular de los derechos de autor no autoriza ni permite ningún otro uso o alteración. En caso de tener preguntas sobre autorizaciones, dirigirse a: [PainEDU@inflexxion.com](mailto:PainEDU@inflexxion.com). SOAPP®-R fue desarrollado gracias a una subvención de los Institutos Nacionales de Salud (National Institutes of Health) y un subsidio educativo de Endo Pharmaceuticals.

**PainEDU**  
MEJORAMIENTO DEL TRATAMIENTO DEL DOLOR A TRAVÉS DE LA EDUCACIÓN

Consideraciones adicionales para el tratamiento de pacientes que se encuentran en esta categoría:

- No es necesario repasar las preguntas de la SOAPP-R, a menos que el profesional esté consciente de contradicciones u otras anomalías en los antecedentes/el informe del paciente.
- No se indican detecciones frecuentes en orina.
- No se necesita tener mucha cautela en cuanto al tipo de opioide que se recetan y la frecuencia de las visitas a la clínica.
- Se debe volver a evaluar la eficacia de la terapia con opioides cada seis meses, y se recomienda efectuar análisis de detección toxicológica en orina y actualizaciones del acuerdo de terapia con opioides una vez al año.

*\* Debe tenerse en cuenta que estos son rangos generales. Los médicos, además, deben complementar las puntuaciones de la SOAPP con otros datos clínicos, como análisis de detección en orina y evaluaciones psicológicas.*

©2011 Inflexxion, Inc. Se autoriza el uso solamente en el formato publicado y por parte de facultativos individuales en el ejercicio clínico de su profesión. El titular de los derechos de autor no autoriza ni permite ningún otro uso o alteración. En caso de tener preguntas sobre autorizaciones, dirigirse a: [PainEDU@inflexxion.com](mailto:PainEDU@inflexxion.com). SOAPP®-R fue desarrollado gracias a una subvención de los Institutos Nacionales de Salud (National Institutes of Health) y un subsidio educativo de Endo Pharmaceuticals.

**PainEDU**  
MEJORAMIENTO DEL TRATAMIENTO DEL DOLOR A TRAVÉS DE LA EDUCACIÓN

### **D.I.R.E. Score: Patient Selection for Chronic Opioid Analgesia**

For each factor, rate the patient's score from 1-3 based on the explanations in the right hand column.

Score	Factor	Explanation
	<u>D</u> agnosis	1 = Benign chronic condition with minimal objective findings or no definite medical diagnosis. Examples: fibromyalgia, migraine headaches, nonspecific back pain. 2 = Slowly progressive condition concordant with moderate pain, or fixed condition with moderate objective findings. Examples: failed back surgery syndrome, back pain with moderate degenerative changes, neuropathic pain. 3 = Advanced condition concordant with severe pain with objective findings. Examples: severe ischemic vascular disease, advanced neuropathy, severe spinal stenosis.
	<u>I</u> ntractability	1 = Few therapies have been tried and the patient takes a passive role in his/her pain management process. 2 = Most customary treatments have been tried but the patient is not fully engaged in the pain management process, or barriers prevent (insurance, transportation, medical illness). 3 = Patient fully engaged in a spectrum of appropriate treatments but with inadequate response.
	<u>R</u> isk	(R = Total of P + C + R + S below)
	<u>P</u> sychological:	1 = Serious personality dysfunction or mental illness interfering with care. Example: personality disorder, severe affective disorder, significant personality issues. 2 = Personality or mental health interferes moderately. Example: depression or anxiety disorder. 3 = Good communication with clinic. No significant personality dysfunction or mental illness.
	<u>C</u> hemical Health:	1 = Active or very recent use of illicit drugs, excessive alcohol, or prescription drug abuse. 2 = Chemical copper (uses medications to cope with stress) or history of CD in remission. 3 = No CD history. Not drug-focused or chemically reliant.
	<u>R</u> eliability:	1 = History of numerous problems: medication misuse, missed appointments, rarely follows through. 2 = Occasional difficulties with compliance, but generally reliable. 3 = Highly reliable patient with meds, appointments & treatment.
	<u>S</u> ocial Support:	1 = Life in chaos. Little family support and few close relationships. Loss of most normal life roles. 2 = Reduction in some relationships and life roles. 3 = Supportive family/close relationships. Involved in work or school and no social isolation.
	<u>E</u> fficacy score	1 = Poor function or minimal pain relief despite moderate to high doses. 2 = Moderate benefit with function improved in a number of ways (or insufficient info – hasn't tried opioid yet or very low doses or too short of a trial). 3 = Good improvement in pain and function and quality of life with stable doses over time.

\_\_\_ Total score = D + I + R + E

Score 7-13: Not a suitable candidate for long-term opioid analgesia

Score 14-21: May be a candidate for long-term opioid analgesia

Source: Miles Belgrade, Fairview Pain & Palliative Care Center © 2005.

## Medición del uso indebido actual de opioides (Current Opioid Misuse Measure, COMM™)

La escala Medición del uso indebido actual de opioides (COMM™) es una autoevaluación breve del paciente que sirve para supervisar a los pacientes con dolor crónico que reciben terapia con opioides. La COMM™ fue desarrollada con el asesoramiento de un grupo de expertos en dolor y adicciones, y el aporte de médicos especialistas en el tratamiento del dolor. Los expertos y profesionales médicos identificaron seis cuestiones clave al determinar si los pacientes que ya reciben tratamiento a largo plazo con opioides exhiben comportamientos aberrantes relacionados con la medicación:

- *Signos y síntomas de intoxicación*
- *Volatilidad emocional*
- *Datos indicativos de una respuesta deficiente a los medicamentos*
- *Adicción*
- *Patrones de uso de los servicios de salud*
- *Comportamiento problemático con respecto a la medicación*

La COMM™ ayudará a los médicos a determinar si un paciente que recibe terapia a largo plazo con opioides puede estar exhibiendo comportamientos aberrantes asociados con el uso indebido de medicamentos opioides. En cambio, la escala Detección y evaluación de opioides para pacientes con dolor (Screener and Opioid Assessment for Patients with Pain, SOAPP®) sirve para predecir cuáles pacientes, a quienes se está considerando administrar terapia a largo plazo con opioides, podrían exhibir comportamientos aberrantes con respecto a los medicamentos en el futuro. Dado que la COMM™ examina el uso indebido actual, es ideal para ayudar a los médicos a vigilar si los pacientes tienen comportamientos aberrantes relacionados con la medicación a lo largo del tratamiento. La COMM™:

- Es una autoevaluación rápida y fácil que responden los pacientes.
- Consta de 17 puntos.
- Es fácil de puntuar.
- Se realiza en menos de 10 minutos.
- Ha sido validada mediante un grupo de aproximadamente 500 pacientes con dolor crónico que reciben terapia con opioides.
- Es ideal para documentar las decisiones sobre el nivel de supervisión planificado para un paciente en particular o para justificar remisiones a una clínica especializada en dolor.
- La COMM™ solamente debe ser usada por médicos. Esta herramienta no está destinada a la distribución comercial.
- La COMM™ NO es un detector de mentiras. Los pacientes que se han propuesto ocultar la verdad lo harán de todos modos. Se deben utilizar otros datos clínicos junto con la puntuación obtenida en la COMM™ al decidir si es necesario modificar el plan de tratamiento de un paciente en particular y, de ser así, en qué momento.
- Es importante recordar que todos los pacientes con dolor crónico merecen recibir tratamiento para el dolor que sufren. Aquellos profesionales médicos que no se sientan cómodos tratando a ciertos pacientes deberán remitirlos a un especialista.

©2011 Inflexion, Inc. Se autoriza el uso solamente en el formato publicado y por parte de facultativos individuales en el ejercicio clínico de su profesión. El titular de los derechos de autor no autoriza ni permite ningún otro uso o alteración. En caso de tener preguntas sobre autorizaciones, dirigirse a: [PainEDU@inflexion.com](mailto:PainEDU@inflexion.com). COMM™ fue desarrollado gracias a una subvención de los Institutos Nacionales de Salud (National Institutes of Health) y un subsidio educativo de Endo Pharmaceuticals.

**PainEDU**  
MEJORAMIENTO DEL TRATAMIENTO DEL DOLOR A TRAVÉS DE LA EDUCACIÓN

**COMM™**

Responda a cada pregunta con la mayor sinceridad posible. Tenga en cuenta que las preguntas se refieren únicamente a los últimos 30 días. No hay respuestas correctas ni incorrectas. Si no está seguro acerca de cómo responder a una pregunta, proporcione la mejor respuesta que pueda.

Responda las preguntas usando la siguiente escala:	Nunca	Rara vez	A veces	A menudo	Muy a menudo
	0	1	2	3	4
1. En los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia ha tenido inconvenientes para pensar con claridad o ha tenido problemas de memoria?	<input type="radio"/>				
2. En los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia alguien se ha quejado de que usted no cumple con sus responsabilidades (por ejemplo, cumplir con lo que debe hacer, como ir a clase, al trabajo o a una cita)?	<input type="radio"/>				
3. En los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia ha tenido que recurrir a otra persona (que no sea el médico que le receta su medicación) para lograr suficiente alivio del dolor con medicamentos (es decir, otro médico, la sala de emergencias, amigos, en la calle)?	<input type="radio"/>				
4. En los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia ha tomado sus medicamentos de manera diferente de como se los recetaron?	<input type="radio"/>				
5. En los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia ha pensado seriamente en hacerse daño?	<input type="radio"/>				
6. En los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia ha pensado en los medicamentos para el dolor (si tenía suficientes, en tomarlos, el horario de administración de las dosis, etc.)?	<input type="radio"/>				

©2011 Inflexxion, Inc. Se autoriza el uso solamente en el formato publicado y por parte de facultativos individuales en el ejercicio clínico de su profesión. El titular de los derechos de autor no autoriza ni permite ningún otro uso o alteración. En caso de tener preguntas sobre autorizaciones, dirigirse a: [PainEDU@inflexxion.com](mailto:PainEDU@inflexxion.com). COMM™ fue desarrollado gracias a una subvención de los Institutos Nacionales de Salud (National Institutes of Health) y un subsidio educativo de Endo Pharmaceuticals.

**PainEDU**<sup>SM</sup>  
 MEJORAMIENTO DEL TRATAMIENTO DEL DOLOR A TRAVÉS DE LA EDUCACIÓN

Responda las preguntas usando la siguiente escala:	Nunca	Rara vez	A veces	A menudo	Muy a menudo
	0	1	2	3	4
7. En los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia ha tenido una discusión?	<input type="radio"/>				
8. En los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia ha tenido inconvenientes para controlar la ira (p. ej., enojarse al conducir, gritar, etc.)?	<input type="radio"/>				
9. En los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia ha tenido que tomar medicamentos para el dolor que eran de otra persona?	<input type="radio"/>				
10. En los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia se ha preocupado por la manera en que maneja sus medicamentos?	<input type="radio"/>				
11. En los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia otras personas se han preocupado por la manera en que maneja sus medicamentos?	<input type="radio"/>				
12. En los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia ha tenido que hacer una llamada telefónica de emergencia o acudir a la clínica sin cita?	<input type="radio"/>				
13. En los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia se ha enojado con otras personas?	<input type="radio"/>				
14. En los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia ha tenido que tomar una mayor cantidad de medicamento que la recetada?	<input type="radio"/>				
15. En los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia ha pedido prestados medicamentos para el dolor a otra persona?	<input type="radio"/>				
16. En los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia ha usado su medicación para aliviar síntomas que no eran de dolor (p. ej., como ayuda para dormir, para mejorar el estado de ánimo o para aliviar el estrés)?	<input type="radio"/>				

©2011 Inflexxion, Inc. Se autoriza el uso solamente en el formato publicado y por parte de facultativos individuales en el ejercicio clínico de su profesión. El titular de los derechos de autor no autoriza ni permite ningún otro uso o alteración. En caso de tener preguntas sobre autorizaciones, dirigirse a: [PainEDU@inflexxion.com](mailto:PainEDU@inflexxion.com). COMM™ fue desarrollado gracias a una subvención de los Institutos Nacionales de Salud (National Institutes of Health) y un subsidio educativo de Endo Pharmaceuticals.

**PainEDU**<sup>SM</sup>

MEJORAMIENTO DEL TRATAMIENTO DEL DOLOR A TRAVÉS DE LA EDUCACIÓN

Responda las preguntas usando la siguiente escala:	Nunca	Rara vez	A veces	A menudo	Muy a menudo
	0	1	2	3	4
17. En los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia ha tenido que acudir a la sala de emergencias?	<input type="radio"/>				

©2011 Inflexion, Inc. Se autoriza el uso solamente en el formato publicado y por parte de facultativos individuales en el ejercicio clínico de su profesión. El titular de los derechos de autor no autoriza ni permite ningún otro uso o alteración. En caso de tener preguntas sobre autorizaciones, dirigirse a: [PainEDU@inflexion.com](mailto:PainEDU@inflexion.com). COMM™ fue desarrollado gracias a una subvención de los Institutos Nacionales de Salud (National Institutes of Health) y un subsidio educativo de Endo Pharmaceuticals.

**PainEDU**<sup>SM</sup>  
 MEJORAMIENTO DEL TRATAMIENTO DEL DOLOR A TRAVÉS DE LA EDUCACIÓN

## Instrucciones para la puntuación de la COMM™

Para puntuar la escala COMM™, sencillamente sume las calificaciones de todas las preguntas. Una puntuación de 9 o más se considera positiva.

Suma de las preguntas	Indicación de la COMM
> o = 9	+
< 9	-

Como con cualquier escala, los resultados dependen de la puntuación umbral elegida. Una puntuación que es sensible para detectar pacientes que están abusando de un opiode o usándolo indebidamente incluirá necesariamente algunos pacientes que en realidad no están abusando de su medicación ni usándola indebidamente. La escala COMM™ se creó con la intención de sobreidentificar el uso indebido, no para categorizar erróneamente a una persona como responsable cuando no lo es. Por este motivo, se aceptó una puntuación umbral baja. Creemos que identificar a aquellos pacientes que solo tienen el potencial de usar indebidamente su medicación es más importante que no lograr identificar a aquellos que de hecho están abusando de ella. Por consiguiente, es posible que la COMM™ arroje resultados positivos falsos: que se identifique erróneamente a pacientes como que usan indebidamente la medicación cuando en realidad no lo hacen.

La siguiente tabla presenta varias estadísticas que describen el grado de eficacia de la escala COMM™ con diferentes valores umbral. Estos valores sugieren que la escala es una prueba sensible, lo que confirma que la COMM™ es mejor para identificar a quienes usan indebidamente la medicación que para identificar a quienes no lo hacen. Clínicamente, una puntuación de 9 o más identificará al 77% de aquellos que realmente resultan tener un riesgo elevado. El valor predictivo negativo para una puntuación umbral de 9 es de 0.95, lo que significa que la mayoría de las personas que obtienen un resultado negativo en la COMM™ probablemente no usen indebidamente la medicación. Finalmente, un coeficiente de probabilidad positivo sugiere que una puntuación positiva en la COMM™ (con un valor umbral de 9) es casi 3 veces (3.48 veces) más probable que provenga de alguien que realmente usa indebidamente su medicación (debe tenerse en cuenta que, de estas estadísticas, el coeficiente de probabilidad es el menos afectado por las tasas de prevalencia). Todo esto implica que, al usar una puntuación umbral de 9, se garantiza que el profesional médico tenga la menor probabilidad de no detectar a alguien que realmente está usando indebidamente los opioides que se le recetaron. Sin embargo, se debe recordar que una puntuación baja en la COMM™ sugiere que el paciente realmente tiene un riesgo bajo, mientras que una puntuación elevada en la COMM™ contendrá un mayor porcentaje de positivos falsos (aproximadamente un 34%), a la vez que retendrá un gran porcentaje de positivos verdaderos. Esto podría mejorarse, de modo que una puntuación positiva tenga una tasa menor de positivos falsos, pero solo a riesgo de no detectar a más individuos que de hecho muestran un comportamiento aberrante.

Puntuación umbral de la COMM™	Sensibilidad	Especificidad	Valor predictivo positivo	Valor predictivo negativo	Coeficiente de probabilidad positivo	Coeficiente de probabilidad negativo
Puntuación de 9 o más	0.77	0.66	0.66	0.95	3.48	0.08

©2011 Inflexxion, Inc. Se autoriza el uso solamente en el formato publicado y por parte de facultativos individuales en el ejercicio clínico de su profesión. El titular de los derechos de autor no autoriza ni permite ningún otro uso o alteración. En caso de tener preguntas sobre autorizaciones, dirigirse a: [PainEDU@inflexxion.com](mailto:PainEDU@inflexxion.com). COMM™ fue desarrollado gracias a una subvención de los Institutos Nacionales de Salud (National Institutes of Health) y un subsidio educativo de Endo Pharmaceuticals.

**PainEDU**  
MEJORAMIENTO DEL TRATAMIENTO DEL DOLOR A TRAVÉS DE LA EDUCACIÓN

## Addiction Behaviors Checklist (ABC)

Designed to track behaviors characteristic of addiction related to prescription opioid medications in chronic pain patients. Items are focused on observable behaviors noted both during and between visits. ABC is focused on longitudinal assessment and tracking of problematic behaviors.

### Addiction Behaviors Checklist

**Instructions:** Code only for patients prescribed opioid or sedative analgesics on behaviors exhibited “since last visit” and “within the current visit” (NA = not assessed)

#### Addiction behaviors—since last visit

1. Patient used illicit drugs or evidences problem drinking*	Y	N	NA
2. Patient has hoarded meds	Y	N	NA
3. Patient used more narcotic than prescribed	Y	N	NA
4. Patient ran out of meds early	Y	N	NA
5. Patient has increased use of narcotics	Y	N	NA
6. Patient used analgesics PRN when prescription is for time contingent use	Y	N	NA
7. Patient received narcotics from more than one provider	Y	N	NA
8. Patient bought meds on the streets	Y	N	NA

#### Addiction behaviors—within current visit

1. Patient appears sedated or confused (e.g., slurred speech, unresponsive)	Y	N	NA
2. Patient expresses worries about addiction	Y	N	NA
3. Patient expressed a strong preference for a specific type of analgesic or a specific route of administration	Y	N	NA
4. Patient expresses concern about future availability of narcotic	Y	N	NA
5. Patient reports worsened relationships with family	Y	N	NA
6. Patient misrepresented analgesic prescription or use	Y	N	NA
7. Patient indicated she or he “needs” or “must have” analgesic meds	Y	N	NA
8. Discussion of analgesic meds was the predominant issue of visit	Y	N	NA
9. Patient exhibited lack of interest in rehab or self-management	Y	N	NA
10. Patient reports minimal/inadequate relief from narcotic analgesic	Y	N	NA
11. Patient indicated difficulty with using medication agreement	Y	N	NA

#### Other

1. Significant others express concern over patient’s use of analgesics	Y	N	NA
--	---	---	----

\*Item 1 original phrasing: (“Patient used ETOH or illicit drugs”), had a low correlation with global clinical judgment. This is possibly associated with difficulty in content interpretation, in that if a patient endorsed highly infrequent alcohol use, he or she would receive a positive rating on this item, but not be considered as using the prescription opioid medications inappropriately. Therefore, we include in this version of the ABC a suggested wording change for this item that specifies problem drinking as the criterion for alcohol use.

#### ABC Score: \_\_\_\_\_

Score of  $\geq 3$  indicates possible inappropriate opioid use and should flag for further examination of specific signs of misuse and more careful patient monitoring (i.e., urine screening, pill counts, removal of opioid).

Checklist developed by Bruce D. Naliboff, Ph.D. with support from VA Health Services Research and Development. Used with permission.

Published in: Wu SM, Compton P, Bolus R, et al. The addiction behaviors checklist: validation of a new clinician-based measure of inappropriate opioid use in chronic pain. *J Pain Symptom Manage*. 2006;32(4):342-351.