



UNIVERSIDAD  
DE LA REPÚBLICA  
URUGUAY



HOSPITAL DE CLINICAS  
Dr. Manuel Quintela

**Riesgo de uso inadecuado de opioides en dolor crónico no oncológico:  
evaluación en pacientes asistidos en unidades de dolor.**

**Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela, Uruguay.**

**2023.**

Clínica Médica B - Prof. Dra. Laura Llambí

Cátedra de Anestesiología - Prof. Dr. Juan Riva

Hospital de Clínicas - Dr. Manuel Quintela

**Autores:**

**Investigadores:** Br. Juan Andrés Bertrand <sup>1</sup>, Br. Juan Pedro Calvete <sup>1</sup>, Br. Nicolás Echevarría <sup>1</sup>, Br. Francisco Guadalupe <sup>1</sup>, Br. Valentín Irazabal <sup>1</sup> y Br. Juan Ignacio Lambrechts <sup>1</sup>.

**Orientadoras:** Profesora Adjunta Dra. Natalia Bernardi <sup>2</sup>,

Asistentes Dra. Adriana Redin <sup>3</sup> y Dra. Limay Vázquez <sup>2</sup>.

1 Ciclo de Metodología Científica II 2023 - Facultad de Medicina - Universidad de la República, Montevideo, Uruguay.

2 Clínica Médica B-Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela - Facultad de Medicina - Universidad de la República, Montevideo, Uruguay.

3. Unidad de Cuidados Paliativos-Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela-Facultad de Medicina - Universidad de la República, Montevideo, Uruguay.

**Ciclo de Metodología Científica II - Grupo: 44**

**Fecha:** 15/11/2023

**Registro MSP:** Nro. 8271782

## Índice de Contenidos:

<b>Resumen:</b> .....	<b>2</b>
<b>Abstract:</b> .....	<b>3</b>
<b>Introducción:</b> .....	<b>4</b>
<b>Objetivos:</b> .....	<b>10</b>
<b>Metodología:</b> .....	<b>11</b>
Plan de análisis de datos:.....	12
<b>Discusión:</b> .....	<b>19</b>
<b>Conclusiones:</b> .....	<b>21</b>
Perspectivas.....	21
<b>Agradecimientos:</b> .....	<b>23</b>
<b>Anexos:</b> .....	<b>26</b>
Anexo 1: Hoja de Información para el paciente.....	26
Anexo 2: Cartas aval.....	29
Anexo 3: Formulario SOAPP-R (15).....	31
Anexo 4: Formulario SOAPP-SF (18).....	34
Anexo 5: Cuaderno de recogida de datos:.....	36
Anexo 6: Constancia de Solicitud de Registro de Proyecto.....	43
Anexo 7: Tipificación de las variables consideradas.....	44

## Índice de figuras:

<b>Tabla 1:</b> .....	<b>13</b>
<b>Figura 1:</b> .....	<b>14</b>
<b>Tabla 2:</b> .....	<b>14</b>
<b>Tabla 3:</b> .....	<b>17</b>
<b>Tabla 4:</b> .....	<b>17</b>
<b>Tabla 5:</b> .....	<b>17</b>

## Resumen:

**Introducción:** el dolor es el motivo de consulta más frecuente en la práctica clínica. Para el dolor crónico no oncológico (DCNO), el abordaje terapéutico puede incluir fármacos opioides los cuales no son inocuos y asocian riesgos en su uso prolongado, problemática con una considerable prevalencia a nivel mundial, lo que se conoce como “epidemia de opioides”. Existe una herramienta llamada *Screening and Opioid Assessment for Patients with Pain* (SOAPP) y sus variantes revisada (SOAPP-R) y abreviada (SOAPP-SF) utilizadas para valorar el riesgo de uso inadecuado de opioides (UIO) validadas para DCNO.

**Objetivos:** El siguiente trabajo se propone evaluar el riesgo de UIO en pacientes con DCNO asistidos en unidades de dolor utilizando dos escalas de medición distintas.

**Metodología:** Se realizó un estudio observacional, analítico y transversal en pacientes con DCNO seleccionados por conveniencia en dos policlínicas de dolor del Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela para evaluar el riesgo de UIO. Se caracterizó la población mediante datos obtenidos de la entrevista clínica y se midió el riesgo de UIO a través de las escalas SOAPP-R y SOAPP-SF. Se realizó análisis univariado de los resultados, mediante medidas de resumen y tendencia central y contraste entre poblaciones mediante contraste de medias y proporciones. Se utilizó el coeficiente kappa de Cohen para evaluar la concordancia entre escalas.

**Resultados:** Se incluyeron 64 pacientes. Las poblaciones de ambas policlínicas resultaron equiparables en cuanto a variables demográficas, clínicas y en cuanto a su tratamiento. La prevalencia de riesgo fue estimada en 67,2%. Las escalas presentan un índice moderado de concordancia ( $\kappa=0,556$ ).

**Conclusiones:** Se encontró alta prevalencia de UIO en pacientes con DCNO comparado con cifras regionales. Se evidenció un nivel de concordancia moderado entre las variantes revisada y abreviada de las escalas SOAPP, lo que podría facilitar el uso de esta herramienta.

Palabras clave: Uso Indebido de Opioides Recetados, riesgo, dolor, dolor crónico, epidemia de opioides, Clínicas de Dolor, Analgesia, SOAPP-R, SOAPP-SF, tamizaje.

**Abstract:**

**Introduction:** pain is the most often reason for visit in medical practice. For non cancer chronic pain, therapeutics may include opioid drugs, which are potentially harmful and associate risks in their long term use, a problem with a significant prevalence worldwide known as “Opioid epidemic”. The *Screener and Opioid Assessment for Patients with Pain* (SOAPP) is a tool used to assess the risk for opioid misuse (OM), and has two variants, its revised form and its short form, validated for CNCP.

**Aim:** the following investigation aims to assess the risk for opioid misuse among patients with chronic non cancer pain (CNCP) that attend to pain units using two different scales.

**Methods:** an analytic, cross-sectional study was conducted among patients with CNCP selected by convenience at two primary care units at the “Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela”. The population was described through data recovered from clinical interview while risk was obtained through two scales for risk of opioid misuse assessment. Univariate analysis was conducted, summary measures and central tendency and contrast between populations through contrast of means and proportions. Cohen’s kappa coefficient was used to assess agreement among scales.

**Results:** 64 patients were included. Populations from both units were relatable in demographic and clinic variables as well as regarding treatment. Risk prevalence was estimated at 67,2%. Scales presented a moderate ( $\kappa=0,556$ ) agreement.

**Conclusions:** It was found a high prevalence of risk of OM on patients with CNCP compared with regional numbers. It showed a moderate level of agreement between the SOAPP-R and SOAPP-SF, which could ease the use of this tool.

Key words: Prescription Opioid Misuse, Risk, Pain, Chronic Pain, Opioid Epidemic, Pain Clinics, Analgesia, SOAPP-R, SOAPP-SF, Screening.

## **Introducción:**

El dolor es el motivo de consulta más frecuente en la práctica médica (1), entendiendo por dolor la experiencia desagradable, sensorial y emocional, asociada o similar a la asociada a una lesión tisular real o potencial (2). Se entiende como dolor crónico a aquel que persiste más allá del tiempo normal de curación y que por lo tanto no cumple la función fisiológica de alerta, definido arbitrariamente en 3 meses (3). Con respecto a este último, se pueden contemplar siete categorías, que fueron incluidas en la última *Clasificación Internacional de Enfermedades* de la Organización Mundial de la Salud (ICD-11 por sus siglas en inglés) y son: dolor crónico primario; dolor crónico oncológico; dolor crónico post-quirúrgico y post-traumático; dolor crónico neuropático; dolor crónico por cefaleas y orofacial; dolor crónico visceral; dolor crónico musculoesquelético (3). Para fines prácticos, en este trabajo el término dolor crónico no oncológico incluirá a las 6 categorías de dolores que no son originados por cáncer.

La prevalencia de dolor crónico no oncológico varía dependiendo de la definición de los casos, los métodos de verificación y las poblaciones estudiadas. En el Reino Unido se observó una prevalencia entre el 13% y el 50% y una incidencia del 8% anual (4). En Estados Unidos, un estudio hecho por la *Centers of Disease and Prevention* (CDC) y publicado en 2018 reveló que un 20,4% de los adultos americanos padecen dolor crónico (5).

En la región, estudios realizados en diferentes países de Latinoamérica revelan cifras de 33,9% en la ciudad de Manizales (6) y 31% en la región de Caldas (7), ambos en Colombia. Otros estudios revelan que la prevalencia en México se encuentra entre 16,8 y 25,9%, y en Cuba del 40,3%. Por otro lado, trabajos realizados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) concluyeron que en las ciudades de Río de Janeiro y Santiago de Chile el dolor crónico afecta al 31 y 33% de la población respectivamente (8).

Un estudio realizado en Chile, encontró una prevalencia de dolor crónico del 32% de la población, correspondiendo un 65% de los casos a dolor de intensidad moderada a severa. En este estudio, se describe que aproximadamente un 7% de los pacientes utiliza opioides como fármaco analgésico. El estudio concluye que el dolor crónico debe ser tratado como un problema prioritario por parte de la salud pública, debido a la alta prevalencia y al gran impacto en el área emocional y laboral que sufren quienes padecen esta patología (9).

En Uruguay, hasta donde llega el conocimiento de los autores, no existen reportes de cifras de prevalencia para esta patología.

Se debe entender al dolor crónico como una experiencia personal y subjetiva del individuo que afecta en distintas esferas de su vida. Los pacientes suelen reportar afectación en

sus tareas laborales y en otras actividades básicas como pueden ser caminar o incluso dormir. Estas situaciones suelen alterar el estado de ánimo del paciente e incluso repercutir en la terapéutica de su dolor. (9) Diversas publicaciones correlacionan el dolor crónico con comorbilidades psiquiátricas, principalmente ansiedad y depresión (10). Esta asociación se ha encontrado para síntomas depresivos hasta en un 78% de los pacientes con dolor crónico y hasta un 50% del total de pacientes cumplen con criterios de depresión mayor. (9)

En la práctica clínica una herramienta útil para pesquisar ansiedad y depresión es la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (*Hospital Anxiety and Depression Score - HADS*), que consiste en un formulario autoadministrado de catorce preguntas cortas de las cuales siete corresponden a la subescala ansiedad y las otras siete a depresión, cada una de ellas con un valor de 0 a 3. Se considera positivo para una u otra patología cuando el total de la subescala correspondiente es mayor de 10. (11)

En cuanto al tratamiento del dolor crónico no oncológico, la primera línea se basa en tratamientos analgésicos no opioides sumado a terapias no farmacológicas, en las que se incluye, entre otros abordajes, la fisioterapia. La consideración de incorporar opioides en el tratamiento farmacológico del dolor crónico de causa no oncológico debería hacerse en casos en que las intervenciones no farmacológicas en conjunto con dosis óptimas de analgésicos no opioides y otros fármacos coadyuvantes, no fueran suficientes para aliviar el malestar del paciente. (12). A la hora de consignar el tratamiento con opioides recibido por el paciente se debe especificar el fármaco indicado y sus dosis en miligramos/día. En el caso de ser necesario rotar de un opioide mayor a otro, se debe calcular la Dosis Equivalente de Morfina Oral (DEMO), buscando así prevenir desajustes por las distintas potencias farmacológicas de cada opioide (13). Es de vital importancia la continua revalorización del paciente para evitar un uso inadecuado de los mismos (14).

Como regla general a la hora de prescribir opioides es fundamental considerar que el paciente debe tener un diagnóstico definitivo del causante del dolor y como se mencionó previamente, haber agotado las otras posibilidades terapéuticas. Resulta fundamental pensar en estos pacientes con una visión integradora de los diferentes aspectos de su vida, por lo que es necesario hacer una exhaustiva anamnesis que ayude a pesquisar cualquier elemento que pueda eventualmente dificultar el tratamiento de su dolor. Antes de indicar el tratamiento se debe analizar rigurosamente al paciente. Algunos aspectos a tener en cuenta serían la historia clínica, rasgos de personalidad y temperamento, el nivel de depresión o angustia, el impacto del dolor sobre la funcionalidad del paciente y las características del dolor. (14).

La indicación de fármacos opioides para el dolor crónico no oncológico ha aumentado en respuesta a las altas tasas de prevalencia de esta afección (3). A través de los años han existido muchos cambios respecto a la prescripción de opioides como analgésicos. En un principio se intentaba limitar lo máximo posible su uso a tal punto de que se podía hablar de cierta “opiofobia”. Como se mencionó anteriormente, el uso de los opioides fue aumentando drásticamente en el correr de los años debido a distintos cambios en el paradigma. De acuerdo a la “Guía de consenso para el buen uso de analgésicos opioides” algunos ejemplos de estos cambios fueron: una sociedad que tolera menos el dolor y el sufrimiento, profesionales e instituciones más sensibles frente a la problemática del dolor, la evolución y adelanto de los fármacos opioides y la presión comercial de la industria farmacéutica (15).

Actualmente en el mundo y principalmente en los países desarrollados hay más conciencia de los efectos adversos o complicaciones que el uso de opioides como analgésicos podrían traer cuando se usan crónicamente, como por ejemplo el uso inadecuado, el abuso, la adicción e incluso muertes vinculadas a sobredosis. En consecuencia, se debe tener un especial cuidado a la hora de recetar este tipo de fármacos en pacientes que sufren de dolor crónico no oncológico e idealmente se debería optar por iniciar otras estrategias terapéuticas, tanto farmacológicas como no (15). Un metaanálisis ubica la prevalencia de uso inadecuado de opioides en pacientes con dolor crónico en el 21-29% (16).

El término “uso inapropiado de analgésicos opioides y conductas aberrantes” es un término amplio que se refiere a cualquier comportamiento que implique el uso fuera de los parámetros de prescripción, en el que se utilicen los opioides de manera inapropiada, con fines distintos a los prescritos y sin que sea necesario que la persona busque conseguir efectos gratificantes, así como cualquier conducta que se aparte de la adhesión estricta al plan terapéutico establecido (15). Esta definición abarca la mala administración por problemas en la comprensión de la pauta, la automedicación, la búsqueda de otros efectos como mejorar el insomnio o para incrementar la analgesia por la no resolución de su dolor. También incluye el aumento en el tiempo de utilización por fuera de lo prescrito y la utilización de fármacos prescritos a una persona allegada, sea familiar, amigo o de otra índole (15).

Se define abuso de una sustancia como el uso intencional no médico de la misma de forma recurrente para lograr un efecto físico o emocional deseado. En el caso de los analgésicos opioides, se considera abuso cuando una persona los toma de forma intencional, sin una prescripción médica o de una forma distinta a la prescrita (en cuanto a dosis o vía de administración) con el fin de lograr efectos gratificantes (15).

Existen diversos instrumentos que permiten la valoración del riesgo de uso inadecuado de opioides. Estas herramientas buscan ser una guía para el clínico a la hora de valorar las posibles repercusiones a largo plazo en caso de instalar un tratamiento con fármacos opioides. El score SOAPP-R (*Screening and Opioid Assessment for Patients with Pain - Revised*, Anexo 3) es un cuestionario autoadministrado que toma 15 minutos completar y ha sido utilizado en diversas investigaciones. Consta de 24 preguntas en las que se consideran diversos aspectos de la vida del paciente y permite evaluar el riesgo de uso inadecuado de opioides. El cuestionario se completa mediante la escala de Likert, la cual utiliza 5 valores los cuales van de 0 a 4 y de menor a mayor siendo los siguientes: 0="nunca", 1="rara vez", 2="a veces", 3="a menudo", 4="muy a menudo"; y categoriza el riesgo de los pacientes en "Bajo" (menor de 9 puntos), "Moderado" (entre 10 y 21) y "Alto" (mayor de 22 puntos) (17).

Por otra parte, en el idioma inglés se dispone de una versión abreviada denominada SOAPP-SF (*Screening and Opioid Assessment for Patients with Pain - Short Form*, Anexo 4), que consiste de 5 preguntas adaptadas del SOAPP original utilizando la escala de Likert al igual que la versión revisada. La aplicación de esta herramienta toma tan solo 3 minutos y ha demostrado valores de sensibilidad y especificidad (86% y 67% respectivamente) suficientes como para considerar su aplicación en la clínica. El riesgo es evaluado como "positivo" o "negativo" considerando un umbral de 4 puntos (18).

Ambas escalas buscan ser una herramienta de screening que permita alertar al médico tratante respecto al posible riesgo al que podría exponer a sus pacientes al indicarles opioides. Los cuestionarios se encuentran validados en inglés (18,19) y en el caso de la versión larga también se encuentra validada en español para su uso en pacientes con dolor crónico no oncológico (17).

Si bien, ha habido un aumento del consumo de opioides a nivel mundial, se observa que en Latinoamérica y el Caribe los niveles se mantienen moderados y bajos en relación con los niveles internacionales. A pesar de la heterogeneidad de la región, Uruguay presenta uno de los niveles más altos de consumo de opioides y de morfina. Concomitantemente se ha visto que es uno de los países que presenta menores restricciones para la prescripción de estos fármacos, lo cual hace que aumente la disponibilidad de los mismos (20). Si bien el consumo de morfina per cápita se considera un indicador de calidad de los servicios de cuidados paliativos (21) también permite mayor acceso a los mismos por parte de la población general y predispone por tanto al uso inadecuado de éstos. (20)

En 2020 se publica el estudio: “Riesgo de uso indebido de opioides prescritos en pacientes con dolor crónico no oncológico en un hospital del sistema mutual en Chile”. Se trata de un estudio descriptivo, de corte transversal en pacientes ambulatorios, que utilizando diferentes escalas autoadministradas permitieron valorar la prevalencia de riesgo así como otros factores que fueron asociados a un mayor riesgo de uso inadecuado. De la caracterización se desprende que la población estudiada fueron mayoritariamente hombres, con una edad promedio de 50.7 años y la indicación más utilizada fue la combinación de paracetamol con tramadol. Dentro de los resultados que los investigadores obtienen se destaca una prevalencia de riesgo para uso inadecuado de opioides del 29,1%. Además este estudio demuestra una asociación estadísticamente significativa entre el riesgo aumentado para uso inadecuado de opioides y el consumo de alcohol, la amputación de un miembro, menor calidad en la vida de los pacientes, peor estado de salud en general y afectaciones en salud mental. Todo esto, aparte de ser un problema en sí mismo, contribuye a la discapacidad del paciente, empeorando su pronóstico y limitando las opciones terapéuticas (22).

En Uruguay, tampoco se dispone de cifras oficiales relevadas por el estado respecto al uso inadecuado, conductas aberrantes y abuso de opioides; ni estudios previos en esta materia que hayan podido ser localizados al momento de realizar el presente trabajo.

En pacientes con riesgo de uso inadecuado de opioides suele haber mayor sensación subjetiva de dolor, mayor número de quejas y consultas sobre el dolor y mayor nivel de afectación en sus actividades diarias por el mismo. Estudios previos observaron que es de vital importancia el estudio de la prevalencia de riesgo para poder no solo caracterizar a las distintas poblaciones y actuar en consecuencia, sino que a también para el futuro diseño de guías clínicas locales para mejorar la comunicación médico-paciente a la hora de explicar y decidir sobre un tratamiento a base de uso de opioides. (22)

En Uruguay, en el Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela funcionan 2 unidades que asisten pacientes con dolor crónico no oncológico: la Unidad de Terapia del dolor conformada por anestesiólogos de la cátedra de anestesiología y la Unidad Interdisciplinaria del dolor, conformada por profesionales de la salud mental, médicos internistas y anestesiólogos especialistas en dolor así como del área de rehabilitación; dentro de las cuales se enmarcará este estudio.

Frente a la ausencia de evidencia a nivel local acerca de la magnitud de este problema de salud, que afecta a nivel mundial, surge la necesidad de este estudio en el que se evalúa el riesgo de uso inadecuado de opioides en la población que se asiste en dichas unidades, en

vistas a mejorar las prácticas de prescripción de los opioides para el dolor crónico no oncológico.

**Objetivos:**

## Objetivo general:

- Evaluar el riesgo de uso inadecuado de opioides en pacientes con dolor crónico no oncológico en unidades de dolor en el Hospital de Clínicas.

## Objetivos específicos:

- Evaluar prevalencia de riesgo en los pacientes con dolor crónico que se asisten en estas unidades.
- Caracterizar a los pacientes asistidos en las unidades de dolor del Hospital de Clínicas.
- Comparar la prevalencia de riesgo entre los pacientes de ambas unidades de dolor.
- Comparar los resultados obtenidos en la evaluación de riesgo utilizando dos escalas de medición del riesgo de distinta extensión.

## **Metodología:**

Se realizó un estudio analítico transversal para evaluar el riesgo de uso inadecuado de opioides en pacientes que presentan dolor crónico de causas no oncológicas. La población que participó en el estudio fueron pacientes asistidos entre el 15 de julio y el 15 de octubre del 2023 en las unidades ambulatorias de dolor del Hospital de Clínicas Dr Manuel Quintela: Terapia del dolor (a cargo de la Cátedra de anestesiología), y la Unidad interdisciplinaria de dolor (a cargo de la Clínica Médica B).

Se incluyó en la población a todos los pacientes asistidos en ambas policlínicas mencionadas, que manifestaron su voluntad de participar en el estudio. Se consideraron los siguientes criterios de exclusión: pacientes con patología oncológica, menores de 18 años, y pacientes analfabetos o con dificultades cognitivas, auditiva o visual severa que impidan el llenado de forma autónoma de los cuestionarios a utilizar.

Se obtuvieron los datos en los consultorios de la policlínica mediante una única entrevista en donde fueron completados dos cuestionarios autoadministrados de preguntas cerradas: SOAPP-R y su versión abreviada el SOAPP Version 1.0-SF. A efectos de poder comparar sus resultados, se agruparon los resultados “Bajo” y “Moderado” de la escala SOAPP-R en una única categoría “Bajo/Moderado”.

Además, a través de la entrevista clínica y la revisión de las historias clínicas de los pacientes se obtuvieron las siguientes variables: sexo, edad, historia y estado laboral, historia de abuso de medicación y sustancias. También se obtuvieron las características del dolor (aparición, desencadenantes, tipo de dolor, intensidad, localización, tiempo de evolución, repercusiones), el mecanismo fisiopatológico probable del mismo y la etiología. De la historia clínica se obtiene a su vez el resultado del formulario HADS, score utilizado habitualmente en ambas policlínicas para pesquisar la ansiedad y depresión dividiéndose en 2 subescalas que corresponden respectivamente a cada patología. A efectos del presente estudio, el resultado positivo (mayor a 10 puntos) para una o ambas subescalas en dicho formulario será lo consignado como “comorbilidades psiquiátricas”.

Por último, se indagó acerca de las consultas previas y se valoró el historial de tratamientos recibidos. Para cada uno de ellos se consignó el tipo de tratamiento y en el caso del tratamiento farmacológico con opioides la especificación de: tipo de fármaco, duración del tratamiento con este fármaco y dosis. Para los opioides mayores se expresó la dosis diaria total en DEMO, calculada según tablas de equianalgesia. La dosis equianalgésica de morfina oral para los pacientes que estaban en tratamiento con metadona se calculó utilizando el ratio 5:1.

La descripción y clasificación de las variables se adjunta en el Anexo 7.

**Plan de análisis de datos:**

Se realizó el análisis de los datos obtenidos mediante una hoja de cálculo de Google y el software de análisis estadístico JASP. La descripción univariada se realizó mediante medidas de resumen, media y desvío en el caso de las variables cuantitativas. En el caso de las variables cualitativas se hizo un análisis de proporciones. Se realizaron comparaciones entre las dos poblaciones consideradas, en el caso de las variables cuantitativas mediante un test de comparación de medias (test *t*) y para las variables cualitativas mediante un test de chi cuadrado o comparación de proporciones.

Se realizó un estudio para valorar la concordancia entre la versión abreviada contra la versión revisada de la escala SOAPP (SOAPP-SF versus SOAPP-R) a través de un test de pruebas diagnósticas, utilizando el coeficiente kappa de Cohen el cual mide la concordancia de ambas pruebas contrastando la proporción de pacientes que obtienen cada resultado utilizando las dos escalas. Se contrastó la proporción de pacientes con un resultado de riesgo Bajo/Moderado o Alto según la SOAPP-R contra aquellos que obtienen negativo o positivo en la SOAPP-SF, evaluando el grado de asociación entre los resultados obtenidos para ambas escalas. Por último, se calculó la sensibilidad y especificidad de la SOAPP-SF utilizando como patrón de referencia la versión revisada (SOAPP-R).

En todos los análisis estadísticos se consideró un nivel de significación del 5%, ajustado por método de Bonferroni en aquellos casos con comparaciones múltiples.

**Consideraciones Éticas:**

Se informó a los pacientes respecto al estudio a realizar, se solicitó a todos los pacientes un consentimiento informado (Anexo 1) para ser incluidos en el estudio y acceder a algunos datos de su historia clínica, que fue obtenido luego de la explicación de las implicancias de su participación asegurando la comprensión por parte de los pacientes. Los datos obtenidos se incluyeron en una base de datos anonimizada, excluyendo toda información personal al momento de su recolección. Se aclaró que la participación fue voluntaria y su libertad de retirarse sin perjuicio alguno. Se obtuvo la aceptación por parte del comité de ética correspondiente.

Se manejó la confidencialidad de los datos según lo dispuesto por la Ley de protección de datos personales Nro. 18.331, utilizándose muestras anónimas.

**Recursos utilizados:**

- Folios y hojas impresas para cuaderno de recogida (Anexo 5).

## Resultados:

68 personas concurren a consultas en el período establecido, de las cuales 64 personas cumplieron los criterios de inclusión y 4 fueron excluidos (3 analfabetos, 1 por imposibilidad de completar los formularios sin asistencia) como se detalla en la Figura 1.

Los resultados se resumen en la figura 1 y en las tablas 1 a la 5.

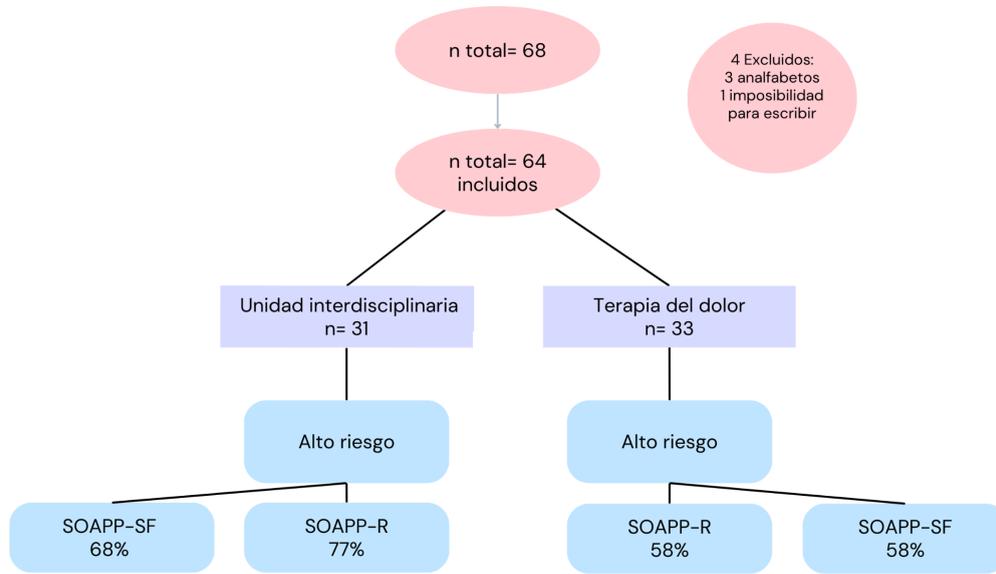
Tabla 1: Variables demográficas

En la siguiente tabla se resumen los datos demográficos analizados.

<b>Tabla 1</b>			
	Terapia del dolor (n=33)	Unidad Interdisciplinaria (n=31)	valor-p
<b>Sexo</b>			0,925
Femenino	29 (87,9%)	27 (87,1%)	
Masculino	4 (12,1%)	4 (12,9%)	
<b>Edad</b>	55,2 (±9,61)	52,4 (±11,5)	0,294
<b>Procedencia</b>			0,313
Montevideo	15 (45,5%)	18 (58,1%)	
Interior	18 (54,5%)	13 (41,9%)	
<b>Nivel educativo</b>			0,141
Primaria incompleta	3 (9,1%)	1 (3,2%)	
Primaria completa	7 (21,2%)	6 (19,4%)	
Secundaria incompleta	16 (48,5%)	12 (38,7%)	
Secundaria completa	3 (9,1%)	11 (35,5%)	
Estudios terciarios	4 (12,1%)	1 (3,2%)	
<b>Estado laboral</b>			0,374
Activo	7 (21,2%)	3 (9,7%)	
Certificado por salud	4 (12,1%)	1 (3,2%)	
Desempleado	12 (36,4%)	11 (35,5%)	
Jubilado	7 (21,2%)	8 (25,8%)	
Pension	3 (9,1%)	8 (25,8%)	

En cuanto al sexo, un 87% de los pacientes fueron mujeres en ambas policlínicas. La media calculada para la edad fue de 55,2 años para pacientes asistidos en Terapia del dolor y 52,4 años para los asistidos en la Unidad Interdisciplinaria. Respecto a todas las variables demográficas consideradas, en ningún caso se encontró diferencias entre la distribución de ambos grupos que fuera estadísticamente significativa.

**Figura 1:** Flujograma de pacientes incluidos y excluidos en el estudio.



**Tabla 2:** Variables clínicas

En la siguiente tabla se resumen las variables clínicas analizadas.

Tabla 2			
	Terapia del dolor	Unidad Interdisciplinaria	valor-p
<b>Aparicion (Meses)</b>	99,4 (±89,4)	135,8 (±98,5)	0,127
<b>Desencadenante inicial</b>			0,309
Accidente laboral	3 (9,1%)	2 (6,5%)	
Cirugía	3 (9,1%)	2 (6,5%)	
Esfuerzo físico	0	5 (16,1%)	
Traumatismo	1 (3%)	4 (12,9%)	
Otros	2 (6,1%)	4 (12,9%)	
Sin desencadenante inicial	24 (72,7%)	14 (47,2%)	
<b>Intensidad máxima</b>	9,8 (±0,614)	9,6 (±0,761)	0,404
<b>Intensidad promedio</b>	7,5 (±2,347)	7 (±2,191)	0,397
<b>Diagnóstico primario del tipo de dolor</b>			0,706
Músculo esquelético	25 (75,8%)	26 (83,9%)	
Neuropático	0	1 (3,2%)	
Post Quirúrgico/Traumático	4 (12,2%)	2 (6,5%)	
Primario	1 (3%)	1 (3,2%)	
Visceral	1 (3%)	0	
No clasificado	2 (6%)	1 (3,2%)	

<b>Consultas previas a especialistas</b>				0,028*
1 a 3	23 (69,6%)	10 (32,3%)		
4 a 6	6 (18,2%)	11 (35,5%)		
7 a 10	2 (6,1%)	5 (16,1%)		
Más de 10	2 (6,1%)	5 (16,1%)		
<b>Consultas en último mes</b>				0,605
0	16 (48,4%)	19 (61,3%)		
1	6 (18,2%)	6 (19,4%)		
2	6 (18,2%)	5 (16,1%)		
3	0	0		
4 a 6	2 (6,1%)	1 (3,2%)		
7 a 10	2 (6,1%)	0		
Más de 10	1 (3%)	0		
<b>Repercusiones</b>				
<b>Le impide trabajar</b>				0,147
<i>Sí</i>	25 (75,6%)	29 (93,5%)		
<i>No</i>	4 (12,1%)	1 (3,2%)		
<i>A veces</i>	4 (12,1%)	1 (3,2%)		
<b>Repercute en el sueño</b>				0,599
<i>Sí</i>	24 (72,7%)	22 (71,0%)		
<i>No</i>	4 (12,1%)	2 (6,5%)		
<i>A veces</i>	5 (15,2%)	7 (22,6%)		
<b>Limita actividades básicas</b>				0,589
<i>Sí</i>	17 (51,5%)	11 (35,5%)		
<i>No</i>	6 (18,2%)	2 (6,5%)		
<i>A veces</i>	10 (30,3%)	18 (58,1%)		
<b>Comorbilidades médicas</b>	26 (78,8%)	24 (77,4%)		0,895
<b>Comorbilidades psiquiátricas</b>	28 (84,8%)	24 (77,4%)		0,447
<b>Consumos</b>				
Alcohol	2 (6,1%)	1 (3,2%)		0,592
Tabaco	10 (30,3%)	11 (35,5%)		0,659
Marihuana	1 (3,0%)	0		0,329
<b>Adicciones previas</b>				
Alcohol	5 (15,2%)	2 (6,3%)		0,163
Tabaco	14 (42,4%)	7 (22,6%)		0,091
Marihuana	1 (3%)	0		0,329
Pasta base	1 (3%)	0		0,329

En lo que refiere a las variables clínicas, la media para la aparición del dolor en meses fue 99,4 (8,28 años) para la Policlínica de Terapia del dolor y 135,8 (11,3 años) para la Unidad Interdisciplinaria.

Dentro de los diagnósticos, el 75,8% de los pacientes de Terapia del dolor presentaron diagnóstico de dolor musculoesquelético, similar tendencia tuvieron los pacientes de la Unidad interdisciplinaria, siendo 83,9% con el mismo diagnóstico.

Respecto a la variable “consultas en el último mes”, se incluyeron en esta categoría todas las consultas en unidades de emergencia móvil, puerta de emergencia, policlínica y hospitalizaciones que estuvieran relacionadas al dolor crónico.

Como comorbilidades psiquiátricas se valoraron la ansiedad y depresión mediante el score HADS. La prevalencia de un resultado positivo en cualquiera de las dos subescalas fue de 84,8% en la unidad de Terapia del dolor y 77,4% en la Unidad interdisciplinaria. A su vez, el 78,8% de los pacientes de Terapia del dolor presentaron al menos una comorbilidad médica al considerarse: obesidad, enfermedad renal crónica, insuficiencia hepática, enfermedad respiratoria o cardiovascular, mientras que para los pacientes de la Unidad interdisciplinaria la prevalencia fue del 77,4%.

Las diferencias entre las variables clínicas previamente mencionadas en ambas policlínicas no resultaron estadísticamente significativas.

La única variable clínica en la que se obtuvo una diferencia estadísticamente significativa entre las dos poblaciones fue las consultas previas a especialistas. Se encontró que un 30,4% de los pacientes de Terapia del dolor vieron más de tres especialistas antes de ser derivados a esa policlínica, mientras que ese número asciende a 67,7% en la Unidad Interdisciplinaria.

### Tabla 3: Tratamiento con opioides

Se presentan en la siguiente tabla las variables relacionadas al tratamiento farmacológico de los pacientes, como son: el tipo de opioide utilizado, la duración del tratamiento y la dosis diaria promedio prescrita.

Tabla 3			
	Terapia del dolor	Unidad Interdisciplinaria	valor-p
<b>Tratamiento reglado</b>	31 (93,9%)	29 (93,5%)	0,949
<b>Tipo de opioide</b>			
<b>Mayores</b>			
<i>Morfina</i>	0	2 (6,5%)	0,138
<i>Metadona</i>	0	4 (12,9%)	0,033*
<b>Menores</b>			
<i>Tramadol</i>	21 (63,6%)	17 (54,8%)	0,474
<i>Codeína</i>	4 (12,1%)	6 (19,4%)	0,426
<b>Inicio del tratamiento (en meses)</b>	27,1 (±25,2)	52,4 (±46,1)	0,031*
<b>Dosis diaria promedio (en mg/día)</b>			
<i>Opioides mayores (DEMO)</i>	n/a	18 (±22,08)	
<i>Tramadol</i>	181,3 (±118,9)	202,8 (±137,7)	0,608
<i>Codeína</i>	62,5 (±25)	87,5 (±47,9)	0,390

Tabla 4- Prevalencia de riesgo en las dos poblaciones según cada cuestionario:

La prevalencia de riesgo alto total fue de 67,2% calculada a través del SOAPP-R. Para la Unidad de Terapia del dolor la prevalencia de riesgo alto fue del 57,6% para ambos cuestionarios, mientras que en la Unidad Interdisciplinaria fue del 77,42% utilizando el SOAPP-R y 67,74% utilizando el SOAPP-SF.

Tabla 4			
	Terapia del dolor	Unidad Interdisciplinaria	valor-p
Prevalencia de riesgo alto SOAPP-R	57,58%	77,42%	0,091
Prevalencia de riesgo alto SOAPP-SF	57,58%	67,74%	0,401

Tabla 5- Matriz de confusión para el contraste entre cuestionarios

Tabla 5				
		SOAP-SF		Total
		NEGATIVO	POSITIVO	
SOAPP- R	BAJO/MODERADO	16	5	21
	ALTO	8	35	43
		24	40	64

Para evaluar la concordancia entre los cuestionarios aplicados se calculó el coeficiente kappa de Cohen, obteniéndose un valor de 0,556, con un intervalo de confianza al 95% entre 0,343 y 0,768. Esto traduce una concordancia entre ambos cuestionarios moderada, con un intervalo entre aceptable y considerable.

Utilizando la misma matriz de confusión presentada en la tabla 5 y la escala SOAPP-R como patrón oro, se calculó los valores de sensibilidad y especificidad para la versión abreviada SOAPP-SF. Se obtuvo como valor de sensibilidad 81,4% y para la especificidad 76,2%.

## **Discusión:**

A nivel mundial la prevalencia de uso inadecuado de opioides en dolor crónico no oncológico es de entre 21% y 29% (16). El único estudio encontrado a nivel regional referente a la prevalencia de riesgo de uso inadecuado de opioides procede de Chile y mostró una prevalencia de riesgo de 29,1% en la población con dolor crónico no oncológico (22). Los resultados de nuestro trabajo muestran una prevalencia global de ambas poblaciones sensiblemente mayor, de 67,2%. Esta notoria diferencia entre la población analizada y la del principal estudio de referencia a nivel regional, se podría explicar por las diferencias demográficas entre una y otra población analizadas, por ejemplo en el sexo donde un 72,5% de los pacientes de dicho estudio fueron de sexo masculino mientras en el presente representan un 12,5% de la población.

Por otra parte, existen diferencias metodológicas que podrían ser responsables de la discordancia descrita anteriormente. En primer lugar, la muestra considerada en dicho trabajo duplica a la de este estudio. Por otra parte, el estudio en población chilena fue realizado en un único centro especializado en rehabilitación y salud ocupacional, por lo que cabría esperar que la población asistida en las dos unidades consideradas para el presente estudio fuera más diversa particularmente en lo que refiere al tipo de dolor y a su etiología.

Al realizar el análisis comparativo de las poblaciones asistidas en ambas unidades de dolor y las distintas variables que utilizamos para su caracterización, no encontramos diferencias estadísticamente significativas, exceptuando en la variable “consultas previas a especialistas”, siendo inferior en la policlínica de Terapia del dolor. Resulta esperable encontrar dicha diferencia, visto que aquellos pacientes referidos a la Unidad Interdisciplinaria suelen ser pacientes con un manejo más complejo de su dolor, que encuentran dificultades en otros niveles de atención y que por lo tanto demoran más en ser referidos a la unidad, período en el cual suelen ser evaluados por distintos especialistas.

La similitud entre las dos poblaciones en términos de variables demográficas y clínicas posibilitó englobar ambas como una única entidad para su análisis posterior. Esta integración facilita la comparación entre los dos cuestionarios empleados en este estudio, al considerar a los 64 pacientes como una única población, enfoque que contribuye a incrementar la fidelidad de los resultados obtenidos.

Además, se evidenció una alta proporción de pacientes que ya reciben fármacos opioides dentro de su tratamiento reglado, siendo el 75,7% de los pacientes de Terapia del dolor y el 100% de los pacientes de la Unidad Interdisciplinaria. Al desglosar el tipo de opioide

y la dosis que recibían estos pacientes se observó que los más frecuentemente prescritos fueron los opioides menores (tramadol y codeína) utilizándose a dosis intermedias.

Aquellos pacientes en tratamiento con opioides mayores recibían bajas dosis, con una DEMO promedio de 18 mg y todos correspondían a la Unidad Interdisciplinaria. Se propone que este dato resulta de especial relevancia para la práctica clínica en nuestro medio, siendo fundamental implementar en aquellos pacientes de alto riesgo de uso inadecuado de opioides que están en tratamiento con este tipo de fármaco estrategias de prevención y pesquisa.

Al momento de comparar la concordancia entre las dos escalas utilizadas, el coeficiente Kappa de Cohen cuyo intervalo de confianza resultó ser 0,343 - 0,768 indica una concordancia moderada a sustancial entre ambos instrumentos, lo cual habilitaría su uso en la práctica como herramienta de screening.

Por último, al utilizarse la escala SOAPP-R como patrón de referencia, por ser esta la herramienta de mejor sensibilidad para su aplicación en el contexto del presente estudio, se obtuvieron valores de sensibilidad y especificidad que se consideran aceptables para la aplicación clínica de esta herramienta. Resulta importante destacar entonces que, si bien la sensibilidad obtenida de un 81,4% es menor a la que teóricamente ofrece la escala SOAPP-R, la oportunidad de aplicarla en tan solo 3 minutos en contraste con los 15 minutos requeridos por la versión revisada favorece ampliamente su uso en el contexto de una consulta ambulatoria.

El uso de una escala de medición más corta y de fácil aplicación podría representar una herramienta valiosa. En la evaluación de los pacientes de ambas policlínicas, se observó que las consultas tienden a extenderse por tratarse de pacientes complejos, por lo que una herramienta que sistematice la evaluación del riesgo en un tiempo menor, sería un importante paso para que la propia consulta se enfoque en otros aspectos más relacionados a la patología del paciente y así mejorar la atención en general.

Por otra parte, también se evidenció que una amplia mayoría de los pacientes atendidos en estas consultas se encontraban en tratamiento con opioides desde antes de ser asistidos en dichas unidades de dolor. Este dato cobra especial relevancia al considerar que, por tanto, es altamente probable que quien haya prescrito dichos opioides no sólo no cuente con la experticia de los profesionales de estas unidades sino que tampoco disponga de plazos de consulta tan extensos. Resulta lógico considerar que la posibilidad de aplicar una escala reducida de tan solo 3 minutos, pero aún así válida, pueda ser una herramienta de evaluación muy útil para estos profesionales también.

## **Conclusiones**

La prevalencia global en ambas poblaciones analizadas fue alta, mayor al 67%, valor notoriamente mayor que el registrado para la población en el único estudio hallado de la región.

Al comparar las escalas de evaluación SOAPP-R y SOAPP-SF se encontró un nivel moderado de concordancia entre ambas. La sensibilidad y especificidad de SOAPP-SF usando como patrón de referencia la SOAPP-R fueron del 81% y 76,4% respectivamente.

Es de vital importancia la medición del riesgo para actuar de manera temprana en los factores de riesgo y así prevenir el uso inadecuado de opioides en pacientes con dolor crónico no oncológico. El uso de una escala de medición más corta y de fácil aplicación permitiría disminuir el tiempo que necesario para la evaluación del riesgo, permitiendo su estadificación en todos los niveles de atención y así mejorando la prescripción de opioides para su uso crónico. Es de considerar a estos hallazgos de especial relevancia para la práctica clínica en nuestro entorno, destacando la necesidad de implementar estrategias de prevención y monitoreo del uso inadecuado de estos fármacos en aquellos pacientes de alto riesgo que están siendo tratados con opioides.

## **Perspectivas**

La importancia de este estudio radica en que en Uruguay, hasta donde llega el conocimiento de los autores, no existen trabajos previos que evalúen la prevalencia de riesgo de uso inadecuado de opioides. Es por tanto este un importante paso para mejorar el entendimiento de este problema de salud, que ha demostrado ser una pandemia silenciosa en lugares como Estados Unidos y Europa. Asimismo, puede oficial de puntapié para mejorar su abordaje y diseñar políticas en esta línea en los próximos años.

Por otro lado, también se abre una línea para continuar investigando acerca de esta problemática a través de estudios con un mayor número de pacientes, dado que este trabajo si bien presenta un tamaño de muestra suficiente para alcanzar ciertas conclusiones, el mismo se ve dividido en dos poblaciones separadas. Un mayor número de participantes permitiría profundizar aún más en la caracterización de la población, valorar variables asociadas a un riesgo elevado de uso inadecuado de opioides, y así dimensionar de forma más amplia este problema a nivel local.

Si bien las herramientas utilizadas para evaluar el uso inadecuado de estos analgésicos han demostrado ser útiles, tanto por su sensibilidad y especificidad como por su fácil

aplicación, sigue sin existir una herramienta aceptada de forma universal que sea considerada como patrón de oro. La posibilidad de aplicar nuevas herramientas que simplifiquen la evaluación del riesgo de uso inadecuado en tiempos compatibles con la práctica clínica ambulatoria, tal como la versión abreviada SOAPP-SF, tiene el potencial de facilitar el uso más extenso de este tipo de herramientas en la práctica de todos aquellos profesionales de la salud que indiquen fármacos opioides de forma crónica a sus pacientes.

Todo lo dicho hasta ahora, se acompaña de la necesidad de desarrollar más y mejores herramientas para la valoración del riesgo de uso inadecuado de opioides en poblaciones como las analizadas, de forma de realizar una prescripción segura, prudente y controlada, en especial en aquellos individuos con factores de riesgo importantes para dicho problema.

## Referencias Bibliográficas:

1. Abiuso N, Santelices JL, Quezada R. MANEJO DEL DOLOR AGUDO EN EL SERVICIO DE URGENCIA. *Rev Médica Clínica Las Condes*. marzo de 2017;28(2):248-60.
2. Raja SN, Carr DB, Cohen M, Finnerup NB, Flor H, Gibson S, et al. The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. *Pain*. septiembre de 2020;161(9):1976-82.
3. Treede RD, Rief W, Barke A, Aziz Q, Bennett MI, Benoliel R, et al. A classification of chronic pain for ICD-11. *Pain*. junio de 2015;156(6):1003-7.
4. Mills SEE, Nicolson KP, Smith BH. Chronic pain: a review of its epidemiology and associated factors in population-based studies. *Br J Anaesth*. agosto de 2019;123(2):e273-83.
5. Dahlhamer J, Lucas J, Zelaya, C, Nahin R, Mackey S, DeBar L, et al. Prevalence of Chronic Pain and High-Impact Chronic Pain Among Adults — United States, 2016. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 14 de septiembre de 2018;67(36):1001-6.
6. Díaz R, Marulanda F. Dolor crónico nociceptivo y neuropático en población adulta de Manizales (Colombia). *Acta Médica Colomb*. 20 de septiembre de 2019;36(1):10-7.
7. Díaz R, Marulanda F, Sáenz X. Estudio epidemiológico del dolor crónico en Caldas, Colombia (Estudio DOLCA). *Acta Médica Colomb*. 2009;34(3):96-102.
8. Miranda JP, Quezada P, Caballero P, Jiménez L, Morales A, Bilbeny N, et al. Revisión Sistemática: Epidemiología de Dolor Crónico No Oncológico en Chile. *Rev El Dolor*. julio de 2013;(59):10-7.
9. Bilbeny N. Dolor crónico en Chile. *Rev Médica Clínica Las Condes*. noviembre de 2019;30(6):397-406.
10. Plata Muñoz MtraMaE, Castillo Olivares MtraMaE, Guevara López DrUM. Evaluación de afrontamiento, depresión, ansiedad e incapacidad funcional en pacientes con dolor crónico. marzo de 2004;27(1):16-23.
11. Zigmond AS, Snaith RP. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand*. junio de 1983;67(6):361-70.
12. Bandara S, Bicket MC, McGinty EE. Trends in opioid and non-opioid treatment for chronic non-cancer pain and cancer pain among privately insured adults in the United States, 2012–2019. Carels V, editor. *PLOS ONE*. 10 de agosto de 2022;17(8):e0272142.
13. Brunton LL, Knollmann BC, Hilal-Dandan R, editores. *Goodman & Gilman's the pharmacological basis of therapeutics*. Thirteenth edition. New York: McGraw Hill Medical; 2018. 1419 p.
14. Bonilla P, De Lima L, Díaz P, León MX, González M. Uso de Opioides en tratamiento del dolor. *Manual para Latinoamérica*. 1era ed. Caracas, Venezuela: TIPS Imagen y Comunicación 1967 C. A.; 2011. 80-83 p.
15. Guardia Serecigni J, Henche Ruiz AI, Lligoña Garreta A, Álvarez Mazariegos JA, Calvete Waldomar S, Fernández-Marcote Sánchez-Mayoral RMA, et al. Guía de consenso para el buen uso de analgésicos opioides. Valencia, España: Socidrogalcohol; 2017.
16. Vowles KE, McEntee ML, Julnes PS, Frohe T, Ney JP, Van Der Goes DN. Rates of opioid misuse, abuse, and addiction in chronic pain: a systematic review and data synthesis. *Pain*. abril de 2015;156(4):569-76.
17. Butler SF, Zacharoff KL, Budman SH, Jamison RN, Black R, Dawsey R, et al. Spanish Translation and Linguistic Validation of the Screener and Opioid Assessment for Patients with Pain-Revised (SOAPP-R). *Pain Med*. 1 de julio de

- 2013;14(7):1032-8.
18. Koyyalagunta D, Bruera E, Aigner C, Nusrat H, Driver L, Novy D. Risk Stratification of Opioid Misuse among Patients with Cancer Pain Using the SOAPP-SF. *Pain Med.* mayo de 2013;14(5):667-75.
  19. Butler SF, Budman SH, Fernandez KC, Fanciullo GJ, Jamison RN. Cross-Validation of a Screener to Predict Opioid Misuse in Chronic Pain Patients (SOAPP-R). *J Addict Med.* junio de 2009;3(2):66.
  20. Cleary J, De Lima L, Eisenclas J, Radbruch L, Torode J, Cherny NI. Formulary availability and regulatory barriers to accessibility of opioids for cancer pain in Latin America and the Caribbean: a report from the Global Opioid Policy Initiative (GOPI). *Ann Oncol.* diciembre de 2013;24:xi41-50.
  21. De Lima L, Perez-Castells M, Berenguel M, Monti c. *Indicadores de Cuidado Paliativo ALCP* [Internet]. 1a ed. Houston: IAHPC Press; 2013. Disponible en: [https://cuidadospaliativos.org/uploads/2013/3/Indicadores%20de%20Cuidado%20Paliativo%20ALCP%20\(espanol\).pdf](https://cuidadospaliativos.org/uploads/2013/3/Indicadores%20de%20Cuidado%20Paliativo%20ALCP%20(espanol).pdf)
  22. Villanueva Catalán V, Vélez González JC, Castro Lara A. Riesgo de uso indebido de opioides prescritos en pacientes con dolor crónico no oncológico en un hospital de sistema mutual en Chile. *Rev Soc Esp Dolor* [Internet]. 2021 [citado 24 de mayo de 2023];28. Disponible en: <http://gestoreditorial.resed.es/fichaArticulo.aspx?iarf=224680769-749235413278>

**Agradecimientos:**

En primer lugar, a todos los pacientes que desinteresadamente posibilitaron este estudio.

A la Prof. Dra. Laura Ilambí y Prof. Agda. Dra. Marta Surbano por abrirnos las puertas a las policlínicas que dirigen.

A los residentes de anestesia con quienes compartimos encuentros durante la realización de este proyecto.

Al equipo de la Unidad Interdisciplinaria del dolor que nos recibió en su policlínica.

Al equipo no médico que colaboró con nuestro trabajo durante estos meses.

A la Prof. Adjunta Dra. Silvina Bartesaghi por su disposición y compromiso con el buen funcionamiento de la cátedra para nuestro trabajo.

Al Asist. Lic. Santiago Mansilla por su aporte en lo concerniente a la metodología y su disposición para con nosotros.

**Anexos:**

**Anexo 1:** Hoja de Información para el paciente y formulario de consentimiento informado.

**HOJA DE INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE**

Lo estamos invitando a participar de un estudio con el siguiente título:

**Evaluación del riesgo de uso indebido de opioides en pacientes con dolor crónico no oncológico asistidos en unidades de dolor.**

Este estudio será realizado en las Unidades de dolor del Hospital de Clínicas a cargo de la prof. Adjunta Dra. Natalia Bernardi, Asistente Dra. Limay Vasquez y la Dra. Adriana Redin como investigadoras responsables. Será llevado a cabo por los estudiantes Juan Andrés Bertrand, Juan Pedro Calvete, Nicolás Echevarría, Francisco Guadalupe, Valentín Irazabal y Juan Ignacio Lambrechts como parte del curso de 6to año de la carrera de Doctor en Medicina.

Nuestra intención es que pueda recibir la información correcta para que pueda evaluar si acepta participar así como aclararle las dudas que puedan surgir en cualquier momento.

Realizaremos este estudio para comprender mejor la realidad de los pacientes que se asisten en unidades de dolor del hospital, que toman o podrían necesitar analgésicos mayores (morfina, tramadol, etc) para el dolor y evaluar el riesgo de tener problemas al recibir los mismos a largo plazo.

Se le realizará una entrevista que durará 15 minutos aproximadamente durante el tiempo que esté en la sala de espera, en la cual deberán responder algunas preguntas y completar 2 cuestionarios de breve duración.

Asimismo necesitaremos complementar esta información mediante la revisión de su historia clínica con la que ya cuenta la Unidad de dolor en la cual se asiste. Es por esto que le solicitamos su consentimiento para dicho fin.

Su participación en este estudio es totalmente voluntaria, y no le generará ningún inconveniente en la asistencia con sus médicos tratantes si decide no participar. También se podrá retirar de la investigación en cualquier momento que desee, sin tener que justificar su decisión.

Este estudio no le generará molestias más allá del tiempo dedicado a completar los formularios necesarios. Se plantea poder completar la entrevista durante el tiempo de espera de la consulta, por lo que se plantea no retrasar el inicio de la consulta con su médico.

La participación en este estudio no implica ninguna medida invasiva como ser: extracciones de sangre, estudios de imagen, etc. por parte del equipo de salud y por lo tanto no lo expondrá a riesgos.

Usted se podría ver beneficiado del resultado de este estudio en sus futuras consultas. Asimismo, los resultados de esta investigación podrían ser útiles en el futuro para mejorar la asistencia de otros pacientes asistidos en esta policlínica.

No existirán beneficios económicos ni para participantes ni para quienes llevamos adelante este estudio.

Se respetará la confidencialidad y privacidad de los usuarios que participen. No se utilizarán sus datos personales a la hora de procesar la información ni presentar los resultados.

Se respetará la confidencialidad de los datos según según la ley de protección de datos personales nro. 18.331.

Si tuviera alguna pregunta, dudas o inquietudes sobre su participación en el estudio, podrá contactarse en cualquier momento con las investigadoras responsables:

- Presencialmente en el Hospital de Clínicas, Planta baja sector B, consultorios del 03-05, los viernes de 08-12hs.
- Vía correo electrónico a: [uinterdisciplinariadedolor@gmail.com](mailto:uinterdisciplinariadedolor@gmail.com). Por consultas asistenciales fuera de este estudio, por favor seguir el procedimiento habitual.

#### **RESPONSABLES:**

**Este estudio estará a cargo de la Prof Adj. Dra. Natalia Bernardi, la Dra. Adriana Redin y la Asist. Dra. Limay Vasquez.**

## FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Me han informado sobre la existencia y han solicitado mi aceptación de participar del proyecto de investigación (“Evaluación del riesgo de uso indebido de opioides en pacientes con dolor crónico no oncológico asistidos en unidades de dolor”). Dicha participación es absolutamente voluntaria pudiendo retirarme del estudio en cualquier momento y sin explicación de causas, y no determina la obtención de beneficios económicos ni de ninguna índole. Dejo constancia de que he sido a mí entender, suficientemente informado acerca del procedimiento que se realizará y consiento voluntariamente en pleno uso de mis facultades mentales al momento de la firma del presente documento.

Nombre y apellido del participante \_\_\_\_\_

CI: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Nombre y apellido del investigador que recaba los datos: \_\_\_\_\_

CI \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/2023

## Anexo 2: Cartas aval



**Clínica  
Médica  
B**

Hospital de Clínicas  
Facultad de Medicina  
UDELAR  
Unidad Académica

Prof. Dra. Laura Llambí

Señores integrantes del Comité de Ética del Hospital de Clínicas

De nuestra mayor consideración:

Por la presente dejamos constancia del aval de la Clínica Médica B del Hospital de Clínicas para la realización del Proyecto de Investigación: “ *Evaluación del riesgo de mal uso de opioides en pacientes con dolor crónico no oncológico asistidos en unidades de dolor* ”

Este estudio será realizado en la Unidad Interdisciplinaria de dolor a cargo de la Clínica Médica B siendo la Prof. Adj. Dra. Natalia Bernardi la investigadora responsable, junto con las asistentes G2 Dra. Limay Vaquez y Dra. Adriana Redin . Será llevado a cabo por estudiantes de 6to año de la carrera de grado de Medicina en el marco del curso de Metodología Científica II: Br. Francisco Guadalupe, Br. Juan Andrés Bertrand, Br. Juan Ignacio Lambrechts, Br. Juan Pedro Calvete, Br. Nicolás Echevarría, Br. Valentín Irazabal.

Se trata de un estudio observacional, descriptivo y transversal, con el objetivo de evaluar la prevalencia de riesgo de mal uso de opioides en la población con dolor crónico no oncológico tratados en unidades de dolor del Hospital de Clínicas.

Este problema, definido como Epidemia de opioides se ha definido como una de las mayores crisis en salud internacionales del siglo XXI en países del hemisferio norte con elevado consumo de morfina per cápita.

Nuestro interés radica particularmente es que, si bien existen numerosos estudios en dichos países, existen escasos datos de prevalencia de riesgo del uso inadecuado de opioides en América Latina, no contando con datos publicados a nivel nacional.

Entendemos de gran interés clínico y académico para la comunidad científica por tanto conocer la prevalencia de riesgo de mal uso de opioides en pacientes asistidos en unidades de dolor crónico no oncológico, así como caracterizar a la población, ya que su detección precoz llevaría a un abordaje específico e interdisciplinario de dicho problema.

Quedando a su disposición para cualquier consulta.

Sin otro particular les saluda atentamente,

Prof. Dra. Laura Llambí

Directora Clínica Médica B

Prof Adjta. Dra. Natalia Bernardi  
Clínica Médica B

Coordinadora Unidad Interdisciplinaria de dolor

30 de mayo 2023.

Clinica Medica B

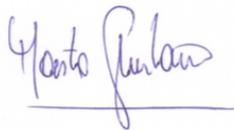
Prof. Dra. Llambí

De nuestra mayor consideración:

Será para nosotros un gusto participar del trabajo de investigación "Evaluación del riesgo de mal uso de opiáceos en dolor crónico no oncológico asistidos en unidades de dolor" a cargo de la Prof. Adj. Dra. Natalia Bernardi. Las policlínicas de Terapia del Dolor de la Cátedra de Anestesiología funcionan los días miércoles y viernes y atienden un promedio de 24 pacientes semanalmente. Se encuentran a cargo del Asistente de Cátedra, Dr. Ignacio San Millán y Del Prof. Adj. Dr. Santiago Ayala.

Quedamos a las órdenes.

Sin más, la saluda atentamente,



Dra. Marta Surbano  
Prof. Agda. Dpto. Y Cátedra Anestesiología

D. Hospital de Clínicas  
Av. Italia 2870 Piso 17  
Montevideo, Uruguay  
C.P. 11600

E. hcanestesia@gmail.com  
T. +(598) 1953 int.4553  
W. anestesiaudelar.uy

**Anexo 3:** Formulario SOAPP-R (15)

**EVALUACIÓN DE OPIOIDES PARA PACIENTES CON DOLOR**

DETECCIÓN Y EVALUACIÓN DE OPIOIDES PARA PACIENTES CON DOLOR, VERSIÓN REVISADA (SOAPP®-R)

Las siguientes son algunas preguntas hechas a pacientes que se atienden en unidades de dolor. Algunos de estos pacientes toman medicamentos para el dolor. Otros aún no toman medicamentos para el dolor, pero estamos considerando dárselos.

Le pedimos que responda cada pregunta con la LA MAYOR SINCERIDAD POSIBLE. No hay respuestas correctas o incorrectas.

	<b>Nunca</b>	<b>Raramente</b>	<b>A veces</b>	<b>A menudo</b>	<b>Muy a menudo</b>
	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
¿Con qué frecuencia le cambia el estado de ánimo?					
¿Con qué frecuencia ha sentido necesidad de tomar dosis mayores de medicamento para tratar el dolor?					
¿Con qué frecuencia se ha sentido impaciente con sus médicos?					
¿Con qué frecuencia se ha sentido tan presionado por distintas cosas que no puede manejarlas?					
¿Con qué frecuencia hay tensión en su casa?					
¿Con qué frecuencia ha contado sus pastillas para el dolor para ver cuántas le quedan?					
¿Con qué frecuencia se ha sentido preocupado de que la gente lo juzgue por tomar medicamentos para el dolor?					
¿Con qué frecuencia se siente aburrido?					
¿Con qué frecuencia ha tomado más medicamentos para el dolor de los que debía tomar?					
¿Con qué frecuencia le ha preocupado que lo dejen solo?					

¿Con qué frecuencia ha sentido ansias de tomar medicación?					
¿Con qué frecuencia otras personas se han mostrado preocupadas por el uso que usted hace de la medicación?					
¿Con qué frecuencia alguno de sus amigos cercanos ha tenido problemas de alcoholismo o drogadicción?					
¿Con qué frecuencia otras personas le dijeron que tenía mal genio?					
¿Con qué frecuencia se ha sentido dominado por la necesidad de conseguir medicamentos para el dolor?					
¿Con qué frecuencia se ha quedado sin medicamentos para el dolor antes de tiempo?					
¿Con qué frecuencia otras personas le han impedido conseguir lo que usted merece?					
¿Con qué frecuencia, en su vida, ha tenido problemas legales o ha sido arrestado?					
¿Con qué frecuencia ha asistido a reuniones de alcohólicos anónimos o narcóticos anónimos?					
¿Con qué frecuencia ha tenido una discusión tan fuera de control que alguien resultó herido?					
¿Alguna vez ha sido abusado sexualmente? ¿Con qué frecuencia le ha sucedido?					
¿Con qué frecuencia otras personas han sugerido que tiene un problema de drogadicción o alcoholismo?					
¿Con qué frecuencia ha tenido que pedir prestados medicamentos para el dolor a sus familiares o amigos?					
¿Con qué frecuencia ha sido tratado por un problema de alcoholismo o drogadicción?					
Total					

**SOLO PARA SER CALIFICADO POR EMPLEADOS NO POR EL PACIENTE**

Por favor use la escala de abajo para otorgar puntuación a las preguntas antes mencionadas:

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

Puntuación = \_\_\_ Nunca \_\_\_ Rara Vez \_\_\_ A veces \_\_\_ A menudo \_\_\_ Muy a menudo

Riesgo de uso indebido de opioides (SOAPP-R)

Riesgo Bajo – puntuación < 9

Riesgo Moderado – puntuación 10 a 21

Riesgo Elevado – puntuación 22 o mayor

Fecha \_\_\_\_\_ Firma del Paciente \_\_\_\_\_

**Anexo 4: Formulario SOAPP-SF (18)**

**SOAPP® Version 1.0 - SF**

Name: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

*The following are some questions given to all patients at the Pain Management Center who are on or being considered for opioids for their pain. Please answer each question as honestly as possible. This information is for our records and will remain confidential. Your answers alone will not determine your treatment. Thank you.*

Please answer the questions below using the following scale:

**0 = Never, 1 = Seldom, 2 = Sometimes, 3 = Often, 4 = Very Often**

- |  |           |
|--|-----------|
| 1. How often do you have mood swings?  | 0 1 2 3 4 |
| 2. How often do you smoke a cigarette within an hour after you wake up?                                  | 0 1 2 3 4 |
| 3. How often have you taken medication other than the way that it was prescribed?                        | 0 1 2 3 4 |
| 4. How often have you used illegal drugs (for example, marijuana, cocaine, etc.) in the past five years? | 0 1 2 3 4 |
| 5. How often, in your lifetime, have you had legal problems or been arrested?                            | 0 1 2 3 4 |

*Please include any additional information you wish about the above answers. Thank you.*

**SOAPP® Version 1.0 - SF: traducción.**

**Las siguientes preguntas serán dadas a todos los pacientes que consultan en la unidad del dolor, que toman o están siendo considerados para el uso de opioides para el tratamiento de su dolor. Por favor conteste las preguntas de la forma más honesta posible. Esta información es para nuestros registros y se mantendrá confidencial. Tus respuestas por sí solas no determinan su tratamiento. Gracias.**

	<b>Nunca</b>	<b>Raramente</b>	<b>A veces</b>	<b>A menudo</b>	<b>Muy a menudo</b>
	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
¿Con qué frecuencia tiene cambios de humor?					
¿Con qué frecuencia fuma un cigarrillo dentro de la hora después de despertarse?					
¿Con qué frecuencia ha tomado medicamentos diferentes a los que le fueron recetados?					
¿Con qué frecuencia ha consumido drogas (por ejemplo, marihuana, cocaína, etc.) en los últimos cinco años?					
¿Con qué frecuencia, en su vida, ha tenido problemas legales o ha sido arrestado?					

**Anexo 5:** Cuaderno de recogida de datos:

FECHA			
-------	--	--	--

EDAD (años)			
SEXO			
	M	F	
PROCEDENCIA			
	Interior		Montevideo
ESCOLARIDAD:			
ANALFABETO/A			
PRIMARIA INCOMPLETA			
PRIMARIA COMPLETA			
SECUNDARIA INCOMPLETA			
SECUNDARIA COMPLETA			
ESTUDIOS TERCARIOS			
ESTADO LABORAL ACTUAL			
ACTIVO			
ACTIVO SIN APORTES			
DESEMPLEADO			
CERTIFICACIÓN POR SALUD			
INVALIDEZ TOTAL			
PENSION			
JUBILACIÓN			

--

**SOBRE EL DOLOR:**

APARICION (meses)																									
DESENCADENANTE INICIAL	<table border="1"><tr><td>SI</td><td>NO</td></tr></table> <p>CUAL:</p>	SI	NO																						
SI	NO																								
IDENTIFICA DESENCADENANTES ACTUALES	<table border="1"><tr><td>SI</td><td>NO</td></tr></table> <p>CUAL:</p>	SI	NO																						
SI	NO																								
INTENSIDAD MÁXIMA	<table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td></tr></table>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10														
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10																
INTENSIDAD PROMEDIO	<table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td></tr></table>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10														
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10																
LOCALIZACIÓN	<table border="1"><tr><td>DOLOR GENERALIZADO</td><td> </td></tr><tr><td>CEFALEA</td><td> </td></tr><tr><td>CERVICALGIA</td><td> </td></tr><tr><td>DORSALGIA</td><td> </td></tr><tr><td>LUMBALGIA</td><td> </td></tr><tr><td>LUMBOSACRO</td><td> </td></tr><tr><td>COXALGIA</td><td> </td></tr><tr><td>GONALGIA</td><td> </td></tr><tr><td>OMALGIA</td><td> </td></tr><tr><td>CODO</td><td> </td></tr><tr><td>MANO</td><td> </td></tr><tr><td>PIES</td><td> </td></tr></table>	DOLOR GENERALIZADO		CEFALEA		CERVICALGIA		DORSALGIA		LUMBALGIA		LUMBOSACRO		COXALGIA		GONALGIA		OMALGIA		CODO		MANO		PIES	
DOLOR GENERALIZADO																									
CEFALEA																									
CERVICALGIA																									
DORSALGIA																									
LUMBALGIA																									
LUMBOSACRO																									
COXALGIA																									
GONALGIA																									
OMALGIA																									
CODO																									
MANO																									
PIES																									

	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="651 241 1350 309">OTRO:</td> <td data-bbox="1350 241 1417 309"></td> </tr> </table>	OTRO:																							
OTRO:																									
EVOLUCIÓN	<p data-bbox="651 387 1337 421">Desde el comienzo del dolor, como se encuentra el dolor:</p> <table border="1" data-bbox="651 421 1414 488"> <tr> <td data-bbox="651 421 839 488">MEJOR</td> <td data-bbox="839 421 906 488"></td> <td data-bbox="906 421 1088 488">IGUAL</td> <td data-bbox="1088 421 1155 488"></td> <td data-bbox="1155 421 1343 488">PEOR</td> <td data-bbox="1343 421 1414 488"></td> </tr> </table> <p data-bbox="651 528 1315 595">Desde la última consulta, como se encontró el dolor: (si corresponde)</p> <table border="1" data-bbox="651 629 1414 696"> <tr> <td data-bbox="651 629 839 696">MEJOR</td> <td data-bbox="839 629 906 696"></td> <td data-bbox="906 629 1088 696">IGUAL</td> <td data-bbox="1088 629 1155 696"></td> <td data-bbox="1155 629 1343 696">PEOR</td> <td data-bbox="1343 629 1414 696"></td> </tr> </table>	MEJOR		IGUAL		PEOR		MEJOR		IGUAL		PEOR													
MEJOR		IGUAL		PEOR																					
MEJOR		IGUAL		PEOR																					
FENOMENOS ACOMPAÑANTES	<table border="1" data-bbox="855 801 1251 1167"> <tr> <td data-bbox="855 801 1187 869">NÁUSEAS</td> <td data-bbox="1187 801 1251 869"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="855 869 1187 936">VÓMITOS</td> <td data-bbox="1187 869 1251 936"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="855 936 1187 1003">SUDORACIÓN</td> <td data-bbox="1187 936 1251 1003"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="855 1003 1187 1070">PÉRDIDA APETITO</td> <td data-bbox="1187 1003 1251 1070"></td> </tr> <tr> <td colspan="2" data-bbox="855 1070 1251 1167">OTRO:</td> </tr> </table>	NÁUSEAS		VÓMITOS		SUDORACIÓN		PÉRDIDA APETITO		OTRO:															
NÁUSEAS																									
VÓMITOS																									
SUDORACIÓN																									
PÉRDIDA APETITO																									
OTRO:																									
REPERCUSIONES	<table border="1" data-bbox="651 1272 1406 1666"> <tr> <td data-bbox="651 1272 1078 1339">IMPIDE TRABAJAR</td> <td data-bbox="1078 1272 1139 1339">SI</td> <td data-bbox="1139 1272 1216 1339">NO</td> <td data-bbox="1216 1272 1406 1339">A VECES</td> </tr> <tr> <td data-bbox="651 1339 1078 1406">IMPIDE DORMIR</td> <td data-bbox="1078 1339 1139 1406">SI</td> <td data-bbox="1139 1339 1216 1406">NO</td> <td data-bbox="1216 1339 1406 1406">A VECES</td> </tr> <tr> <td data-bbox="651 1406 1078 1473">DESPIERTA POR LA NOCHE</td> <td data-bbox="1078 1406 1139 1473">SI</td> <td data-bbox="1139 1406 1216 1473">NO</td> <td data-bbox="1216 1406 1406 1473">A VECES</td> </tr> <tr> <td data-bbox="651 1473 1078 1541">ACTIVIDADES BÁSICAS</td> <td data-bbox="1078 1473 1139 1541">SI</td> <td data-bbox="1139 1473 1216 1541">NO</td> <td data-bbox="1216 1473 1406 1541">A VECES</td> </tr> <tr> <td data-bbox="651 1541 1078 1608">CAMINAR</td> <td data-bbox="1078 1541 1139 1608">SI</td> <td data-bbox="1139 1541 1216 1608">NO</td> <td data-bbox="1216 1541 1406 1608">A VECES</td> </tr> <tr> <td data-bbox="651 1608 1078 1666">PÉRDIDA DE PESO</td> <td data-bbox="1078 1608 1139 1666">SI</td> <td data-bbox="1139 1608 1216 1666">NO</td> <td data-bbox="1216 1608 1406 1666">-</td> </tr> </table>	IMPIDE TRABAJAR	SI	NO	A VECES	IMPIDE DORMIR	SI	NO	A VECES	DESPIERTA POR LA NOCHE	SI	NO	A VECES	ACTIVIDADES BÁSICAS	SI	NO	A VECES	CAMINAR	SI	NO	A VECES	PÉRDIDA DE PESO	SI	NO	-
IMPIDE TRABAJAR	SI	NO	A VECES																						
IMPIDE DORMIR	SI	NO	A VECES																						
DESPIERTA POR LA NOCHE	SI	NO	A VECES																						
ACTIVIDADES BÁSICAS	SI	NO	A VECES																						
CAMINAR	SI	NO	A VECES																						
PÉRDIDA DE PESO	SI	NO	-																						

NUMERO DE ESPECIALISTAS  
CONSULTADOS PREVIO A CONTACTO CON POLICLINICA DEL DOLOR HC

1 A 3	4 A 6	7 A 10	MÁS DE 10
-------	-------	--------	-----------

CONSULTAS EN EL ÚLTIMO MES POR DOLOR

POLICLINICA	0	1	2	3	4 A 6	7 A 10	MÁS DE 10
EMERGENCIA MOVIL	0	1	2	3	4 A 6	7 A 10	MÁS DE 10
PUERTA DE EMERGENCIA	0	1	2	3	4 A 6	7 A 10	MÁS DE 10
HOSPITALIZACIONES	0	1	2	3	4 A 6	7 A 10	MÁS DE 10

ESTUDIOS DE IMAGEN PREVIOS

ECOGRAFÍA	0	1	2	3	4 A 6	7 A 10	MÁS DE 10
TAC	0	1	2	3	4 A 6	7 A 10	MÁS DE 10
RNM	0	1	2	3	4 A 6	7 A 10	MÁS DE 10
RADIOGRAFÍA	0	1	2	3	4 A 6	7 A 10	MÁS DE 10
OTROS	0	1	2	3	4 A 6	7 A 10	MÁS DE 10

TRATAMIENTOS NO FARMACOLÓGICOS PREVIOS PARA ALIVIAR EL DOLOR

PROCEDIMIENTOS INVASIVOS (NO QUIRÚRGICOS)	0	1	2	3	4 A 6	7 A 10	MÁS DE 10
---	---	---	---	---	-------	--------	-----------

PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICOS	0	1	2	3	4 A 6	7 A 10	MÁS DE 10
ACUPUNTURA	0	1	2	3	4 A 6	7 A 10	MÁS DE 10
TERAPIAS FÍSICAS	0	1	2	3	4 A 6	7 A 10	MÁS DE 10

OTROS:

DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDAD DE BASE					
CLASIFICACION FISIOPATOLOGICA DEL DOLOR CRÓNICO					
PRIMARIO	POST-QUIRÚRGICO/ POST TRAUMÁTICO	NEUROPÁTICO	CEFALEAS Y OROFACIAL	VISCERAL	MÚSCULO ESQUELÉTICO
PRESENCIA DE COMORBILIDADES PSIQUIÁTRICAS					
DEPRESIÓN	ANSIEDAD	OTRO:			

HOY CUENTA CON UN PLAN ANALGESICO REGLADO

SI	NO
----	----

TRATAMIENTO ACTUAL FARMACOLÓGICO: OPIOIDES

OPIOIDES MAYORES

	MORFINA	FENTANILO	METADONA
DOSIS (DEMO)			
ACCIÓN (rápida/prolongada)			
Vía de administración			
INICIO TTO			

OPIOIDES MENORES

	TRAMADOL	CODEÍNA
DOSIS		
ACCIÓN (rápida/prolongada)		
Vía de administración		
INICIO TTO		

TRATAMIENTO ACTUAL FARMACOLÓGICO: COADYUVANTES

AINES Y SIMILARES

IBUPROFENO	KETOPROFENO	DICLOFENACO	PARACETAMOL	DIPIRONA	OTRO:
------------	-------------	-------------	-------------	----------	-------

ANTIEPILÉPTICOS

VALPROATO	CARBAMACEPINA	GABA	PREGABALINA	OTRO:
-----------	---------------	------	-------------	-------

OTROS

ISRS	SI	NO	¿CUAL?
BENZODIACEPINAS	SI	NO	¿CUAL?
OTROS:	SI	NO	¿CUAL?

ANTECEDENTES PERSONALES:

<p>COMORBILIDADES</p>     <p>Enfermedad cardiovascular: HTA, IC, ACV, Cardiopatía isquémica.</p>	<table border="1"> <tr> <td>Obesidad</td> <td></td> </tr> <tr> <td>SAOS/EPOC/ASMA</td> <td></td> </tr> <tr> <td>ERC</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Insuficiencia Hepática</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Enfermedad CV</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">OTRAS:</td> </tr> </table>	Obesidad		SAOS/EPOC/ASMA		ERC		Insuficiencia Hepática		Enfermedad CV		OTRAS:	
Obesidad													
SAOS/EPOC/ASMA													
ERC													
Insuficiencia Hepática													
Enfermedad CV													
OTRAS:													
<p>CONSUMO DE SUSTANCIAS ACTUALMENTE (ALCOHOL, TABACO, MARIHUANA, OTROS)</p>													
<p>ADICCIONES PREVIAS (ALCOHOL, TABACO, MARIHUANA, OTROS)</p>													

A continuación se adjuntarán en el cuaderno de recogida los formularios ya provistos en los anexos 3 y 4.

## Anexo 6: Constancia de Solicitud de Registro de Proyecto

 <p>Ministerio de Salud Pública</p>	<p><b>Dirección General de la Salud División Evaluación Sanitaria</b></p> <p>Solicitud de registro/autorización de proyectos de investigación en seres humanos</p>
--	--

Montevideo, 31-05-2023.

### Constancia de Solicitud de Registro de Proyecto

El presente documento hace constar que el proyecto: Evaluación del riesgo de mal uso de opioides en pacientes con dolor crónico no oncológico asistidos en unidades de dolor. Hospital de Clínicas, Montevideo 2023. fue ingresado el día 31-05-2023, bajo el Nro. 8271782 con los siguientes datos:

#### Datos del investigador coordinador del proyecto

Nombre: Natalia Bernardi  
Documento de identidad: cedula : 29981374  
Institución a la cual pertenece: Clínica Médica B  
Función en el proyecto: Tutora. Encargada de la Unidad Interdisciplinaria del dolor.  
Correo electrónico: nbernardi79@gmail.com  
Teléfono de contacto: 099938398

“Esta constancia no implica la aprobación del protocolo registrado ni la autorización para su realización”

## **Anexo 7:** Tipificación de las variables consideradas

- Prevalencia de riesgo de uso inadecuado de opioides: es la variable principal del estudio. Tipo de variable: cuantitativa continua

Para la caracterización sociodemográfica de los pacientes:

- Edad: años cumplidos al momento de la consulta. Tipo de variable: cuantitativa discreta. Intervalos: años.
- Sexo: de acuerdo al sexo biológico. Tipo de variable: cualitativa nominal dicotómica. Categorías: masculino y femenino.
- Procedencia: lugar de residencia del paciente. Tipo de variable: cualitativa nominal dicotómica. Categorías: interior del país y Montevideo
- Escolaridad: nivel educativo alcanzado. Tipo: cualitativo ordinal. Categorías en orden: Analfabeto, primaria incompleta, primaria completa, secundaria incompleta, secundaria completa, terciaria incompleta, terciaria completa.
- Estado laboral actual: considerando el trabajo remunerado. Tipo de variable: cualitativa nominal. Categorías: activo, activo sin aporte (trabajo informal), desempleado, certificación por salud, invalidez total, pensión por discapacidad, jubilado.

En la caracterización del dolor:

- Aparición: cuándo apareció por primera vez el dolor. Tipo de variable: cuantitativa discreta. Intervalos: meses.
- Desencadenante inicial: Existencia o no de una causa inicial del cuadro de dolor crónico actual. Tipo de variable: cualitativa nominal dicotómica. Categorías: Sí y No.
- Desencadenantes actuales: que exacerban el dolor. Tipo de variable: cualitativa nominal dicotómica. Categorías: Sí y No.
- Intensidad máxima del dolor: de acuerdo a la percepción del paciente. Tipo de variable: cuantitativa discreta. Intervalos: números enteros del 1 al 10.
- Intensidad promedio del dolor: de acuerdo a la percepción del paciente. Tipo de variable: cuantitativa discreta. Intervalos: números enteros del 1 al 10.
- Localización del dolor: regiones en las que el paciente refiere sentir dolor. Tipo de variable: cualitativa nominal. Categorías: dolor generalizado, cefalea, cervicalgia, dorsalgia, lumbalgia, lumbosacro, coxalgia, omalgia, gonalgia, codo, mano, pies y otros.

- Evolución del dolor desde inicio: percepción del paciente sobre la evolución de su dolor. Tipo de variable: cualitativa ordinal. Categorías: mejor, igual, peor.
- Evolución del dolor desde última consulta: percepción del paciente sobre la evolución de su dolor desde su último contacto con el equipo que lo asiste, en caso de que corresponda (si no es la primera consulta). Tipo de variable: cualitativa ordinal. Categorías: no corresponde, mejor, igual, peor.
- Fenómenos acompañantes: otros síntomas que acompañan el dolor del paciente. Tipo de variable: cualitativa nominal. Categorías: vómitos, náuseas, pérdida de apetito, sudoración y otros.
- Repercusiones del dolor: que afecten o limiten la calidad de vida del paciente. Tipo de variable: cualitativa nominal. Categorías y subcategorías:
  - impide trabajar: No, A veces, Sí
  - impide dormir: No, A veces, Sí
  - impide caminar: No, A veces, Sí
  - impide las actividades básicas: No, A veces, Sí
  - despertares por la noche: No, A veces, Sí
  - pérdida de peso: No, Sí.

Para caracterizar la atención de los pacientes:

- Consultas previas: consultas a especialistas previo al contacto con la policlínica del dolor. Tipo de variable: Cualitativa ordinal. Categorías: 1 a 3, 4 a 6, 7 a 10, más de 10.
- Consultas en el último mes por dolor: distintos servicios en los que el paciente ha realizado consultas y cantidad de consultas. Tipo de variable: cualitativa ordinal. Categorías y subcategorías:
  - policlínica: 0, 1, 2, 3, 4 a 6, 7 a 10, más de 10.
  - emergencia móvil: 0, 1, 2, 3, 4 a 6, 7 a 10, más de 10.
  - puerta de emergencia: 0, 1, 2, 3, 4 a 6, 7 a 10, más de 10.
  - hospitalizaciones: 0, 1, 2, 3, 4 a 6, 7 a 10, más de 10.
- Estudios de imagen previos: Tipo y cantidad de estudios de imagen realizados al paciente. Tipo de variable: cualitativa ordinal. Categorías y subcategorías:
  - Ecografía: 0, 1, 2, 3, 4 a 6, 7 a 10, más de 10.
  - TAC: 0, 1, 2, 3, 4 a 6, 7 a 10, más de 10.
  - RNM: 0, 1, 2, 3, 4 a 6, 7 a 10, más de 10.

- Radiografía: 0, 1, 2, 3, 4 a 6, 7 a 10, más de 10.
- Otros: 0, 1, 2, 3, 4 a 6, 7 a 10, más de 10.
- Tratamientos no farmacológicos previos para aliviar el dolor: tipo y cantidad de tratamientos realizados. Tipo de variable: cualitativa ordinal. Categorías y subcategorías:
  - Procedimientos invasivos no quirúrgicos: 0, 1, 2, 3, 4 a 6, 7 a 10, más de 10.
  - Procedimientos quirúrgicos: 0, 1, 2, 3, 4 a 6, 7 a 10, más de 10.
  - Acupuntura: 0, 1, 2, 3, 4 a 6, 7 a 10, más de 10.
  - Terapias físicas: 0, 1, 2, 3, 4 a 6, 7 a 10, más de 10.
  - Otros: 0, 1, 2, 3, 4 a 6, 7 a 10, más de 10.

Respecto a las características de la enfermedad de base:

- Clasificación fisiopatológica del dolor crónico: de acuerdo a la ICD-11 y excluyendo el dolor de causa oncológica. Tipo de variable: cualitativa nominal. Categorías: primario, post quirúrgico o traumático, neuropático, cefalea y orofaciales, visceral y musculoesquelético.
- Presencia de comorbilidades psiquiátricas: que presente el paciente diagnosticadas al momento de la consulta. Tipo de variable: cualitativa nominal. Categorías: depresión, ansiedad y otras.
- Tratamiento farmacológico actual:
  - Tratamiento reglado: si recibe todos los días la misma medicación por pauta. Tipo de variable: cualitativa nominal dicotómica. Categorías: sí y no.
  - Tratamiento farmacológico con opioides mayores: para los 3 opioides mayores disponibles morfina, fentanilo y metadona se relevarán las siguientes variables:
    - Dosis: en Dosis Equivalente de Morfina Oral (DEMO). Tipo de variable: cuantitativa continua.
    - Acción: de acuerdo a la farmacocinética del fármaco. Tipo de variable: cualitativa nominal dicotómica. Categorías: rápida y prolongada.
    - Vía de administración: por la que el paciente recibe el fármaco. Tipo de variable: cualitativa nominal. Categorías: oral,

sublingual, rectal, transdérmica, intravenosa, intramuscular, subcutánea, intratecal.

- Inicio del tratamiento: tiempo desde que inició hasta ahora.

Tipo de variable: cuantitativa discreta. Intervalos: semanas.

- Tratamiento farmacológico con opioides menores: para los 2 opioides menores disponibles tramadol y codeína se relevarán las siguientes variables:

- Dosis: según corresponda para cada fármaco. Tipo de variable: cuantitativa continua.

- Acción: de acuerdo a la farmacocinética del fármaco. Tipo de variable: cualitativa nominal dicotómica. Categorías: rápida y prolongada.

- Vía de administración: por la que el paciente recibe el fármaco. Tipo de variable: cualitativa nominal. Categorías: oral, sublingual, rectal, transdérmica, intravenosa, intramuscular, subcutánea, intratecal.

- Inicio del tratamiento: tiempo desde que inició hasta ahora. Tipo de variable: cuantitativa discreta. Intervalos: semanas.

- Tratamiento con coadyuvantes: otros fármacos que el paciente reciba para el dolor. Contendrá 3 categorías:

- AINES y similares: Tipo de variable: cualitativa nominal. Categorías: ketoprofeno, ibuprofeno, diclofenac, dipirona, paracetamol y otros.

- Antiepilépticos: Tipo de variable: cualitativa nominal. Categorías: valproato, carbamacepina, gaba, pregabalina y otro.

- ISRS: inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina. Tipo de variable: cualitativa nominal dicotómica. categorías: sí y no.

- Benzodiacepinas: Tipo de variable: cualitativa nominal dicotómica. categorías: sí y no.

- Otros: Tipo de variable: cualitativa nominal dicotómica. categorías: sí y no.

- Otras comorbilidades: enfermedades crónicas no transmisibles que pueda tener el paciente. Tipo de variable: cualitativa nominal. Categorías: Obesidad, Respiratorias (SAOS, EPOC, ASMA), ERC, Insuficiencia Hepática, Enfermedad CV (HTA, IC, ACV, Cardiopatía Isquémica).
- Consumo de sustancias actualmente: sustancias que el paciente haya consumido en el último año. Tipo de variable: cualitativa nominal. Categorías: alcohol, tabaco, marihuana y otros.
- Adicciones previas: sustancias a las que el paciente haya tenido una adicción pero que no haya consumido en el último año. Tipo de variable: cualitativa nominal. Categorías: alcohol, tabaco, marihuana y otros.