



ORIGINAL

Cuestionario realizado para comprender los hábitos de prescripción de analgésicos opioides en la Comunidad de Madrid (España)



Diego Ruiz-López^{a,*} y Alberto Alonso-Babarro^b

^a *Equipo de Soporte Paliativo Domiciliario (ESAPD), Centro de Salud Legazpi, Dirección Asistencial Noroeste de Atención Primaria, Servicio Madrileño de Salud, Madrid, España*

^b *Unidad de Cuidados Paliativos, Hospital Universitario de La Paz, Servicio Madrileño de Salud, Madrid, España*

Recibido el 29 de noviembre de 2020; aceptado el 21 de enero de 2021

PALABRAS CLAVE

Dolor;
Atención Primaria;
Cuidados Paliativos;
Opioides

Resumen

Objetivo: El dolor es el síntoma más temido e incapacitante para los enfermos con cáncer. La piedra angular del tratamiento son los opioides. El objetivo de este trabajo fue relacionar el consumo de opioides existente en la Comunidad de Madrid (CM) con los hábitos de prescripción expresados por los médicos de Atención Primaria (AP) y Cuidados Paliativos (CP).

Diseño: Se diseñó un cuestionario de hábitos de prescripción de opioides. El muestreo fue no probabilístico consecutivo.

Emplazamiento: AP y recursos específicos de CP de la CM.

Participantes: La población a estudio abarcó a todos los médicos de familia que trabajaban en AP en el Servicio Madrileño de Salud y todos los médicos que trabajaban en algún recurso específico de CP tanto domiciliario como hospitalario en la CM de la red sanitaria pública y privada/concertada.

Mediciones principales: Se valoró el opioide mayor y menor más utilizado en dolor oncológico y no oncológico moderado-severo, la vía de administración de elección, la seguridad en el uso de opioides en el tratamiento del dolor y la guía de práctica clínica preferida de consulta.

Resultados: El cuestionario fue contestado por 840 médicos de familia (20%) y 56 médicos paliativistas (45%). Para el tratamiento del dolor oncológico moderado-severo en ambos grupos de profesionales la elección fue la morfina; sin embargo, en dolor no oncológico para AP fueron el fentanilo y la morfina para los paliativistas. Respecto a la vía de administración, el 70% de los médicos de familia y 87% de los paliativistas manifestaban que la vía oral era de elección, frente a un 27% en AP y un 5% en CP que preferían la transdérmica. Los médicos de AP puntuaron su habilidad para la utilización de opioides como media (4-7/10), mientras los paliativistas

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: diego.ruiz@salud.madrid.org (D. Ruiz-López).

la consideraban como alta (8-10/10). En AP declaraban conocer sobre todo las guías de la European Association for Palliative Care (EAPC) y la National Institute for Health and Care Excellence (NICE), aunque el mayor número respondió que confiaba en su experiencia. Los paliativistas utilizaban preferentemente la guía de la EAPC.

Conclusiones: Existe una clara discordancia entre el consumo real de opioides y los hábitos de prescripción manifestados por los médicos de familia, así como una falsa seguridad en la prescripción de estos fármacos.

© 2021 Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

KEYWORDS

Pain;
Primary Care;
Palliative Care;
Opioids

Questionnaire made to understand the opioid analgesics prescription habits in the community of Madrid (Spain)

Abstract

Objective: Pain is the fearest and disabling symptom for cancer patients. The cornerstone of treatment is opioid analgesics. The objective of this research was to relate the opioid consumption existing in the Community of Madrid (CM) with the prescription habits expressed by the Primary Care (PrC) and Palliative Care (PaC) physicians.

Design: An opioid prescription habits questionnaire was designed. Sampling was consecutive non-probability.

Site: PrC and specific PaC resources in the CM.

Participants: The study population included all the family doctors who worked in PrC in the Madrid Public Health Service and all the physicians who worked in some specific PaC resources, both home-based teams and supportive hospital teams in the CM of the public and private/concerted health network services.

Main measurements: We asked about the strong and weak opioids most used in moderate-severe oncological and non-oncological pain, the preferred administration route, the safety in the use of opioids in the treatment of pain and the preferred clinical practice guidelines.

Results: The questionnaire was answered by 840 PrC physicians (20%) and 56 PaC physicians (45%). For the treatment of moderate-severe cancer pain in both groups of professionals, the first choice was morphine; however, in non-cancer pain for PrC it was fentanyl and morphine for PaC professionals. Regarding the route of administration, 70% of family doctors and 87% of PaC physicians stated that the oral route was the first choice, compared to 27% in PrC and 5% in PaC who preferred the transdermal route. The PrC physicians rated their ability to use opioids as average (4-7/10), while the palliativists considered it as high (8-10/10). In PrC, they declared that they knew, above all, the European Association for Palliative Care (EAPC) and National Institute for Health and Care Excellence (NICE) guidelines, although the largest number answered that they trusted their experience. PaC physicians preferred to use the EAPC guide.

Conclusions: There is a clear disagreement between the actual consumption of opioids and the prescribing habits manifested by family doctors, as well as a false certainty in prescribing these drugs.

© 2021 Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

El dolor es el síntoma más temido e incapacitante para los enfermos con cáncer¹. Su abordaje requiere un tratamiento multidimensional. La piedra angular del tratamiento farmacológico son los opioides. El objetivo final del tratamiento a largo plazo con opioides es proporcionar un alivio analgésico mantenido y clínicamente relevante con efectos secundarios que sean tolerables y con una mejora de la calidad de vida²⁻⁴.

En los últimos años, se han publicado numerosas guías de práctica clínica (GPC) sobre el manejo del dolor

oncológico en general y sobre la utilización de opioides en dolor oncológico en particular⁵⁻⁸. Si bien es cierto que las guías basan sus recomendaciones demasiado frecuentemente en estudios observacionales, todas las sociedades científicas implicadas en el tratamiento del dolor oncológico han llamado la atención sobre la necesidad del seguimiento de estas guías en la práctica clínica, especialmente en los últimos años en que, al menos en EE. UU., se ha declarado una auténtica epidemia de mala utilización de opioides⁹⁻²⁰.

Se han descrito dificultades para la implementación de las recomendaciones de las GPC por desconocimiento del uso de los opioides, escasa variabilidad, preferencia de

pacientes y familias, y coste del tratamiento prescrito. Por otra parte, las GPC no tienen en cuenta el estudio fármaco-económico de los tratamientos con opioides, ni las diferencias culturales que pueden influir en su aplicación, ni la restricción de acceso en algunos lugares, ni la variabilidad de formulaciones y de principios activos que pueden existir en cada país^{21,22}. Sin embargo, las GPC son el mejor instrumento existente para un adecuado manejo del dolor oncológico y para evitar el abuso de opioides.

Nuestro grupo ha publicado recientemente la evolución del consumo de opioides en la Comunidad de Madrid (CM) entre 2004 y 2014, diferenciando su utilización en Atención Primaria (AP) y Especializada. La prescripción de opioides en el periodo estudiado se multiplicó por tres. Los «nuevos opioides» como fentanilo, oxycodona, buprenorfina y tapentadol han relegado a la morfina a ocupar un papel muy secundario. Otros pequeños estudios realizados en nuestro entorno geográfico con el mismo modelo sanitario describen hallazgos semejantes²³⁻²⁵. Sin embargo, el análisis del perfil de prescripción de los equipos específicos de Cuidados Paliativos (CP), tanto domiciliarios como hospitalarios, mostraba un patrón de prescripción más acorde con las GPC.

El objetivo de este trabajo fue relacionar el consumo de opioides existente en la CM con los hábitos de prescripción expresados por los médicos prescriptores de AP y CP.

Material y métodos

Se trata de un estudio descriptivo transversal donde se diseñó un cuestionario de prescripción de opioides basándonos en cuestionarios previos realizados en otros países y en la opinión de expertos. Ante la heterogeneidad de los mismos y la ausencia de alguno similar para poder comparar consumos y hábitos de prescripción, se diseñó el cuestionario *ad hoc*²⁶⁻³⁰.

El estudio pasó el visto bueno de la Comisión Central de Investigación de la Gerencia de AP de la CM en el mes de febrero del 2016.

El cuestionario constaba de 4 grupos de preguntas. El primer grupo tenía como fin valorar el perfil sociodemográfico de los encuestados. El segundo grupo pretendía diferenciar el ámbito de trabajo del médico y el tiempo de experiencia en ese puesto de trabajo. El tercer grupo, el más numeroso, estaba centrado específicamente en el objetivo del estudio, realizando preguntas sobre la frecuencia de prescripción, la formación recibida sobre utilización de opioides, la habilidad percibida y el uso de guías clínicas. Por último, se realizaron preguntas acerca del opioide de elección en dolor oncológico y no oncológico, en 2.º y 3.º escalón analgésico de la OMS, en el dolor irruptivo oncológico, en insuficiencia renal y hepática moderada-severa y sobre la utilización de combinaciones de opioides en el tratamiento habitual. En total, el cuestionario constaba de 21 preguntas. Se realizó una prueba piloto con 10 participantes para monitorizar el cuestionario.

El cuestionario fue anónimo con respuestas cerradas, alguna de ellas con posibilidad de elección múltiple, autoadministrado y enviado por correo electrónico con una carta de presentación a los miembros, para encuadrar el estudio y definir sus objetivos. Se adjuntó el enlace para cumplimentar el cuestionario en la aplicación Google Forms®.

La participación fue voluntaria y se accedió a los correos electrónicos por la Unidad de Formación e Investigación de la Gerencia de AP de la CM. Las respuestas fueron tratadas respetando su confidencialidad. El muestreo fue no probabilístico consecutivo. El pilotaje se inició el 26 de febrero del 2016 y se cerró para la participación el 20 de mayo del 2016.

La población a estudio abarcó a todos los médicos de familia que trabajaban en AP en el Servicio Madrileño de Salud y todos los médicos que trabajaban en algún recurso específico de CP tanto domiciliario como hospitalario en la CM de la red sanitaria pública y privada/concertada. En el caso de AP, se envió a todos los médicos de familia de nuestra región mediante el correo institucional del Servicio Madrileño de Salud³¹. En el caso de los médicos de CP, no existía censo como tal en la Consejería de Sanidad, por lo que se utilizó el censo de la sociedad científica como fuente más aproximada. Se utilizó la iniciativa Strengthening the Reporting of Observational studies in Epidemiology (STROBE) para realizar el diagrama de flujo.

Las variables predictoras del estudio fueron: ámbito de trabajo (AP/CP), sexo, edad, años de experiencia laboral, emplazamiento centro de salud (urbano/rural), emplazamiento del recurso específico de CP (domicilio/hospital). Las variables de resultado del estudio fueron: prescribe sí/no opioides en el tratamiento del dolor oncológico/no oncológico, opioide de elección de 2.º y 3.º escalón analgésico para ambos tipos de dolor, tipo de manejo para el dolor irruptivo oncológico, opioide de elección en insuficiencia hepática/renal moderada-severa, horas de formación en el último año en dolor, autopercepción de habilidad para prescribir de forma segura los opioides y GPC conocidas acerca del tratamiento del dolor oncológico.

Análisis estadístico

Para la comparación de medias se utilizó el test de la t de Student o la prueba no paramétrica correspondiente, según procediera tras valorar la normalidad de las variables. Se señaló la diferencia de medias y su intervalo de confianza del 95%. La posible asociación de las variables cualitativas entre sí se estimó por medio del estadístico de la chi al cuadrado o el test exacto de Fisher. Se señalaron, para medir la magnitud de la posible asociación, las *odds ratio* y su intervalo de confianza al 95%.

Resultados

El cuestionario fue contestado por 840 médicos de familia (20%) y 56 médicos paliativistas (45%). Con el fin de verificar la representatividad de la muestra se comparó el perfil de los médicos que respondieron al cuestionario con el de los médicos y paliativistas de la comunidad, basándonos en las fuentes de datos de la CM y de la Coordinación Regional de CP de la CM, observándose que ambos grupos eran comparables. Se muestra el diagrama de flujo según la iniciativa STROBE en la [figura 1](#).

Los datos sociodemográficos de los médicos que respondieron en los distintos ámbitos de trabajo se muestran en la [tabla 1](#). El perfil del médico que con más frecuencia respondió a la encuesta fue el de una mujer entre 45 y 54 años

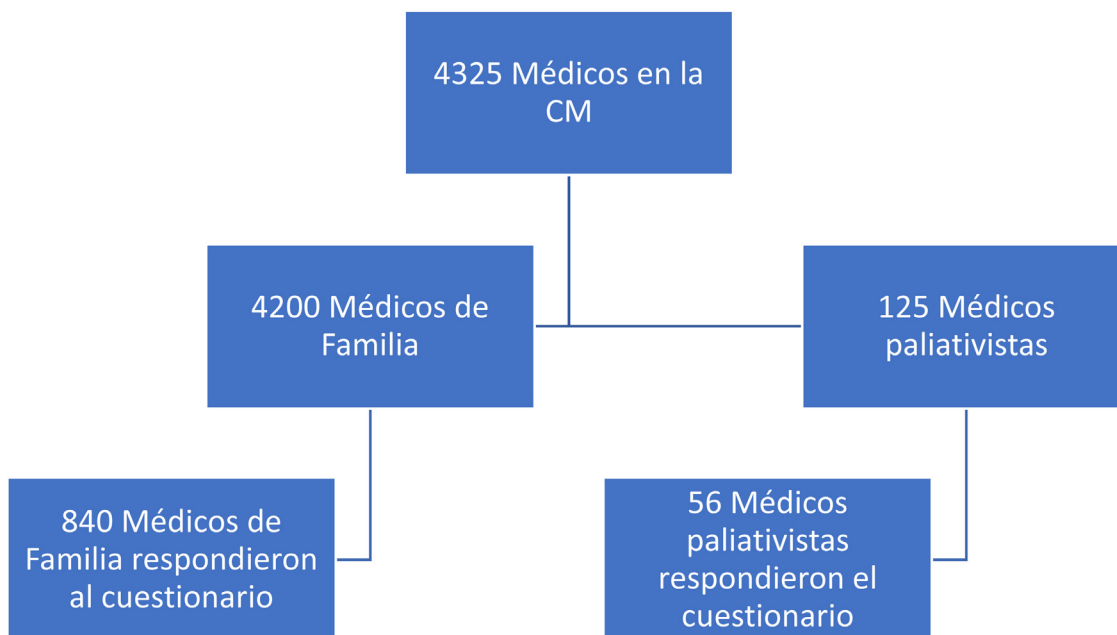


Figura 1 Diagrama de flujo STROBE de los participantes del estudio.

Tabla 1 Datos sociodemográficos por ámbito de trabajo

Datos sociodemográficos	AP, número total (%)	CP, número total (%)	Personal real de la CM AP (%)	Personal real de la CM CP (%)
<i>Sexo</i>				
Hombre	186 (22)	19 (34)	21	27
Mujer	642 (76)	36 (64)	79	73
Perdidos	12 (2)	1 (2)	0	0
<i>Edad</i>				
< 34 años	21 (9)	1 (1)	24	ND
35 a 44 años	229 (21)	20 (36)	15	ND
45 a 54 años	348 (41)	20 (36)	28	ND
55 a 64 años	239 (28)	15 (27)	31	ND
> 65 años	3 (1)	0	2	ND
<i>Experiencia en ese puesto de trabajo</i>				
< 2 años	18 (2,14)	3 (5,36)	ND	ND
2 a 10 años	127 (15,12)	26 (46,43)	ND	ND
11 a 20 años	316 (37,62)	18 (32,14)	ND	ND
> 21 años	379 (45,12)	9 (16,07)	ND	ND

ND: dato no disponible.

y con más de 20 años de experiencia laboral. El 85% de los médicos de familia trabajaban en un Centro de Salud urbano (15% en rural). El 51% de los médicos paliativistas trabajaban en atención domiciliaria (49% en hospital).

Como práctica clínica habitual, el 99% de los médicos de AP y el 93% de los paliativistas que contestaron la encuesta manifestaba utilizar opioides para el tratamiento del dolor oncológico. El tramadol constituía el opioide de elección para el segundo escalón analgésico de la OMS en el tratamiento del dolor oncológico moderado-severo tanto en AP (74%) como en CP (79%), mientras el del tercer escalón era la morfina en ambos ámbitos de trabajo (55% en AP y 92% en CP). Ninguno de los médicos que ejercían como paliativistas

respondió que su opioide de elección era buprenorfina o tapentadol, mientras en el caso de los médicos trabajando en AP los porcentajes de preferencia por estos opioides eran del 1 y el 5%, respectivamente (fig. 2).

En el caso de dolor no oncológico, existían diferencias significativas ente las opiniones del colectivo de médicos de familia y los paliativistas. Mientras para la mayoría de los médicos de AP el fentanilo era el opioide de primera elección, para los paliativistas este opioide seguía siendo la morfina (fig. 3).

Por último, en el tratamiento del dolor irruptivo oncológico, los médicos que trabajaban en AP consideraban que debía utilizarse el mismo opioide de liberación renta y

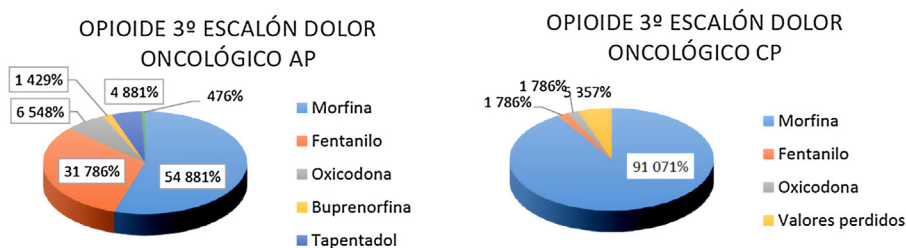


Figura 2 Comparación entre opioide de elección del tercer escalón analgésico de la OMS al iniciar un tratamiento en dolor oncológico moderado-severo en los médicos de familia y paliativistas que respondieron el cuestionario.

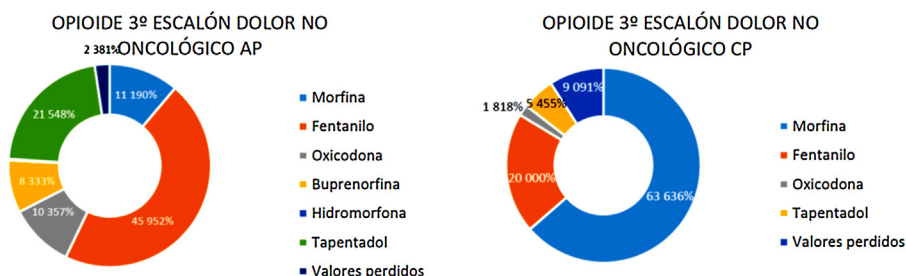


Figura 3 Comparación del opioide de elección del tercer escalón analgésico de la OMS al iniciar un tratamiento en dolor oncológico moderado-severo en los médicos de familia y paliativistas que respondieron el cuestionario.

rápida mientras los médicos que ejercían como paliativistas consideraban más frecuentemente como mejor opción los «fentanilos rápidos». En cuanto a la vía de administración, el 70% de los médicos de familia y el 87% de los paliativistas manifestaban que la vía oral era de elección, frente a un 27% en AP y un 5% en CP que preferían la transdérmica ($p = 0,047$).

Para tratar de conocer el manejo de opioides y la seguridad de su prescripción, se preguntó acerca del opioide de elección en 2 patologías concretas. En la figura 4 se observa que en la insuficiencia renal moderada-severa los médicos de AP consideraban sobre todo la morfina como primera elección y el fentanilo como alternativa, mientras para los médicos que trabajaban en CP los 2 opioides de elección eran la metadona y el fentanilo. En la insuficiencia hepática moderada-severa, tanto los médicos de AP como los de CP manifestaban que el opioide de elección era la morfina (fig. 5). En ninguno de los casos estas diferencias eran estadísticamente significativas.

Otro parámetro, para poder comprender mejor las respuestas, fue la formación en dolor. Un 30% de los médicos que trabajaban en AP y un 79% ($p = 0,002$) de los que trabajaban en CP referían haber dedicado al menos 5 h en el último año a su formación en el manejo de opioides ($p = 0,023$). Por otra parte, mientras la mayoría de los médicos de AP (72%) puntuaron su habilidad para la utilización de opioides como media (4-7/10), el 87% de los paliativistas consideraban su habilidad de uso de estos fármacos como alta (8-10/10), no siendo estas diferencias estadísticamente significativas (fig. 6).

Por último, se preguntó acerca de las GPC de tratamiento del dolor oncológico. En AP, conocían sobre todo las guías de la European Association for Palliative Care (EAPC) y la National Institute for Health and Care Excellence (NICE), aunque el mayor número respondió que confiaba en su experiencia.

Los médicos paliativistas utilizaban preferentemente la guía de la EAPC.

Análisis de relación entre variables analizadas en el cuestionario de hábitos de prescripción de opioides

Se buscaron posibles asociaciones entre las variables del cuestionario propuesto con significación clínica. Realizamos una división del análisis entre AP y CP ya que la muestra y el número de cuestionarios respondidos fueron muy dispares (AP: 840 y CP: 56).

En el análisis de las variables sociodemográficas, la edad del médico prescriptor, parecía influir en el opioide de elección. En AP se obtuvieron diferencias significativas a favor del tramadol como opioide de elección del segundo escalón entre los médicos de menos de 45 años ($p = 0,013$); igualmente, la mayoría significativamente utilizaba opioides en el tratamiento del dolor no oncológico y oncológico moderado-severo frente a los que no los prescribían de manera habitual ($p = 0,017$ y $p = 0,003$, respectivamente). Entre los médicos paliativistas no se observaron estas diferencias.

Respecto a los «años de experiencia en el puesto de trabajo» en AP, había una relación positiva entre mayor experiencia y la elección del tramadol como elección dentro del segundo escalón analgésico ($p = 0,019$). Sin embargo, no existían diferencias entre los médicos paliativistas.

Por último, analizamos la variable que determinaba las «horas de formación en dolor en el último año». Los médicos de familia más formados específicamente (más de 5 h/últimos años) utilizaban opioides en el tratamiento del dolor oncológico en mayor proporción que los menos formados ($p = 0,002$). Por otra parte, los médicos paliativistas más formados en dolor en el último año respondieron

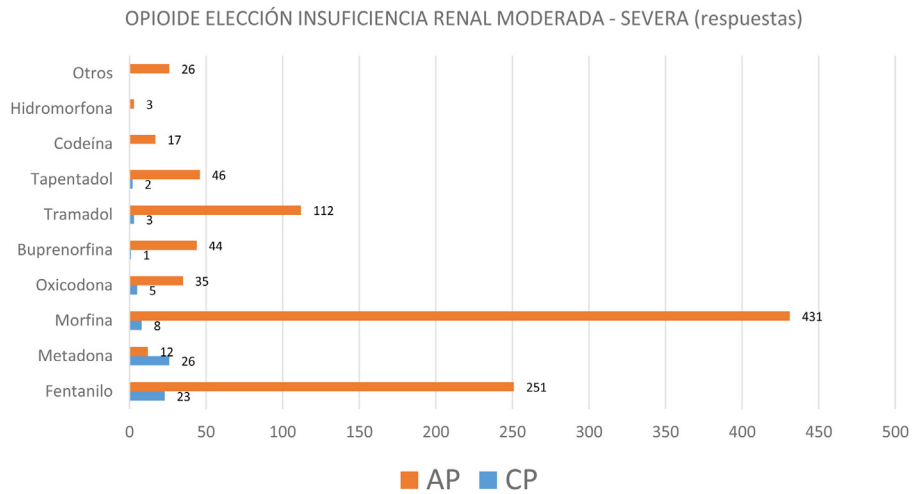


Figura 4 Opiode de elección en pacientes con insuficiencia renal moderada-severa para los médicos de familia y paliativistas que respondieron el cuestionario.

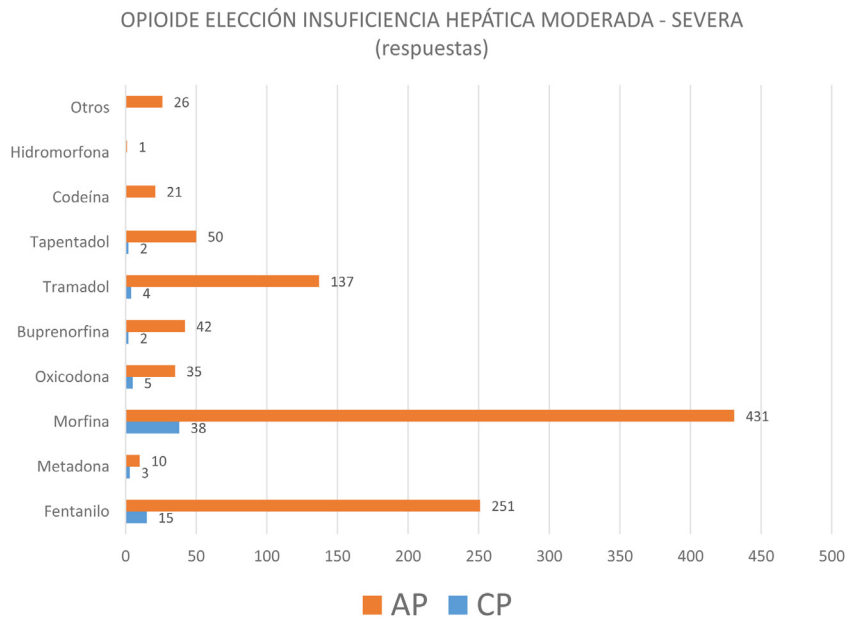


Figura 5 Opiode de elección en pacientes con insuficiencia hepática moderada-severa para los médicos de familia y paliativistas que respondieron el cuestionario.

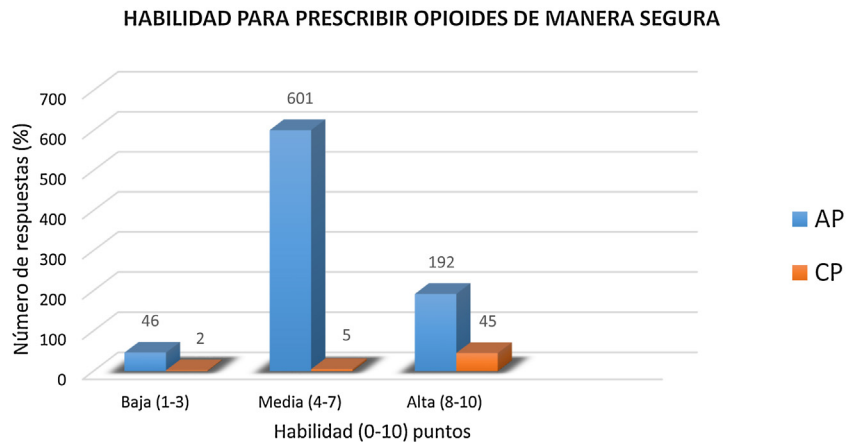


Figura 6 Autopercepción en la habilidad para prescribir de forma segura los opioides en el tratamiento dolor oncológico.

mayoritariamente que el opioide de elección de segundo escalón fue el tramadol ($p = 0,023$). En ambos grupos se encontró también relación significativa respecto a que los más formados utilizaban con más frecuencia combinaciones de opioides ($p = 0,044$).

Discusión

Nuestro trabajo pone de relieve la discordancia entre el consumo real de opioides y los hábitos de prescripción manifestados por los médicos de familia, así como la falsa seguridad existente para la prescripción de estos fármacos. Estos resultados debieran llamar la atención para tratar de asegurar una adecuada formación con el fin de evitar una mala utilización de unos fármacos con innegable potencial de abuso^{19,20,32-34}.

Los cuestionarios que preguntan acerca del consumo en la práctica clínica habitual son indicadores indirectos del consumo y de los hábitos de prescripción de los médicos de un fármaco o grupo terapéutico^{27,30,35}. También pueden plantear preguntas y reflexiones para ayudar a los profesionales sanitarios a entender los criterios de uso de fármacos y la selección de principios activos en distintas enfermedades prevalentes.

En nuestro estudio, las mayores contradicciones se observaron en las respuestas referentes al opioide de elección en dolor oncológico del tercer escalón analgésico. En AP los más usados según los médicos que respondieron al cuestionario (20% del total) fueron la morfina, el fentanilo y la oxicodona. Estos datos contrastan con la realidad, donde el fentanilo y la oxicodona fueron mucho más utilizados que la morfina³⁶. Por el contrario, en el caso de los paliativistas los hábitos referidos reflejaban mejor sus comportamientos reales de prescripción, ya que la gran mayoría utilizaba la morfina como elección³⁶.

En dolor no oncológico las respuestas fueron más congruentes con los datos de consumo reales. La experiencia y «tradición» en la prescripción, la influencia de la industria farmacéutica y la novedad del fármaco en el mercado, como es el caso del tapentadol, pueden ser la explicación de estas elecciones de fármacos. Las respuestas en los paliativistas fueron completamente distintas y estaban más acordes con las GPC^{3,8,37}.

En general, e infiriendo de las respuestas obtenidas por los médicos de familia que respondieron al cuestionario, se mostró una gran discrepancia entre lo supuestamente prescrito y el consumo real en AP obtenido en nuestro análisis. Aunque es habitual que las respuestas de los cuestionarios no coincidan con lo que se realiza, estos resultados podrían reflejar ciertas carencias de formación al respecto. Y ello a pesar de que la mayoría de los médicos de AP decían haber realizado formación en dolor el año previo. La percepción sobre la habilidad para prescribir los opioides entre los médicos de AP choca con la realidad existente de prescripción²⁵ y con las propias respuestas, como se puede claramente observar en las contestaciones sobre uso de opioides en pacientes en situaciones especiales. Esta posible falsa seguridad sobre prescripción de opioides puede dar lugar a problemas de mala utilización y abuso, tal y como ha sido reiteradamente descrito en recientes trabajos^{9-12,32,38-42}. En esas circunstancias quizás el mayor influyente sea la industria farmacéutica

y el efecto que tiene un nuevo fármaco, en este caso los nuevos opioides, sobre el aumento del consumo de los mismos en los primeros años de su comercialización. Nuevamente, esto supone un aumento de riesgo sobre el mal uso y abuso de estos fármacos^{14,18,43}.

La bibliografía relacionada con este tipo de cuestionarios de prescripción reclama en estudios semejantes la necesidad de mayor formación en el tratamiento del dolor con opioides, observando una gran diferencia del manejo y confianza entre AP y especialistas en CP²⁰. Tradicionalmente, han existido múltiples barreras en AP para la prescripción de opioides, como el miedo a los efectos adversos, la subjetividad del dolor, la falta de formación, la estigmatización de los pacientes tratados con opioides y la dificultad para el cambio de opioides. Sin embargo, en los últimos años estas barreras parecen haber sido superadas en parte por la mayor disponibilidad de opioides y en parte por la necesidad de tratar adecuadamente el dolor de los pacientes oncológicos. Sin embargo, existe el riesgo de que oscilemos ahora hacia el lado de la mala utilización y abuso de estos fármacos¹⁹.

La utilización de opioides podría mejorarse con la estrecha colaboración entre los Equipos de Soporte de Paliativos y los médicos de AP^{44,45}. Por otra parte, serían necesarios programas de formación independientes, centrados en la prescripción de opioides siguiendo las GPC actuales y sin influencia de la industria farmacéutica⁸.

Nuestro estudio tiene varias limitaciones. En primer lugar, el índice de respuestas entre los médicos que trabajaban en AP fue bajo. Sin embargo, estos porcentajes son los normales cuando se toma como referencia una muestra «universal», que incluye a todos los profesionales. Además, la muestra obtenida tenía las mismas características que la población de referencia. En segundo lugar, se trata de un cuestionario realizado *ad hoc*. No obstante, en su elaboración se tuvieron en cuenta otros estudios semejantes realizados en diferentes países y sus resultados fueron parecidos a los nuestros^{46,47}. Por último, las respuestas de los médicos siempre son subjetivas. Expresan una práctica que a veces dista de ser la real.

En conclusión, existe una discordancia entre el consumo real de opioides y los hábitos de prescripción manifestados por los médicos de familia, así como una falsa seguridad en la prescripción de estos fármacos. Se necesitan nuevos estudios para valorar la influencia que programas de formación y si una asistencia más compartida entre paliativistas y médicos de AP puede tener en conseguir mejores hábitos de prescripción. **Lo conocido sobre el tema/Qué aporta este estudio** El dolor es el síntoma más temido en los pacientes con cáncer y los opioides son la base de su tratamiento farmacológico. Los estudios de consumo de fármacos analizan la comercialización, distribución, prescripción y uso de medicamentos, y sus consecuencias médicas, sociales y económicas. Por tanto, es fundamental en el caso del consumo de opioides, conocer su consumo real para poder conocer cómo se tratan los pacientes oncológicos con dolor. No existen cuestionarios validados a nivel internacional o nacional que permitan determinar los hábitos de prescripción de los médicos que utilizan opioides en estos pacientes. Con este cuestionario *ad-hoc* podemos acercarnos a comprender los datos reales de consumo. También en este estudio disponemos de la visión de los médicos de AP y de los recursos

específicos de CP que atienden de manera compartida y coordinada a estos pacientes.

Autoría

Todos los autores han hecho contribuciones sustanciales en cada uno de los siguientes aspectos: 1) la concepción y el diseño del estudio, o la adquisición de datos, o el análisis y la interpretación de los datos; 2) el borrador del artículo o la revisión crítica del contenido intelectual; 3) la aprobación definitiva de la versión que se presenta.

Financiación

El proyecto de investigación recibió la Beca de Apoyo a la Investigación de la Fundación para la Investigación e Innovación Biomédica en Atención Primaria (FIIBAP) del Servicio Madrileño de Salud en la convocatoria del año 2016 (código protocolo 01/16).

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflictos de intereses.

Agradecimientos

Agradecemos a la Unidad de Apoyo Técnico a la Investigación de la Gerencia Adjunta de Atención Primaria de la CM, por su soporte metodológico. También a la Subdirección General de Farmacia y Productos Sanitarios de la CM y a los Servicios de Farmacia Hospitalaria de los hospitales que formaron parte del estudio por la cesión de los datos de consumo de opioides.

Bibliografía

- Fallon M, Giusti R, Aielli F, Hoskin P, Rolke R, Sharma M, et al. Management of cancer pain in adult patients: ESMO Clinical Practice Guidelines. *Ann Oncol Off J Eur Soc Med Oncol*. 2018;29 Suppl 4, iv166-91.
- World Health Organization, editor. Cancer pain relief: With a guide to opioid availability. 2nd ed. Geneva: World Health Organization; 1996.
- Portenoy RK. Treatment of cancer pain. *Lancet*. 2011;377:2236-47.
- Portenoy RK, Ahmed E. Principles of opioid use in cancer pain. *J Clin Oncol*. 2014;32:1662-70.
- ReviewingEvidenceUsingGRADE-ReviewingEvidenceUsingGRADE.pdf [Internet] [consultado 26 Mayo 2015]. Disponible en: https://www.icsi.org/_asset/7mtqyr/ReviewingEvidenceUsingGRADE.pdf.
- Andalucía, Consejería de Salud. Uso seguro de opioides en pacientes en situación terminal guía de práctica clínica. Sevilla: Consejería de Salud; 2011.
- ORCPex. Guía clínica «Manejo de opioides potentes para el dolor por cáncer en pacientes con enfermedad terminal» [Internet] [consultado 26 Mayo 2015]. Disponible en: <http://www.orcpex.es/es/inicio/destacados/195-guia-clinica-qmanejo-de-opioides-potentes-para-el-dolor-por-cancer-en-pacientes-con-enfermedad-terminalq>.
- Martínez-Nicolás I, Ángel-García D, Saturno PJ, López-Soriano F. Manejo del dolor oncológico: revisión sistemática y valoración crítica de las guías de práctica clínica. *Rev Calid Asist*. 2016;31:55-63.
- Dart RC, Surratt HL, Cicero TJ, Parrino MW, Severtson SG, Bucher-Bartelson B, et al. Trends in opioid analgesic abuse and mortality in the United States. *N Engl J Med*. 2015;372:241-8.
- Pezalla E, Rosen D, Erensen J, Haddox D, Mayne T. Secular trends in opioid prescribing in the USA. *J Pain Res*. 2017;10:383-7.
- 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*. 2015;156:569-76.
- Nguyen LMT, Rhondali W, de la Cruz M, Hui D, Palmer L, Kang D-H, et al. Frequency and predictors of patient deviation from prescribed opioids and barriers to opioid pain management in patients with advanced cancer. *J Pain Symptom Manage*. 2013;45:506-16.
- Scholten W, Henningfield JE. Negative outcomes of unbalanced opioid policy supported by clinicians, politicians, and the media. *J Pain Palliat Care Pharmacother*. 2016;30:4-12.
- Alford DP. Opioid prescribing for chronic pain —Achieving the right balance through education. *N Engl J Med*. 2016;374:301-3.
- Barnett ML, Olenski AR, Jena AB. Opioid-prescribing patterns of emergency physicians and risk of long-term use. *N Engl J Med*. 2017;376:663-73.
- Chou R, Fanciullo GJ, Fine PG, Miaskowski C, Passik SD, Portenoy RK. Opioids for chronic noncancer pain: Prediction and identification of aberrant drug-related behaviors: A review of the evidence for an American Pain Society and American Academy of Pain Medicine clinical practice guideline. *J Pain Off J Am Pain Soc*. 2009;10:131-46.
- Ray WA, Chung CP, Murray KT, Hall K, Stein CM. Prescription of long-acting opioids and mortality in patients with chronic noncancer pain. *JAMA*. 2016;315:2415-23.
- Weisberg DF, Becker WC, Fiellin DA, Stannard C. Prescription opioid misuse in the United States and the United Kingdom: Cautionary lessons. *Int J Drug Policy*. 2014;25:1124-30.
- Von Gunten CF. The pendulum swings for opioid prescribing. *J Palliat Med*. 2016;19:348.
- Hui D, Arthur J, Bruera E. Palliative care for patients with opioid misuse. *JAMA*. 2019;321:511.
- Manjani D, Paul DB, Kunnumpurath S, Kaye AD, Vadivelu N. Availability and utilization of opioids for pain management: Global issues. *Ochsner J*. 2014;14:208-15.
- Scholten W. The Global Opioid Policy Initiative: A wealth of information, but what is next? *J Pain Palliat Care Pharmacother*. 2014;28:40-2.
- Hamunen K, Paakkari P, Kalso E. Trends in opioid consumption in the Nordic countries 2002-2006. *Eur J Pain Lond Engl*. 2009;13:954-62.
- Mercadante S. The low opioid consumption in Italy depends on late palliative care. *Ann Oncol Off J Eur Soc Med Oncol ESMO*. 2013;24:558.
- Clausen TG. International opioid consumption. *Acta Anaesthesiol Scand*. 1997;41(1 Pt 2):162-165.
- Llauradó O. El trabajo de campo Online: qué hemos aprendido en los últimos 10 años. *Investig Mark*. 2006;91:25-32.
- P. de Marchis G. La validez externa de las encuestas en la «web». Amenazas y su control. Estudio sobre el Mensaje Periodístico [Internet]. 2012;18 [consultado 7 Dic 2016];. Disponible en: <http://revistas.ucm.es/index.php/ESMP/article/view/40980>.
- Spitz A, Moore AA, Papaleontiou M, Granieri E, Turner BJ, Reid MC. Primary care providers' perspective on prescribing opioids to older adults with chronic non-cancer pain: A qualitative study. *BMC Geriatr*. 2011;11:35.
- Peretti-Watel P, Bendiane MK, Obadia Y, Favre R, Lapiana JM, Moatti JP, et al. The prescription of opioid analgesics to terminal cancer patients: Impact of physicians' general attitudes and contextual factors. *Palliat Support Care*. 2003;1:345-52.

30. Díaz de Rada V. Ventajas e inconvenientes de la encuesta por Internet. *Pap Rev Sociol.* 2012;97:193.
31. Portal estadístico de personal del Servicio Madrileño de Salud, Comunidad de Madrid [Internet] [consultado 16 Sept 2019]. Disponible en: <http://www.comunidad.madrid/servicios/salud/portal-estadistico-personal-servicio-madrileno-salud>.
32. Frieden TR, Houry D. Reducing the risks of relief —The CDC Opioid-Prescribing Guideline. *N Engl J Med.* 2016;374:1501–4.
33. Gómez-del Valle MC, Zertuche-Maldonado T, Bruera E. Compensación química y adicción a opioides: evidencia, valoración de riesgo y manejo en pacientes con cuidados paliativos. *Med Paliativa.* 2018;25:281–90.
34. Katz NP, Adams EH, Benneyan JC, Birnbaum HG, Budman SH, Buzzeo RW, et al. Foundations of opioid risk management. *Clin J Pain.* 2007;23:103–18.
35. Marcano Belisario JS, Jamsek J, Huckvale K, O'Donoghue J, Morrison CP, Car J. Comparison of self-administered survey questionnaire responses collected using mobile apps versus other methods. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015;7:MR000042.
36. Ruiz-López D, Alonso-Babarro A. Consumo de opioides en la Comunidad de Madrid (España) entre 2004 y 2014. *Rev Clínica Esp* [Internet]. 2019 [consultado 16 Sept 2019]. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0014256519300712>.
37. Caraceni A, Hanks G, Kaasa S, Bennett MI, Brunelli C, Cherny N, et al. Use of opioid analgesics in the treatment of cancer pain: Evidence-based recommendations from the EAPC. *Lancet Oncol.* 2012;13:e58–68.
38. Schuckit MA. Treatment of opioid-use disorders. *N Engl J Med.* 2016;375:357–68.
39. Joranson DE, Ryan KM, Gilson AM, Dahl JL. Trends in medical use and abuse of opioid analgesics. *JAMA.* 2000;283:1710–4.
40. Giraudon I, Lowitz K, Dargan PI, Wood DM, Dart RC. Prescription opioid abuse in the UK: Letter to the Editors. *Br J Clin Pharmacol.* 2013;76:823–4.
41. Stannard C. Opioids in the UK: What's the problem? *BMJ.* 2013;347(15 1), f5108-f5108.
42. Volkow ND, McLellan AT. Opioid abuse in chronic pain —Misconceptions and mitigation strategies. *N Engl J Med.* 2016;374:1253–63.
43. Sproule B, Brands B, Li S, Catz-Biro L. Changing patterns in opioid addiction: Characterizing users of oxycodone and other opioids. *Can Fam Physician Médecin Fam Can.* 2009;55:68–9, 69.e1-5.
44. Correa-Casado M, Granero-Molina J, Hernández-Padilla JM, Fernández-Sola C. Transferencia de pacientes de cuidados paliativos desde el hospital hasta atención primaria: un estudio cualitativo. *Aten Primaria.* 2017;49:326–34.
45. Lizarraga Mansoa S, García Pascual N. Morir en domicilio: ¿podemos mejorarlo? *FMC.* 2018;25:99–103.
46. Tong ST, Hochheimer CJ, Brooks EM, Sabo RT, Jiang V, Day T, et al. Chronic opioid prescribing in Primary Care: Factors and perspectives. *Ann Fam Med.* 2019;17:200–6.
47. Jamison RN, Sheehan KA, Scanlan E, Matthews M, Ross EL. Beliefs and attitudes about opioid prescribing and chronic pain management: Survey of primary care providers. *J Opioid Manag.* 2014;10:375–82.