



**Universidad del
Rosario**

Escuela de Administración

Graduate School of Business (Rosario GSB)

Maestría en Administración en Salud (MAS)

Estrategias para el control del uso de opioides en pacientes con cáncer: una propuesta de
administración en salud

Presentado por:

Santiago Lorenzo Cifuentes

Bogotá, D.C. 4 de noviembre de 2025



Escuela de Administración

Graduate School of Business (Rosario GSB)

Maestría en Administración en Salud (MAS)

Estrategias para el control del uso de opioides en pacientes con cáncer: una propuesta de administración en salud

Modalidad: Solución a Problemática Empresarial

Presentado por:

Santiago Lorenzo Cifuentes

Bajo la dirección de:

Dra. Devi Nereida Puerto

Bogotá, D.C. 4 de noviembre de 2025

CONTENIDO

Declaración de Originalidad y Autonomía.....	6
Declaración de Exoneración de Responsabilidad	7
Lista de Tablas	9
Glosario.....	10
Resumen Ejecutivo.....	12
Palabras clave:.....	12
Abstract	13
Keywords	13
Introducción	14
Situación actual.....	16
Planteamiento del problema.....	19
Solución a problemática empresarial	20
Justificación.....	20
Objetivos.....	25
Objetivo general	25
Objetivos específicos.....	25
Marco conceptual.....	26
Abuso de sustancias	30
Cáncer.....	30
Dependencia	31
Neoplasia.....	31
Opioide/Opiáceo.....	31
Prostaglandinas.....	32
Síndrome de abstinencia.....	32
Tolerancia.....	33
Marco teórico	33
Dolor.....	33
Opioides	38

Epidemiología	41
Trastorno por consumo de opioides según DMS-5 y criterios de diagnóstico según la sociedad americana de psiquiatría.....	45
Justificación.....	46
Metodología	49
Desarrollo del programa.....	49
Diseño del programa	51
Localización	52
Definición de variables.....	52
Población.....	52
Criterios de inclusión.....	53
Criterios de exclusión	53
Declaración de conflictos de interés.....	53
Declaración de financiamiento.....	53
Consideraciones éticas	54
Validación y fiabilidad.....	54
Limitaciones	54
Programa de mejora: Uso seguro de opioides en pacientes oncológicos adultos.....	55
Objetivo general	55
Objetivos específicos.....	55
Estructura del programa	55
Desarrollo del instrumento	56
Recomendaciones	58
Monitoreo y evaluación.....	73
Análisis de datos.....	74
Indicadores de proceso	75
Indicadores de impacto	78

Riesgos.....	80
Discusión.....	87
Conclusiones.....	106
Referencias.....	107
Anexos Técnicos.....	113

Declaración de Originalidad y Autonomía

Declaro bajo la gravedad del juramento, que he escrito el presente Reto Estratégico en la propuesta de solución a una problemática en el campo de conocimientos del programa de Maestría por mi propia cuenta y que, por lo tanto, su contenido es original.

Declaro que he indicado clara y precisamente todas las fuentes directas e indirectas de información y que este Reto Estratégico no ha sido entregado a ninguna otra institución con fines de calificación o publicación.

Santiago Lorenzo Cifuentes

Firmado en Bogotá, D.C. el 4 de noviembre de 2025

Declaración de Exoneración de Responsabilidad

Declaro que la responsabilidad intelectual del presente trabajo es exclusivamente de su autor. La Universidad del Rosario no se hace responsable de contenidos, opiniones o ideologías expresadas total o parcialmente en él.

Santiago Lorenzo Cifuentes

Firmado en Bogotá, D.C. el 4 de noviembre de 2025

Lista de Figuras

Figura 1. <i>Escalera analgésica según OMS</i>	35
Figura 2. <i>Propuesta identificación de pouch estupefacientes</i>	68

Lista de Tablas

Tabla 1. <i>Dosis equianalgésicas de los analgésicos opiáceos más comúnmente utilizados</i>	37
Tabla 2. <i>Factores de riesgo predominantes para el abuso de opioides en pacientes oncológicos</i>	44
Tabla 3. <i>Estructura del programa de mejora</i>	55
Tabla 4. <i>Formulario de evaluación del dolor</i>	58
Tabla 5. <i>Ejemplo de protocolo estandarizado.</i>	59
Tabla 6. <i>Alternativas de tratamiento.</i>	60
Tabla 7. <i>Propuesta control de dispensación</i>	62
Tabla 8. <i>Formato de recolección información de pacientes</i>	63
Tabla 9. <i>Ficha de pacientes con prescripción de opioides.</i>	65
Tabla 10. <i>Checklist para profesionales</i>	68

Glosario

Abuso de sustancias: Uso incorrecto, sostenido o perjudicial de una sustancia con propiedades adictivas, que genera consecuencias negativas en la salud física, psicológica o social del individuo.

Abuso de opioides: Consumo inadecuado o no prescrito de medicamentos opioides, con potencial de generar dependencia, sobredosis y alteraciones conductuales.

Adherencia terapéutica: Cumplimiento por parte del paciente de las indicaciones médicas sobre dosis, horario y duración del tratamiento farmacológico.

Analgesia: Disminución o eliminación del dolor mediante intervenciones farmacológicas o no farmacológicas.

Cáncer: Conjunto de enfermedades caracterizadas por el crecimiento descontrolado de células anormales que pueden invadir tejidos y diseminarse a otras partes del cuerpo.

Cuidados paliativos: Atención médica integral dirigida a aliviar el sufrimiento de pacientes con enfermedades avanzadas o terminales, priorizando el control del dolor y la calidad de vida.

Dependencia: Necesidad física o psicológica de consumir una sustancia para evitar síntomas de abstinencia o malestar.

Dolor oncológico: Dolor causado directa o indirectamente por el cáncer o por los tratamientos empleados para combatirlo.

Efectos adversos: Reacciones no deseadas que ocurren tras la administración de un medicamento en dosis terapéuticas.

Evaluación del riesgo de abuso: Valoración clínica y conductual que permite identificar la probabilidad de que un paciente desarrolle un uso indebido de opioides.

Farmacovigilancia: Proceso de seguimiento, identificación y evaluación de los efectos adversos de los medicamentos, con el fin de garantizar su uso seguro y eficaz.

Neoplasia: Crecimiento anormal de células que da origen a un tumor. Puede ser benigna (no invasiva) o maligna (cancerígena).

Opioide: Sustancia natural, semisintética o sintética que actúa sobre los receptores opioides del sistema nervioso central para aliviar el dolor.

Opiáceo: Compuesto natural derivado directamente del opio, como la morfina o la codeína.

Prescripción médica: Acto mediante el cual un profesional autorizado indica el uso de un medicamento específico, señalando dosis, frecuencia y duración.

Prostaglandinas: Sustancias químicas producidas por el organismo que intervienen en la inflamación y la percepción del dolor.

Síndrome de abstinencia: Conjunto de síntomas físicos y psicológicos que aparecen al suspender o reducir bruscamente el consumo de una sustancia adictiva.

Tolerancia: Disminución progresiva de la respuesta a un medicamento, que obliga a incrementar la dosis para obtener el mismo efecto.

Uso racional de medicamentos: Administración de fármacos de manera adecuada según las necesidades clínicas del paciente, en dosis apropiadas y durante el tiempo necesario.

Vigilancia farmacológica: Monitoreo continuo del uso y efectos de los medicamentos dentro de una institución para prevenir eventos adversos y optimizar tratamientos.

Resumen Ejecutivo

Estrategias para el control del uso de opioides en pacientes con cáncer: una propuesta de administración en salud

El cáncer, como enfermedad de etiología multifactorial y de alta incidencia mundial, constituye una de las principales causas de mortalidad, lo que ha impulsado el desarrollo de múltiples estrategias terapéuticas dirigidas no solo a la curación, sino también al control del dolor y a la mejora de la calidad de vida de los pacientes. En este contexto, los opioides se consolidan como medicamentos esenciales en el manejo del dolor oncológico; sin embargo, su uso inadecuado ha generado un incremento alarmante de casos de abuso y dependencia, convirtiéndose en un problema de salud pública global. A nivel internacional, especialmente en Estados Unidos, la sobreprescripción y la falta de seguimiento clínico han desencadenado una crisis sanitaria con miles de muertes por sobredosis, fenómeno que también amenaza con extenderse a países latinoamericanos como Colombia. En este escenario, surge la necesidad de implementar programas institucionales que garanticen un uso racional, seguro y ético de los opioides, equilibrando el control del dolor con la prevención del abuso. Este trabajo propone el diseño de un programa institucional multidisciplinario para el control y seguimiento de adultos con cáncer que requieren tratamiento crónico con opioides, orientado a identificar pacientes susceptibles de desarrollar dependencia y establecer protocolos de monitoreo continuo. La propuesta incluye la creación de un cuestionario de registro de hábitos de consumo, un plan de seguimiento clínico integral y un componente educativo para los profesionales de la salud, enfocado en el uso racional de estos fármacos. De esta manera, se busca fortalecer la administración de la salud en el ámbito oncológico, promoviendo prácticas seguras, una atención centrada en el paciente y una respuesta institucional efectiva frente al desafío del abuso de opioides.

Palabras clave:

Cáncer; Opioides; Dolor oncológico; Dependencia; Administración en Salud; Programa Multidisciplinario.

Abstract

Strategies for controlling opioid use in cancer patients: a health management proposal

Cancer, as a disease with a multifactorial etiology and high incidence worldwide, is one of the leading causes of mortality, which has prompted the development of multiple therapeutic strategies aimed not only at cure but also at pain control and improving patients' quality of life. In this context, opioids are established as essential medications for the management of cancer pain; however, their improper use has led to an alarming increase in cases of abuse and dependence, becoming a global public health problem. Internationally, especially in the United States, overprescription and lack of clinical follow-up have triggered a health crisis with thousands of overdose deaths. This phenomenon also threatens to spread to Latin American countries such as Colombia. In this context, there is a need to implement institutional programs that guarantee the rational, safe, and ethical use of opioids, balancing pain control with abuse prevention. This work proposes the design of a multidisciplinary institutional program for the monitoring and follow-up of adults with cancer who require chronic opioid treatment. Its goal is to identify patients susceptible to developing dependence and establish ongoing monitoring protocols. The proposal includes the creation of a questionnaire to record consumption habits, a comprehensive clinical follow-up plan, and an educational component for healthcare professionals focused on the rational use of these drugs. This aims to strengthen healthcare administration in the oncology field by promoting safe practices, patient-centered care, and an effective institutional response to the challenge of opioid abuse.

Keywords

Cancer; Opioids; Oncological Pain; Dependency; Health Administration; Multidisciplinary Program.

Introducción

El cáncer es una enfermedad de etiología multifactorial caracterizada por ser un proceso de diseminación y crecimiento incontrolado de células el cual puede ocurrir en cualquier parte del organismo. A estas células se las denomina tumorales, pudiendo infiltrar el tejido cercano y transportarse por ganglios linfáticos y por sangre hacia tejidos distantes produciendo metástasis.

Las enfermedades neoplásicas hoy en día son una de las principales causas de muertes en el mundo. Según la Organización Mundial de la Salud ([OMS], 2024), se estima que alrededor de 10 millones de pacientes han fallecido a causa del cáncer como enfermedad primaria y más de 20 millones han sido diagnosticados con dicha patología en el 2023, donde alrededor de 400.000 son niños y adolescentes. Es por esto, que diferentes organizaciones internacionales y nacionales, centran sus esfuerzos en la implementación de programas de prevención, mediante el control de factores de riesgo modificables, así como también la generación de políticas públicas de tamización para el diagnóstico oportuno. Una vez instaurada la enfermedad, el objetivo de manejo puede ser curar o prolongar la vida del paciente, para lo cual existen diversas estrategias de tratamiento, que son específicas según el tipo histológico, localización, estadio y condición clínica del paciente. En muchos casos, los tratamientos son con fines paliativos, cuyo objetivo es mejorar la calidad de vida del paciente durante el curso de la enfermedad.

La administración de la salud es un campo fundamental en la atención a pacientes con enfermedades complejas y crónicas, donde la gestión adecuada de los recursos y la atención integral son esenciales para asegurar el bienestar de los pacientes.

A medida que los tratamientos contra el cáncer avanzan, el manejo del dolor ha adquirido una importancia central en la atención a los pacientes oncológicos. El dolor en estos pacientes

puede ser provocado por la progresión tumoral, las intervenciones terapéuticas invasivas o como efecto secundario de los tratamientos paliativos. En este contexto, los opioides se han consolidado como una herramienta esencial para aliviar el dolor intenso. Sin embargo, su uso plantea desafíos significativos, especialmente en lo que respecta al control del consumo y la prevención del abuso.

El abuso de opioides ha emergido como una problemática a nivel global, afectando tanto a la población general como a aquellos pacientes que requieren estos fármacos para el manejo del dolor crónico asociado con el cáncer. Aunque el uso adecuado de estos medicamentos es fundamental para mejorar la calidad de vida de los pacientes, el control estricto en su administración es esencial para evitar consecuencias indeseadas como la dependencia o la sobredosis.

Este fenómeno plantea la necesidad de encontrar un equilibrio entre la necesidad de aliviar el dolor y la prevención del uso inapropiado de los opioides. A nivel institucional y gubernamental, resulta crucial la creación de políticas y directrices que aseguren el uso responsable de estos fármacos, de modo que los pacientes reciban la atención adecuada sin comprometer su salud a largo plazo.

En este contexto, la administración de salud desempeña un papel clave en la implementación de programas educativos dirigidos a profesionales de la salud y pacientes, con el objetivo de promover el uso racional de los opioides. Además, la creación de sistemas de monitoreo que permitan detectar posibles signos de abuso es fundamental. Este estudio tiene como objetivo examinar los factores que influyen en el consumo excesivo de opioides en pacientes oncológicos, proponiendo estrategias que mitiguen los riesgos asociados y favorezcan un enfoque integral en el tratamiento, considerando tanto las necesidades físicas como psicológicas de los pacientes

Situación actual

La dependencia a los opioides es considerada hoy en día un problema de salud pública a nivel mundial. El 76% de las muertes por sobredosis de sustancias sintéticas o naturales son causadas por opioides y el 69% por fentanilo o sus derivados. La magnitud de esta epidemia ha llevado a los gobiernos y a las organizaciones internacionales a tomar medidas drásticas, aunque los resultados aún son inciertos y el problema persiste. Las políticas de control de opioides en muchos países aún no logran reducir de manera significativa tanto la disponibilidad libre como el abuso de estos fármacos, especialmente entre las poblaciones más vulnerables.

Los países sufren de esta epidemia a distintas escalas y gravedad. Una de las principales naciones con problemas de sobredosis de opioides son los Estados Unidos destacándose como el país desarrollado con el mayor consumo per cápita de opioides con prescripción, y también el que presenta las tasas más elevadas de abuso, dependencia y muertes por sobredosis vinculadas a estos fármacos. Un análisis que incluye el periodo de los años 1993 a 2015 informó una totalidad de 15 mil muertes por sobredosis de estas sustancias, y aumentando considerablemente las mismas en el 2016, donde el número total fue de 64 mil personas y se considera que aproximadamente 40 millones de ciudadanos norteamericanos son actualmente dependientes de estas drogas. Este panorama ha sido impulsado por diversos factores, entre los que se destacan la prescripción excesiva de opioides y la falta de seguimiento adecuado en su tratamiento. Han sido recetados de manera masiva en el tratamiento del dolor crónico, una práctica que, aunque dirigida a aliviar el sufrimiento de los pacientes, ha facilitado la dependencia de una gran parte de la población, exacerbada en especial en pacientes con dolor oncológico.

La razón de este abuso no solo radica en la sobre prescripción de los narcóticos, sino también en la falta de control en la continuidad del tratamiento por fuera de lo prescripto, con

pacientes que consumen opioides por más días e incluso por años, sin un seguimiento adecuado. Esta práctica ha generado que muchos pacientes que inicialmente recibieron los opioides para tratar dolores agudos terminan desarrollando una dependencia de estas sustancias, lo que agrava la crisis. Estudios han encontrado que una proporción significativa de las personas que abusan de opioides recetados obtienen estos fármacos de manera ilegal o sin supervisión médica adecuada, lo que aumenta el riesgo de sobredosis y complicaciones. En este contexto, los pacientes oncológicos, que a menudo enfrentan dolor crónico intenso, se encuentran en una situación particularmente vulnerable, ya que el manejo de su dolor suele implicar el uso prolongado de opioides, aumentando el riesgo de dependencia.

Sin embargo, los consumos de opiáceos de venta con receta alcanzaron su máximo en 2011, con el equivalente a 240 000 millones de miligramos de morfina, y han disminuido un 29% hasta 171.000 millones en los últimos años. Este descenso refleja, en parte, los esfuerzos del sistema de salud de Estados Unidos para frenar la epidemia de opioides. A través de medidas como la implementación de programas de monitoreo de prescripciones y la promulgación de leyes más estrictas sobre la prescripción de opioides, se ha buscado reducir la disponibilidad de estos fármacos en la población general. A pesar de ello, la situación sigue siendo preocupante, ya que, en muchos casos, las estrategias de control se han centrado más en la reducción de prescripciones que en el tratamiento integral del dolor, lo que ha generado que algunos pacientes se enfrenten a la dificultad de acceder a los opioides que realmente necesitan para el manejo de su dolor crónico.

En 2017, el tratamiento con opioides sufrió el mayor declive en los volúmenes en Estados Unidos. Esto fue debido a un control más preciso en las prescripciones, mayor educación y responsabilidad de los pacientes, y mayor presencia médica. Se redujo así el consumo en más de un 12 % de miligramos equivalentes de morfina, y las dosis más altas de opiáceos de venta con

receta disminuyeron más de un 33% en los últimos dos años. Estas medidas han sido consideradas como un avance importante en la lucha contra la epidemia de opioides, pero también han sido criticadas por algunos expertos que señalan que la reducción drástica de prescripciones podría poner en peligro el tratamiento adecuado del dolor de los pacientes, especialmente en aquellos que sufren de enfermedades graves como el cáncer. Según un estudio de Leavitt et al. (2018), si bien las políticas restrictivas han logrado frenar el abuso de opioides en muchos sectores de la población, también han provocado que algunos pacientes oncológicos no reciban el alivio adecuado para sus sufrimientos. Este dilema plantea la necesidad urgente de encontrar un equilibrio entre la reducción del abuso de opioides y el acceso adecuado a estos medicamentos para quienes realmente los necesitan.

Además de los esfuerzos regulatorios, la educación y la conciencia pública sobre los riesgos y beneficios del uso de opioides han cobrado una mayor importancia. En los últimos años, se ha puesto énfasis en la formación de los profesionales de la salud, particularmente aquellos que trabajan en el tratamiento del dolor oncológico. La capacitación en la identificación temprana de la dependencia a los opioides y la implementación de alternativas terapéuticas, como los adyuvantes no opioides, ha demostrado ser efectiva para reducir la dependencia y mejorar la calidad del tratamiento.

A nivel internacional, varios países han seguido el ejemplo de Estados Unidos y han comenzado a implementar medidas más estrictas para controlar el uso de opioides. Sin embargo, la implementación de estas políticas debe ser cuidadosamente equilibrada, ya que las restricciones excesivas pueden llevar a la falta de acceso a estos medicamentos vitales para quienes realmente los requieren. Según los datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), muchos países de América Latina y Asia enfrentan desafíos similares, con un aumento en la prescripción y el abuso

de opioides. En estos países, la falta de infraestructura adecuada para el tratamiento del dolor y la escasez de médicos capacitados en el uso de opioides son problemas significativos. En este contexto, es esencial mejorar el acceso a un manejo adecuado del dolor en todas las regiones, garantizando que los pacientes oncológicos no sufran innecesariamente mientras se lucha contra el abuso y la dependencia de los opioides.

Planteamiento del problema

Los opiáceos, son los fármacos con mayor eficacia analgésica y utilizados en gran medida globalmente. Sin embargo, el uso crónico puede desencadenar tolerancia, al disminuir la intensidad de respuesta o de la duración de la acción, requiriendo aumento de la dosis o acortando el intervalo de administración. Esta es una de las razones por las que su uso se ha incrementado de forma irracional, indiscriminada e injustificada. De hecho, también están siendo usados con fines recreativos por su potencial efecto eufórico, generando adicción y muertes por sobredosis alrededor del mundo y promoviendo una crisis global en constante y preocupante crecimiento. Todo lo anterior, ha hecho que los opiáceos sean medicamentos de uso controlado, incluso desde la antigüedad, que requieren de fiscalización por entes estatales y de vigilancia médica estrecha para diferenciar entre los pacientes que hacen tolerancia (para ajustar dosis e intervalos o rotar medicamentos), de aquellos que generan dependencia y requieren un manejo diferencial. Por esta razón, desde los años 80, la Organización Mundial de la Salud, viene promoviendo el uso racional de analgésicos, al desarrollar la escala analgésica para manejo del dolor crónico y oncológico ubicando a los opioides en el segundo y tercer escalón, favoreciendo el uso de analgésicos no opioides como primera línea de tratamiento. Por su parte, el Ministerio de Salud y Protección Social a través del Fondo Nacional de Estupefacientes, es el encargado del control y vigilancia de los opiáceos y otras sustancias controladas en Colombia, mediante la resolución 1478 de 2006.

Solución a problemática empresarial

Teniendo en cuenta este contexto la solución a la problemática empresarial que orienta este trabajo es la siguiente ¿Es posible diseñar un programa que permita el control y seguimiento de aquellos pacientes oncológicos que se encuentren en tratamiento contra el dolor con opioides?

Justificación

La dependencia a sustancias psicoactivas es un problema de salud pública a nivel mundial, esto incluye el uso indiscriminado de opioides de uso médico y con fines recreativos. De acuerdo con el Reporte Mundial de Drogas de 2019, cerca de 53 millones de personas consumieron opioides sin prescripción médica en 2017. En Colombia las cifras no son muy alentadoras, entre 2016 y 2019 se reportaron al SIVIGILA 1.364 intoxicaciones y 6 muertes atribuibles al uso de medicamentos opioides. A pesar de los efectos secundarios y el riesgo de desarrollar dependencia, el alto poder analgésico que poseen los opioides, hace que su uso sea indispensable en el manejo del dolor de las personas que padecen algún tipo de cáncer y su empleo no se puede discontinuar. Por esta razón, se considera necesario establecer un programa multidisciplinario para el control y seguimiento de los adultos con cáncer que requieren del uso crónico de opioides, asegurando su acceso, e identificando y manejando de forma oportuna aquella población que desarrolle dependencia. El objetivo de la atención médica personalizada es asegurar que cada paciente tiene la mejor respuesta clínica, tanto como las medidas preventivas y tratamientos para satisfacer sus necesidades y características que le son únicas. Además de esto, el dolor en pacientes oncológicos es un suceso de tipo multifactorial que no solo incluye el estímulo nociceptivo, sino también las

comorbilidades, la ansiedad, la calidad de vida, las limitaciones, la depresión e insomnio, generando un impacto sobre el estado no solamente físico sino también de ánimo que requiere un abordaje completo y detallado.

El abuso de opioides en pacientes oncológicos es una preocupación creciente que no solo involucra el riesgo de dependencia en aquellos que reciben estos medicamentos para controlar el dolor, sino que también está relacionado con los desafíos de gestionarlos adecuadamente dentro de los sistemas de salud. A medida que la población de pacientes oncológicos crece, se presenta la necesidad de un enfoque más riguroso en el control de estos fármacos, debido a que su uso prolongado puede inducir tanto tolerancia como dependencia. Si bien los opioides son esenciales para manejar el dolor severo en pacientes con cáncer avanzado, el manejo indebido de estos puede dar lugar a consecuencias no deseadas, como el abuso y la sobredosis. Es fundamental que los profesionales de la salud y los administradores hospitalarios trabajen conjuntamente para implementar protocolos de monitoreo que identifiquen signos tempranos de abuso, utilizando tecnologías como sistemas de control de prescripción y revisiones periódicas de los tratamientos.

Además, el abuso de opioides en estos pacientes no solo se ve reflejado en el consumo de medicamentos recetados, sino también en el creciente acceso a opioides sintéticos como el fentanilo, que, si bien se utiliza en el manejo de dolores intensos, también ha sido responsable de un aumento alarmante de muertes por sobredosis en todo el mundo. Esto resalta la necesidad urgente de estrategias preventivas que vayan más allá de la prescripción de estos fármacos, incorporando alternativas terapéuticas, educación a los pacientes y un monitoreo constante de sus condiciones físicas y psicológicas.

Dentro del ámbito hospitalario, la administración de la salud debe crear e implementar políticas que regulen la administración de opioides, que no solo se centren en el control de la

cantidad de medicamentos prescritos, sino también en la calidad del seguimiento del paciente. Esto incluye una comunicación constante entre los oncólogos, los especialistas en dolor y los farmacéuticos, así como la integración de programas educativos que sensibilicen a los pacientes sobre los riesgos de la dependencia y el abuso de los opioides.

Además, los sistemas de salud deben explorar alternativas terapéuticas que complementen o incluso sustituyan el uso de opioides, como los tratamientos no farmacológicos (por ejemplo, fisioterapia, terapia cognitivo-conductual) y el uso de medicamentos con un menor riesgo de abuso, como los analgésicos no opioides. La implementación de estos enfoques puede ayudar a reducir la dependencia de opioides, mejorando no solo la calidad del tratamiento, sino también la calidad de vida de los pacientes a largo plazo.

La recolección de datos de pacientes oncológicos cuyo dolor es tratado con opiáceos de manera detallada y minuciosa permitirá llevar un registro institucional de las indicaciones médicas hechas para los mismos, así como también de la frecuencia, dosis y hábitos de consumo de estas medicaciones. Los resultados obtenidos en dichos registros permitirán facilitar al plantel médico y farmacéutico el estricto control del consumo de opioides en los pacientes tratados, recibiendo información precisa y clara de cada esquema y protocolo individual y permitiendo el seguimiento y obtención de toda información necesaria para el análisis de las prescripciones y pudiendo generar así las modificaciones necesarias en ellos.

El acompañamiento y abordaje de cada paciente de manera individual tendrá un impacto positivo colaborando con el sentimiento de encontrarse cuidado en los momentos arduos de dolor en una enfermedad crónica como lo es el cáncer, solventando dudas mientras se aplica el correcto uso de medicación de alto riesgo. La educación constante e información de fácil acceso implicaría una disminución en los malos hábitos de consumo de opioides, llevando a una disminución en las

probabilidades de generar dependencia a los mismos y sufrir de sus efectos adversos. El manejo del dolor es una tarea que involucra no solo al paciente, sino también a su círculo cercano y el equipo médico. No seguir el tratamiento indicado, consumir medicamentos o sustancias sin receta médica, o automedicarse, puede empeorar la salud de este.

Las instituciones de salud podrán beneficiarse con estas intervenciones no solo mejorando la calidad y el sistema de seguridad del paciente, sino también controlando el impacto económico que genera la sobre prescripción y consecuente aumento de compras de medicación, disminuyendo al mínimo indispensable los gastos en las mismas.

Existen diversas herramientas y cuestionarios ya existentes por otras instituciones de salud u organismos relacionados con la salud y diseñados para evaluar el riesgo de abuso de opioides antes, durante y después de su prescripción y para identificar comportamientos inadecuados o señales de abuso de sustancias. Algunos ejemplos son la Pain Medication Questionnaire (PMQ), el Screener and Opioid Assessment for Patients with Pain Revised (SOAPPR), el único que se encuentra disponible en español. Otros que vale la pena mencionar son el Opioid Risk Tool (ORT) y el Current Opioid Misuse Measure (COMM). Estas pruebas pueden utilizarse directamente o ser consideradas una guía o base para crear propias en cada establecimiento. Deben considerarse los alcances y limitaciones de estas al momento de implementarlas.

Algunos aspectos clave generalmente recomendados en estas guías son:

- **Realizar una evaluación inicial y diagnóstico:** Antes de iniciar cualquier tratamiento con opioides, se recomienda realizar una revisión y evaluación exhaustiva del paciente incluyendo su historia clínica detallada, valoración de los niveles del dolor y revisión de

los antecedentes relacionados al uso de sustancias especialmente la existencia o no de factores de riesgo para el abuso de opioides.

- **Búsqueda de otras alternativas terapéuticas antes de optar por el uso de opioides:**

Las guías sugieren que los opioides sólo deben ser considerados cuando otras opciones terapéuticas hayan fallado, tales como AINES o terapias no farmacológicas.

- Iniciar siempre con dosis bajas y ajustar de manera gradual según sea necesario en caso de no poder controlar el dolor y siempre monitoreando los efectos adversos y el riesgo de generar dependencia y tolerancia.
- Seguimiento constante de eficacia, efectos adversos y señales de abuso del paciente durante el tratamiento con opioides. Algunas pruebas que pueden utilizarse son los análisis bioquímicos de sangre y orina y cuestionarios para evaluar el riesgo.

Los efectos adversos ante un abuso pueden ser los siguientes:

- **Desensibilización del sistema nervioso central:** El uso crónico de opioides puede alterar la forma en que el cuerpo percibe el dolor, lo que puede hacer que sea más difícil gestionar el dolor de manera eficaz sin recurrir a dosis más altas.
- **Trastornos gastrointestinales:** El estreñimiento crónico es un efecto secundario común del uso de opioides, que puede empeorar la calidad de vida de los pacientes oncológicos.
- **Disfunción respiratoria:** El uso excesivo de opioides puede afectar la respiración, especialmente si el paciente se vuelve tolerante a los efectos analgésicos, pero no a los efectos respiratorios, lo que aumenta el riesgo de sobredosis.

- **Alteración de la conducta:** irritación, ataques de ira, despersonalización, bipolaridad, esquizofrenia, ataques de pánico, ideas suicidas, imposibilidad para socializar y realizar actividades laborales o educativas, entre otros.

Objetivos

Objetivo general

Diseñar un programa institucional multidisciplinario, para el control y seguimiento de adultos con cáncer que requieren del uso crónico de opioides, identificando a los pacientes susceptibles de desarrollar dependencia a este grupo de medicamentos.

Objetivos específicos

1. Esquematizar un cuestionario en una institución que trate adultos con cáncer que requieren manejo con opioides para el dolor en donde se registren hábitos de consumo de esta medicación y correlacionarse con las indicaciones médicas prescriptas.
2. Establecer un plan de seguimiento multidisciplinario para el control estricto del consumo de opiáceos de los pacientes sometidos al tratamiento.
3. Diseñar recomendaciones para los profesionales de la salud sobre el manejo de opioides en el paciente oncológico con dolor.

Marco conceptual

El uso de opioides y opiáceos ha sido una constante en la medicina desde tiempos antiguos, especialmente en el tratamiento del dolor. El opio, extraído de la planta *Papaver somniferum*, fue utilizado en civilizaciones como la mesopotámica, egipcia y griega, principalmente por sus efectos analgésicos y sedantes. Sin embargo, no fue hasta el siglo XIX cuando la morfina fue aislada de manera efectiva, marcando un hito en la historia del tratamiento del dolor. A lo largo del siglo XIX, la morfina se usó ampliamente en la medicina, especialmente durante la guerra civil estadounidense, debido a su eficacia para aliviar el dolor en heridas graves de guerra.

Más tarde y a principios del siglo XX se descubrió la heroína, sintetizada desde la morfina que, aunque inicialmente se pensaba que era menos adictiva que la morfina, rápidamente se evidenció su potencial adictivo, lo que llevó a su prohibición. A medida que avanzaba la investigación farmacológica, surgieron opioides sintéticos, como el fentanilo, que ofrecían una potencia mucho mayor que la morfina y, por lo tanto, una mayor eficacia en el tratamiento de dolores intensos, aunque con un mayor riesgo de abuso y dependencia. Estos avances farmacológicos trajeron consigo una doble cara: mientras que los opioides mejoraron significativamente el manejo del dolor en condiciones terminales y oncológicas, también comenzaron a revelarse sus riesgos asociados al abuso y la adicción.

En la actualidad, la utilización de opioides sigue siendo esencial en el manejo del dolor en pacientes oncológicos, especialmente para aquellos que atraviesan etapas avanzadas de la enfermedad. Sin embargo, la gestión de estos fármacos se ha convertido en un desafío para los administradores de la salud, que buscan equilibrar su uso eficaz con las estrategias para prevenir el abuso y la dependencia. La administración de opioides en contextos oncológicos requiere una evaluación continua de los riesgos y beneficios, así como políticas claras para su prescripción y

monitoreo, con el fin de garantizar una atención de calidad y evitar complicaciones relacionadas con su uso inapropiado.

De acuerdo con Cooper et al. En 2017, el uso de opioides para tratar el dolor crónico ha ido en aumento en las últimas décadas y a nivel mundial. Esta tendencia no solo se ha observado en la población general, sino también en aquellos pacientes que enfrentan enfermedades graves, como el cáncer. El dolor oncológico es uno de los tipos más prevalentes de dolor crónico, lo que ha impulsado a los opioides a convertirse en una de las herramientas más utilizadas en la medicina paliativa. Sin embargo, el manejo de este tipo de dolor conlleva una serie de desafíos y riesgos, particularmente en lo que respecta a la dependencia y el abuso de los opioides.

Según Bosetti et al. (2019), las prescripciones de estos fármacos han aumentado rápidamente en la mayoría de los países europeos, lo que ha elevado las preocupaciones acerca del posible mal uso de estos. En este contexto, el abuso de opioides ha cobrado una relevancia cada vez mayor no solo en términos de salud pública, sino también por sus implicancias económicas y sociales. En particular, Estados Unidos y Canadá se han destacado como los países donde la crisis del abuso de opioides ha alcanzado niveles críticos. Desde 1999, la falta de una regulación estricta y la prescripción inadecuada de opioides en los Estados Unidos han originado lo que se ha denominado como una "epidemia de opioides". Este fenómeno ha tenido repercusiones devastadoras para la salud pública, con un aumento constante de muertes relacionadas con sobredosis, las cuales en su mayoría son atribuibles al abuso de analgésicos opioides recetados, según menciona Helmerhorst et al., 2017. El consumo de opiáceos con receta en Estados Unidos aumentó considerablemente desde mediados de los 90 hasta su punto álgido en 2011, con 240.000 millones de prescripciones anuales.

Según el estudio de Smith et al. (2018), aproximadamente el 30% de los pacientes con cáncer tratados con opioides desarrollan algún grado de dependencia, lo que aumenta la probabilidad de abuso y complicaciones relacionadas con estos fármacos.

Una investigación adicional de Bohnert et al. (2011) destaca que, aunque los opioides son eficaces para el manejo del dolor oncológico, su uso prolongado y el aumento de las dosis están asociados con un mayor riesgo de complicaciones, incluidas sobredosis fatales. En este sentido, el dolor en pacientes con cáncer, aunque legítimo, se ve a menudo mal gestionado o minimizado por la preocupación de los médicos sobre los riesgos de adicción. A pesar de estas preocupaciones, los pacientes con cáncer a menudo son los que más se benefician de un tratamiento efectivo con opioides, lo que pone en evidencia la necesidad de encontrar un equilibrio entre el manejo adecuado del dolor y la prevención del abuso.

Las políticas de prescripción de opioides, como las guías establecidas por el Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos (CDC) en 2016, también han sido objeto de debate. Según Dowell et al. (2016), estas guías, aunque útiles para reducir el uso excesivo de opioides, han generado tensiones en la comunidad médica, particularmente en el ámbito de la oncología. En muchos casos, los oncólogos se enfrentan a dilemas éticos sobre cómo tratar adecuadamente el dolor de sus pacientes sin incurrir en prácticas que puedan conducir a una dependencia o abuso. De acuerdo con lo que señala Volkow et al. (2017), el reto radica en la implementación de estrategias que permitan un control más preciso de las prescripciones sin que ello afecte negativamente la calidad de vida de los pacientes oncológicos.

Además, es importante señalar que la situación del abuso de opioides no es exclusiva de países de altos ingresos. En naciones de América Latina, como México y Brasil, el consumo de opioides también ha ido en aumento, aunque el problema se presenta con características distintas.

En muchos casos, las políticas de acceso a estos medicamentos son más restrictivas, lo que, si bien puede reducir el riesgo de abuso, también limita el tratamiento adecuado del dolor oncológico (Sampietro-Colom et al., 2019). La falta de infraestructura médica, sumada a la escasa formación de los profesionales de la salud en el uso adecuado de opioides, genera que muchos pacientes sufran de dolor no controlado.

Por otro lado, la tendencia mundial hacia el uso de alternativas no opioides en el tratamiento del dolor crónico también ha ganado relevancia. El tratamiento multimodal del dolor, que incluye el uso de adyuvantes como antidepresivos y anticonvulsivos, ha mostrado ser una opción efectiva para reducir la dependencia de opioides. Según lo señalado por Elander et al. (2019), la combinación de opioides con otros tipos de fármacos puede mejorar el control del dolor y disminuir la dosis necesaria de opioides, lo que reduce los riesgos asociados al abuso de estos fármacos.

En cuanto a la percepción pública y profesional del uso de opioides en pacientes con cáncer, estudios como los de Papadimitriou et al. (2020) sugieren que existe una fuerte resistencia a la prescripción de opioides debido a temores sobre la adicción, lo que genera un tratamiento insuficiente del dolor. Sin embargo, otros autores, como de la Fuente et al. (2020), abogan por la educación continua de los médicos sobre el manejo adecuado del dolor oncológico y la identificación temprana de los signos de abuso. Esta educación debe ser complementada con programas de apoyo psicológico y psiquiátrico para aquellos pacientes en riesgo de desarrollar dependencia, así como con sistemas de monitoreo que permitan detectar patrones de uso inapropiado.

Según un estudio de Garcia et al. (2020), el uso de terapias complementarias y alternativas, como la acupuntura, la terapia cognitivo-conductual y los medicamentos adyuvantes, puede ayudar

a reducir la cantidad de opioides necesarios para controlar el dolor y mejorar la calidad de vida de los pacientes con cáncer

A nivel de políticas públicas, la regulación de la prescripción de opioides ha sido una estrategia común en muchos países para frenar la crisis del abuso. En los Estados Unidos, la implementación de programas como el Sistema de Monitoreo de Prescripciones de Opioides (PDMP) ha mostrado resultados mixtos. Según un estudio de Green et al. (2021), aunque estos sistemas han logrado reducir las prescripciones inadecuadas, no han sido suficientes para controlar el consumo excesivo de opioides, lo que sugiere la necesidad de un enfoque más integral que combine la regulación con la educación y la innovación en el tratamiento del dolor.

Abuso de sustancias

Cuando hablamos de abuso, nos referimos al uso incorrecto, sostenido y perjudicial de una sustancia con características adictivas y cuyo consumo impacta negativamente en la calidad de vida, con consecuencias de tipo social, laboral, académicas y en muchas ocasiones conllevan a problemas legales y potencial riesgo de muerte. La dependencia es la necesidad física y/o mental de consumir o acceder a un tipo de sustancia de manera crónica, continuamente o de manera periódica, con potencial desarrollo de tolerancia y afecciones en la conducta. El abuso no implica exclusivamente una dependencia ya que en muchas ocasiones el paciente puede tomar la decisión de finalizar con su consumo, no siendo lo más común en una situación de dependencia.

Cáncer

El cáncer como tal es el conjunto de tumores de tipo maligno, es decir, lesiones invasivas y destructivas de tejidos y estructuras adyacentes con la capacidad de diseminarse a distintas localizaciones distantes, lo que se conoce como metástasis. Entre los cánceres más comunes en

pacientes hospitalizados se incluyen el cáncer de pulmón, mama, colon y próstata. Estos cánceres son responsables de una alta morbilidad y mortalidad, y su tratamiento requiere un enfoque integral que involucra cirugía, quimioterapia, radioterapia y, en muchos casos, el manejo del dolor asociado.

Dependencia

Las dependencias pueden ser de tipo físicas y psicológicas. Estas últimas implican efectos motivacionales de consumo mientras que las físicas son alteraciones a nivel fisiológico provocando diferente sintomatología.

Neoplasia

El término “neoplasia” hace referencia a “nuevo crecimiento” mientras que la oncología, proveniente del griego “oncos = tumor” es el estudio de las neoplasias. Según Willis “una neoplasia es una masa anormal de tejido cuyo crecimiento excede y está descoordinado con el de tejidos normales”. Una neoplasia genera un tumor, considerado un cúmulo de células tumorales. Estas células son consideradas anormales, generadas por una alteración genética que promueve su proliferación excesiva y desregulada. Las neoplasias son tumores que pueden clasificarse en benignos o malignos. Las benignas son aquellas que no invaden los tejidos circundantes ni se diseminan a otras partes del cuerpo, mientras que las malignas tienen la capacidad de invadir tejidos cercanos y metastatizar a otros órganos.

Opioide/Opiáceo

Los términos opioide y opiáceo tienen significados distintos, aunque es común encontrarlos como sinónimos. El término opioide se incluye a cualquier sustancia endógena o exógena que presenta afinidad por los receptores opioides, es decir, que se une a ellos de forma específica. Por

otra parte, opiáceo se refiere a todas las sustancias obtenidas del opio, independientemente de los receptores a los que se unen en el organismo y los efectos en el mismo. De la adormidera o amapola real (*papaver somniferum*) se extrae el opio, sustancia que contiene más de 20 alcaloides activos, como la morfina (9-17%) y la codeína (0.4 – 5%), y a partir de la morfina base o del hidrato de morfina se extrae la heroína de manera sintética.

Prostaglandinas

Tanto las prostaglandinas como la sustancia p constituyen sustancias cuya liberación aumenta ante una situación o estímulo doloroso, las cuales median la reacción inflamatoria. Las prostaglandinas y la sustancia P son moléculas clave en la mediación del dolor y la inflamación. Las prostaglandinas, derivadas del ácido araquidónico, facilitan la inflamación y sensibilizan las fibras nerviosas, mientras que la sustancia P promueve la transmisión del dolor y amplifica la respuesta inflamatoria. En pacientes oncológicos, ambos compuestos contribuyen al dolor crónico asociado con el cáncer y sus tratamientos. El manejo del dolor en estos pacientes incluye el uso de AINEs, opioides y tratamientos dirigidos a bloquear la sustancia P, además de enfoques no farmacológicos como terapias físicas y psicológicas.

Síndrome de abstinencia

El síndrome de abstinencia no siempre es consecuencia de un abuso a una sustancia, sino que también puede aparecer ante una retirada abrupta de una medicación o se reduce su dosis y se traduce en síntomas físicos consecuentes de la falta de esta.

Tolerancia

La tolerancia se la define como la reducción en la eficacia y en los niveles de los efectos producidos por una sustancia y consecuente a su exposición repetida, requiriendo mayores cantidades para conseguir el efecto deseado o respuesta buscada.

Marco teórico

Dolor

Según la OMS, la estrategia farmacológica es pilar fundamental en el tratamiento paliativo. Uno de los pilares fundamentales del tratamiento del cáncer es el adecuado control del dolor para asegurar años de calidad de vida durante la evolución de la enfermedad. Se entiende como dolor a una experiencia de tipo sensorial y emocional desagradable, vinculada con una lesión real o potencial de tejidos, o descrita en términos de dicho daño. Es un fenómeno comunicacional y subjetivo la tolerancia de cada individuo, por lo que el tratamiento depende de lo que exprese el paciente que padece tal sensación. Se conoce que entre el 70-80% de pacientes oncológicos en estadios avanzados presentan dolor moderado a severo. Se trata de uno de los desafíos más grandes que existe en la medicina debido a los diferentes grados de tolerancia al dolor entre pacientes, la presencia de alergias y/o comorbilidades que limitan el uso de un medicamento o familia de medicamentos, sumado a los posibles efectos secundarios derivados de su uso y sin olvidar la posibilidad que existe de generar tolerancia, abstinencia o dependencia, principalmente a los opiáceos.

El dolor se clasifica en agudo, semi-agudo o crónico según su tiempo de duración. El dolor agudo presenta mayor carga patológica y menor tiempo de duración (de 1 semana a 1 mes). El

dolor semi-agudo es aquel que dura entre 1 a 6 meses. El dolor crónico suele presentar menor carga patológica y mayor tiempo de duración (mayor a 6 meses).

Según su origen, se puede clasificar en nociceptivo o en neuropático. Dentro de los nociceptivos, se identifican los de origen visceral, producidos por una lesión de víscera y descrito como dolor constante y mal localizado e irradiado, y los de origen somático, productos de una lesión de piel, pleura, peritoneo, músculo, periostio o hueso, descrito como sordo, mordiente o continuo, localizado en el lugar lesionado, escasamente irradiado o referido. El dolor nociceptivo depende de las prostaglandinas. Por otro lado, el dolor de tipo neuropático es causado por una lesión primaria o disfunción del sistema nervioso central o por el periférico. y siendo sustancia p dependiente. Un paciente oncológico suele cursar un dolor de tipo mixto, es decir, de ambos tipos en simultáneo. Las causas pueden ser por la patología en sí misma (causa primaria) o secundaria a los tratamientos. El tratamiento del dolor resulta beneficioso no solo para mejorar la calidad de vida del paciente, sino también para poder realizar procedimientos diagnósticos en mejores condiciones y obtener más y mejor calidad de información en la anamnesis.

En 1982, la OMS propuso un programa mundial con el objetivo de mejorar el tratamiento del dolor oncológico que incluye una escalera terapéutica que permite elegir el fármaco más adecuado para el tratamiento del dolor según su intensidad y fracaso terapéutico del escalón anterior. Los tratamientos para el dolor deben entonces considerarse de manera escalonada, yendo de analgésicos no opioides, a opioides débiles y terminando en opioides más potentes como última opción, integrando a la terapia paliativa y a los fármacos adyuvantes entre ellos. El tratamiento del dolor oncológico se basa en el uso de analgésicos y co-analgésicos y mejorar el control de estos. Las normas de uso de esta escala se enumeran a continuación:

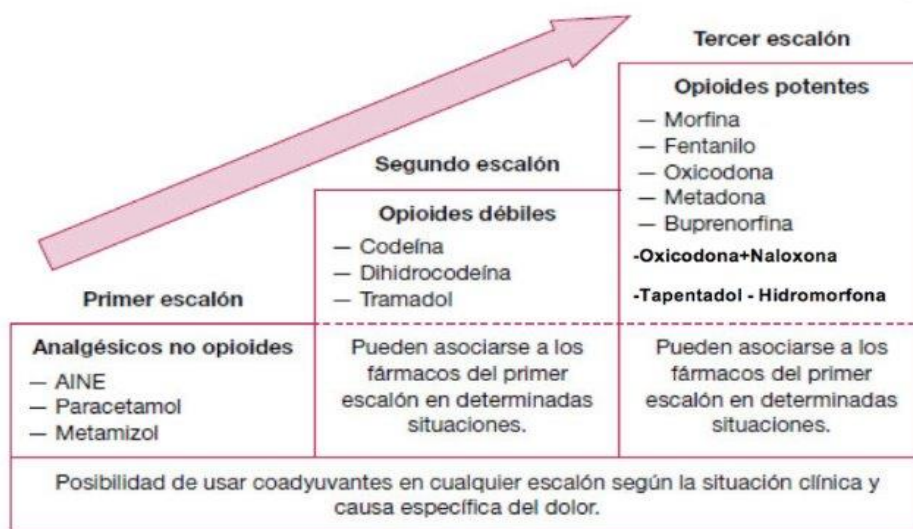
1. Es requerimiento esencial la cuantificación de la intensidad del dolor es esencial en el manejo y seguimiento del dolor.

2. La subida de escalón depende del fallo del tratamiento del escalón anterior. En primer lugar, se prescriben los analgésicos del primer escalón. Ante una falla, se pasará a los analgésicos del segundo escalón, combinados con coadyuvante si es necesario. Si no mejora el paciente, se iniciarán los opioides potentes, combinados con los del primer escalón, con o sin coadyuvante.

4. Si el segundo escalón no es eficaz, la subida al tercer escalón debe ser inmediata

5. Los opioides fuertes y débiles nunca deben ser mezclados entre sí.

Figura 1. *Escalera analgésica según OMS*



Nota: Obtenido de OMS (2023)

La elección de tratamiento comienza con el primer escalón en donde la presencia de dolor leve en los pacientes puede tratarse con fármacos tales como los AINES o el paracetamol. Su limitación se debe a la existencia de techo terapéutico en donde una vez alcanzada cierta dosis, el fármaco en cuestión deja de tener efecto sobre la sensación del dolor. Es decir, una vez alcanzada

la dosis máxima recomendada, aumentar la misma no producirá mayor efecto sobre la analgesia, pero si mayores efectos adversos. Sin embargo y según las recomendaciones de La Sociedad Americana del Dolor todas las pautas de tratamientos analgésicos deben incluir un fármaco de tipo no opioide, incluso cuando el dolor se considere lo suficientemente intenso como para añadir un opioide. Este primer escalón, entonces, se repetirá en los próximos bajo la propuesta del efecto de sinergia. Esta propuesta se basa en los mecanismos de acción tanto de los opiáceos como de los analgésicos no opioides, donde ambos ejercen su acción sobre receptores ubicados en distintas partes del organismo. Los opiáceos actúan a través de receptores en el sistema nervioso central, mientras que los analgésicos no opioides ejercen su acción en la periferia.

En el siguiente escalón, el del dolor moderado, se recomienda iniciar el tratamiento con opioides de tipo menores tales como el tramadol o la codeína. El tercer y último escalón contiene a los opioides mayores destinados a un dolor severo o que no se ha podido controlar en las pautas anteriores. En este grupo se ubican la morfina y el fentanilo, entre otros. Estos fármacos no presentan techo analgésico.

Cuando la escalera terapéutica no es efectiva incluso en la combinación de analgesia con opioides sistémicos propuesta en el último escalón, se puede optar por aplicaciones espinal, epidural o bloqueos de nervios.

Otra estrategia del manejo de dolor alto y con fracaso terapéutico es la llamada rotación de opioides, bien a un nuevo opioide o al mismo, pero con una distinta vía de administración, en donde se debería utilizar una dosis equianalgésica según se muestra en la Tabla 1.

Tabla 1. *Dosis equianalgésicas de los analgésicos opiáceos más comúnmente utilizados*

Fármaco	Parenteral (mg)	Oral (mg)
Codeína	130	200
Hidromorfona	1,5	7,5
Meperidina	75	300
Metadona	10	20
Morfina	10	30
Oxicodona	15	20
Oximorfona	1	15

Nota: elaboración propia.

El dolor irruptivo es un tipo de dolor común en los pacientes oncológicos. Si bien distintos autores lo definen de diversas maneras, en resumen, se puede describir como un dolor agudo exacerbado, de corta duración, intensidad moderada a alta, episódico y de aparición común al realizar actividades simples como levantarse de la cama, toser, orinar, defecar, hablar, caminar, etc. En otras ocasiones, no se puede identificar el desencadenante. Este dolor es común en

pacientes oncológicos. Es un dolor de mal pronóstico, con mucha variabilidad entre los individuos, y que generalmente interrumpe la rutina diaria y afecta la calidad de vida de los pacientes.

Opioides

Se entiende por opioides a los compuestos endógenos o exógenos derivados del opio con función analgésica utilizados ampliamente en el dolor crónico canceroso. Su uso como analgésico se remonta a la época del antiguo Egipto y Sumeria, sin embargo, fueron los griegos y romanos quienes detallaron el uso y preparación del opio. Alejandro Magno lo introduce en Persia y en India; y unos siglos después comerciantes árabes lo introducen en China. Fue en 1806 cuando Serturmer aisló morfina del Opio y le dio el nombre de Morfina. En el año 1843 A. Wood introduce la morfina inyectable, y en 1874 Bayer sintetiza Heroína, el primer derivado sintético de la morfina. En 1925 se determina su fórmula estructural. Su nombre no sólo deriva de su origen, sino también hace referencia a su mecanismo de acción con afinidad selectiva a los receptores opioides. De la adormidera o amapola real (*papaver somniferum*) se extrae el opio, sustancia que contiene más de 20 alcaloides activos, como la morfina (9-17%) y la codeína (0.4 – 5%), y a partir de la morfina base o del hidrato de morfina se extrae la heroína y otras sustancias semisintéticas o sintéticas.

La morfina representa al grupo, siendo considerada producto natural del opio junto con la codeína. De lo mismos se obtuvieron derivados sintéticos con modificaciones en la estructura natural de la morfina con el fin de disminuir los efectos adversos, mejorar la actividad analgésica, y disminuir la tolerancia, adicción y la dependencia, problemas muy comunes entre los pacientes consumidores de esta medicación. Es por lo que su uso debe ser valorado con un escrupuloso

seguimiento de las guías de práctica clínica, con seguimiento estricto de su prescripción por un mismo médico o equipo de profesionales de salud, con la conveniente intervención multidisciplinaria de distintos especialistas. De esta manera, el uso de opioides puede resultar beneficioso para tratar aquellos dolores crónicos donde los analgésicos de menor potencia no son suficientes, según la escala propuesta por la OMS, manteniendo su seguridad y sin implicar riesgos de adicción o tolerancia. La estimulación sostenida del agonista del receptor opioide, repetida y mantenida en el tiempo generara mayor riesgo y efectivamente tolerancia de los efectos analgésicos, colaterales y psicomiméticos llevando a que cada vez se requiera mayor dosis de estos.

Su mecanismo de acción está mediado por unión a los receptores opioides, los cuales pertenecen al grupo de receptores de membrana asociados a la proteína G. Se conocen 4 receptores opioides en humanos: mu, delta, kappa y nociceptina, que poseen distintos ligandos endógenos. Los opioides pueden actuar como agonistas, agonistas parciales o antagonistas en uno o varios de los receptores. A esta característica se la conoce como dualismo farmacológico, donde dos fármacos diferentes pueden producir la misma acción farmacológica por mecanismos neuronales diferentes. El sistema opioide endógeno, inhibe la respuesta al estímulo doloroso y tiene además un papel relevante en el circuito cerebral de recompensa y adicción, responsable del desarrollo de dependencia.

Su efecto es dosis dependiente y no existe otro techo que el marcado por los efectos secundarios. Existen multitud de preparados de acción rápida y vida media corta y de vida media larga, así como de vías de administración: oral, rectal, transdérmica, transmucosa, subcutánea, intravenosa, epidural o intratecal. Existe una enorme variabilidad individual a la dosis requerida y al desarrollo de efectos secundarios. La tolerancia puede desarrollarse con rapidez y se ve evidenciada por la disminución en la intensidad de la respuesta al tratamiento o menor tiempo de

duración de la acción. Parece tratarse de un mecanismo de desensibilización de receptores por desacoplamiento de estos con los elementos participantes de las vías de señalización.

En pacientes críticos los opioides más comúnmente utilizados son fentanilo y morfina (fentanilo: menor vida media, mayor estabilidad hemodinámica y no acumula metabolitos tóxicos en insuficiencia renal). El remifentanilo es una alternativa de mayor costo, vida media ultracorta, no se acumula en falla renal ni hepática, pero no mostró mayores beneficios clínicos. Entre los efectos adversos, se encuentran: náuseas, vómitos, estreñimiento, sudoración, confusión, miosis, retención urinaria, prurito, disminución de la TA, elevación del intervalo QT (principalmente la metadona), depresión respiratoria.

Algunos de los problemas relacionados con los médicos en el manejo de opioides son la falta de capacitación en el manejo del dolor (falta de profesionales especialistas en el área), el miedo a la dependencia psicológica, física y tolerancia del paciente, y la variación interindividual de la percepción del dolor. Las dosis de analgésicos opioides deben ajustarse de forma individualizada y progresiva hasta que se encuentre la dosis adecuada, basada en la respuesta del paciente al fármaco. La dependencia se describe como la necesidad incontrolable física y mental de consumir, en este caso, uno o varios tipos de estupefacientes. Este fenómeno puede generarse si se interrumpe bruscamente el consumo de opioides, si se reduce de manera rápida la dosis, si disminuyen los niveles sanguíneos de la sustancia o si se administra un antagonista.

El momento de aparición de la dependencia física a los opioides puede variar, y suele esperarse en pacientes que han estado recibiendo tratamiento mínimamente durante más de dos semanas. Además, siempre que sea necesario suspender el opioide, debe tenerse en cuenta que la interrupción debe ser progresiva para evitar el síndrome de abstinencia (ocurre cuando se suspende

abruptamente la administración de opioides y se caracteriza por la aparición de síntomas tales como ansiedad, insomnio, inquietud, aumento de

sensibilidad al dolor, vómitos o náuseas, mialgias, disforia, sudoración excesiva, taquicardia, diarrea, hipertensión, dilatación pupilar, alucinaciones, entre otros síntomas). El síndrome de abstinencia ocurre debido a una secreción excesiva de un neurotransmisor, la noradrenalina, debido a que en la exposición crónica a opioides exógenos el tono adrenérgico es mayor y repletando así el mecanismo de autorregulación o feedback natural. La disminución de la dosis de opioides debe seguirse según:

- < 5 días –Suspender
- 5-7 días -Reducir 25-50% de la dosis inicial por día
- 7-14 días -Reducir 20% de la dosis inicial por día
- 14-30 días -Reducir 20% de la dosis inicial cada 48 horas
- > 30 días -Reducir 20% de la dosis inicial cada 96 horas

Epidemiología

El abuso de opioides se ha convertido en una de las principales preocupaciones de salud pública a nivel mundial en las últimas décadas, afectando tanto a países desarrollados como en vías de desarrollo. Esta crisis ha tenido repercusiones devastadoras en las comunidades, familias y sistemas de salud, y aunque las tasas de abuso varían según las regiones y las políticas de salud pública de cada país, la tendencia al aumento general ha sido alarmante. El abuso de opioides no solo involucra el consumo de sustancias ilegales como la heroína o la cocaína, sino también el uso

indebido de medicamentos recetados, lo que lo convierte en un problema mucho más complejo de abordar.

En países como Estados Unidos aproximadamente 9.3 millones de personas mayores de 12 años informaron haber usado opioides recetados de manera indebida durante el último año, mientras que más de 1 millón de personas reportaron el uso de heroína. Esta tendencia se encuentra en parte relacionada con el aumento de la prescripción de opioides en los años previos, momentos donde estos medicamentos fueron ampliamente utilizados para tratar el dolor crónico sin considerar adecuadamente los riesgos de dependencia. Aunque en los últimos años se han implementado medidas para controlar su uso, la crisis persiste especialmente debido a la disponibilidad de opioides sintéticos como el fentanilo, que ha provocado un alarmante aumento en las muertes por sobredosis especialmente en jóvenes que acuden a fiestas electrónicas.

Por su parte, en Europa, el abuso de opioides tiene características propias que varían entre países. Mientras que algunos países como ser Estonia y Lituania han enfrentado problemas significativos debido a la prevalencia de sustancias ilegales tales como la heroína, otros como Noruega han experimentado un incremento en el uso indebido de analgésicos opioides legales y recetados. En muchos casos, la combinación de estos factores ha exacerbado la crisis. A nivel mundial, no solo las naciones más ricas están enfrentando esta problemática, sino también países de ingresos bajos y medios que, aunque no se ven afectados de la misma manera, empiezan a mostrar un aumento en los patrones de consumo y abuso.

Como fue mencionado, el abuso de opioides está influenciado por una serie de factores y no por una sola causa. Uno de los más importantes es el acceso a estos medicamentos, que en muchos países ha sido facilitado por la prescripción excesiva y la falta de conciencia sobre los riesgos de dependencia, como lo fue en Estados Unidos. La capacidad de obtener opioides tanto

de manera legal como ilegal ha llevado a muchas personas a desarrollar tolerancia, dependencia y, en algunos casos, adicción. Además, las personas con trastornos psiquiátricos, como depresión, ansiedad o trastorno de estrés postraumático se encuentran particularmente en mayor riesgo de recurrir a los opioides como una forma de alivio para sus síntomas. Los factores sociodemográficos también juegan un papel crucial, ya que los jóvenes adultos, especialmente aquellos entre 18 y 25 años, son más susceptibles a experimentar estas condiciones, al igual que las personas con menos acceso a servicios de salud.

Las consecuencias del abuso de opioides son devastadoras, tanto a nivel individual como social. Las muertes por sobredosis son una consecuencia directa de esta crisis, especialmente con la proliferación de opioides sintéticos como el fentanilo, que ha provocado un aumento vertiginoso de muertes en muchos países. En 2019, por ejemplo, en Estados Unidos más de 50,000 muertes fueron atribuibles a sobredosis de opioides, y la mayoría de estas muertes estuvieron relacionadas con opioides sintéticos.

Ante esta situación, diversos enfoques y estrategias se han implementado para intentar mitigar el abuso de opioides. A nivel de políticas públicas, muchos países han adoptado medidas para restringir la prescripción de opioides y fomentar el uso de alternativas terapéuticas para el manejo del dolor, como tratamientos no farmacológicos o medicamentos con menor potencial de abuso. Además, el tratamiento de la dependencia mediante sustitutos como la metadona y la buprenorfina ha demostrado ser eficaz en la reducción de la adicción. Las campañas de sensibilización sobre el uso responsable de medicamentos y la distribución de naloxona, un fármaco que revierte los efectos de una sobredosis, también son herramientas clave en la lucha contra esta problemática.

Las muertes relacionadas con el uso de opioides en específicamente pacientes con cáncer están aumentando considerablemente y a un ritmo alarmante. En el pasado, no se pensaba que los pacientes oncológicos fueran propensos a desarrollar problemas derivados del uso de estas drogas. Sin embargo, a medida que los diagnósticos y tratamientos de cáncer han mejorado, ha surgido una población creciente de sobrevivientes de cáncer o de pacientes en tratamiento de por vida que podrían estar en riesgo de abuso de estos medicamentos. Además, dentro de los pacientes con cáncer activo, se reconoce cada vez más el riesgo de que se produzca un mal uso de los opioides debido al constante dolor que estos pacientes padecen.

Tabla 2. Factores de riesgo predominantes para el abuso de opioides en pacientes oncológicos

DSM	Descripción
Antecedentes de abuso de sustancias	Pacientes con historial de consumo problemático de sustancias estupefacientes (no necesariamente opioides)
Trastornos psiquiátricos comórbidos	Pacientes con ansiedad, depresión, esquizofrenia u otros trastornos de personalidad.
Edad joven y sexo	Los pacientes más jóvenes tienen un mayor riesgo de abuso. Los hombres tienen más riesgo de abuso que las mujeres
Uso prolongado de opioides recetados	Pacientes que requieren opioides por largos períodos, indicados correctamente por un médico
Historia de dolor crónico no relacionado con el cáncer	Pacientes con dolor crónico fuera del contexto oncológico que requirieron o no tratamiento con opioides.

Nota: elaboración propia.

Trastorno por consumo de opioides según DMS-5 y criterios de diagnóstico según la sociedad americana de psiquiatría

En el Manual de Diagnóstico y Estadística de los Trastornos Mentales (DSM-5) actualizado en 2014, se introduce el término de “Trastorno por Consumo de Opioides” (TCO) y se define como un “patrón problemático de uso de opioides que provoca un deterioro o malestar clínicamente significativo”. A su vez, en este apartado se aborda la incorrecta utilización de la mediación con fines extra médicos o por razones distintas a las que han motivado su prescripción original. En esta categoría, se describen conductas peligrosas tales como variar la dosis o la frecuencia sin previa indicación o autorización médica, discontinuar su uso, o implementación del uso adecuado al compartir la medicación con otras personas.

Se detalla en este manual los criterios de diagnóstico para considerar un trastorno vigente por consumo de opioides, los cuales se enumeran a continuación:

Patrón problemático de consumo de opioides que provoca un deterioro o malestar clínicamente significativo y que se manifiesta al menos por dos de los hechos en un plazo de 12 meses, según “Manual de Diagnóstico y Estadística de los Trastornos Mentales (DSM-5)”.

1. La frecuencia del consumo de opioides es superior a la establecida o prevista
2. El paciente siente deseo incontrolable por su consumo y/o intentos fallidos de abandono
3. Conseguir el opioide por medios fuera de los prescritos ocupa una gran cantidad de tiempo en la vida del paciente
4. Se siente ansiedad, craving y necesidad incontrolable de consumir el opioide

5. Falta, incumplimiento y baja de desempeño laboral, académico y social a causa del consumo de opioides
6. Incluso cumpliendo el punto 5, se continua el consumo de opioides y provocando los mismos exacerbación de los problemas sociales y profesionales,
7. Se ven afectadas y abandonadas las actividades de índole social, de ocio y profesionales
8. El consumo de opioides en distintas situaciones que conllevan riesgo físico
9. Incluso siendo consciente del problema físico y/o psicológico, se sigue consumiendo opioides
10. Tolerancia
11. Abstinencia

Otros criterios durante la consulta para tener en cuenta son comportamientos sutiles pero específicos del paciente con respecto a su consumo. Sin durante una consulta el mismo se centra excesivamente en cuestiones relacionadas con los opioides, dedicando la mayor parte del tiempo a hablar sobre este tema y dificultando abordar otros aspectos vinculados al dolor, se sospecha de una problemática y se debe evaluar los niveles de esta.

Justificación

La recolección de datos de pacientes oncológicos cuyo dolor es tratado con opiáceos de manera detallada y minuciosa permitirá llevar un registro institucional de las indicaciones médicas hechas para los mismos, así como también de la frecuencia, dosis y hábitos de consumo de estas medicaciones. Los resultados obtenidos en dichos registros permitirán facilitar al plantel médico y farmacéutico el estricto control del consumo de opioides en los pacientes tratados, recibiendo

información precisa y clara de cada esquema y protocolo individual y permitiendo el seguimiento y obtención de toda información necesaria para el análisis de las prescripciones y pudiendo generar así las modificaciones necesarias en ellos.

El acompañamiento y abordaje de cada paciente de manera individual tendrá un impacto positivo colaborando con el sentimiento de encontrarse cuidado en los momentos arduos de dolor en una enfermedad crónica como lo es el cáncer, solventando dudas mientras se aplica el correcto uso de medicación de alto riesgo. La educación constante e información de fácil acceso implicaría una disminución en los malos hábitos de consumo de opioides, llevando a una disminución en las probabilidades de generar dependencia a los mismos y sufrir de sus efectos adversos. El manejo del dolor es una tarea que involucra no solo al paciente, sino también a su círculo cercano y el equipo médico. No seguir el tratamiento indicado, consumir medicamentos o sustancias sin receta médica, o automedicarse, puede empeorar la salud de este.

Las instituciones de salud podrán beneficiarse con estas intervenciones no solo mejorando la calidad y el sistema de seguridad del paciente, sino también controlando el impacto económico que genera la sobre prescripción y consecuente aumento de compras de medicación, disminuyendo al mínimo indispensable los gastos en las mismas.

Existen diversas herramientas y cuestionarios ya existentes por otras instituciones de salud u organismos relacionados con la salud y diseñados para evaluar el riesgo de abuso de opioides antes, durante y después de su prescripción y para identificar comportamientos inadecuados o señales de abuso de sustancias. Algunos ejemplos son la Pain Medication Questionnaire (PMQ), el Screener and Opioid Assessment for Patients with Pain Revised (SOAPPR), el único que se encuentra disponible en español. Otros que vale la pena mencionar son el Opioid Risk Tool (ORT) y el Current Opioid Misuse Measure (COMM). Estas pruebas pueden utilizarse directamente o ser

consideradas una guía o base para crear propias en cada establecimiento. Deben considerarse los alcances y limitaciones de estas al momento de implementarlas.

Algunos aspectos clave generalmente recomendados en estas guías son:

- **Realizar una evaluación inicial y diagnóstico:** Antes de iniciar cualquier tratamiento con opioides, se recomienda realizar una revisión y evaluación exhaustiva del paciente incluyendo su historia clínica detallada, valoración de los niveles del dolor y revisión de los antecedentes relacionados al uso de sustancias especialmente la existencia o no de factores de riesgo para el abuso de opioides.
- **Búsqueda de otras alternativas terapéuticas antes de optar por el uso de opioides:** Las guías sugieren que los opioides sólo deben ser considerados cuando otras opciones terapéuticas hayan fallado, tales como AINES o terapias no farmacológicas.
- Iniciar siempre con dosis bajas y ajustar de manera gradual según sea necesario en caso de no poder controlar el dolor y siempre monitoreando los efectos adversos y el riesgo de generar dependencia y tolerancia.
- Seguimiento constante de eficacia, efectos adversos y señales de abuso del paciente durante el tratamiento con opioides. Algunas pruebas que pueden utilizarse son los análisis bioquímicos de sangre y orina y cuestionarios para evaluar el riesgo.

Los efectos adversos ante un abuso pueden ser los siguientes:

- **Desensibilización del sistema nervioso central:** El uso crónico de opioides puede alterar la forma en que el cuerpo percibe el dolor, lo que puede hacer que sea más difícil gestionar el dolor de manera eficaz sin recurrir a dosis más altas.

- **Trastornos gastrointestinales:** El estreñimiento crónico es un efecto secundario común del uso de opioides, que puede empeorar la calidad de vida de los pacientes oncológicos.
- **Disfunción respiratoria:** El uso excesivo de opioides puede afectar la respiración, especialmente si el paciente se vuelve tolerante a los efectos analgésicos, pero no a los efectos respiratorios, lo que aumenta el riesgo de sobredosis.
- **Alteración de la conducta:** irritación, ataques de ira, despersonalización, bipolaridad, esquizofrenia, ataques de pánico, ideas suicidas, imposibilidad para socializar y realizar actividades laborales o educativas, entre otros.

Metodología

Desarrollo del programa

Este trabajo presenta el diseño de un Programa Institucional Multidisciplinario para la Gestión de Riesgos y Seguridad en la Terapia Crónica con Opioides en pacientes adultos oncológicos.

El programa está enfocado en el monitoreo continuo y la identificación temprana de pacientes con riesgo de desarrollar dependencia o trastorno por uso de opioides.

La propuesta se estructura en los siguientes componentes clave:

Herramienta de Detección: Implementación de un cuestionario estandarizado de registro de hábitos de consumo para la estratificación inicial del riesgo de dependencia.

Protocolos de Monitoreo Clínico: Establecimiento de un plan de seguimiento clínico integral y continuo que incluya la vigilancia de la adherencia y la respuesta terapéutica.

Fortalecimiento del Recurso Humano: Desarrollo de un componente educativo obligatorio dirigido a profesionales de la salud, centrado en la prescripción y uso racional de estos fármacos.

Con esta intervención, se busca optimizar la administración de la salud en el ámbito oncológico, asegurando la efectividad analgésica y la seguridad del paciente a través de la estandarización y la prevención del uso indebido.

Programa de mejora

La evaluación del programa de mejora para el uso racional de opioides en pacientes oncológicos tiene como propósito medir su eficacia, eficiencia e impacto a corto y mediano plazo. Para ello, se establecen indicadores de proceso y de impacto que permiten valorar tanto la implementación de las acciones propuestas como los resultados clínicos y organizacionales derivados de su aplicación.

En primera instancia, los indicadores de proceso se orientan a monitorear el desarrollo operativo del programa y la adherencia del personal sanitario a las nuevas directrices institucionales. Entre ellos se incluye la tasa de implementación de protocolos de tratamiento del dolor, que mide la adopción de procedimientos estandarizados para el manejo con opioides y analgésicos adyuvantes. Asimismo, se considera el tiempo de respuesta para el tratamiento del dolor, entendido como el lapso promedio entre la notificación del dolor y la administración del tratamiento adecuado, lo cual refleja la eficiencia del flujo asistencial.

Otros indicadores de proceso son el porcentaje de pacientes evaluados para riesgo de abuso de opioides, que permite identificar tempranamente posibles casos de dependencia o mal uso de los fármacos; el número de capacitaciones y formaciones del personal sanitario, orientado a medir

el compromiso institucional con la educación continua; y la implementación de equipos multidisciplinarios que integren a oncólogos, farmacéuticos, médicos paliativistas y psicólogos, promoviendo una atención integral y segura.

Por otro lado, los indicadores de impacto permiten evaluar los resultados clínicos y sociales del programa. Entre ellos se encuentran la reducción en la prevalencia del dolor no controlado, que refleja la efectividad del tratamiento analgésico; la tasa de abuso de opioides en pacientes oncológicos, cuyo descenso evidenciaría un uso más racional y vigilado; y el impacto en la calidad de vida, medido mediante escalas validadas que consideran el bienestar físico y emocional del paciente. También se incluyen el porcentaje de pacientes que reciben un tratamiento individualizado del dolor, lo que demuestra la personalización terapéutica, y el porcentaje de pacientes con transición exitosa a alternativas no opioides, que indica una adecuada planificación en el manejo a largo plazo. Finalmente, el análisis de los costos asociados al abuso de opioides permitirá identificar la eficiencia económica del programa, midiendo la reducción en hospitalizaciones y tratamientos derivados de complicaciones por uso inadecuado.

La evaluación continua de estos indicadores facilitará la toma de decisiones basada en evidencia, permitiendo ajustar estrategias, fortalecer la formación del personal y consolidar una cultura institucional centrada en la seguridad y el bienestar del paciente.

Diseño del programa

Se emplea un diseño de intervención que busca encontrar en el ámbito clínico oncológico, al paciente susceptible al uso indebido de opioides, pues busca caracterizar la situación actual del uso de opioides en el ámbito nacional e internacional que ha estado causando un problema de salud

pública, con base en la percepción de los profesionales de la salud. Además, el componente cualitativo se apoya en entrevistas que permiten comprender los factores humanos y organizacionales que inciden en las prácticas y decisiones clínicas. Este diseño resulta adecuado porque ofrece información empírica directa y contextualizada, necesaria para la elaboración de un programa de mejora, que a su vez disminuya los costos de la atención derivada de estos casos.

Localización

Institución de salud que trate pacientes oncológicos.

Definición de variables

Variable independiente: Estrategias de capacitación y comunicación interna sobre el uso racional de opioides.

Variable dependiente: Prácticas seguras y efectivas en la administración de opioides en pacientes oncológicos adultos.

Variables de control: Nivel de experiencia del personal, acceso a protocolos institucionales, y soporte del liderazgo médico.

Población

La población está conformada por el personal de salud vinculado a la atención de pacientes oncológicos adultos, incluyendo médicos, enfermeros y personal de apoyo farmacológico. La

muestra se seleccionará mediante un muestreo intencional, buscando incluir participantes con experiencia directa en el manejo de opioides. Se espera contar con al menos 30 participantes.

Criterios de inclusión

- Hombres y mujeres mayores de 18 años
- Pacientes oncológicos en cualquier fase de tratamiento
- Tratamiento activo para el dolor crónico con opioides hace más de 6 meses y con continuidad a largo plazo

Criterios de exclusión

- Mujeres embarazadas
- Pacientes con historial de abuso de droga opioides u opiácea

Declaración de conflictos de interés

Los autores no tienen conflictos de intereses financieros ni personales que puedan influir en la investigación.

Declaración de financiamiento

Este trabajo no presentó ningún tipo de financiamiento.

Consideraciones éticas

Durante el desarrollo del trabajo de grado, no se presentaron fallas a la ética, respetando derechos de autor, adecuada citación y ética en la investigación documental y para el diseño de este programa se garantizará el consentimiento informado, el anonimato de los participantes y el uso exclusivo de la información con fines académicos. El estudio se ajusta a los principios de beneficencia, autonomía y justicia definidos por la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia.

Validación y fiabilidad

La fiabilidad se asegurará mediante la revisión de expertos y la triangulación de fuentes (encuestas, entrevistas y literatura). La validez se verificará con la consistencia interna de los ítems y la coherencia entre las categorías analizadas.

Limitaciones

Se reconocen posibles limitaciones relacionadas con el tamaño de la muestra, la disponibilidad de tiempo del personal de salud y la sensibilidad del tema en contextos clínicos. No obstante, se implementarán estrategias de comunicación y confidencialidad para fomentar la participación.

Programa de mejora: Uso seguro de opioides en pacientes oncológicos adultos

Objetivo general

Desarrollar e implementar un programa integral de mejora para promover el uso seguro, racional y humanizado de opioides en pacientes oncológicos adultos, fortaleciendo la capacitación, el liderazgo transformacional y la comunicación interna digital en el equipo de salud.

Objetivos específicos

1. Capacitar al personal de salud sobre el manejo responsable y clínicamente seguro de los opioides.
2. Fomentar un liderazgo transformacional y comunicativo que promueva el trabajo colaborativo y la adherencia a protocolos.
3. Optimizar la comunicación interna digital para garantizar la difusión eficiente de información y buenas prácticas.

Estructura del programa

Tabla 3. *Estructura del programa de mejora*

Componente	Descripción	Actividades principales	Responsables	Indicadores

1. Capacitación clínica	Formación continua sobre farmacología, dosificación y monitoreo de opioides.	Talleres mensuales, simulaciones clínicas, guías visuales.	Coordinación médica y enfermería.	% de personal capacitado; mejora en conocimiento pre-post prueba.
2. Liderazgo transformacional	Desarrollo de habilidades de liderazgo comunicativo y empático en jefes de área.	Sesiones de coaching, círculos de reflexión, talleres de liderazgo.	Dirección médica y psicología organizacional.	Nivel de satisfacción laboral; percepción de liderazgo positivo.
3. Comunicación interna digital	Fortalecimiento de canales internos para compartir alertas y actualizaciones.	Creación de boletín digital, grupos institucionales y apps seguras.	Departamento de comunicaciones y TIC.	Tiempo de respuesta a alertas; participación activa en canales.
4. Cultura del autocuidado y la seguridad	Promover la conciencia ética y el bienestar emocional en el manejo del dolor.	Campañas de sensibilización, espacios de escucha, difusión de casos positivos.	Comité de ética y bienestar.	Reducción de errores clínicos; satisfacción del paciente.

Nota: elaboración propia.

Desarrollo del instrumento

Se desarrolla una encuesta basada en DSM-5, originalmente creada para consumo abusivo de alcohol y adaptada en este caso al consumo de opioides, para pacientes oncológicos con prescripción médica de consumo ambulatorio de medicación de tipo opiode. Se decide

determinar que la presencia de al menos 2 de estos síntomas indica dependencia a opioides y su intensidad se determina según:

- Leve: “Si” a 2 a 3 preguntas
- Moderada: “Si” a 4 a 5 preguntas
- Grave: “Si” a 6 o más preguntas

En los últimos 6 meses:

- ¿Hubo veces en que terminó consumiendo mayor dosis de opioides o por más tiempo de lo prescrito por el médico?
- ¿Quiso más de una vez reducir su dosis o frecuencia de consumo de la mediación?
- ¿Sintió la necesidad de seguir consumiendo el medicamento incluso cuando su finalidad estaba cumplida? (ejemplo: tomarlo incluso cuando no hay dolor)
- ¿Sintió un fuerte deseo de consumir opioides a tal medida que no podía pensar en ninguna otra cosa?
- ¿Notó que consumir opioides y/o el deseo por hacerlo, a menudo interfiere con el cuidado de su casa, su vida familiar, social, laboral, escolar, profesional?
- ¿Necesitó aumentar la dosis de opioides mucho más de lo que le indicó su médico para apaciguar el dolor?, ¿sintió que la dosis habitual tuvo mucho menos efecto que antes y que por ese motivo necesitó aumentarla para conseguir el efecto deseado?
- ¿Notó que cuando los efectos del medicamento desaparecieron, tuvo síntomas característicos de la abstinencia, como problemas para dormir, temblores, inquietud, náuseas, sudoración, aumento de la frecuencia cardíaca, palpitaciones, mareos, ataques de pánico o convulsiones?

- ¿Ocultó a propósito cambios de dosis y frecuencia a su médico, familiar y/o cuidador?

Posteriormente, se realizará un formulario de evaluación del dolor

Tabla 4. *Formulario de evaluación del dolor*

Pregunta	Respuesta										
¿Cuánto dolor siente en una escala de 0-10? *0 es sin dolor y 10 “dolor máximo”	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
¿Dónde localiza su dolor?	Parte superior del cuerpo					Parte inferior del cuerpo					
¿El dolor afecta sus actividades diarias?	SI					NO					
¿Está recibiendo opioides actualmente?	SI					NO					

Nota: elaboración propia.

Se realiza un relevamiento de errores más comunes en el momento de indicar, dispensar y administrar opioides en una institución de salud mediante la búsqueda bibliográfica de experiencias en distintas instituciones que tratan pacientes oncológicos. Se anotan en una ficha y se busca en bibliografía posibles soluciones a los mismos a implementar en la institución.

Recomendaciones

Los hospitales pueden colaborar con otras entidades, como farmacias, clínicas de dolor y organizaciones gubernamentales, para desarrollar estrategias de prevención del abuso. Esto podría

incluir la creación de sistemas de registro de pacientes para rastrear el uso de opioides y prevenir la prescripción excesiva o innecesaria. Además, colaborar con programas de salud pública y campañas de sensibilización también puede contribuir a una mayor conciencia sobre el abuso de opioides y sus riesgos. Las políticas hospitalarias deben estar alineadas con las regulaciones gubernamentales sobre el control de medicamentos. Estas políticas deben promover un enfoque de tratamiento centrado en el paciente, garantizando que los opioides se utilicen de manera segura y eficaz para el manejo del dolor, sin favorecer su abuso. A nivel gubernamental, las políticas que regulan la prescripción de opioides, las campañas de sensibilización y la financiación de investigaciones sobre alternativas al dolor son fundamentales para mitigar el abuso. La institución puede implementar estas directrices y promover una cultura de manejo responsable del dolor, con un enfoque en el bienestar a largo plazo de los pacientes.

Tabla 5. *Ejemplo de protocolo estandarizado.*

Tipo de Dolor	Medicamento	Dosis Inicial	Dosis Máxima diaria	Duración máxima de Tratamiento	Consideraciones Especiales
Dolor Agudo	Morfina	10 mg cada 4h	60 mg/día	3-5 días	Reevaluar si persiste más de 5 días
Dolor Crónico	Fentanilo	Parche 12 mcg/h	25 mcg/h	2 semanas	Controlar cada 4 días. Recambio cada 7 días.

Nota: elaboración propia.

Tabla 6. *Alternativas de tratamiento.*

Opción de tratamiento	Descripción
Antiinflamatorios no esteroides (AINEs)	Ayudan a controlar el dolor leve a moderado, reduciendo la necesidad de opioides.
Antidepresivos	Medicamentos como los antidepresivos tricíclicos pueden ayudar con el dolor neuropático.
Anticonvulsivos	Usados especialmente para el dolor neuropático, como la gabapentina.
Terapias físicas y ocupacionales	Técnicas de fisioterapia para mejorar la movilidad y reducir el dolor.
Técnicas de manejo del estrés	Ejercicios de relajación, meditación, y respiración profunda para reducir la percepción del dolor.

Nota: elaboración propia.

Sumar protocolos claros para el ajuste de las dosis de opioides, con el objetivo de minimizar el riesgo de abuso y dependencia. Estos protocolos pueden incluir:

Evaluaciones periódicas del dolor: Los médicos deben realizar un seguimiento continuo del nivel de dolor del paciente para asegurarse de que las dosis de opioides sean las adecuadas para aliviar el dolor sin causar efectos secundarios perjudiciales.

Uso de escalas de dolor: Las escalas de dolor como la escala numérica de dolor (0-10) o la escala visual analógica se utilizan para cuantificar la intensidad del dolor y evaluar si es necesario ajustar la medicación.

Alternativas farmacológicas: En algunos casos, se pueden considerar alternativas no opioides como fármacos antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) o anticonvulsivos para ayudar

a reducir la dependencia de los opioides, especialmente cuando los pacientes muestran signos de tolerancia.

Planes de reducción gradual de dosis: En algunos casos, especialmente cuando la tolerancia se desarrolla de manera significativa, se pueden implementar planes de reducción gradual para evitar síntomas de abstinencia y permitir que el paciente recupere un control más natural sobre su dolor sin aumentar el riesgo de abuso.

Sumar protocolos para tratar el síndrome de dependencia y abstinencia, los cuales pueden incluir:

Tapering o reducción gradual de la dosis: En lugar de una interrupción abrupta de los opioides, los administradores de salud pueden implementar un enfoque gradual de reducción de la dosis para evitar síntomas de abstinencia. Esto implica disminuir la cantidad de opioides administrados de manera controlada, asegurando que el paciente pueda ajustarse a la menor cantidad de medicamento sin experimentar incomodidad o riesgos.

Uso de medicamentos de sustitución: En algunos casos, se puede considerar la prescripción de medicamentos como agonistas de los opioides de acción prolongada o agonistas parciales como la metadona, que pueden ayudar a mitigar los síntomas de abstinencia sin causar el mismo nivel de euforia o riesgo de abuso que los opioides tradicionales.

Intervenciones psicoterapéuticas: Además de los ajustes farmacológicos, los pacientes que experimentan abstinencia pueden beneficiarse de tratamientos psicosociales como counseling o terapia cognitivo-conductual, lo que puede ser útil para abordar los aspectos psicológicos de la dependencia y ayudar a los pacientes a manejar las emociones

Uso de opioides de liberación controlada: Los opioides de liberación controlada pueden ayudar a mantener una dosis constante de medicación, reduciendo las fluctuaciones que podrían desencadenar efectos de abuso o abstinencia. Esto puede ser útil en pacientes que requieren un manejo prolongado del dolor, ya que asegura una liberación continua y controlada de la medicación. Es asociada con la reducción de la medica

Uso de terapia sustitutiva con agonistas de opioides: En algunos casos, los agonistas opioides parciales o medicación sustitutiva, como la metadona, pueden ser utilizados como tratamiento para la dependencia. La metadona actúa de manera similar a los opioides, pero con un potencial de abuso más bajo, lo que permite un control más efectivo del dolor sin inducir un síndrome de abstinencia severo.

Por otra parte, se crea un control de dispensación de opioides estandarizado para pacientes internados por parte del personal técnico encargado de farmacia de la institución. Para colaborar con el control de la dispensación y administración de estas drogas, se lleva un control diario, completando la siguiente tabla en cada turno (mañana, tarde y noche).

Tabla 7. *Propuesta control de dispensación*

FECHA Y HORA	SECTOR Y CAMA	NOMBRE PACIENTE	OPIOIDE	UNIDADES	DOSIS	NOMBRE QUIEN DISPENSA

Nota: elaboración propia.

Se propone que el turno mañana inicie la tarea agregando en la tabla los pacientes que tengan indicado opioides al inicio del día. El turno tarde y el turno noche actualizará dicho listado con las indicaciones nuevas, eliminando a aquellos que ya no tengan indicadas las drogas, que se hayan retirado de alta o agregando a los nuevos ingresos. Cuando el personal encargado de farmacia dispensará alguna de las drogas, colocará su nombre en la columna correspondiente, la fecha y la hora. De esta forma, se puede controlar la dispensación e informar al plantel médico en caso de que soliciten la información.

Se recomienda también la generación de una ficha especial de recolección de datos de pacientes con prescripción de opioides a completar por el médico tratante al momento de la indicación y archivado en la historia clínica del paciente, la cual incluya:

Tabla 8. *Formato de recolección información de pacientes.*

Nombre y Apellido Paciente:	
Nombre y apellido médico tratante	
Fecha y hora prescripción	
Edad/Sexo/Peso/Talla	
Comorbilidades/Antecedentes	
Medicamentos concomitantes	
Fármaco prescripto	
Dosis	
Frecuencia	
Tiempo de duración	
Presentación/Cantidad total de unidades	
¿Fumador?	SI - NO

	Frecuencia:
¿Bebe alcohol?	SI - NO Frecuencia:
¿Paciente senil/demencia/pediátrico/incapaz de tomar decisiones por su cuenta y/u otras características por las que requiera de un tercero a la hora de tomar su mediación?	SI - NO En caso de que SI Persona a cargo:
Medición de dolor según numeración	LEVE (1-3) MODERADO (4-6) SEVERO (7-10)
Tipo de dolor	DOLOR AGUDO DOLOR CRÓNICO NOCICEPTIVO NEUROPÁTICO MIXTO IRRUPTIVO CONTINUO
Tratamiento previo con opioides *En caso de que si: Tolerancia previa a opioides	SI - NO ¿Cuáles? SI - NO
Alergias a AINES y opioides	SI - NO ¿Cuáles?
Coadyuvantes	SI - NO ¿Cuáles? Dosis, frecuencia y duración:
Premedicación	SI - NO ¿Cuáles? Dosis, frecuencia y duración:

Nota: elaboración propia.

De la misma forma, se espera el diligenciamiento de una ficha especial de recolección de datos de pacientes con prescripción de opioides a completar por el médico tratante durante la indicación de opioides administrados de manera crónica, y archivado en la historia clínica del paciente, la cual incluya:

Tabla 9. *Ficha de pacientes con prescripción de opioides.*

Nombre y Apellido Paciente:	
Nombre y apellido médico tratante	
Fecha y hora prescripción	
Edad/Sexo/Peso/Talla	
Comorbilidades/Antecedentes	
Medicamentos concomitantes	
Fármaco prescripto	
Dosis	
Frecuencia	
Tiempo de duración	
Presentación/Cantidad total de unidades	
¿Controló el dolor?	SI - NO
¿Toma su medicación tal cual lo indicado? (frecuencia, dosis, presentación)	SI - NO En caso de que no, justifique:
¿Requirió rescates con Naloxona (antídoto)?	SI - NO
Medición actual de dolor según numeración	LEVE (1-3) MODERADO (4-6) SEVERO (7-10)
¿Sufre de efectos adversos relacionados con la toma del o los opioides prescritos?	SI - NO ¿Cuáles?
¿Necesita modificación de dosis?	SI - NO En caso de que si: MAYOR DOSIS

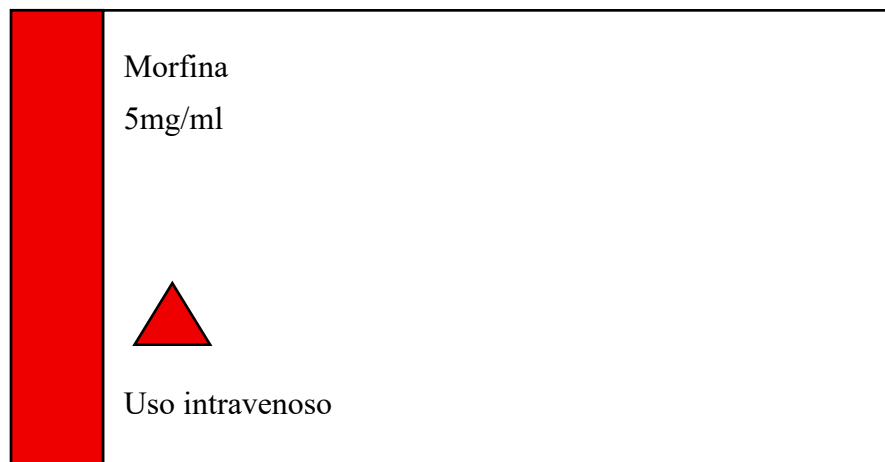
	MENOR DOSIS Motivo:
¿Asistió a todas las consultas médicas para el control previamente pautadas?	SI - NO
¿La toma del medicamento afecta de alguna manera su vida social, laboral, familiar y/o académica?	SI - NO Justifique:
¿La toma del medicamento afecta la duración y/o calidad de su sueño?	

Nota: Elaboración propia

En cuanto a la correcta identificación y almacenamiento de medicamentos de alto riesgo debe decirse que los opioides constituyen uno de los 7 tipos de medicamentos considerados por la ISMP como de alto riesgo. Los mismos deben estar correctamente identificados en el ámbito hospitalario para evitar errores de administración y velar por la seguridad del paciente.

Se propone diferenciar los medicamentos de tipo estupefaciente unidosis administrados en la institución de salud a pacientes internados con una tira de color rojo en su pouch, envase o blister y el símbolo de peligro, según se esquematiza en la Figura 2. Identificar el lugar de almacenamiento de estos mismos con color rojo, cartel que indique “alto riesgo” y símbolo de peligro. Separar los medicamentos estupefacientes de los medicamentos comunes en el almacenamiento de la farmacia y de enfermería. Guardar en un depósito bajo llave los estupefacientes y guardar dicha llave en un lugar seguro fuera del alcance de extraños y ajenos al personal de salud perteneciente a la institución y responsable de la medicación.

Figura 2. Propuesta identificación de pouch estupefacientes.



Nota: elaboración propia.

Se recomienda también la creación de un checklist para los profesionales de la salud para la previa prescripción de opioides para cada paciente individual:

Tabla 10. Checklist para profesionales

ítem	Sí	No
Se realizó la entrevista con el paciente y se registró la historia clínica		
Se registraron los medicamentos de toma habitual del paciente		
Se evaluó el tipo y nivel de dolor del paciente y se clasificó		
Se registraron problemáticas de adicciones del paciente en caso de haberlas		
Se consideró la terapia con analgésicos no opioides, demostrando falla terapéutica de los mismos		
Se evalúa la prescripción de medicación adyuvante ideal para menor dosis de opioides		
Se realiza un pacto terapéutico con el paciente en donde se establecieron objetivos claros de descenso del nivel del dolor en porcentaje específico		

Se informa al paciente sobre los efectos adversos posibles de la administración del opioide elegido		
Se le brinda al paciente canales de comunicación apropiados ante cualquier duda que pueda surgirle		
Se le entrega consentimiento informado		
Se pacta con el paciente una entrevista virtual o presencial para evaluar efectos adversos y eficacia terapéutica		
Se evalúa la conducta del paciente frente al consumo de opioides, ya sea por primera vez o por control de consumo.		

Nota: elaboración propia.

Igualmente, se propone la elaboración de un consentimiento informado para entregar al paciente. Un consentimiento informado ya sea electrónico o por papel resulta útil como medio escrito para asegurarse de que el médico o la institución de salud proporcione al paciente una explicación detallada sobre los beneficios de un tratamiento adecuado para el dolor, así como los posibles riesgos del uso prolongado, indiscriminado e inadecuado de opioides. El momento de lectura y firma del consentimiento podría generar un espacio de consulta del paciente al tener por escrito situaciones o advertencias que hasta el momento no podrían haber aparecido, siendo el momento ideal para despejar las dudas y miedos que tenga sobre el tratamiento y las cuales deben ser abordadas de manera adecuada. También se deja asentadas las obligaciones del paciente para con su tratamiento, ya sea para cumplir con las indicaciones médicas, realizarse evaluaciones psicológicas y pruebas bioquímicas pertinentes.

La firma del consentimiento informado no sólo formaliza el conocimiento del paciente sobre el tratamiento, sino que también crea un espacio propicio para que surjan preguntas y se resuelvan dudas. Este espacio permite al paciente expresar preocupaciones sobre el tratamiento, lo cual puede ser un momento clave para abordar temores relacionados con los opioides y otros aspectos del

tratamiento que no habían sido considerados previamente. Además, el consentimiento informado establece las responsabilidades del paciente en cuanto al cumplimiento de las indicaciones médicas, así como la necesidad de realizarse evaluaciones periódicas, tanto psicológicas como bioquímicas, para monitorear su respuesta al tratamiento. La firma del consentimiento también implica la aceptación por parte del paciente de las condiciones del tratamiento, comprometiéndose a seguir las indicaciones y el seguimiento adecuado para mitigar los riesgos asociados con el uso de opioides en su tratamiento del dolor. En el anexo 1, se incluye la propuesta de consentimiento informado.

También se recomienda la implementación de prescripción electrónica y de sistemas de monitoreo y control específicos. Implementar un sistema de prescripción electrónica que permita el monitoreo en tiempo real de la cantidad de opioides prescritos, reduciendo el riesgo de sobre prescripción y de duplicación de recetas, y mayor facilidad para el paciente de obtener la receta de una manera legal y controlada, sin tener que dirigirse a un consultorio o pedir un turno cada vez que requiera adquirir mayor medicación.

Desarrollar, además, aplicaciones móviles donde los pacientes mismos puedan llevar un control de su consumo de opioides y puedan registrar el consumo diario de síntomas y efectos secundarios. La aplicación puede incluir recordatorios automáticos para la toma de las dosis y proporcionar alertas si el paciente está tomando más de lo recomendado o si hay patrones de consumo irregular.

Ejemplo de Sistema de Alerta Electrónica:

- **Alerta 1:** Paciente ha recibido opioides durante más de 30 días seguidos sin revisión.

- **Alerta 2:** Dosis prescritas superan el límite establecido por protocolo según la situación clínica del paciente

El hospital podría instalar dispositivos electrónicos de dispensación controlada para los pacientes que requieren opioides, los llamados PIXIES. Estos dispositivos están configurados para liberar dosis específicas de opioides en intervalos programados según lo prescrito por un profesional médico. Los dispositivos están conectados a un sistema informático que registra y reporta las dosis administradas, las horas exactas en las que se administran y dispara alarmas ante cualquier intento de dispensación fuera de los parámetros establecidos.

Los medicamentos deben ser almacenados en lugares seguros y accesibles solo para personal autorizado, con sistemas de inventario que permitan un seguimiento detallado de las cantidades disponibles y utilizadas. La implementación de auditorías periódicas es crucial para identificar irregularidades, como posibles desviaciones o falta de control en el manejo de estos fármacos. Estas auditorías no solo ayudan a prevenir el abuso, sino que también garantizan que el proceso de distribución se ajuste a los protocolos establecidos y que se cumpla con la normativa legal vigente.

Además, es esencial que los centros de salud cuenten con un sistema de control de inventarios efectivo, que permita realizar un seguimiento continuo de los opioides en uso. Los registros de administración deben ser detallados, incluyendo información precisa sobre el paciente, la dosis administrada, la fecha y la hora, y el nombre del dispensador. Esta trazabilidad no solo mejora la seguridad, sino que también facilita la supervisión clínica y permite identificar patrones de uso que podrían indicar problemas de abuso. Implementar un enfoque integral de control y auditoría permite detectar cualquier desvío o error en el manejo de opioides, lo que a su vez

promueve un ambiente seguro y ético para el tratamiento del dolor oncológico, evitando consecuencias no deseadas tanto para los pacientes como para los sistemas de salud. En el anexo 2 se adjunta el ejemplo del procedimiento de auditoría interna.

Además del apoyo emocional al paciente, se reconoce la importancia de los cuidadores y familiares en el proceso de tratamiento. Organizar reuniones con la familia para discutir cómo pueden apoyar mejor al paciente en casa, cómo manejar los efectos secundarios y cómo enfrentar el estrés emocional asociado con la enfermedad. Brindar orientación sobre el cuidado de la salud mental y física del paciente, para convertirse en parte activa del proceso de tratamiento.

Dedicar tiempo no solo a educar al paciente sino también a su familia sobre el manejo adecuado del dolor, los riesgos y beneficios de los opioides, así como las alternativas disponibles. Asegurarse de que la familia entienda cómo y por qué se están tomando ciertas decisiones en su tratamiento. Además, proporcionar material educativo, como folletos, videos informativos y acceso a recursos en línea, para que el paciente y su familia se sientan empoderados en el proceso de toma de decisiones.

Finalmente, los hospitales pueden colaborar con otras entidades, como farmacias, clínicas de dolor y organizaciones gubernamentales, para desarrollar estrategias de prevención del abuso. Esto podría incluir la creación de sistemas de registro de pacientes para rastrear el uso de opioides y prevenir la prescripción excesiva o innecesaria. Además, colaborar con programas de salud pública y campañas de sensibilización también puede contribuir a una mayor conciencia sobre el abuso de opioides y sus riesgos. Las políticas hospitalarias deben estar alineadas con las regulaciones gubernamentales sobre el control de medicamentos. Estas políticas deben promover un enfoque de tratamiento centrado en el paciente, garantizando que los opioides se utilicen de manera segura y eficaz para el manejo del dolor, sin favorecer su abuso. A nivel gubernamental,

las políticas que regulan la prescripción de opioides, las campañas de sensibilización y la financiación de investigaciones sobre alternativas al dolor son fundamentales para mitigar el abuso. La institución puede implementar estas directrices y promover una cultura de manejo responsable del dolor, con un enfoque en el bienestar a largo plazo de los pacientes.

Monitoreo y evaluación

La evaluación del programa de mejora para el uso racional de opioides en pacientes oncológicos tiene como propósito medir su eficacia, eficiencia e impacto a corto y mediano plazo. Para ello, se establecen indicadores de proceso y de impacto que permiten valorar tanto la implementación de las acciones propuestas como los resultados clínicos y organizacionales derivados de su aplicación.

En primera instancia, los indicadores de proceso se orientan a monitorear el desarrollo operativo del programa y la adherencia del personal sanitario a las nuevas directrices institucionales. Entre ellos se incluye la tasa de implementación de protocolos de tratamiento del dolor, que mide la adopción de procedimientos estandarizados para el manejo con opioides y analgésicos adyuvantes. Asimismo, se considera el tiempo de respuesta para el tratamiento del dolor, entendido como el lapso promedio entre la notificación del dolor y la administración del tratamiento adecuado, lo cual refleja la eficiencia del flujo asistencial.

Otros indicadores de proceso son el porcentaje de pacientes evaluados para riesgo de abuso de opioides, que permite identificar tempranamente posibles casos de dependencia o mal uso de los fármacos; el número de capacitaciones y formaciones del personal sanitario, orientado a medir el compromiso institucional con la educación continua; y la implementación de equipos

multidisciplinarios que integren a oncólogos, farmacéuticos, médicos paliativistas y psicólogos, promoviendo una atención integral y segura.

Por otro lado, los indicadores de impacto permiten evaluar los resultados clínicos y sociales del programa. Entre ellos se encuentran la reducción en la prevalencia del dolor no controlado, que refleja la efectividad del tratamiento analgésico; la tasa de abuso de opioides en pacientes oncológicos, cuyo descenso evidenciaría un uso más racional y vigilado; y el impacto en la calidad de vida, medido mediante escalas validadas que consideran el bienestar físico y emocional del paciente. También se incluyen el porcentaje de pacientes que reciben un tratamiento individualizado del dolor, lo que demuestra la personalización terapéutica, y el porcentaje de pacientes con transición exitosa a alternativas no opioides, que indica una adecuada planificación en el manejo a largo plazo. Finalmente, el análisis de los costos asociados al abuso de opioides permitirá identificar la eficiencia económica del programa, midiendo la reducción en hospitalizaciones y tratamientos derivados de complicaciones por uso inadecuado.

La evaluación continua de estos indicadores facilitará la toma de decisiones basada en evidencia, permitiendo ajustar estrategias, fortalecer la formación del personal y consolidar una cultura institucional centrada en la seguridad y el bienestar del paciente.

Análisis de datos

Con el fin de realizar seguimiento a los procesos establecidos y poder así evaluar el desempeño del programa y de las tareas establecidas, se plantean los siguientes indicadores.

El análisis de datos se enfocará en la evaluación de los indicadores definidos para medir el desempeño y la efectividad del programa de control y seguimiento del uso de opioides en pacientes

oncológicos. Dichos indicadores permitirán realizar un seguimiento continuo de los procesos institucionales, la calidad de la atención y los resultados obtenidos tanto en el ámbito clínico como en el administrativo.

El tratamiento de los datos se realizará mediante herramientas estadísticas descriptivas, a través de programas como Microsoft Excel o SPSS, lo que permitirá identificar tendencias, porcentajes y variaciones relevantes. Asimismo, se efectuará un análisis comparativo antes y después de la implementación del programa para determinar su efectividad.

Indicadores de proceso

Con el fin de realizar seguimiento a los procedimientos establecidos y evaluar el desempeño del programa, se plantean los siguientes indicadores:

- **Porcentaje de pacientes con implementación de protocolos:** Mide el porcentaje de adopción de protocolos estandarizados para el tratamiento del dolor oncológico, específicamente el manejo de opioides y analgésicos adyuvantes. Un alto porcentaje refleja gestión eficiente y adherencia a las mejores prácticas clínicas.

Este indicador se calcula dividiendo el número de pacientes a los que se les aplicó el protocolo estandarizado entre el número total de pacientes que debieron haberlo recibido, y se multiplica por 100 para obtener un porcentaje.

La fórmula es la siguiente:

Porcentaje de Implementación = $\frac{\text{Número de pacientes donde se implementó el protocolo}}{\text{Número total de pacientes elegibles para el protocolo}} \times 100$

- **Tiempo de respuesta para el tratamiento del dolor:** calcula el promedio de tiempo entre el reporte del dolor por parte del paciente y la administración del tratamiento adecuado, evidenciando la eficiencia en la atención y disponibilidad de recursos.

La fórmula para calcular el promedio es la siguiente:

Tiempo individual de respuesta: Es la diferencia en minutos (o la unidad de tiempo elegida) entre la Hora de Reporte del Dolor y la Hora de Administración del Tratamiento.

$$\text{Tiempo Individual} = (\text{Hora de Administración del Tratamiento}) - (\text{Hora de Reporte del Dolor})$$

- **Porcentaje de pacientes evaluados para riesgo de abuso de opioides:** mide cuántos pacientes son evaluados mediante herramientas como la encuesta adaptada del DSM-5 o instrumentos de riesgo como el SOAPP-R.

El indicador se calcula dividiendo el número de pacientes que fueron evaluados con la herramienta estandarizada (como el DSM-5 adaptado o SOAPP-R) entre el número total de pacientes que deberían haber sido evaluados, y se expresa como un porcentaje. Se calcula como un porcentaje de cumplimiento o adherencia al proceso de evaluación.

La fórmula es la siguiente:

$$\text{Porcentaje de Pacientes Evaluados} = \frac{\text{Número de pacientes con evaluación de riesgo documentada}}{\text{Número total de pacientes que inician o continúan terapia con opioides}} \times 100$$

- **Número de capacitaciones y formaciones al personal sanitario:** evalúa la frecuencia y cobertura de las jornadas de formación sobre prescripción, administración y detección de abuso de opioides.

Número de Capacitaciones Realizadas = Suma del número total de sesiones de formación/capacitaciones completadas

- **Implementación de equipos multidisciplinarios o conformación:** analiza la conformación y funcionamiento de equipos interdisciplinarios integrados por oncólogos, farmacéuticos, médicos paliativistas y psicólogos, entre otros, para el manejo integral del dolor.

Porcentaje de Conformación = Número de especialidades requeridas presentes en el equipo/ Número total de especialidades requeridas en el protocolo X 100

Definición de Variables

Denominador (Especialidades Requeridas): Es la lista de todos los profesionales que, según el estándar o protocolo de la institución, deben conformar el equipo (ej. Oncólogo, Médico Paliativista, Farmacéutico, Psicólogo).

Numerador (Especialidades Presentes): Es el número de estas especialidades que tienen un miembro asignado y activo dentro del equipo.

Ejemplo: Si el protocolo requiere 5 profesionales (oncólogo, paliativista, farmacéutico, psicólogo y nutricionista) y el equipo solo tiene 4 miembros activos, el resultado es:

Porcentaje de Conformación = $(4/5) \times 100 = 80\%$

Indicadores de impacto

Estos indicadores permitirán medir los resultados del programa en términos de efectividad clínica, calidad de vida y sostenibilidad institucional:

- **Reducción en la prevalencia del dolor no controlado:** mide el cambio porcentual en los casos de dolor no controlado antes y después de la intervención del programa, tanto en pacientes hospitalizados como ambulatorios.

Prevalencia de Dolor No Controlado = $\frac{\text{Número de pacientes con dolor no controlado}}{\text{Número total de pacientes evaluados}} \times 100$

- **Tasa de abuso de opioides en pacientes oncológicos:** determina la proporción de pacientes con signos de dependencia o consumo indebido durante el tratamiento. Su reducción refleja un control efectivo y seguro.

Tasa de Abuso de Opioides = $\frac{\text{Número de pacientes con signos documentados de abuso/consumo indebido de opioides}}{\text{Número total de pacientes en tratamiento activo con opioides}} \times 100$

- **Impacto en la calidad de vida:** evalúa el bienestar integral de los pacientes mediante encuestas de satisfacción, niveles de ansiedad y funcionalidad general.
- **Costos asociados al abuso de opioides:** cuantifica los costos directos e indirectos derivados del abuso (hospitalizaciones adicionales, desintoxicación, pérdida de productividad). Una disminución evidenciará la eficiencia del programa.

Costo Promedio por Caso = Costo Total Asociado al Abuso/ Número total de pacientes con diagnóstico de abuso/consumo indebido

- **Porcentaje de tratamientos de dolor individualizados:** mide cuántos pacientes reciben un manejo adaptado a su respuesta clínica, lo cual se asocia a un mejor control del dolor y menos efectos adversos.

La fórmula mide la proporción de pacientes que tienen evidencia documentada de un plan de tratamiento adaptado a su respuesta clínica, en relación con el total de pacientes que lo requerían.

Porcentaje de Tratamientos Individualizados = Número de pacientes con manejo del dolor adaptado/ajustado/Número total de pacientes en tratamiento activo del dolor x 100

- **Transición exitosa de tratamientos opioides a alternativas no opioides:** determina el porcentaje de pacientes que logran una sustitución efectiva sin comprometer el control del dolor, reflejando un manejo sostenible y seguro.

Porcentaje de Transición Exitosa = Número de pacientes con transición exitosa documentada / Número total de pacientes elegibles para la transiciónx100

En conjunto, estos indicadores constituirán la base del análisis de resultados, permitiendo valorar el impacto real del programa y orientar las decisiones de mejora continua dentro de la institución.

Riesgos

Los posibles riesgos que se encontraron son la dispensa, indicación y administración de opioides en institución de salud a pacientes oncológicos internados, según la bibliografía consultada:

- Confusión entre las distintas presentaciones (ejemplo: liberación prolongada vs liberación normal)
- Distintos tipos de errores de dosificación: infradosis y sobredosis, tiempo de tratamiento mayores al necesario, vía de administración no óptima
- Programación médica incorrecta y mal uso por parte del paciente de las bombas de PCA (Analgésia controlada por el paciente) donde el paciente recibe el analgésico de manera constante y continua según su decisión al oprimir un botón de activación, aunque no le permite recibir más medicamento que el indicado por el médico y programado en la bomba (la bomba se encuentra configurada para permitir solo una. determinada cantidad de dosis por hora)
- Confusión del equipo de enfermería y médicos entre la administración endovenosa, epidural e intratecal.
- Falta de actualizaciones diarias de las indicaciones médicas de opioides (dispensa según indicaciones de hace varios días atrás)
- Falta de retirada del parche de fentanilo antes de la colocación de un nuevo parche, o incluso una vez finalizado el tiempo prescrito de tratamiento. Colocación de varios parches en el mismo lugar. Colocación de distintos parches a distintos tiempos.

- Vía de administración errónea o no eficaz: La administración de opioides por vías no recomendadas, como la administración intramuscular en lugar de intravenosa, puede ocasionar una absorción incorrecta del medicamento, alterando su eficacia y aumentando el riesgo de efectos secundarios graves. Además, elegir una vía u otra puede afectar notoriamente la eficacia del tratamiento.
- Inadecuada titulación de dosis al inicio del tratamiento. Error al realizar el ajuste inicial incorrecto de las dosis de opioides, especialmente en pacientes no acostumbrados a la medicación.
- El uso de fentanilo en particular, en pacientes sin una adecuada tolerancia previa a los opioides puede provocar depresión respiratoria, sedación profunda y otras complicaciones, especialmente si no se ajusta la dosis o si el monitoreo es insuficiente. Administrar opioides sin revisar el historial completo de medicación del paciente, incluido el uso de otros fármacos o productos de venta libre, puede resultar en interacciones o efectos adversos imprevistos.
- Tendencia a aumentar las dosis de opioides en pacientes con dolor crónico sin considerar otras opciones de manejo del dolor
- Confusión de medicamentos con nombres similares. El uso de nombres comerciales o genéricos similares para diferentes opioides o medicamentos, como fentanilo y sufentanilo, puede llevar a errores en la prescripción o administración debido a la confusión de los profesionales de salud, aumentando el riesgo de sobredosis.
- Mal manejo al alta. Los errores en la transición del hospital a la atención ambulatoria, como no explicar adecuadamente al paciente el manejo de los opioides en

casa, pueden causar complicaciones en el uso de la medicación, especialmente si el paciente no recibe instrucciones claras sobre la dosificación, los riesgos y los posibles efectos secundarios.

- Falta de conciliación de medicamentos al ingresar a la institución de salud, provocando que ocurran interacciones que aumentan el riesgo de efectos adversos y/o la eficacia de los tratamientos con estupefacientes.

- Inadecuada elección de medicamentos adyuvantes en pacientes con dolor crónico

La falta de tratamiento combinado puede dar lugar a una ineficiencia en el control del dolor, además de aumentar el riesgo de dependencia y efectos secundarios.

- Falta de análisis de la historia de abuso de opioides. Cuando no se realiza una evaluación exhaustiva sobre el historial de abuso de opioides o sustancias de un paciente antes de prescribir un analgésico, puede haber un riesgo significativo de recaída o dependencia. Los profesionales de la salud deben implementar cuestionarios y herramientas específicas para identificar a los pacientes con potenciales problemas de abuso y derivarlos a programas adecuados.

- Errores en la programación de dispositivos de administración continua de opioides. Los dispositivos de administración continua de opioides, como las bombas de infusión, requieren una programación exacta para evitar la sobrecarga de medicación. Los errores en la configuración de estos dispositivos, como la elección incorrecta de la velocidad de infusión o el volumen administrado, pueden provocar sobredosis o administración insuficiente de la medicación.

Según la bibliografía consultada se ofrecen las siguientes posibles soluciones a los problemas descritos:

- Estandarización de los opiáceos disponibles, protocolos de administración, y límite de las opciones de distintos opioides y las existencias disponibles en las unidades asistenciales, así como también sus dosis según los niveles de dolor y las marcas comerciales compradas.
- Almacenar los opioides en lugares señalizados con carteles de alto riesgo, de color rojo y visible para todo el personal.
- Fraccionamiento en dosis unitarias de comprimidos y ampollas contenedoras de mediación opioide correctamente rotulada con indicador de alto riesgo, visible y clara.
- Dispensación de dosis unitarias diaria de opioides a pacientes internados, evitando entregar mayores dosis de las requeridas en el día.
- Dispensación ambulatoria de la cantidad de tratamiento justa según lo indicado por el médico tratante, evitando que el paciente tenga en su poder mayor número de comprimidos o parches que los prescritos en su domicilio.
- Estandarizar las concentraciones de las mezclas endovenosas
- Establecer protocolos de tratamiento incluyendo dosis mínimas y máximas, frecuencias y tiempo de duración, manejo de bombas de infusión, y que los mismos sean de fácil acceso para el equipo médico, farmacéutico, enfermería y otros profesionales que tengan relación con el tratamiento del paciente

- Asegurar la disponibilidad de naloxona (antídoto) en los sectores donde se usan normalmente opiáceos y educar al personal sobre su uso.
- Realizar doble chequeo del tipo de medicamento a difundir o entregar al paciente, su concentración, dosis, velocidad de infusión y vía de administración.
- Señalizar y diferenciar claramente si se puede administrar por vía ENDOVENOSA, EPIDURAL o INTRATECAL.
- Educar a los pacientes y al personal sobre el correcto uso de los parches de fentanilo y su tiempo de recambio.
- Anotar la fecha y hora de la colocación de cada parche de fentanilo en la historia clínica del paciente y entregarla al mismo.
- Crear una cadena automática de mensaje virtual en donde tanto al médico como al paciente y/o su cuidador, le llegue una alerta a su celular/mail con la fecha de recambio de parche de fentanilo.
- En pacientes oncológicos con dolor crónico, informar y educar sobre el dolor irruptivo e indicar únicamente dosis de rescate ante el mismo. Estos pacientes tienen que diferenciar lo que es el dolor irruptivo y conocer que cuando aparece deben tomar la medicación de rescate prescrita.
- Asegurarse que los analgésicos prescritos estén disponibles en las farmacias cercanas de la comunidad y que las mismas sean de confianza y cumplan con los estándares de calidad

- Asegurarse que el paciente ambulatorio comprendió las indicaciones y recomendaciones del manejo de opioides, y que tenga la dosis necesaria para continuar el tratamiento de manera domiciliaria.
- Al ingreso a una institución, revisar toda la medicación completa, sea estupefaciente o no, que toma el paciente al momento del ingreso (conciliación de medicamentos)
- Se debe tener especial cuidado con pacientes con historial clínico de abuso de alcohol y otras sustancias y derivarlos a un equipo especializado en dichos casos.
- Implementar un sistema de monitoreo constante para evaluar la respuesta del paciente a los opioides, ajustando las dosis según sea necesario. Este monitoreo debe incluir la observación de efectos secundarios, signos de dependencia y cualquier alteración en el nivel de dolor.
- Fomentar el uso de aplicaciones móviles o plataformas digitales para ayudar a los pacientes a seguir su tratamiento de manera adecuada. Estas plataformas pueden enviar recordatorios sobre las dosis, permitir la autoevaluación de efectos secundarios y facilitar la comunicación continua con el equipo de salud.
- Establecer auditorías periódicas para revisar el proceso completo de prescripción, administración y seguimiento de los opioides en pacientes hospitalizados. Las auditorías deben revisar la dosificación, la vía de administración, el cumplimiento de los protocolos establecidos y la efectividad en la reducción de errores.
- Promover el uso de estrategias no farmacológicas en el tratamiento del dolor, como la fisioterapia, la acupuntura, la estimulación nerviosa transcutánea (TENS) o la terapia

cognitivo-conductual, lo cual puede reducir la dependencia de los opioides y disminuir el riesgo de abuso.

- Señalización de alto riesgo, uso de armarios con cierre seguro para almacenar los opioides.
- Establecer un sistema de evaluación constante para valorar la efectividad de las medidas implementadas, tales como la estandarización de la prescripción y la educación continua del personal. Las evaluaciones pueden incluir encuestas, revisiones de incidentes y análisis de las prácticas clínicas para ajustar y mejorar los procedimientos.
- Implementar programas de capacitación regular para todo el personal médico y de enfermería sobre la correcta administración de opioides, incluyendo el manejo de bombas de infusión, el uso de parches de fentanilo, y la identificación de signos de abuso o dependencia. Este entrenamiento debe ser continuo y actualizado según las mejores prácticas y nuevas investigaciones.
- Establecimiento de alertas automáticas para recambio de parches de fentanilo y otros. Desarrollar un sistema automatizado de alertas que notifique tanto a los médicos como a los pacientes y sus cuidadores acerca de la fecha de recambio de los parches de fentanilo. Esto puede ser a través de mensajes de texto, correos electrónicos o aplicaciones móviles, garantizando que se cumpla con el tiempo de tratamiento adecuado.
- Revisión y concientización sobre el uso de dosis de rescate en pacientes con dolor crónico. Los pacientes deben ser informados de que solo deben utilizar la dosis de rescate cuando experimenten episodios de dolor irruptivo, evitando el uso innecesario de opioides.

- Hay que asegurar que los analgésicos prescritos estén disponibles en las farmacias locales, garantizando que sean de confianza y cumplan con los estándares de calidad. Además, se debe verificar que los pacientes ambulatorios tengan acceso a la medicación adecuada y suficiente para su tratamiento domiciliario y que puedan contar con la ayuda de terceros en caso de estar inhabilitados.
- Conciliar los medicamentos al ingreso en la institución de salud. Se debe realizar una revisión exhaustiva de todos los medicamentos que el paciente toma, incluidos los opioides, para evitar interacciones y ajustes necesarios en la dosificación. Este proceso debe incluir la conciliación de medicamentos en colaboración con el equipo de farmacéuticos.
- Para pacientes con antecedentes de abuso de alcohol o drogas, se debe implementar un manejo más estricto de la administración de opioides, derivándolos a un equipo especializado en el tratamiento del dolor en este tipo de pacientes. Esto asegurará un control más riguroso de los riesgos de dependencia o sobredosis.

Discusión

La gestión sanitaria del cáncer involucra una planificación estratégica y una ejecución eficiente de tratamientos oncológicos, lo que requiere la colaboración entre profesionales médicos, administradores de salud y otros actores del sistema sanitario. Los administradores de la salud son fundamentales en la asignación de recursos humanos y materiales, asegurando que los equipos médicos estén debidamente capacitados y que los hospitales cuenten con la infraestructura necesaria, como unidades de oncología, equipos de radioterapia y medicamentos oncológicos.

Además, deben gestionar el tiempo y la disponibilidad de los recursos para optimizar la atención y garantizar que los pacientes reciban un tratamiento adecuado y oportuno.

Los administradores también juegan un papel clave en la mejora de la calidad de vida de los pacientes con cáncer, implementando políticas y protocolos para el manejo del dolor, la atención paliativa y el apoyo psicológico. Esto incluye la creación de equipos multidisciplinarios que trabajen en conjunto para ofrecer un cuidado integral. Además, los administradores deben asegurarse de que existan programas de educación para pacientes y familiares sobre el tratamiento, las expectativas y las alternativas terapéuticas, con el fin de reducir la ansiedad y mejorar la adherencia al tratamiento.

El manejo hospitalario del cáncer tiene un impacto directo en la organización y eficiencia de los servicios de salud. Los hospitales y clínicas deben estructurar sus servicios para ofrecer un tratamiento integral, que incluya desde diagnóstico y cirugía hasta quimioterapia, radioterapia y cuidados paliativos. Para lograr esto, se requiere una planificación adecuada de recursos, tiempos y capacidades, lo que implica la gestión eficiente de equipos médicos y la disponibilidad constante de tecnologías especializadas.

La gestión de flujos de pacientes debe estar correctamente organizada para evitar retrasos en el tratamiento, reducir tiempos de espera y optimizar la utilización de recursos. Los administradores de salud pueden implementar sistemas de gestión de citas, coordinar el acceso a servicios de diagnóstico y tratamiento, y asegurarse de que los pacientes reciban atención en el momento oportuno. Además, se deben diseñar protocolos de atención que prioricen la atención humanizada, lo que significa no solo tratar la enfermedad, sino también atender las necesidades emocionales y psicológicas de los pacientes y sus familias.

Una gestión adecuada también incluye la asignación de espacios físicos adecuados para cada tipo de tratamiento, como unidades de quimioterapia, salas de cuidados paliativos y consultas especializadas. Todo esto contribuye a una experiencia de atención más fluida, eficiente y compasiva, que mejora la calidad de vida de los pacientes durante su tratamiento y les ofrece una experiencia más personalizada y menos traumática.

El abuso de opioides es una problemática de salud pública que afecta a millones de personas en todo el mundo y muy especialmente en el contexto de los pacientes que realizan tratamiento oncológico, o pacientes oncológicos en remisión, quienes a menudo requieren de estos fármacos para controlar el dolor asociado a su enfermedad. El uso de opioides ha generado una creciente preocupación en el sistema de salud actual debido a su potencial para causar adicción, su consecuente sobredosis y los efectos adversos que ella conlleva. El enfoque particular en los pacientes con cáncer se enfrenta a un constante dilema entre el manejo adecuado del dolor y los riesgos inherentes al uso prolongado de estos medicamentos, por lo que promover un programa para el control de uso de dicha medicación es recomendado para estos casos.

En primer lugar, es importante reconocer que los opioides son una herramienta fundamental en la oncología y en la medicina general para el tratamiento del dolor. El dolor asociado con el cáncer es, en muchos casos, severo y crónico, lo que justifica el uso a largo plazo de opioides como la morfina, el fentanilo o la oxycodona, los cuales permiten un alivio efectivo incluso en fases avanzadas de la enfermedad. Según estudios, entre el 60% y el 90% de los pacientes con cáncer, internados o no, experimentan dolor, y de estos, un porcentaje significativo requiere tratamiento con opioides para su control adecuado. Estos fármacos son, por tanto, esenciales para mejorar la calidad de vida de los pacientes en todas las etapas, pero principalmente en etapas terminales, proporcionando alivio ante los síntomas dolorosos que no pueden ser controlados por otros medios.

El uso de opioides en el contexto oncológico debe ser cuidadosamente monitoreado. Aunque la dependencia física y psicológica a estos medicamentos es menos probable en pacientes con cáncer en comparación con aquellos que no padecen esta enfermedad, los riesgos asociados con su uso no son inexistentes. Los pacientes oncológicos, como cualquier otro paciente, pueden desarrollar tolerancia a los opioides, lo que lleva a la necesidad de dosis cada vez mayores para lograr el mismo efecto analgésico. Este fenómeno y combinado con la posible automedicación y la falta de educación sobre los efectos a largo plazo, puede aumentar el riesgo de abuso.

En cuanto a la epidemiología del abuso de opioides, estudios muestran que la prevalencia de consumo indebido de opioides ha aumentado de manera constante durante las últimas dos décadas, especialmente en países como Estados Unidos, Canadá, México, Alemania, y otros países de Europa. Tan solo en 2021 hubo más de 80,000 muertes por sobredosis relacionadas con opioides en los Estados Unidos, un número que refleja un problema mucho más amplio que el abuso recreativo de estas sustancias. Si bien en el ámbito de los pacientes oncológicos el abuso de estos medicamentos no es tan prevalente como en la población general, aun así, se presenta un riesgo significativo dado el uso prolongado de estos medicamentos en el tratamiento en esta población. Los mismos no se encuentran exentos de desarrollar dependencia o tolerancia a estos fármacos lo que aumenta el riesgo de abuso.

La revisión de un gran número de estudios evidencia que la prevalencia del dolor en adultos en tratamiento oncológico, hospitalizados y ambulatorios, sigue teniendo cifras elevadas, estimándose que entre el 54,7 y el 70,4 % de los pacientes hospitalizados presentan dolor. La prevalencia del dolor oncológico en pacientes ambulatorios que se encuentran en tratamiento activo del cáncer ronda entre el 24-60%. En pacientes con casos más avanzados, la prevalencia se sitúa entre el 62-86%. Al observar estos porcentajes, se debe tener en cuenta la importancia del

manejo inadecuado del dolor con relación a los tratamientos farmacológicos contra el mismo. El analgésico adecuado, la infra dosis, la falta de adherencia, los efectos adversos o el miedo a los mismos, la subjetividad del dolor y la falta de experiencia del personal sanitario son algunas de las razones del fracaso terapéutico. Además, para un correcto tratamiento del dolor, se deben identificar y evaluar los síndromes dolorosos más comunes en pacientes oncológicos considerando que no todos tienen la misma etiología y origen y dependen del estado del paciente y el tratamiento que se encuentra recibiendo. Los opioides representan hoy en día la mejor arma terapéutica para el control del dolor en el paciente oncológico. El tratamiento del dolor debe abordarse teniendo en cuenta los puntos:

Uso de la vía de administración apropiada: Usar la vía más simple, más eficaz y menos dolorosa (vía oral es más cómoda y barata). Las vías de administración alternativas (IV, SC, rectal o transdérmica) cuando no se pueda utilizar la vía oral debe basarse en el juicio clínico, la disponibilidad y las preferencias del paciente. La administración intramuscular (IM) es dolorosa y debe evitarse. La vía rectal ofrece una biodisponibilidad poco fiable tanto con el paracetamol como con la morfina, lo cual limita su aplicación y no se encuentra recomendada. La vía de administración más usada en pacientes internados son la endovenosa, seguida de la oral y en tercer lugar, la transdérmica. En pacientes ambulatorios, predomina la vía oral y en segundo lugar la transdérmica. Siempre que se pueda, se recomienda rotar a vía oral todo tipo de medicación para mayor control de la dosis administrada y mayor confort del paciente.

Administración a intervalos regulares: En caso de dolor persistente, la medicación debe administrarse con una pauta regular, y no “a demanda”, a no ser que los episodios dolorosos sean verdaderamente intermitentes e impredecibles.

Individualización del tratamiento: Las dosis de analgésicos opioides deben ajustarse de forma individualizada y progresiva hasta que se encuentre la dosis adecuada, basada en la respuesta del paciente al fármaco.

Uso de una estrategia bifásica: En la primera fase de dolor leve, priorizar el uso de AINES tales como ibuprofeno, paracetamol, ketorolaco. Solo en caso de falla terapéutica y dolor severo, optar por incorporar opioides. Se deben prescribir siempre a la dosis mínima eficaz y durante el mínimo tiempo posible (comenzar con los analgésicos de vida media más corta)

Según el patrón habitual de utilización en el medio hospitalario, los opioides con mayor frecuencia de prescripción en pacientes oncológicos son la morfina, el tramadol y el fentanilo en mayor medida, seguidos del remifentanilo y la codeína en su forma individual o combinada con paracetamol. La mayoría de los pacientes tomaron otros fármacos concomitantes, siendo los más frecuentes el paracetamol y la pregabalina. El uso de paracetamol como analgésico adyuvante implica una disminución en la demanda de otros opioides por efecto sinérgico, permitiendo la disminución de los efectos secundarios. Establecer protocolos en donde se incentive a los médicos a prescribir medicación de apoyo y adyuvante siguiendo la escala terapéutica de la OMS es de suma importancia para regular el consumo de estupefacientes y disminuir la dependencia y el aumento de dosis de medicación opioide.

La transición de un tratamiento opioide a otro con el fin de lograr el control de síntomas es una de las tantas áreas críticas. El uso prolongado de los mismos opioides en pacientes con cáncer puede complicarse por la presencia de comorbilidades debido a la misma enfermedad, o mismo potenciarlas. Ejemplos de ello son los trastornos depresivos, la ansiedad, condiciones que pueden potenciar la vulnerabilidad al abuso de opioides.

El uso adecuado de opioides comienza con la evaluación inicial del paciente y la identificación de los posibles riesgos asociados con su consumo. La encuesta adaptada al DSM-5 para evaluar la dependencia a opioides permite identificar signos de abuso y dependencia en pacientes oncológicos, permitiendo a los profesionales de la salud intervenir de manera temprana. Los síntomas de dependencia, como el consumo de dosis mayores a las prescritas, la necesidad de aumentar la dosis para lograr efectos analgésicos similares o los síntomas de abstinencia, pueden ser indicadores de una progresiva tolerancia y dependencia. De acuerdo con la encuesta propuesta, la intensidad de estos síntomas permite clasificar el grado de dependencia (leve, moderada o grave), lo que ayuda a personalizar el tratamiento para cada paciente. La implementación de esta herramienta, junto con el formulario de evaluación del dolor, permite monitorizar tanto la intensidad del dolor como los posibles signos de abuso de opioides, lo que facilita una intervención temprana y el ajuste del tratamiento. Es importante que el personal clínico reciba una formación constante en el uso de estas herramientas, garantizando que la evaluación se realice de forma sistemática y que los síntomas sean detectados en fases tempranas. Esto también implica un manejo proactivo del dolor, evaluando no solo los aspectos físicos, sino también los emocionales y psicológicos, lo cual es esencial para abordar el dolor de manera integral.

El establecimiento de protocolos estandarizados para la administración de opioides es otro aspecto fundamental en la gestión del dolor oncológico. Estos protocolos definen claramente las dosis iniciales, las dosis máximas diarias, la duración del tratamiento y los criterios para ajustar las dosis de acuerdo con la respuesta clínica del paciente. Además, los protocolos también deben incluir estrategias para la transición hacia tratamientos no opioides y el uso de medicamentos adyuvantes con el fin de minimizar los riesgos asociados con el uso prolongado de opioides. El ejemplo del protocolo de morfina y fentanilo es ilustrativo de cómo se puede estructurar un plan

terapéutico basado en evidencias adaptado a las necesidades de los pacientes y a la evolución de su condición clínica.

Es fundamental que los protocolos no solo se establezcan en teoría, sino que sean implementados y monitoreados adecuadamente. Esto incluye la evaluación continua de los pacientes, especialmente aquellos que requieren un tratamiento a largo plazo, como los que sufren de dolor crónico. La transición hacia otras alternativas debe ser cuidadosamente planificada y supervisada para evitar efectos adversos o recidivas del dolor. De esta forma, se favorece un manejo del dolor más equilibrado minimizando los riesgos de dependencia y abuso.

Cuando el uso inapropiado de opioides tiene un origen psicológico se ha demostrado que el uso de entrevistas motivacionales, de manera compasiva, puede ser una estrategia efectiva. En los casos donde el tratamiento tiene un enfoque curativo es fundamental evaluar si el abuso de opioides está siendo utilizado por el paciente para mejorar la adherencia a los tratamientos contra el cáncer. Por otro lado, en un entorno de cuidados paliativos, es esencial que los profesionales trabajen estrechamente con especialistas en medicina de adicciones para asegurar que el manejo del dolor sea adecuado, mejorando la calidad de vida y el control de los síntomas

La dispensación de opioides dentro de un centro de salud debe estar estrictamente controlada para evitar errores de medicación, mal uso o distribución no autorizada. El sistema propuesto, que incluye un control de dispensación y administración de opioides por parte del personal técnico de farmacia, es una medida importante para garantizar la trazabilidad del medicamento y prevenir su uso indebido. El registro diario de los opioides administrados a los pacientes, con la indicación del nombre del dispensador, la fecha y la hora de la administración, crea un mecanismo de control y auditoría que facilita la supervisión de los tratamientos, y asegura que los pacientes reciban las dosis adecuadas.

Tal como sucede con cualquier otra medicación, el seguimiento y control de la dispensación y administración de estupefacientes en las instituciones de salud implicaría mayor concientización sobre los gastos que esto implica. Mayor número de indicaciones y tratamientos no controlados en pacientes internados implican un gasto excesivo tanto para un sanatorio como para los sistemas de cobertura médica a quienes se les factura los costos según cada cuenta de paciente internado y ambulatorio. La falta de actualización de las indicaciones médicas lleva a una sobre facturación de medicación que el paciente mismo quizás ya no necesite y sigue aun recibiendo, no solo comprometiendo su salud sino produciendo mayores pérdidas en los ámbitos de salud tanto privados como públicos.

La colaboración interdisciplinaria es requerida para un correcto manejo de la medicación. La validación clínica de prescripciones médicas es el acto propio del profesional farmacéutico donde al interpretar la prescripción médica, previo a la dispensación, aporta un valor único y propio para el que fue formado en el proceso farmacoterapéutico. Conocer la historia clínica y los objetivos farmacoterapéuticos permite realizar intervenciones con mayor beneficio para el paciente. Un programa de control de administración de estupefacientes y de opioides debe ser diseñado para asegurar que el uso de estos fármacos sea el adecuado basado en una evaluación clínica exhaustiva de cada paciente. En este contexto, la intervención de un equipo multidisciplinario conformado por oncólogos, farmacéuticos, médicos de cuidados paliativos, médicos especialistas del dolor, enfermeras especializadas en dolor y en oncológicos, psicólogos, psiquiatras y trabajadores sociales es fundamental. Cada miembro del equipo aportará sus conocimientos y experiencias en las áreas específicas, lo que permitirá una visión integral del tratamiento. Por ejemplo, los oncólogos se centran en la evaluación de la condición clínica y el pronóstico del paciente con respecto a la enfermedad, mientras que los farmacéuticos pueden

realizar una gestión precisa de las dosis de opioides y ofrecer alternativas no opioides cuando sea posible. Los médicos de cuidados paliativos juegan un papel clave en la gestión del dolor, y las enfermeras brindan un apoyo continuo en la administración de medicamentos y el monitoreo de efectos adversos.

Entonces, las ventajas de este enfoque multidisciplinario es la capacidad de prevenir el abuso de opioides mediante un monitoreo continuo del tratamiento. Los farmacéuticos pueden implementar sistemas de seguimiento para detectar patrones de uso inapropiado, como la prescripción excesiva o la automedicación, mientras que los médicos y enfermeras pueden identificar signos de tolerancia creciente o dependencia, interviniendo de manera temprana. Esto se logra mediante un enfoque colaborativo que involucra a todos los profesionales de la salud en la toma de decisiones sobre la dosificación, el tipo de opioide utilizado y la duración del tratamiento. Además, los psicólogos y trabajadores sociales pueden ofrecer intervenciones para abordar posibles trastornos de ansiedad, depresión o adicción, factores que pueden aumentar la vulnerabilidad al abuso de opioides en pacientes oncológicos. Al adoptar un enfoque integral que combine la experiencia clínica, el monitoreo proactivo y la educación, se reduce el riesgo de abuso y dependencia de opioides, a la vez que se garantiza el alivio adecuado del dolor. Este tipo de programa es esencial para proporcionar un tratamiento justo y ético, equilibrando la necesidad de control del dolor con los riesgos inherentes al uso de estos fármacos. A largo plazo, un enfoque bien implementado puede mejorar significativamente la calidad de vida de los pacientes y contribuir a una mayor eficacia en el manejo del dolor.

Por otro lado, y desde una visión más negativa, esta atención multidisciplinaria consume recursos y puede generar una sobrecarga en los sistemas hospitalarios, especialmente cuando se trata de pacientes con múltiples comorbilidades relacionadas con el abuso de opioides y más aún

en sistemas de salud sobreexplotados. Además, los costos asociados con el abuso de opioides en pacientes oncológicos son elevados. Según estudios, el tratamiento de la adicción puede generar gastos adicionales para el sistema de salud debido a la necesidad de intervenciones específicas como ser la desintoxicación, internaciones, y la implementación de más terapias farmacológicas y psicológicas. A nivel global, se estima que el abuso de opioides genera costos económicos directos e indirectos significativos. Los costos directos incluyen los gastos en atención médica, como las ya mencionadas hospitalizaciones prolongadas, tratamientos de desintoxicación y manejo de complicaciones asociadas. Los costos indirectos incluyen la pérdida de productividad laboral y social, ya que los pacientes afectados pueden enfrentar discapacidades a largo plazo o incluso la muerte prematura. También en los recursos asociados al manejo de los efectos secundarios. Los pacientes que desarrollan dependencia pueden requerir tratamientos adicionales para gestionar los síntomas de abstinencia o la sobredosis, lo que a su vez implica la utilización de más personal, camas de hospital y recursos para el manejo de emergencias médicas, como intervenciones más intensivas y costosa como ser la ventilación mecánica y el tratamiento en unidades de cuidados intensivos (UCI).

El abuso de opioides también se relaciona con un aumento en las tasas de reingreso hospitalario. Los pacientes que desarrollan dependencia pueden experimentar complicaciones graves, como la sobredosis de opioides, que a menudo conduce a una hospitalización recurrente. En algunos casos, estos pacientes requieren hospitalizaciones prolongadas para la desintoxicación o el tratamiento de complicaciones derivadas del abuso. Además, los pacientes con dependencia también pueden experimentar efectos adversos prolongados de los opioides, como el estrés físico o la disfunción en el sistema inmunológico, lo que aumenta las posibilidades de infecciones o otros eventos adversos que requieran atención hospitalaria adicional.

El seguimiento deficiente del tratamiento en pacientes con dependencia puede llevar a una falta de adherencia a las pautas terapéuticas, lo que a su vez eleva las tasas de reingreso y prolonga la estancia hospitalaria, generando más gastos para los hospitales. Esto también afecta la eficiencia del sistema sanitario, pues los recursos que podrían destinarse a otros pacientes en tratamiento oncológico se desvían para atender a aquellos que requieren atención por abuso o dependencia de opioides.

Es importante destacar que la dependencia fisiológica de los opioides puede desarrollarse incluso con un uso completamente adecuado de estos, lo cual no constituye un trastorno por uso de opioides en sí mismo. La solicitud por parte de un paciente de un medicamento específico no siempre refleja un comportamiento de búsqueda de drogas, sino que puede ser a raíz de los resultados satisfactorios obtenidos que le indica que ese medicamento es efectivo para su situación en particular. Sin embargo, hay comportamientos que sí deben generar sospecha de la presencia de un trastorno, tales como la solicitud de recetas de opioides a múltiples médicos, la llegada tardía a las citas médicas, y el evitar a los especialistas en manejo del dolor y las ofertas de otros tratamientos para reemplazar a estos estupefacientes. Para evitar el abuso y la dependencia se pueden establecer políticas de intervención temprana en casos sospechosos. Esto implica el uso de herramientas de evaluación de riesgos, como escalas de dolor y evaluaciones psicológicas, que permitan identificar a los pacientes en riesgo de desarrollar dependencia. Además, pueden implementarse estrategias de manejo del dolor multidisciplinarias, que incluyen opciones como la fisioterapia, la psicoterapia y los tratamientos farmacológicos no opioides, reduciendo así la necesidad de opioides a largo plazo.

La creación de este programa también permite la implementación de protocolos estandarizados para la administración de opioides en una institución o en varias, lo cual es

fundamental para reducir la variabilidad en las prácticas clínicas y asegurar que todos los pacientes reciban un tratamiento equitativo y seguro. El equipo multidisciplinario puede establecer directrices claras sobre cuándo iniciar, ajustar o suspender el tratamiento con opioides, basándose en criterios clínicos y en la evaluación continua del dolor y la calidad de vida del paciente.

Fuera de ello, las terapias de tipo no farmacológicas también deben encontrarse a la orden del día. En muchas ocasiones, sin embargo, los profesionales de la salud no se encuentran acostumbrados o informados sobre las mismas, o mismo muchos son escépticos a su eficacia. La fisioterapia, acupuntura, musicoterapia, terapias cognitivo-conductuales y mindfulness pueden ser complementos efectivos en las terapias farmacológicas para gestionar el dolor de manera integral. Hablamos entonces de que los tratamientos físicos y terapias de rehabilitación juegan un papel importante en el manejo del dolor oncológico. Las técnicas de fisioterapia, como el masaje terapéutico, la terapia ocupacional y los ejercicios físicos, pueden ayudar a mejorar la movilidad, reducir la rigidez muscular y aliviar el dolor. Estas terapias también pueden mejorar la calidad de vida del paciente, ayudándolo a mantener cierta autonomía y bienestar. En muchos hospitales, se implementan programas de fisioterapia dirigidos por especialistas, en los que los pacientes reciben pautas de ejercicios adaptados a su condición clínica.

Otra alternativa importante es el uso de psicoterapia y enfoques cognitivo-conductuales para el manejo del dolor. La ansiedad, la depresión y el estrés psicológico son factores que pueden exacerbar la percepción del dolor, por lo que la psicoterapia puede ayudar a los pacientes a afrontar mejor su condición. La terapia cognitivo-conductual (TCC) es una estrategia utilizada para cambiar las percepciones y reacciones emocionales hacia el dolor, ayudando a los pacientes a desarrollar estrategias de afrontamiento y a reducir la necesidad de analgésicos.

Los hospitales también están integrando técnicas de relajación y manejo del estrés, como la meditación, la respiración profunda y el mindfulness. Estas prácticas no solo tienen beneficios psicológicos, sino que también se ha demostrado que ayudan a reducir la intensidad del dolor. Los pacientes que participan en programas de manejo del estrés pueden experimentar una mejora significativa en su bienestar general, reduciendo la dependencia de los opioides.

Además, las intervenciones intervencionistas como los bloqueos nerviosos o la estimulación eléctrica transcutánea (TENS) se utilizan en algunos casos de dolor severo. Estos enfoques actúan directamente sobre los nervios afectados y pueden ofrecer un alivio significativo en pacientes con dolor localizado o neuropático. La educación continua en materias de tratamientos convencionales y no convencionales, tanto para los profesionales de la salud como para los pacientes, debe estar a la orden del día. Los equipos de salud deben recibir capacitación y actualizaciones sobre las mejores prácticas en el manejo del dolor, incluyendo todas las alternativas a los opioides y las estrategias para prevenir la adicción. De igual manera, los pacientes y sus familias deben ser informados acerca de los riesgos y beneficios del uso de opioides, así como de la importancia de seguir las pautas médicas para evitar efectos adversos. La educación adecuada puede ayudar a reducir la automedicación y a fomentar un uso más responsable.

Los bloqueos de tipo nerviosos y procedimientos quirúrgicos, si bien son invasivos, pueden complementar a las terapias con opioides evitando su uso o disminuyendo sus necesidades. Dentro de estas técnicas se pueden mencionar las ablaciones, los bloqueos neuromusculares y la neuromodulación.

La valoración psiquiátrica debe estar presente en todo momento para evaluar cómo está afectando no solo el dolor de cada paciente, sino también el uso de los opioides. Considerar los factores ambientales y sociales que rodean a cada paciente será vital para evitar que caiga en

dependencia o adicción a estos medicamentos dentro o fuera del ámbito hospitalario. La inestabilidad social, antecedentes de abuso de fármacos y otras sustancias, alcohólicos o ex alcohólicos, pacientes con alto riesgo de tendencias a depresión, ansiedad e ideas suicidas, y aquellos con enfermedades psiquiátricas confirmadas deben encontrarse en constante vigilancia.

Uno de los problemas asociados a la indicación de opioides en pacientes oncológicos es la dificultad para distinguir entre el uso legítimo y el uso indebido de estos fármacos. Los pacientes que experimentan un dolor intenso pueden desarrollar tolerancia, lo que los lleva a requerir dosis más altas para obtener el mismo alivio. Esta situación puede desencadenar un ciclo de dependencia, incluso en un contexto clínico controlado donde los pacientes no tienen la intención de abusar del medicamento. Además, algunos pacientes pueden recurrir a la automedicación o a la obtención ilegal de opioides para manejar el dolor, lo que aumenta el riesgo de efectos adversos graves como la sobredosis. Esta situación no solo compromete la salud del paciente, sino que también dificulta el control efectivo del dolor y la calidad de vida de estos.

En la actualidad, el uso de tecnologías informáticas tales como aplicaciones de monitorización de dolor o control de administración de opioides resultan sumamente útiles especialmente por la facilidad de su uso y practicidad de los mismos. Sin embargo, las limitaciones a esto pueden ser diversas. Algunos pacientes no saben utilizar bien las tecnologías, especialmente aquellos de mayor edad, o se niegan a las mismas. Independientemente de ello, estas aplicaciones pueden ofrecer alertas cuando se detectan patrones de dependencia o de aumento de dosis por fuera de lo indicado. En la actualidad no se encuentra disponible ninguna en el continente latinoamericano que conecte la información en tiempo real entre médico y paciente. Sin embargo, se podría adoptar un modelo similar influenciado por MyChart utilizada en los Estados Unidos. A través de estos portales, los pacientes pueden hacer un seguimiento de su propia historia clínica

para promover la autogestión, revisa sus pautas e indicaciones pasadas, compartir historiales con otros profesionales sanitarios de instituciones distintas y viceversa, comunicarse directamente con los mismos y refrescar su memoria en cuanto a dosis y frecuencia de toma de medicaciones, entre otras funciones. Estos medios también podrían reducir los costes sanitarios al evitar la duplicación de servicios y sobre indicaciones. Por ello, la implementación de sistemas electrónicos de prescripción y monitoreo representa una estrategia innovadora que puede transformar el manejo de los opioides en entornos hospitalarios. Estos sistemas permiten realizar un seguimiento más preciso de las prescripciones y la administración de los opioides, minimizando el riesgo de sobre prescripción y aumentando la seguridad del paciente. Las alertas electrónicas, que avisan sobre patrones inusuales en el uso de opioides o la repetición excesiva de recetas, ayudan a identificar posibles casos de abuso en etapas tempranas, lo que facilita una intervención más rápida y eficaz. Asimismo, la incorporación de aplicaciones móviles para el seguimiento del consumo de opioides por parte de los pacientes se presenta como una herramienta útil para mejorar la adherencia al tratamiento. Estas aplicaciones permiten que los pacientes registren su consumo, reciban recordatorios sobre la toma de dosis y evalúen los efectos secundarios o síntomas. Además, contribuyen a una comunicación más fluida entre el paciente y el equipo de salud, lo que mejora la gestión integral del tratamiento y reduce los riesgos asociados con el uso indebido de opioides.

La inteligencia artificial, en auge y aún en crecimiento y dando sus primeros pasos, podría ser de utilidad al momento de analizar datos individuales de cada paciente y sugerir ajustes de dosis de opioides. En principio, la misma desempeña un papel clave en estos sistemas electrónicos y aplicaciones móviles, ya que puede analizar grandes volúmenes de datos en tiempo real para identificar patrones, predecir posibles complicaciones y recomendar ajustes en la dosis de opioides. Al integrar algoritmos de aprendizaje automático, los sistemas pueden identificar

cambios sutiles en los comportamientos de los pacientes, como la variabilidad en las dosis, los horarios de administración o la posible dependencia, lo que permite ofrecer un enfoque más personalizado y dinámico en la atención. Con el tiempo, estas tecnologías también pueden aprender de los casos previos para mejorar la precisión de las recomendaciones, optimizando la seguridad y eficacia del tratamiento. La combinación de IA y sistemas electrónicos no solo optimiza el proceso de prescripción y monitoreo, sino que también abre nuevas posibilidades para un enfoque más proactivo en la gestión del dolor y el control de riesgos.

El monitoreo y la auditoría médica que trabajan tanto en los centros de salud como en las coberturas médicas son esenciales para garantizar que los estupefacientes se utilicen de manera segura. Las auditorías internas regulares sobre la prescripción, administración y almacenamiento de opioides pueden ayudar a identificar irregularidades o desviaciones de los protocolos establecidos. Estas auditorías deben incluir una revisión del historial de prescripción de la medicación de cada paciente, la verificación de las dosis administradas y la confirmación de que se sigan los criterios de uso adecuado. Las políticas de control, supervisión y seguridad del paciente deben incluir medidas para evitar la sobre prescripción y el abuso de estos medicamentos. El uso de tecnologías, como los sistemas de prescripción electrónica y los dispositivos de dispensación controlada, puede facilitar el monitoreo en tiempo real y permitir una respuesta rápida ante cualquier anomalía.

La prescripción de opioides debe recaer en profesionales capacitados que comprendan tanto los riesgos como los beneficios potenciales de estos medicamentos, tengan la habilidad para manejar las complicaciones posibles, conozcan en profundidad las características de los pacientes a quienes se los prescriben y estén al tanto de otras opciones terapéuticas. Es necesario preguntarse dentro del contexto de la salud actual si médicos de atención primaria con cargas laborales elevadas

podrán realizar un seguimiento adecuado de los pacientes que reciben opioides de forma crónica y es por ello que es necesario plantear un plan de control reproducible en el contexto actual.

El manejo del dolor no solo involucra a los profesionales de la salud y a los pacientes en sí mismo, sino también a las familias y cuidadores. Estos actores juegan un papel clave en el seguimiento de la medicación de los pacientes y en la identificación de signos de abuso de opioides. A menudo, los pacientes pueden no ser conscientes de los cambios en su comportamiento relacionados con el consumo de opioides, por lo que es crucial que los cuidadores y familiares estén capacitados para detectar señales de alerta tales como la falta de adherencia al régimen de medicación o los intentos de manipular las dosis. Además de ello, los cuidadores deben estar informados sobre los efectos secundarios de los opioides y cómo pueden gestionar los síntomas relacionados con su uso. Brindarles información sobre cómo apoyar al paciente en su tratamiento, manejar los efectos secundarios y facilitar el acceso a atención médica de emergencia si es necesario, es fundamental para asegurar una atención adecuada.

Por último, es relevante tener en cuenta las diferencias en cuanto a la regulación en los distintos países. En muchas naciones el acceso a opioides se encuentra estrictamente controlado debido a las altas tasas de abuso en la población general. No obstante, los pacientes oncológicos deben poder acceder a estos medicamentos de forma oportuna y adecuada y sin que las políticas sanitarias de control se conviertan en un obstáculo para su tratamiento. La falta de acceso adecuado a opioides en algunos países, especialmente en aquellos de bajos recursos, puede llevar a situaciones en las que los pacientes sufran un dolor innecesario debido a la limitación en el suministro de estos fármacos. A su vez, hablando estrictamente de zonas de bajos recursos en un mismo país, puede suceder que el acceso a la medicación de manera legal y controlada por profesionales se vea obstaculizada por la precariedad. Esto aumenta el riesgo de obtener los

medicamentos por mercados no oficiales, sin seguimiento médico, sin asegurarse la legitimidad y pureza de los principios activos, y aumentando las posibilidades de tener efectos adversos, abuso, y la peligrosidad que todo lo mencionado conlleva para la integridad física y psicológica del paciente.

Este tema plantea importantes cuestiones éticas. La principal preocupación es el equilibrio entre el alivio del dolor y la prevención de la dependencia. Los médicos deben tomar decisiones difíciles sobre el uso de opioides, considerando no solo el bienestar físico del paciente, sino también su salud mental y su calidad de vida. El objetivo es aliviar el sufrimiento sin causar un daño adicional, como la dependencia o los efectos secundarios debilitantes. Además, la autonomía del paciente es otro aspecto importante. Los pacientes deben ser informados adecuadamente sobre los riesgos y beneficios del tratamiento con opioides, y deben tener un papel activo en la toma de decisiones sobre su tratamiento. La transparencia en la comunicación sobre los posibles efectos secundarios y el establecimiento de expectativas claras sobre el manejo del dolor es crucial para mantener la confianza entre el paciente y el equipo de salud. La confianza en el sistema de salud puede verse afectada si los pacientes perciben que no están recibiendo el apoyo adecuado para gestionar tanto el dolor como la dependencia. Esto también puede influir en la relación médico-paciente, lo que podría afectar la adhesión al tratamiento y el bienestar general de los pacientes oncológicos.

Dado que no existen directrices claras para el diagnóstico del abuso de opioides en el contexto oncológico, todos los enfoques propuestos para el manejo del dolor crónico relacionado con el cáncer son aplicables. Para el futuro, se recomienda establecer un consenso sobre la definición de abuso de opioides en este contexto específico, así como mejorar los métodos de evaluación y validar los instrumentos utilizados para el diagnóstico y seguimiento de los pacientes

oncológicos. Además, considerando la estrecha relación entre el diagnóstico de cáncer y los mecanismos de afrontamiento del paciente, factores psicosociales como el estrés emocional, la ansiedad y la depresión son elementos cruciales que pueden desencadenar el abuso de opioides. Se requiere un esfuerzo colaborativo y estudios longitudinales para proporcionar información más completa sobre este tema.

Existe la posibilidad de trabajar en colaboración con otras entidades gubernamentales y organizaciones para cumplir con las normativas nacionales e internacionales sobre el control de opioides, contribuyendo a una estrategia global de salud pública que busque reducir el abuso y la dependencia de estos fármacos mientras se asegura el acceso adecuado a los pacientes que realmente lo necesitan.

Conclusiones

El abuso de opioides en pacientes oncológicos es una problemática compleja que presenta un desafío significativo para los sistemas de salud. Si bien los opioides son esenciales para el manejo del dolor en etapas avanzadas del cáncer, su uso prolongado puede conllevar riesgos de dependencia y abuso, especialmente cuando se administran sin un control adecuado. El monitoreo constante y la evaluación rigurosa de los pacientes son cruciales para identificar señales tempranas de abuso y evitar complicaciones como la sobredosis o el reingreso hospitalario. La implementación de protocolos estandarizados y un enfoque multidisciplinario que incluya médicos, farmacéuticos, psicólogos y otros especialistas es fundamental para equilibrar el alivio del dolor con la prevención de la dependencia. No obstante, el abuso de opioides genera un costo económico significativo, tanto por los tratamientos adicionales necesarios como por el aumento de

hospitalizaciones, lo que afecta la eficiencia de los sistemas de salud. Por lo tanto, se requiere un manejo exhaustivo y responsable de los opioides en la oncología para garantizar el bienestar de los pacientes, sin comprometer la sostenibilidad del sistema sanitario.

Referencias

- Acuña, J. P. (2019). Riesgo de adicción a analgésicos opioides en el tratamiento de dolor crónico no oncológico. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 30(6), 466–479. <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2019.10.004>
- Adams, L., & Gatchel, R. (2004). Development of a self-report screening instrument for assessing potential opioid medication misuse in chronic pain patients. *Journal of Pain and Symptom Management*, 27, 440–459.
- Álvarez, Y., & Farré, M. (2005). Farmacología de los opioides. *Adicciones*, 17(2), 21–40.
- American Pain Society. (s.f.). *Definitions related to the use of opioids for the treatment of pain: A consensus document from the American Academy of Pain Medicine, the American Pain Society, and the American Society of Addiction Medicine*. <http://www.ampainsoc.org/advocacy/opioids2.html>
- American Psychiatric Association. (2016). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*. American Psychiatric Publishing.
- Asociación Latinoamericana de Cuidados Paliativos, Sociedad Venezolana de Medicina Paliativa, & Asociación Internacional de Hospicios y Cuidados Paliativos. (2012). *Uso de opioides*

en el tratamiento del dolor: Manual para Latinoamérica.

<http://cuidadospaliativos.org/uploads/2012/11/ManualOpioides.pdf>

- Bailey, C. P., & Connor, M. (2005). Opioids: Cellular mechanisms of tolerance and physical dependence. *Current Opinion in Pharmacology*, 5(1), 1–9.
- Bajwa, Z. H., Warfield, C. A., & Wooton, R. J. (2008). Overview of treatment of chronic pain. *UpToDate*® (v.16.3). <http://www.uptodate.com>
- Becker, W. (2018). Consensus-based treatment approaches for managing concerning behaviors in patients on long-term opioid therapy for chronic pain: Case-based applications. *Mayo Clinic Proceedings: Innovations, Quality & Outcomes*, 2(2), 91–98.
- Bhatnagar, V., & Zafar, S. Y. (2016). The opioid epidemic in cancer patients: A call for action. *Journal of Clinical Oncology*, 34(16), 1844–1846. <https://doi.org/10.1200/JCO.2016.66.4532>
- Bosetti, C., Santucci, C., Radrezza, S., Erthal, J., Berterame, S., & Corli, O. (2019). Trends in the consumption of opioids for the treatment of severe pain in Europe, 1990–2016. *European Journal of Pain*, 23(4), 697–707. <https://doi.org/10.1002/ejp.1337>
- Brown, J. H., Torres, H. P., Maddi, R. D., et al. (2020). Cancer patients' perceived difficulties filling opioid prescriptions after receiving outpatient supportive care. *Journal of Pain and Symptom Management*, 60, 915–922.
- Cady, J. (2001). Understanding opioid tolerance in cancer pain. *Oncology Nursing Forum*, 28(10), 1561–1568.

- Caraceni, A., Hanks, G., Kaasa, S., Bennett, M. I., Brunelli, C., & otros. (2012). *Use of opioid analgesics in the treatment of cancer pain: Evidence-based recommendations from the EAPC* (pp. 58–68).
- Cardoso-Ortiz, J., López-Luna, M. A., Lor, K. B., Cuevas-Flores, M. R., Flores de la Torre, J. A., & Covarrubias, S. A. (2020). Farmacología y epidemiología de opioides. *Revista Bio Ciencias*, 7, e955. <https://doi.org/10.15741/revbio.07.e955>
- Catalá, E. (2015). *Manual de tratamiento del dolor* (3.^a ed.).
- Cooper, A. J. M., Willis, J., Fuller, J., Benecke, H., Leighton-Scott, J., Andersohn, F., & Knaggs, R. D. (2017). Prevalence and incidence trends for diagnosed prescription opioid use disorders in the United Kingdom. *Pain and Therapy*, 6(1), 73–84. <https://doi.org/10.1007/s40122-017-0070-9>
- Covarrubias-Gómez, A., Esquer-Guzmán, H. M., Carrillo-Torres, O., Carmona-Rodríguez, J. L., Ramos-Guerrero, J. A., Soto-Pérez de Celis, E., García-Andreu, J., Vega-Blancas, J. L., & Gutiérrez-Salmerón, C. (2023). La crisis de opioides en México. *Revista Mexicana de Anestesiología*, 46(3), 161–165. <https://doi.org/10.35366/111069>
- Dowell, D., Haegerich, T. M., & Chou, R. (2016). CDC guideline for prescribing opioids for chronic pain—United States, 2016. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 65(1), 1–49. <https://doi.org/10.15585/mmwr.rr6501e1>
- Duce Tello, S. (2007). Terapéutica en atención primaria: Uso de los opioides en pacientes con dolor oncológico. *Medicina de Familia-SEMERGEN*, 33(10), 520–528. <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-articulo-terapeutica-atencion-primaria-uso-opioides-13113213>

- DuPen, S., Nampiarampil, D. E., & Sweeney, J. (2017). Opioids in cancer pain management: Challenges and opportunities. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 34(4), 331–335. <https://doi.org/10.1177/1049909116654602>
- Fishbain, D., Cole, B., Lewis, J., et al. (2008). What percentage of chronic nonmalignant pain patients exposed to chronic opioid analgesic therapy develop abuse/addiction and/or aberrant drug-related behaviors? A structured evidence-based review. *Pain Medicine*, 9(4), 444–459.
- Flórez, J. (2003). Fármacos analgésicos opioides. En J. Flórez, J. A. Armijo, & A. Mediavilla (Eds.), *Farmacología humana* (4.^a ed., pp. 461–478). Masson.
- Goldzweig, C. L., Orshansky, G., Paige, N. M., Miake-Lye, I. M., Beroes, J. M., Ewing, B. A., et al. (2015). Electronic health record-based interventions for improving appropriate diagnostic imaging: A systematic review and meta-analysis. *Annals of Internal Medicine*, 162(8), 557–565.
- Goodman, L. S., & Gilman, A. G. (2019). *Las bases farmacológicas de la terapéutica* (13.^a ed., cap. 60). McGraw-Hill.
- Green, C. R., & Ndao, D. (2017). Chronic pain and opioid use in oncology patients: Impact of current guidelines on treatment patterns. *Cancer Journal*, 23(2), 116–121. <https://doi.org/10.1097/PPO.0000000000000261>
- Instituto Nacional del Cáncer (NIH). (2020). *Diccionario de cáncer*. <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones>

- Kruse, C. S., Bolton, K., & Freriks, G. (2015). The effect of patient portals on quality outcomes and its implications to meaningful use: A systematic review. *Journal of Medical Internet Research, 17*(2), e44.
- Manchikanti, L., et al. (2017). Responsible, safe, and effective prescription of opioids for chronic non-cancer pain: American Society of Interventional Pain Physicians (ASIPP) guidelines. *Pain Physician, 20*, S3–S92.
- Ministerio de la Protección Social. (2006, mayo 10). *Resolución 1478 de 2006: Normas para el control, seguimiento y vigilancia de sustancias sometidas a fiscalización. Diario Oficial de la República de Colombia*, 1–43.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2015). *Prácticas seguras para el uso de opioides en pacientes con dolor crónico* [Informe]. Gobierno de España.
- Moreno Royo, L., & Muedra Navarro, V. (s.f.). *Farmacología básica del dolor (analgésicos)*.
- Observatorio de Drogas de Colombia. (2019, enero). *Alerta informativa acerca del uso de sustancias y preparados con actividad psicoactiva utilizadas para el manejo del dolor (opioides)* [Informe]. <https://www.drugabuse.gov/drugs-abuse/opioids/opioid-overdose-crisis>
- Palmer, R., Carrel, D., et al. (2015). The prevalence of problem opioid use in patients receiving chronic opioid therapy: Computer-assisted review of electronic health record clinical notes. *Pain, 156*(7), 1208–1214.
- Porta, J., Gómez-Batiste, X., & Tuca, A. (2004). Control de síntomas en pacientes con cáncer avanzado y terminal (Cap. 3: Dolor, pp. 33–90). Arán.

- Schatman, M. E., & Slade, S. (2015). Opioid medications and oncology: The impact of opioid addiction on cancer care. *Cancer Control*, 22(3), 316–320. <https://doi.org/10.1177/1073274815022003134>
- Sequeira Quesada, C. M., Lin Wu, E. L. W., & Lin Wu, A. (2024). Actualización de epidemia por opioides y fentanilo: Consecuencias y soluciones en salud pública. *Revista Ciencia y Salud: Integrando Conocimientos*, 7(2), 111–122. <https://doi.org/10.34192/cienciaysalud.v7i2.628>
- Singh, S., Moreland, R. A., & Fang, W. (2021). Compassion inequities and opioid use disorder: A matched case-control analysis examining inpatient management of cancer-related pain for patients with opioid use disorder. *Journal of Pain and Symptom Management*, 62, e156–e163.
- Sørensen, J., Sjøgren, P., Clemmensen, S. N., Sørensen, T. V., Heinecke, K., & Kurita, G. P. (2022). Improvement of pain management in a comprehensive cancer center: A comparison of two cross-sectional studies 8 years apart. *Supportive Care in Cancer*, 30, 2037–2045.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (US). (2018). *Reports and detailed tables from the 2018 National Survey on Drug Use and Health (NSDUH)*. <https://www.samhsa.gov/data/sites/default/files/cbhsq-reports/NSDUHDetailedTabs2017/NSDUHDetailedTabs2017.pdf>
- Torres-Ruiz, L., & Vélez-Bermúdez, I. (2018). Opioides en pacientes oncológicos: Prevenir el abuso y garantizar el manejo adecuado. *Revista Colombiana de Cancerología*, 22(3), 128–134. <https://doi.org/10.1016/j.rcan.2018.05.003>

U.S. Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Office of Behavioral Health Equity. (2020). *The opioid crisis and the Black/African American population: An urgent issue*.
https://store.samhsa.gov/sites/default/files/SAMHSA_Digital_Download/PEP20-05-02-001_508%20Final.pdf

Velluci, R., Fanelli, G., Pannuti, R., Peruselli, C., Adamo, S., Alongi, G., et al. (2016). What to do and what not to do when diagnosing and treating breakthrough cancer pain. *Expert Opinion on Drug Safety*, 76, 315–330.

World Health Organization. (2024). *Global cancer burden growing, amidst mounting need for services*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer>

Anexos Técnicos

Anexo 1. *Consentimiento pacientes.*

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL USO DE OPIOIDES EN EL MANEJO DEL DOLOR ONCOLÓGICO

Paciente: _____

Fecha: _____

Médico Tratante: _____

Diagnóstico: _____

Tipo de tratamiento: _____

Introducción al tratamiento:

Se le ha recomendado el uso de opioides para el manejo del dolor relacionado con su diagnóstico de cáncer. Este tratamiento es comúnmente utilizado para aliviar el dolor moderado a severo, especialmente en pacientes con enfermedad avanzada o en tratamiento paliativo.

Descripción del tratamiento:

Los opioides son medicamentos potentes que actúan sobre el sistema nervioso central para disminuir la sensación de dolor. Los fármacos específicos que se utilizarán incluyen: [incluir nombre de los opioides específicos, por ejemplo, morfina, oxycodona, fentanilo, etc.]. Estos medicamentos se administrarán de acuerdo con las dosis y horarios establecidos por su médico.

Beneficios esperados:

El principal beneficio de este tratamiento es el alivio del dolor asociado con su enfermedad, lo que puede mejorar su calidad de vida y permitirle realizar sus actividades diarias con mayor comodidad. En algunos casos, los opioides pueden mejorar el bienestar general del paciente al reducir el sufrimiento físico.

Riesgos y efectos secundarios:

Como todo tratamiento médico, el uso de opioides puede tener efectos secundarios y riesgos.

Entre los efectos más comunes se encuentran:

- Somnolencia
- Estreñimiento
- Náuseas y vómitos
- Mareos

Riesgos serios incluyen:

- Dependencia física y psicológica
- Sobredosis accidental
- Dificultades respiratorias
- Tolerancia (requiriendo mayores dosis para el mismo efecto)

Es fundamental que me comunique inmediatamente si experimenta alguno de estos efectos adversos.

Uso indebido de opioides:

El abuso y la dependencia de los opioides son riesgos asociados al uso de estos medicamentos.

Por ello, se llevará a cabo un seguimiento cercano para garantizar que el tratamiento se utilice de manera segura y eficaz. El abuso puede incluir el uso de medicamentos fuera de las indicaciones médicas, tomar dosis más altas de lo prescrito, o consumirlos por motivos distintos al alivio del dolor.

Si en algún momento siente que el tratamiento no está funcionando como se espera o tiene inquietudes sobre su manejo, debe comunicarlo a su médico.

Monitoreo y seguimiento:

Será necesario realizar evaluaciones periódicas para monitorear su respuesta al tratamiento. Esto incluirá:

- Evaluaciones clínicas regulares del dolor y bienestar general
- Pruebas psicológicas si se considera necesario

- Análisis bioquímicos para evaluar el uso adecuado de los opioides y detectar posibles efectos secundarios

Responsabilidad del paciente:

Como paciente, tiene la responsabilidad de:

- Seguir estrictamente las instrucciones de dosificación que le proporcionaremos.
- No compartir sus medicamentos con otras personas, incluso si tienen síntomas similares.
- No consumir otras sustancias como alcohol o sedantes sin consultar previamente con su médico.
- Participar activamente en los controles médicos regulares y en los análisis necesarios para ajustar el tratamiento.

Derecho a la confidencialidad:

Toda la información relacionada con su tratamiento será confidencial y se utilizará solo para fines médicos y de salud. Puede solicitar acceso a los registros médicos en cualquier momento.

Aceptación del consentimiento:

Al firmar este documento, usted confirma que ha recibido toda la información relevante sobre el uso de opioides en su tratamiento, incluyendo los beneficios, riesgos, y alternativas disponibles.

También confirma que ha tenido la oportunidad de hacer preguntas y que sus dudas han sido aclaradas de manera satisfactoria.

Declaro que he leído y comprendido la información contenida en este consentimiento informado y doy mi consentimiento para el tratamiento con opioides según lo explicado.

Firma del paciente: _____

Firma del médico tratante: _____

Fecha: _____

Anexo 2. Procedimiento de Auditoría Interna

Acción auditada	Frecuencia	Área responsable	Acciones por cumplir
Prescripción de opioides	Mensual	Médico	Reevaluar protocolos, corregir dosificación, revisión de estados de pacientes, mayor número de entrevistas con pacientes, completar informes de farmacovigilancia y seguimientos
Almacenamiento de medicamentos	Trimestral	Farmacia	Realizar reentrenamiento de personal, ajuste de inventarios, revisión de vencidos y stock, control de temperatura, educación al plantel, cámaras de seguridad en zonas de almacenamiento, almacenamiento bajo llave, identificación de opioides como alto riesgo y diferencial a otra medicación, almacenado diferencial a otra medicación.
Administración de opioides a internados	Mensual	Enfermería	Completar fichas de enfermería, controlar la dispensa desde farmacia de opioides para cada paciente, controlar la cantidad de opioides con los que se recibe la guardia, verificar que no se haya administrado opioides en el turno previo antes de administrar en el nuevo, educación del plantel, guardado de los estupefacientes en un lugar seguro bajo llave.

Facturación de medicación	Mensual	Auditoria medica	Control mensual de la cantidad de opioides dispensados según solicitudes generadas electrónicamente, control de troqueles recibidos, control de recetas, comunicación constante con prepagas y coberturas médicas sobre la facturación de opioides.
---------------------------	---------	------------------	---