



**ESCUELA
DE ENFERMERÍA
Y FISIOTERAPIA**



SAN JUAN DE DIOS

Trabajo Fin de Grado

**Manejo desde Atención Primaria de la adicción a
opioides de los pacientes con dolor crónico no
oncológico.**

Alumno: Marta Vega Martínez

Director: Andrada Cristoltan

Madrid, Mayo de 2024

Contenido

Resumen	3
Abstract	4
1. Presentación	5
2. Estado de la Cuestión	6
2.1. Fundamentación, antecedentes y estado actual del tema	6
2.1.1. Definición y contextualización del dolor	6
2.1.2. Opioides.....	13
2.1.3. Adicción a opioides.....	16
2.2. Justificación	19
3. Objetivos	20
3.1. Objetivo general	20
3.2. Objetivos específicos	20
4. Metodología	21
4.1. Diseño del estudio.....	21
4.2. Sujetos del estudio	21
4.3. Variables.....	23
4.4. Procedimiento de recogida de datos	26
4.5. Fases del estudio y cronograma	26
4.6. Análisis de datos	27
5. Aspectos éticos.....	28
6. Limitaciones del estudio	29
7. Bibliografía	30
ANEXOS	33
Anexo I: Cronograma de actividades.....	34
Anexo II: Consentimiento informado por las enfermeras y médicos de.....	35
los centros de salud de Alcalá de Henares	35
Anexo III: Hoja informativa al participante sobre el estudio.	36
Anexo IV: Guion de las entrevistas semiestructuradas.....	37

Resumen.

Introducción: El manejo de pacientes con dolor crónico no oncológico y adicción a opioides. adquiere relevancia en el contexto actual de la crisis de opioides, donde el manejo del dolor crónico no oncológico es esencial. Esta investigación busca ofrecer enfoques innovadores que mejoren la atención médica y reduzcan los riesgos asociados con el uso de opioides en este contexto.

Metodología: Se ha realizado un estudio observacional descriptivo de carácter transversal enfocado en los enfermeros y médicos de los centros de salud de Alcalá de Henares. Para ello, se realizará un cuestionario, revisión de protocolos y grupos focales.

Objetivo: Tiene como objetivo observar la efectividad de las estrategias de intervención en atención primaria para el manejo de la adicción a opioides en dolores crónicos no oncológicos.

Implicación en la práctica clínica: Los resultados proporcionan información para guiar la práctica clínica en atención primaria y mejorar los enfoques del tratamiento en atención primaria.

Palabras clave (DeCS): Adicción a opioides, Atención primaria, Manejo de Atención al Paciente, Dolor Crónico, Efectividad.

Abstract.

Introduction: The management of patients with non-oncological chronic pain opioid addiction. It acquires relevance in the current context of the opioid crisis, where the management of non-cancer chronic pain is essential. This research seeks to offer innovative approaches that improve healthcare and reduce the risks associated with opioid use in this context.

Methodology: A descriptive observational cross-sectional study focused on nurses and physicians from healthcare centers in Alcalá de Henares was conducted. This involved administering a questionnaire, reviewing protocols, and conducting focus groups.

Objective: Its objective is to observe the effectiveness of the strategies implemented by primary healthcare personnel in managing non-oncological chronic pain opioid addiction.

Implication in clinical practice: The results offer insights to guide clinical practice in primary care and enhance treatment approaches.

Keywords (MESH): Opioid Addiction, Primary Health Care, Patient Care Management, Chronic Pain, Effectiveness.

1. Presentación.

He decidido realizar este trabajo no solo por la influencia que ha tenido la adicción en mis prácticas de enfermería, sino por una experiencia personal con el tema. Mi interés por el tema surgió cuando mi madre empezó con un dolor intenso. Durante esta época tardaron en diagnosticarla y ajustar la medicación para el dolor por lo que estuvo varios meses con ese dolor. Mas tarde encontraron la razón del dolor y comenzaron a incrementar la dosis de los fármacos. Con el paso del tiempo consiguieron controlar el dolor hasta el punto reducir la cantidad de medicamentos gradualmente. Sin embargo, fue un proceso difícil para ella por el miedo que había generado a volver a recaer en ese dolor. No llego al punto de adicción, pero sí pude ver un punto de dependencia psicológica por ese miedo.

Esta experiencia me hizo darme cuenta de la gran dependencia que se puede generar con dolores de mayor duración. Este estudio me pareció importante hacerlo con relación a los opioides debido a su gran capacidad adictiva y su aumento en la prescripción.

Con este estudio me gustaría analizar cómo se aborda en los centros de salud la adicción a opioides con dolor crónico no oncológico. Por ello, trataré de explorar las prácticas y protocolos actuales y los resultados que se está obteniendo a través de ellas. Con los resultados obtenidos espero obtener resultados que contribuyan a desarrollar intervenciones efectivas que aborden de manera más eficaz esta problemática.

2. Estado de la Cuestión.

Para llevar a cabo una estrategia de búsqueda bibliográfica efectiva se debe seguir un proceso sistemático. Para ello, se deben identificar primero las palabras clave (DECS) que en este caso son Adicción a opioides, Atención primaria, Manejo de Atención al Paciente, Dolor Crónico y Efectividad. Una vez identificados, se seleccionan las bases de datos, entre las que se encuentran Pubmed, SciELO y ScienceDirect y Elsevier. Además, se utilizará el repositorio y biblioteca digital de la Universidad Pontificia de Comillas para obtener recursos adicionales. Se aprovecharán herramientas de gestión bibliográfica para organizar y gestionar los resultados obtenidos, facilitando así el proceso de revisión bibliográfica.

2.1. Fundamentación, antecedentes y estado actual del tema.

2.1.1. Definición y contextualización del dolor.

Definición de Dolor.

Actualmente, IASP (Asociación internacional para el Estudio del Dolor) define el dolor como una *“Experiencia sensorial y emocional desagradable asociada o semejante a un posible daño tisular”*. Se expande además a seis conceptos claves:

- El dolor es siempre una experiencia personal, la cual es influenciada en diversos grados por factores biológicos, psicológicos y sociales.
- El dolor y la nocicepción son fenómenos diferentes. El dolor no puede ser inferida únicamente de la actividad en las neuronas sensoriales.
- Durante sus experiencias de vida, las personas aprenden el concepto del dolor.
- La manifestación dolorosa de una persona debe de ser respetada
- A pesar de que el dolor sirva usualmente como una función adaptativa, este puede tener efectos secundarios sobre la funcionalidad y el bienestar social y psicológico.
- La descripción verbal es una de varias maneras para expresar el dolor; la inhabilidad para comunicarse no niega la posibilidad de que un humano u animal pueda experimentar dolor.

(1,2)

Tipos de Dolor.

Dentro del dolor podemos distinguir diferentes tipos de clasificaciones. Se podrían dividir según la duración del dolor en agudo y crónico. En el caso del dolor agudo se da en tiempo máximo de 1 mes de duración. Se trata de un dolor que aparece cuando se produce un daño y que se va al solucionar la lesión causal del problema. En el caso del dolor crónico, el dolor persiste por más de tres meses. Continúa apareciendo a pesar de haberse resuelto el problema que pudo haber causado la lesión y pasa a afectar a la persona en más niveles como en lo orgánico, funcional, emocional, laboral, familiar, social y económico. (3)

Se pueden distinguir también según el curso del dolor, aquí se presentan el dolor continuo y el intermitente. El dolor continuo es aquel que se mantiene durante todo el día. Este puede ser controlado o no controlado. En el caso del no controlado, es un dolor que no ha respondido bien ante las terapias y medicamentos por lo que se tendrán que modificar o intensificar. En un dolor no controlado persistente podríamos ver dolores como el dolor irruptivo el cual aparece en manera de episodios espontáneos o producidos por desencadenantes con una duración media de 30 minutos. También encontramos el dolor al final de dosis que aparece en una hora concreta o en el momento de la administración de la medicación. Por otro lado, tenemos el dolor intermitente en el que la persona tiene intervalos de tiempo en los que no presenta dolor. (4)

Según su etiopatogenia tenemos el dolor nociceptivo, neuropático y mixto. El dolor nociceptivo es un dolor que actúa a nivel de los nociceptores. Se debe a un daño producido en el tejido. Sucede cuando se produce un estímulo nocivo que produce un daño al tejido no neural. Dentro de este podemos ver dos tipos dependiendo de donde se origina el dolor, puede ser somático (dolor de piel y aparato locomotor bien localizado) o visceral (dolor de órganos internos con mala localización). El dolor neuropático es un dolor producido por una lesión o enfermedad del sistema somatosensorial (alteración del SNC o SNP). Es decir, este dolor no se corresponde con lesiones celulares. Finalmente, el dolor mixto, presenta tanto componentes del dolor neuropático como del nociceptivo. (5) (6) (7)

La última clasificación se trata de la intensidad del dolor. Este puede ser leve, moderada o severo. El dolor leve se presenta en la escala de EVA como <4 , en la escala de expresión facial como ≤ 3 y en la escala numérica como <40 . El dolor

moderado se presenta en la escala de EVA entre 4-6, en la escala de expresión facial = 4 y en la escala numérica entre 41-69. El dolor severo se presenta en la escala de EVA como >6, en la escala de expresión facial entre 5-6 y en la escala numérica como >70. (4)

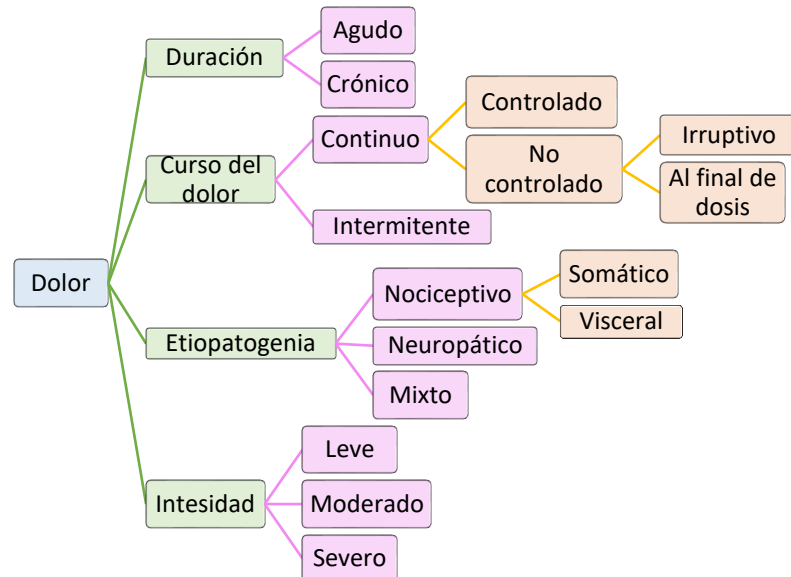


Figura 1. Resumen clasificación dolor. Elaboración propia a partir de La Atención al paciente con dolor crónico no oncológico (DCNO) en atención Primaria.

También podemos ver diversas maneras en las que se puede presentar el dolor según sus cualidades nociceptivas. Estas serían, dolor punzante, dolor opresivo-compresivo, dolor lancinante, dolor terebrante, dolor urente o dolor tipo cólico.

Definición de dolor crónico y estadísticas.

El dolor crónico no oncológico (DSNO) es definido según el ICD-11 como un “*dolor persiste o que se repite durante más de 3 meses. El dolor crónico es multifactorial: factores biológicos, psicológicos y sociales contribuyen al síndrome del dolor*”

Podemos encontrar la siguiente clasificación del dolor crónico:

- Dolor crónico primario: Se trata de un dolor que puede encontrarse en una o más regiones anatómicas y que va acompañado un distrés emocional significativo o una discapacidad funcional.
- Dolor crónico oncológico: Es un dolor causado por cáncer, por metástasis o por el tratamiento.
- Dolor crónico postquirúrgico o postraumático: Se trata de un dolor que persiste tras la recuperación de una cirugía o de una herida tisular. El dolor se localiza

en la zona quirúrgica o de la lesión. También se puede proyectar hacia el campo de un nervio que haya sido afectado o de un dermatoma. No están incluidas dentro del dolor, infecciones, neoplasias malignas o un dolor que continúa a partir de un dolor preexistente.

- Dolor crónico secundario musculoesquelético: Es un dolor que surge de los huesos, músculos, columna vertebral, articulaciones, tendones u otro tipo de tejido blando relacionado. El dolor puede ser espontáneo o producido por el movimiento.
- Dolor crónico secundario visceral: Se trata de un dolor persistente o recurrente que se origina de estos órganos internos, de las regiones de la cabeza/cuello y de la cavidad torácica, abdominal y pélvica.
- Dolor crónico neuropático: Se trata de un dolor causado por una lesión o enfermedad del sistema nervioso somatosensorial. Puede ser un dolor espontáneo o provocado por una respuesta incrementada a un estímulo doloroso (hiperalgesia) o por una respuesta dolorosa a un estímulo no doloroso (alodinia).
- Dolor crónico secundario orofacial o cefalea: Es un dolor que comprende todos los síndromes de cefaleas y dolores orofaciales con causas subyacentes y que se produce por lo menos la mitad de los días en un periodo de 3 meses. La duración mínima del dolor por día debe de ser de 2 horas. (8)

Según una encuesta realizada por la Fundación Grünenthal y el Observatorio del Dolor de la Universidad de Cádiz para el Barómetro del dolor crónico en España 2022 se puede observar cómo el 33,6% de los encuestados dijeron que si padecían algún tipo de dolor y como el 25,9% de ellos refería ese dolor como dolor crónico.

Entre las enfermedades más prevalentes causales de ese dolor se encontraban, en orden, el dolor lumbar, contracturas musculares, dolor cervical, artrosis y osteoporosis, entre otras. De todos los encuestados que afirmaban padecer cualquier tipo de dolor, el 4,4% definía el dolor como insoportable (10), el 57,6% como un mucho dolor (7-9), el 33,3% como dolor moderado (4-6) el 4,7% como muy poco o poco dolor.

El mayor porcentaje de edades en las que se presenta el dolor crónico está entre los 35 y 54 años con un 39,4% seguido de las edades de entre 55 y 75 años con un 35%. No hay una gran diferencia entre el género al que afecta este dolor crónico, afectando principalmente a las mujeres con un 58,7%.

El 59,3% de las personas con dolor crónico afirmaba haber acudido a atención sanitaria las últimas 4 semanas. De los centros de Atención Sanitaria, la mayoría había acudido principalmente a Atención Primaria. El 52,2% había acudido 1 vez, el 22,8% 2 veces, el 13,2% había acudido 3 veces o más y el 11,8% no había acudido ninguna vez. (9)

Fisiopatología del Dolor.

El dolor se da en terminaciones neuronales periféricas denominadas “terminaciones libres”. Estas pueden pertenecer tanto al sistema nervioso periférico somático como al autónomo. Las fibras nerviosas se distinguen en:

- Fibras A-alfa y beta ($A\alpha$ y $A\beta$): son fibras con un mayor aislamiento miélnico que proporcionan una conducción nerviosa rápida. Estas transmiten tacto y sensibilidad, pero no el dolor.
- Fibras A-delta ($A\delta$): Son fibras miélnicas más finas que las anteriores, por lo tanto, cuentan con una conducción nerviosa menor. Son las responsables de la conducción del dolor somático.
- Fibras C: se trata de fibras amielínicas con una conducción nerviosa lenta. Son las responsables del dolor visceral. (10)

El dolor comienza en las terminaciones nerviosas encargadas de detectar la sensación dolorosa. A través de la sinapsis, el potencial de acción se va propagando hasta la corteza cerebral, donde la sensación del dolor se percibe. La sensación del dolor puede llegar a dos puntos diferentes de la corteza cerebral debido a una bifurcación que se da en el tronco encefálico, en la sustancia reticular. (11)

El primer camino, “vía nociceptiva”, acaba en la corteza sensitiva parietal (área 1 de Broca). Esta vía está centrada en la nocicepción. Ambas ramas comienzan al recibir el estímulo a través de las terminaciones neuronales, quienes transmiten el dolor a la 1ª neurona sensitiva, localizada en el ganglio sensitivo de cada raíz medular o de cada par craneal. Esta, envía después el impulso a la 2ª neurona que se encuentra en la asta posterior medular o en el núcleo de un par craneal. En el tronco encefálico el axón de la 2ª neurona se bifurca. En este primer camino, el impulso nervioso sigue hasta el Tálamo, donde hace sinapsis con su 3ª neurona talámica. Esta neurona envía su axón a la corteza cerebral parietal del área sensorial (área 1 de Broca). Así, se recibe información detallada del dolor como la localización o el tipo. (12) (11)

En el segundo camino se realizan los mismos pasos hasta llegar a la bifurcación. Desde la 2ª neurona se hace sinapsis con una 3ª neurona del tronco encefálico en la sustancia reticular. Esta envía su axón al tálamo para hacer sinapsis con la 4ª neurona. Esta neurona envía su axón a la corteza cerebral del área límbica para formar los elementos del dolor relacionados con las emociones. (12)

La nocicepción va a permanecer siempre igual. Es decir, no podemos alterar la localización o el tipo del dolor. En cambio, si se van a poder inhibir o estimular neuronas que afecten a la percepción del dolor.

Manejo del dolor crónico.

El control del dolor consiste en un conjunto de actividades y tratamientos que abarcan diversas áreas. Generalmente, el dolor crónico va a afectar a todas las dimensiones de la persona. Debido a ello, necesitamos un abordaje integral. Entre las actividades para el manejo encontramos:

- Autocuidado y estilo de vida: Para poder tener un verdadero autocuidado, es esencial primero realizar una autoevaluación para descubrir en que lugares podemos incidir. Debemos de tener una serie de conocimientos de las actividades que podemos realizar, dedicar atención y energía y algún tipo de motivación que nos lleve a realizar dichas actividades. (13)
- Tratamiento psicológico: El dolor crónico suele estar acompañado de síntomas como la depresión, fatiga, problemas de sueño o deterioros cognitivos leves que se ven agravados por la duración del dolor. Es por ello favorable la utilización de terapias psicológicas para reducir la hipervigilancia hacia los estímulos negativos con contenido emocional. Se pueden realizar técnicas de relajación, comunicación con su red de apoyo, apoyo psicológico por profesionales, buscar distracciones... (14)
- Tratamiento nutricional: La nutrición es el principal factor modificable dentro del dolor que ofrece una mejora de este. Actúa principalmente sobre la inflamación, el estrés oxidativo y el metabolismo de la glucosa. Una mala alimentación como la malnutrición, conductas alimenticias poco saludables o una ingesta calórica poco óptima podrían desempeñar un rol crucial en el progreso de la enfermedad. (15)
- El descanso: el dolor está altamente relacionado con el sueño. Influyen tanto el sueño sobre el dolor como el dolor sobre el sueño. Además, pueden influir

sobre ambos, factores negativos como la ansiedad, depresión y estrés, así como el uso de medicamentos. Se pueden realizar acciones para conciliar mejor el sueño como dormir cuando tengamos necesidad, tener un horario de sueño estable, tener una rutina, mantener un buen entorno ambiental, hacer actividad física y seguir una dieta balanceada. (16)

- Actividad física y ejercicio: El sedentarismo puede causar que se agraven los síntomas. Una vez comenzado el ejercicio, las mejoras pueden verse estancadas, pero es vital continuar con él para mantener las mejoras anteriormente realizadas. Para promover el deporte es recomendable que los pacientes hagan aquellas actividades que ya habían realizado en el pasado. Todo tipo de actividad adaptada es recomendable para el dolor crónico, aunque siempre se debe tener cuidado del riesgo de caídas y lesiones, la postura para reducir la carga, realizar ejercicio que no aumente el dolor y realizar la actividad de manera paulatina. (17)
- Relaciones, tiempo de recreación y ocio: El dolor crónico puede acabar aislando y produciendo soledad y sentimientos de inutilidad en la persona. Es por ello necesario invertir el tiempo en actividades que contribuyan en las relaciones sociales para así poder aumentar la autoestima y disminuir la percepción del dolor. (13)

También se realizará un tratamiento médico que pueden incluir el uso de medicamentos como los opioides, fisioterapia, técnicas de electroestimulación y técnicas neuroquirúrgicas, entre otras.

Escalera Analgésica.

La OMS (Organización mundial de la salud) tiene establecido un protocolo que muestra de manera gradual el orden que se debería llevar a la hora de pautar fármacos contra el dolor. Esto se conoce como una escalera analgésica que se encuentra dividida en tres escalones:

- **Primer escalón:** Se utiliza en un dolor leve que persiste o se incrementa. En este escalón se hará uso de no opiáceos como el paracetamol, metamizol, ibuprofeno... Además, se podrán añadir adyuvantes en caso de ser necesario
- **Segundo escalón:** Se utiliza en caso de un dolor persistente o que se incrementa. Lo utilizamos cuando el primer escalón ya no es suficiente. En este

caso, se usarían opioides débiles como la codeína, tramadol, pentazocina... Además, se añadirían no opioides y adyuvantes en caso de ser necesario. (18)

- **Tercer escalón:** Se utilizan en un dolor severo que no puede ser controlado con el escalón anterior. Para este tipo de dolor se utilizarían opioides potentes como la morfina, fentanilo, buprenorfina, oxicodona... Además, en caso de ser necesario se añadirían no opioides y adyuvantes. (18)

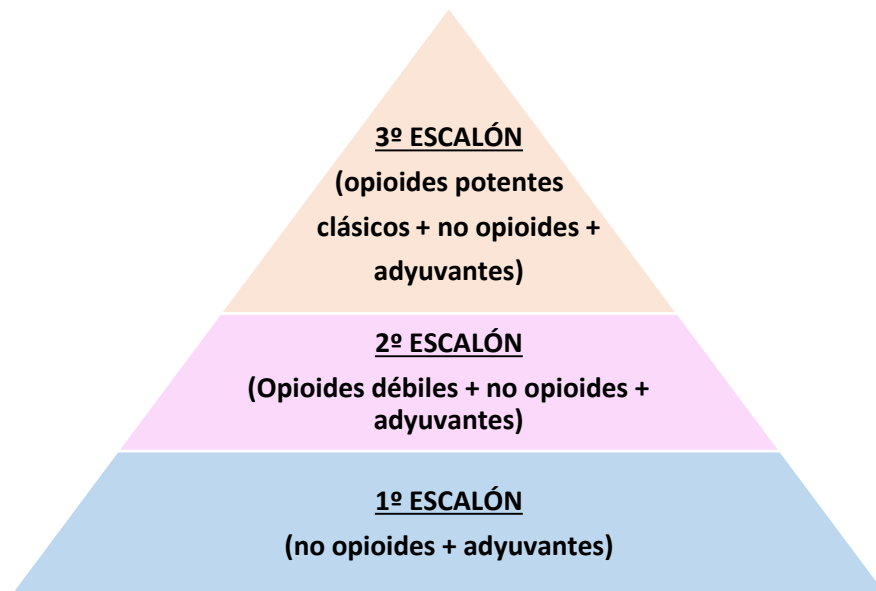


Figura 2. Resumen de la escalera analgésica. Elaboración propia a partir de La escalera analgésica de WHO.

2.1.2. Opioides.

¿Que son los opioides?

Los opioides como hemos visto en la escalera analgésica, fármacos con un alto nivel analgésico. A pesar de ellos, hay que tener cuidado a la hora de administrarlos porque su uso repetido durante un periodo de tiempo extenso puede llevar al desarrollo de una situación de dependencia.

Se pueden clasificar en:

- Agonistas de los opiáceos con productos combinados para dolor: codeína e hidrocodona.
- Agonistas de los opiáceos para el dolor moderado a grave: fentanilo, hidromorfona, levorfanol, meperidina, metadona, morfina, oxicodona y oximorfona.

- Agonistas-antagonistas de opiáceos: buprenorfina, butorfanol, nalbufina y pentazocina.
- Agonistas del receptor opiáceo μ /inhibidores de la recaptación de noradrenalina: tapentadol y tramadol. (19)

Funcionamiento de los opioides.

Los opioides para su funcionamiento se deben unir a receptores de opioides endógenos de las vías analgésicas descendentes. Así, se suprime de manera selectiva la nocicepción. Es decir, se inhibe la transmisión del dolor.

Su acción farmacológica depende de la estimulación de los receptores específicos, los cuales se encuentran principalmente en la zona central y periférica del sistema nervioso. La acción del opiáceo dependerá de su capacidad para unirse a los receptores (Afinidad) y de la capacidad de generar acciones farmacológicas (Actividad Intrínseca). Dentro de los receptores encontramos los siguientes: (20) (21)

- Receptores μ : Está presente en grandes cantidades en el sistema límbico y áreas del cerebro asociadas con la secreción neurohormonal como el hipotálamo. Tienen diversas funciones, pero se centran principalmente en la mediación de la saciedad, la gratificación y el dolor. Su acción farmacológica proporciona una acción analgésica sumada a una sensación de bienestar. Por lo tanto, los opioides más potentes serán aquellos que tengan una alta afinidad por los receptores μ .
- Receptores κ : Se encuentran en gran concentración en la médula espinal, por lo que tendrán una mayor función en la hiperalgesia. Su función más destacada es la modulación del dolor visceral. Tiene una acción analgésica menos potente que la de los receptores μ pero con una alta sedación.
- Receptores δ : Se encuentran en una mayor densidad en los ganglios de las raíces dorsales de los nervios periféricos. No son de mucho uso en el dolor agudo, pero sí surge un mayor efecto en el dolor crónico y en la nocicepción periférica. Además de producir efecto analgésico también genera una estimulación psicomotora que puede causar disforia. (22)

Los opioides actúan sobre los receptores de los opioides (mu, kappa o delta) que están acoplados a proteínas G. Esta actuación sobre los receptores provoca la activación de la proteína G que produce la supresión de la actividad de la adenilciclasa. Esto a su vez provoca una disminución de la síntesis y la concentración de AMPc (segundo mensajero) y una disminución de la actividad de la proteiquinasa dependiente de AMPc (PKA). Acaba resultando en un aumento de la excitabilidad eléctrica que hace que se abran los canales de potasio a nivel postsináptico lo que lleva a una modificación del potencial de acción. (20) (21)

La apertura de los canales de potasio causa una hiperpolarización celular a nivel postsináptico inhibiendo así los canales de calcio “potencial inhibitor presináptico”. Al producirse un bloqueo de los canales de calcio, se impide la liberación de vesículas que contengan los neurotransmisores. (20) (21)

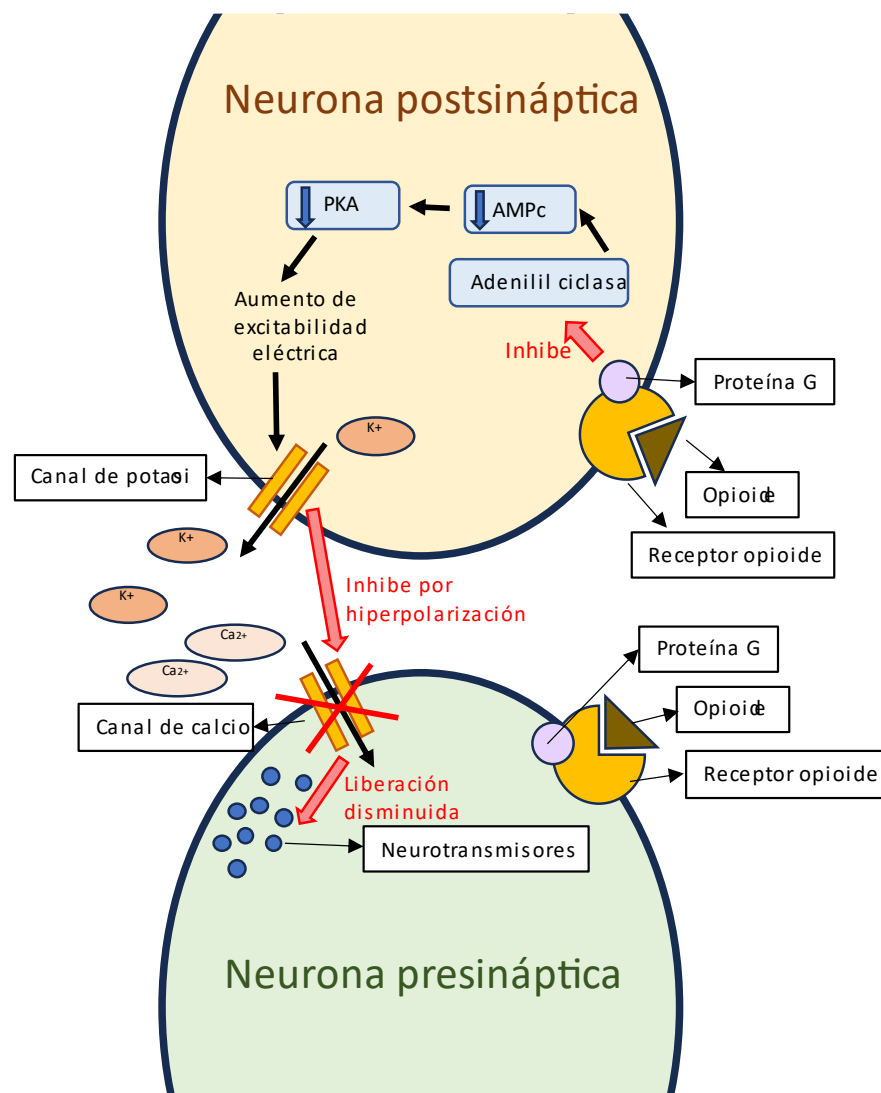


Figura 3. Esquema de la transmisión del dolor. Elaboración propia.

2.1.3. Adicción a opioides.

Tolerancia, abstinencia, dependencia y adicción.

Nos referimos a tolerancia cuando un medicamento reduce su efectividad a pesar de seguir tomando las mismas cantidades. De esa manera, la persona tratará de aumentar las cantidades para lograr el mismo efecto. Todas las personas que consumen opioides acaban desarrollando cierta tolerancia a los opioides dependiendo del tiempo de uso y de la dosis. (23)

Esta tolerancia a los fármacos va acompañada de un síndrome de abstinencia si estos se quitan de forma repentina. Este síndrome de abstinencia implica una serie de respuestas físicas y psicológicas que surgen tras eliminar la sustancia, que dependerá también del tiempo y cantidad que se hayan usado. Sin embargo, el síndrome de abstinencia o la tolerancia no implican siempre un estado de adicción. (23)

El síndrome de dependencia por consumo de sustancias se trata de una adaptación fisiológica que ocurre cuando se administran medicamentos que intervienen dentro del SNC (sistema nervioso central) y se produce un efecto rebote al retirarlas. La aparición del síndrome de abstinencia al retirar la sustancia es el único indicador de un síndrome de dependencia. (23) (24)

La adicción se trata de un uso compulsivo, una dependencia física, antojo, deterioro del control de consumo y de una dependencia física.

Fisiología de la dependencia a opioides.

Al cesar el consumo de opioides o administrar un antagonista del receptor opioide, se eliminará la señal de inhibición lo que puede causar una serie de síntomas producidos por la sobreactivación de la corteza somatomotora y del sistema nervioso autónomo. Se trata de unos síntomas muy violentos que resultan en la persona una mayor necesidad de consumo para evitar este síndrome de abstinencia. (20) (22)

Los opioides inhiben neuronas gabaérgicas que desinhiben las neuronas dopaminérgicas hacia la amígdala que evalúa el efecto hedónico o anhedónico y su contexto emocional/ambiental. También se dirige hacia la corteza prefrontal que impulsa el comportamiento orientado a repetir el estímulo. (22)

La espiral descendente hacia la adicción.

En 2013 Garland y co. desarrolló un modelo que explica la adicción a los opioides. En él explican cómo esta adicción funciona en forma de espiral descendente. Comienza con la nocicepción que nos indica la presencia de un dolor en un lugar específico, esto desencadena varias respuestas centradas en la emoción como la hipervigilancia, rumiación y catastrofización. Estas respuestas aumentan la sensación del dolor y la persona tratará de disminuir estos efectos con un mayor uso de opioides. Con el tiempo, los opioides provocan cambios neuroadaptativos en los circuitos del estrés y la recompensa, lo que puede aumentar la sensibilidad del dolor (hiperalgesia) y la disminución de la satisfacción (anhedonia). Poco a poco se llega a una pérdida de control sobre el uso de opioides, a una adicción. (25) (26)

Consecuencias de la adicción a opioides.

Al igual que el dolor crónico, la adicción a opioides puede tener graves repercusiones en todas las áreas de la persona, tanto en la física y psicológica como en la socioeconómica.

Dentro de las consecuencias físicas podemos encontrar:

- La mortalidad: En el año 2019 el consumo de drogas ocasionó cerca de 600.000 defunciones, habiendo consumido en el 80% de ellas algún tipo de opioides. El 25% se dieron por sobredosis de opioides. (27)
- Morbilidad: Entre las causas de morbilidad está el síndrome de abstinencia que se ha mencionado anteriormente. Además, habrá también una serie de consecuencias derivadas de problemas infecciosos. Cuando a estos pacientes con dolor crónico se les retiran los opioides buscan estos fármacos donde pueden. Estas personas quizá lleguen a administrarse los fármacos de forma no estéril como al compartir mismas agujas entre distintas personas, lo que favorece a la propagación de enfermedades contagiosas. Además de estas complicaciones infecciosas, encontramos también complicaciones cardiovasculares, hematológicas, inmunitarias, pulmonares, neurológicas, genito-urinarias, gastrointestinales, endocrinas metabólicas, músculo esqueléticas, oculares y dermatológicas entre otras. (27)

- Psicopatológicas: Según el DSM-5 se pueden desarrollar los siguientes trastornos psicopatológicos por el consumo de opiáceos: trastorno depresivo inducido por opiáceos, trastorno de ansiedad inducido por opiáceos, trastorno del sueño inducido por opiáceos, disfunción sexual inducida por opiáceos, síndrome confusional por abstinencia de opiáceos y síndrome confusional por intoxicación de opiáceos (28)
- Impactos sociales, familiares y legales derivados del uso de opioides: Dentro de estos problemas se encuentran los familiares y laborales. En el núcleo familiar se da una alteración del mismo por el problema que supone a la familia la adicción de esa persona como una convivencia problemática, fugas, agresividad y robos entre otras. Además, la adicción puede hacer que la persona deje de lado sus responsabilidades laborales. También pueden suceder problemas legales, la falsificación de recetas, prostitución o robos. (27)

Tratamiento.

Según datos recogidos en el 2021 por la UNODC (La Oficina de Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito) tan solo 1 de cada 5 personas recibe tratamiento contra el uso de drogas. Además, la mitad de los usuarios son mujeres, pero solo un cuarto de las personas en tratamiento son mujeres debido a las expectativas que se tienen de ellas y las responsabilidades que tienen. Las mujeres pueden tener mayores barreras para acceder a tratamiento por sanciones legales, estigma o por miedo de perder la custodia de sus hijos. (29)

También hay que tener en cuenta la situación actual del mercado ilegal de droga. Actualmente, nos encontramos en una situación donde están surgiendo nuevas combinaciones de drogas que dificultan el tratamiento cuando acuden de urgencias por una sobredosis. Pueden estar mezclando diferentes compuestos para obtener el efecto deseado, por ejemplo, mezclando tranquilizantes con opioides para prolongar los efectos depresores.

El tratamiento debe consistir en la actuación dentro de cada área mencionada en las consecuencias. Cada caso de abuso de opioides es distinto, por lo que se debe llevar un tratamiento individualizado que atienda a las necesidades de cada persona. Es vital, sin embargo, incidir en todas las áreas y no actuar únicamente en una. (30)

En el caso de que ese abuso lleve a una posibilidad de sobredosis, se podrá reconocer mediante las pupilas puntiformes (miosis), la pérdida de conciencia y una depresión respiratoria. Cuando una persona está con sobredosis, baja el número de respiraciones por minuto, por lo que nuestra prioridad principal será oxigenar a la persona haciendo uso de la ventilación asistida en caso de ser necesario. (29)

La OMS recomienda el uso de la naloxona, un antagonista de los opioides. Esta hace efecto específicamente sobre la depresión respiratoria. Es importante controlar la administración para que no haya un exceso que produzca un síndrome de abstinencia repentino, aunque siempre es preferible pasarse que no administrar la cantidad suficiente. (31) (32)

2.2. Justificación.

La adicción a opioides constituye un desafío de salud pública que supone un gran impacto sobre la salud de las personas y la comunidad que les rodea. En la persona se puede dar principalmente, un aumento de la mortalidad, alteraciones psicológicas y riesgo de contraer enfermedades infecciosas. Hay que destacar las repercusiones socioeconómicas que pueden surgir donde el afectado no solo es paciente sino todo su círculo cercano.

Debido a ello, es necesario analizar los protocolos y medidas llevadas a cabo en los centros de salud para verificar que se esté efectuando un seguimiento efectivo de estos pacientes con la intención de mejora. Se debe buscar las áreas de mejora para poder abordar el problema de manera integral en los centros de salud donde se tratará el problema desde la prevención, el tratamiento, la promoción y la educación.

Este estudio observacional, proporcionará evidencia que demuestre que estrategias son efectivas y cuáles deberían modificarse. Esto implicará un aumento en la calidad de vida de los pacientes y familia y la probabilidad de mejora de estos.

3. Objetivos.

3.1. Objetivo general.

Conocer la efectividad de las estrategias de intervención en atención primaria para el manejo de la adicción a opioides en dolores crónicos no oncológicos.

3.2. Objetivos específicos.

- Determinar la prevalencia de la adicción a opioides en pacientes con dolores crónicos no oncológicos atendidos en consultas de atención primaria.
- Evaluar los conocimientos y competencias de los enfermeros de atención primaria en el abordaje de la adicción a opioides en pacientes con dolores crónicos no oncológicos.
- Evaluar la disposición de los enfermeros de atención primaria para abordar la adicción a opioides en pacientes con dolor crónico no oncológico.
- Determinar la eficacia de las estrategias de seguimiento implementadas por profesionales de enfermería.
- Analizar los tratamientos e intervenciones llevados a cabo.
- Evaluar la efectividad de la colaboración interdisciplinar.

4. Metodología.

4.1. Diseño del estudio.

Se trata de un estudio observacional descriptivo, de carácter transversal ya que tiene como objetivo conocer la efectividad de las estrategias de intervención en atención primaria para el manejo de la adicción a opioides en dolores crónicos no oncológicos en una sola medición y no a lo largo del tiempo. De esta manera, proporciona una visión general de la situación actual.

Este estudio facilita la evaluación de la relación entre el plan de actuación de atención primaria y los resultados observados. Obteniendo así, información para la mejora de dichas intervenciones.

El tiempo estimado para la planificación del diseño del estudio, recogida de datos, el análisis y la redacción del informe sería de 7 meses.

4.2. Sujetos del estudio.

La población diana de este estudio está conformada por todos los médicos y enfermeros de Atención Primaria de Madrid.

La población elegible estará conformada por todos los enfermeros y médicos de Atención Primaria del Municipio de Alcalá de Henares.

La población accesible se conformará por los enfermeros y médicos de los centros de salud de Alcalá de Henares que cumplan los criterios de inclusión y que no presenten ninguno de los criterios de exclusión.

Alcalá de Henares alberga una población diversa en cuanto a edad, origen étnico y condiciones socioeconómicas lo que permite obtener una muestra representativa y diversificada para el estudio. Además, tiene una población considerable y una variedad de centros de atención primaria que facilita el reclutamiento de participantes para el estudio.

Dentro del municipio de Alcalá de Henares hay los siguientes Centros de Salud y profesionales:

- Centro de Salud Carmen Calzado que cuenta con 8 enfermeros y 10 médicos.
- Centro de Salud Juan de Austria que cuenta con 19 enfermeros y 22 médicos.
- Centro de Salud La Garena que cuenta con 4 enfermeros y 5 médicos.
- Centro de Salud Luis Vives que cuenta con 14 enfermeros y 17 médicos.
- Centro de Salud Manuel Merino que cuenta con 8 enfermeros y 7 médicos.
- Centro de Salud María de Guzman que cuenta con 10 enfermeros y 14 médicos.
- Centro de Salud Miguel de Cervantes/Espartales que cuenta con 12 enfermeros y 15 médicos.
- Centro de Salud Nuestra Señora del Pilar que cuenta con 13 enfermeros y 14 médicos.
- Centro de Salud Puerta de Madrid que cuenta con 8 enfermeros y 10 médicos.
- Centro de Salud Reyes Magos que cuenta con 15 enfermeros y 19 médicos.

Se realizará un muestreo no probabilístico para obtener una muestra que no sea al azar y que resulte lo más representativa posible. El muestreo atenderá a los médicos y enfermeros que cumplan los criterios de inclusión y exclusión que se mencionarán a continuación.

El muestreo será además consecutivo. Es decir, se seleccionan los participantes sin aplicar criterios de selección específicos. Tan solo se tendrá en cuenta el orden en el que se presentan los participantes y su consentimiento para participar. Esto nos da la garantía de que se trate de una muestra representativa y mejora la capacidad de recolección de datos.

Se realizará un cálculo del tamaño de la muestra mediante la fórmula de estimación de proporciones. Para este cálculo se tendrá en cuenta un intervalo de confianza de un 95% con un margen de error de un 5%. Se asignará una población de 244 enfermeros y médicos de atención primaria de Alcalá de Henares. De esta población, el tamaño de la muestra que se necesitará será de 150 participantes.

$$n_0 = \frac{z^2 p(1 - p)}{E^2}$$

Formula de estimación de proporciones

La determinación del tamaño final de la muestra no puede anticiparse, ya que está sujeta a los criterios de inclusión establecidos y la disposición de los individuos para participar.

Criterios de inclusión:

- Ser un enfermero o médico que trabaje en un Centro de Salud del municipio de Alcalá de Henares.
- Otorgar su consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

- Participantes que no tengan acceso a pacientes con dolor crónico no oncológico.
- Bajas médicas que afecten a la participación.
- No estar disponible durante la recolección de datos debido a vacaciones.
- Conflictos de interés

4.3. Variables.

En este estudio se recogerán las siguientes variables y cuestionarios:

- **Edad del profesional sanitario:** Se trata de una variable cuantitativa continua que mediremos en años. Esta variable se recogerá a través de entrevistas semiestructuradas. Es necesaria para ver si esta variable influye en la decisión sobre el tratamiento.
- **Edad del paciente:** Se trata de una variable cuantitativa continua que mediremos en años. Esta variable se recogerá a través de entrevistas semiestructuradas. Esta variable se utilizará para ver si se valora la edad del paciente a la hora de ajustar el tratamiento.
- **Género:** Se trata de una variable cualitativa nominal que mediremos en masculino, femenino u otros. Esta variable se recogerá a través de entrevistas semiestructuradas. Es necesaria esta variable para ver el ajuste individual del tratamiento.

- **Etnicidad del paciente:** Se trata de una variable cualitativa nominal que mediremos en españoles, latinoamericanos, marroquíes, africanos, subsaharianos, otros. Esta variable se recogerá a través de entrevistas semiestructuradas. Es necesaria para determinar la individualización del tratamiento y problemas culturales que puedan impedir el uso de algún tratamiento.
- **Tipo de dolor crónico:** Se trata de una variable cualitativa nominal que se medirá en dolor crónico primario, dolor crónico oncológico, dolor crónico postquirúrgico o postraumático, dolor crónico secundario musculoesquelético, dolor crónico secundario visceral y dolor crónico neuropático. Esta variable se recogerá a través de entrevistas semiestructuradas. Esta variable es necesaria para comprobar si se ajusta el tratamiento a los distintos tipos de dolor crónicos.
- **Intensidad del dolor:** Se trata de una variable cuantitativa continua que se medirá del 0 al 10. Esta variable se recogerá a través de entrevistas semiestructuradas. Esta variable es necesaria para determinar si la intensidad favorece a la adicción.
- **Diagnóstico de otras patologías:** Se trata de una variable cualitativa nominal que se medirá mediante el sí o no. Esta variable se recogerá a través de entrevistas semiestructuradas. Esta variable es necesaria para determinar si otras enfermedades pueden influir en la adicción a opioides.
- **Presencia de otras enfermedades mentales:** Se trata de una variable cualitativa nominal que se medirá mediante si o no. Esta variable se recogerá a través de entrevistas semiestructuradas. Esta variable es necesaria para descartar posibles enfermedades mentales que puedan influir en la adicción a opioides.
- **Tipos de opioides:** Se trata de una variable cualitativa nominal que se medirá mediante una pregunta abierta. Esta variable se recogerá a través de entrevistas semiestructuradas y revisión de protocolos. Esta variable es necesaria para determinar que adicción es la más predominante.
- **Tipo de tratamiento:** Se trata de una variable cualitativa nominal que se medirá mediante una pregunta abierta. Esta variable se recogerá a través de entrevistas semiestructuradas y revisión de protocolos. Esta variable es necesaria para valorar cuáles son los tratamientos más usados y si en verdad son efectivos.
- **Tratamiento alternativo:** Se trata de una variable cualitativa nominal que se valorará con una pregunta abierta. Esta variable se recogerá a través de

entrevista semiestructuradas. Esta variable es necesaria para valorar si se hace uso de otros tratamientos fuera de los convencionales.

- **Uso de otros fármacos:** Se trata de una variable cualitativa nominal que se medirá con si o no. Esta variable se recogerá a través de entrevistas semiestructuradas. Esta variable es necesaria para valorar si hay algún fármaco que influya en la adicción
- **Duración del tratamiento:** Se trata de una variable cuantitativa continua que se medirá con una pregunta abierta numérica. Esta variable se recogerá a través de entrevistas semiestructuradas y revisión de protocolos. Esta variable es necesaria para medir la efectividad del tratamiento.
- **Tratamiento previo:** Se trata de una variable cualitativa nominal que se medirá con una pregunta abierta. Se recogerá a través de entrevistas semiestructuradas. Esta variable es necesaria para detectar la eficacia del tratamiento anterior.
- **Conocimiento sobre la adicción a opioides y el tratamiento:** Se trata de una variable cuantitativa ordinal que se medirá a través de una pregunta abierta. Se recogerán los datos a través de entrevistas semiestructuradas. Esta variable es necesaria para determinar si los tratamientos se están realizando de manera efectiva.
- **Control de la adicción:** Se trata de una variable cuantitativa continua que se medirá a través de una pregunta abierta. Se recogerán los datos a través de una entrevista semiestructurada. Esta variable es necesaria para determinar la efectividad de cada tratamiento
- **Gravedad de la adicción a opioides:** Se trata de una variable cuantitativa ordinal que se medirá a través de mínima, media y alta. Se recogerán los datos a través de una entrevista semiestructurada. Esta variable es necesaria para poder elegir el tratamiento correcto.

Tras exponer las variables, será necesario indicar a través de qué herramientas se recogerán los datos de cada una de ellas. Todas las variables serán recolectadas mediante las entrevistas semiestructuradas. Además, algunas de ellas serán medidas mediante la revisión de protocolos.

4.4 Procedimiento de recogida de datos.

Se presentará nuestro estudio para valoración por parte del comité de ética de investigación clínica del Hospital Universitario del Príncipe de Asturias. Después de obtener la aprobación, se procederá a contactar a la población accesible. Para ello, se informará a todos los Centros de Salud de Alcalá de Henares mencionados previamente. Se dará a conocer el estudio y lo necesario para completarlo a los enfermeros y médicos de dichos Centros de Salud.

Se acordarán dos días en un horario que permita tener acceso tanto a las enfermeras y médicos del turno de mañana como a los de la tarde. Durante estas reuniones, se explicará el estudio y sus objetivos, se repartirán los consentimientos informados y hojas informativas. Además, se acordarán unos días para realizar las entrevistas semiestructuradas. Se permitirá un plazo de dos semanas para realizar las entrevistas. Los datos se recogerán a través de la revisión de protocolos y las entrevistas semiestructuradas al equipo de medicina y enfermería

4.5. Fases del estudio y cronograma.

Para poder desarrollar este estudio, se necesitará realizar una planificación de cada proceso. El estudio tendrá una duración de 7 meses, el cual se dividirá en las siguientes fases:

- Fase I Conceptual: En esta fase se tratará de identificar y definir la pregunta a investigar. Para ello, se llevará a cabo una recogida de información mediante un análisis detallado de la literatura. Esto permitirá ampliar el conocimiento en relación con el tema de estudio. Además, en esta fase se desarrollará un diseño detallado del estudio con unos objetivos específicos, preguntas de investigación definidas, variables pertinentes y sus métodos de medición. El final de esta fase garantizará tener una base sólida desde la cual se pueda avanzar en desarrollo del estudio. Esta fase es esencial para adquirir un rigor científico y aportar validez.
- Fase II Metodológica: Es una fase necesaria para proporcionar una estructura clara sobre cómo se llevará a cabo la investigación. Muestra las técnicas empleadas para recolectar y examinar la información, garantizando la transparencia del estudio, fiabilidad y ética.

- Fase III Empírica: Es la fase donde se pone en práctica la metodología presentada. Se recopilarán los datos que respaldarán el análisis y su interpretación posterior. Se repartirán la hoja informativa y el consentimiento informado y se obtendrá la aprobación del comité de ética de investigación clínica de la Comunidad de Madrid.

La primera fase tendrá una duración de 2 meses. La fase metodológica tendrá una duración de 2 meses. Finalmente, la fase empírica tendrá una duración de 3 meses. En el cronograma del anexo I aparece la repartición de cada fase y sus partes en los meses.

4.6. Análisis de datos.

Para obtener los datos, se realizará una transcripción de las entrevistas grabadas de manera precisa y completa. Después se procederá a la codificación de los datos. Se identificarán y etiquetarán temas, conceptos o patrones recurrentes en los datos. Estos datos serán recopilados en una base de datos creada con el programa de Excel®. Más tarde, se recopilarán con el programa estadísticos IBM SPSS® Statistics versión 29.0 de septiembre del 2022.

En este programa, realizará un análisis de correlación para poder observar las relaciones entre todas las variables cualitativas. Esto permitirá identificar las asociaciones significativas. A partir de estas relaciones, se podrá crear una hipótesis sobre las variables y como influyen en el estudio.

También se podrá realizar un análisis de contenido que nos permitirá identificar patrones. Recurrentes en las respuestas del estudio. Reconocer estos patrones permitirá estructurar los datos de manera sistemática.

Por último, se realizará un análisis comparativo, esto permitirá comparar los hallazgos logrados mediante las diversas técnicas empleadas. Se obtendrá así, una comprensión global gracias a las distintas fuentes de recogida de datos. También se conseguirá así, identificar las áreas de mejora y las áreas positivas. Basándonos en los datos se elaborarán conclusiones y hallazgos que responderán a las preguntas de investigación y los objetivos del estudio.

5. Aspectos éticos.

Para poder aportar una viabilidad ética y legal, se obtendrá la aprobación del comité de ética de investigación clínica del Hospital Universitario de Príncipe de Asturias. Se asegurará un cumplimiento de la privacidad y confidencialidad, mediante la Ley Orgánica 3/2018, del 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.

Además, se repartirá una hoja informativa a los sanitarios participantes del estudio y un consentimiento informado. Tal y como se ha mencionado anteriormente, ambos serán entregados y recogidos en los centros correspondientes. Estos documentos asegurarán la correcta información de los participantes y por ende la libre elección de participación, además de salvaguardar su seguridad y confidencialidad.

También se respetará la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. El cumplimiento de esta ley garantiza la protección de los participantes y la garantía de que la investigación se realice de manera ética.

6. Limitaciones del estudio.

Debemos destacar en este proyecto, las limitaciones que se pueden encontrar a la hora de llevar a cabo la reflexión sobre el estudio y sus conclusiones.

Entre ellas, se puede ver limitaciones en cuanto a la muestra. Esta muestra recogida en Alcalá de Henares puede no ser completamente representativa de la población general con adicción a opioides en dolores crónicos no oncológicos. Dado que este estudio se centra en solo Alcalá de Henares, es importante ser cauteloso al exportar los hallazgos a otras regiones geográficas. Las diferencias en la disponibilidad de recursos, protocolos y características demográficas podrían influir en la manera que se aborda la adicción en otros contextos.

7. Bibliografía.

- (1) Atención al Paciente con Dolor Crónico No Oncológico (DCNO) en AP. Available at: <https://www.semg.es/index.php/consensos-guias-y-protocolos/108-atencion-al-paciente-con-dolor-cronico-no-oncologico-dcno-en-ap>. Accessed Jan 24, 2024.
- (2) Raja SN, Carr DB, Cohen M, Finnerup NB, Flor H, Gibson S, et al. The Revised IASP definition of pain: concepts, challenges, and compromises. *Pain* 2020 September 1,;161(9):1976-1982.
- (3) Manejo del dolor en Atención Primaria. AEPap (ed.). Congreso de Actualización Pediatría Madrid: Lúa Ediciones 3.0; 2020.
- (4) Garcia CR, Gómez S, González M, Gallo FJ, Hermosa JC, Vargas F, et al. La Atención al paciente con dolor crónico no oncológico (DCNO) en atención Primaria. 2016; Available at: <https://www.semfyc.es>. Accessed Jan 7, 2024.
- (5) Terminology | International Association for the Study of Pain. Available at: <https://www.iasp-pain.org/resources/terminology/>. Accessed Jan 7, 2024.
- (6) Fatimah M, Hilal R, Alam SS, Dandroo JN, Khan S. Pain Management: An Overview. *Hamdard Medicus* 2016;59(4):34-42.
- (7) Bonezzi C, Fornasari D, Cricelli C, Magni A, Ventriglia G. Not All Pain is Created Equal: Basic Definitions and Diagnostic Work-Up. *Pain Ther* 2020 December 1,;9(Suppl 1):1-15.
- (8) World Health Organization. International Classification of Diseases Eleventh Revision (ICD-11). 11th ed. Geneva; 2022.
- (9) Fundación Grünenthal y el Observatorio del dolor de la Universidad de Cádiz. Barómetro del dolor crónico en España 2022: Análisis de situación del impacto del dolor crónico a nivel nacional. 2022.
- (10) Wen S, Muñoz J, Mancilla M, Bornhardt T, Riveros A, Iturriaga V. Mecanismos de Modulación Central del Dolor: Revisión de la Literatura. *International Journal of Morphology* 2020 October 1,;38:1803-1809.
- (11) Guillén M, Zúñiga G. Neurofisiología del dolor.: Bases fisiopatológicas del dolor. *Revista Ciencia y Salud Integrando Conocimientos* 2022 -02-14;6.

- (12) Verma P, Kienle A, Flockerzi D, Ramkrishna D. Using Bifurcation Theory for Exploring Pain. ; 2019.
- (13) Monleón Just M, Gallach Solano E, Goberna Iglesias MJ, Ferrer Peña R. El autocuidado en las personas con dolor 2023 | Escuela de Salud y Cuidados de Castilla-La Mancha. Available at: <https://escueladesalud.castillalamancha.es/novedades/el-autocuidado-en-las-personas-con-dolor-2023>. Accessed Jan 7, 2024.
- (14) Amaro-Díaz L, Montoro CI, Fischer-Jbali LR, Galvez-Sánchez CM. Chronic Pain and Emotional Stroop: A Systematic Review. J Clin Med 2022 -06-07;11(12):3259.
- (15) Elma Ö, Brain K, Dong H. The Importance of Nutrition as a Lifestyle Factor in Chronic Pain Management: A Narrative Review. J Clin Med 2022 -10-09;11(19):5950.
- (16) Mateos Salgado E. El dolor y su relación con el sueño. ; 2014. p. 89-105.
- (17) Ambrose KR, Golightly YM. Physical exercise as non-pharmacological treatment of chronic pain: Why and when. Best Pract Res Clin Rheumatol 2015 February 1;29(1):120-130.
- (18) Anekar AA, Hendrix JM, Cascella M. WHO Analgesic Ladder. StatPearls Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023.
- (19) Table: Analgésicos opiáceos. Available at: <https://www.msmanuals.com/es/professional/multimedia/table/analg%C3%A9sicos-opi%C3%A1ceos>. Accessed Jan 7, 2024.
- (20) Actualización en la Farmacología de los Opioides. Available at: <https://resources.wfsahq.org/atotw/actualizacion-en-la-farmacologia-de-los-opioides/>. Accessed Jan 7, 2024.
- (21) Álvarez Y, Farré M. Farmacología de los opioides. Adicciones 2005;17(2):21-40.
- (22) Harkouk H, Pares F, Daoudi K, Fletcher D. Farmacología de los opioides. EMC - Anestesia-Reanimación 2018;44(2):1-24.
- (23) Cardoso-Ortiz J, López-Luna MA, Lor KB, Cuevas-Flores MR, Flores de la Torre JA, Covarrubias SA, et al. Opioids: Pharmacology and Epidemiology. Revista bio ciencias 2020 00;7.

- (24) Management of chronic non-cancer pain: a framework | Pain Management. Available at: <https://www.futuremedicine.com/doi/10.2217/pmt-2022-0017>. Accessed Mar 21, 2024.
- (25) Garland EL, Froeliger B, Zeidan F, Partin K, Howard MO. The Downward Spiral of Chronic Pain, Prescription Opioid Misuse, and Addiction: Cognitive, Affective, and Neuropsychopharmacologic Pathways. *Neurosci Biobehav Rev* 2013 December 1,;37(10 0 2):2597-2607.
- (26) Acuña JP. RIESGO DE ADICCIÓN A ANALGÉSICOS OPIOIDES EN EL TRATAMIENTO DE DOLOR CRÓNICO NO ONCOLÓGICO. *Revista Clínica Las Condes* 2019 Noviembre - Diciembre;30(6):466-479.
- (27) Expert Committee on Drug Dependence (, Health Product Policy and Standards (, WHO Expert Committee on Drug Dependence: forty-third report. 2021:205.
- (28) American Psychiatric Association (, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM-5 (5.a ed.). 5ª Edición ed. Washington, DC: Autor: American Psychological Association.; 2014.
- (29) The United Nations Office on Drugs and Crime, (UNODC). UNODC, World Drug Report 2023. 2023; Available at: https://www.unodc.org/res/WDR-2023/WDR23_Exsum_fin_DP.pdf. Accessed Jan 7, 2024.
- (30) Bobes J, Casas M. Socidrogalcohol | Guía para el tratamiento de la adicción a opiáceos con BUPRENORFINA / NALOXONA. Available at: <https://socidrogalcohol.org/proyecto/guia-para-el-tratamiento-de-la-adiccion-a-opiaceos-con-buprenorfina-naloxona/>. Accessed Mar 21, 2024.
- (31) UNODC. World Drug Report 2023. 2023; Available at: <https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/world-drug-report-2023.html>.
- (32) WHO (World Health Organisation). Opioid overdose. 2023; Available at: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/opioid-overdose>.

ANEXOS

Anexo I: Cronograma de actividades.

		Meses						
		Sep 2024	Oct 2024	Nov 2024	Dic 2024	Ene 2025	Feb 2025	Mar 2025
Fase Conceptual	Diseño y justificación del estudio observacional							
	Revisión de la literatura							
	Elaboración del estado de la cuestión							
Fase Metodológica	Diseño del estudio observacional							
	Medidas utilizadas para la evaluación de la fiabilidad							
	Consideraciones éticas y limitaciones del estudio							
Fase Empírica	Recopilación de datos							
	Análisis de datos							
	Resultados y conclusiones							
	Informe final y publicación de los resultados							

Anexo II: Consentimiento informado par las enfermeras y médicos de los centros de salud de Alcalá de Henares.

Consentimiento informado

Investigadora: Marta Vega Martínez

El presente Consentimiento Informado tiene como objetivo obtener la autorización de los enfermeros y médicos de los centros de Atención Primaria del municipio de Alcalá de Henares para la participación en un estudio de investigación. Se proporcionará a los participantes del estudio información clara sobre dicho estudio.

Este estudio tiene como objetivo investigar y comprender la actuación de enfermería y medicina en el manejo de la adicción a opioides en dolores crónicos no oncológicos en atención primaria. Se busca analizar las prácticas clínicas actuales, identificar posibles brechas de atención y explorar estrategias para mejorar la detección, prevención y tratamiento de la adicción en esta área de la salud.

La participación de este estudio contará con la realización de un cuestionario y la participación en entrevistas semiestructuradas. La participación será voluntaria, con seguridad de que todos los datos sean recogidos de manera anónima y de que se mantendrán estrictamente confidenciales.

Este proyecto permite la libertad de poder abandonarlo en cualquier momento. En caso de abandonar, no habrá consecuencias adversas.

Al firmar este documento, confirmo que he leído y comprendido la información proporcionada anteriormente sobre el estudio del “Manejo desde Atención Primaria de la adicción a opioides de los pacientes con dolor crónico no oncológico”. Confirmando mi participación voluntaria y acepto que mis datos sean recopilados para los estudios que se lleven a cabo. Al firmar este documento, doy mi consentimiento para participar en este estudio.

Fecha _____

Firma del participante _____

Anexo III: Hoja informativa al participante sobre el estudio.

Hoja Informativa

Estimado/a participante:

Este estudio sobre el “Manejo desde Atención Primaria de la adicción a opioides de los pacientes con dolor crónico no oncológico” tiene como objetivo investigar y comprender como se aborda la adicción a opioides en dolores crónicos no oncológicos en el contexto de los centros de atención primaria. Mediante el estudio se tratará de identificar las posibles brechas en la atención y de mejoras que se podrían realizar en cuanto a la detección, prevención y tratamiento.

En el estudio se preguntará tanto a enfermeros como médicos de los centros de atención primaria acerca de los pacientes que han atendido, sus características y la manera de actuación en cuanto a su tratamiento.

En este estudio se llevarán a cabo una serie de entrevistas semiestructuradas que se realizarán en cada centro de atención primaria. Por otro lado, también se realizará una búsqueda bibliográfica de los protocolos de actuación de cada centro.

En todo momento se mantendrá el anonimato de los participantes mediante un código que se le atribuirá a cada uno para salvaguardar la confidencialidad. Antes de participar en el estudio, se repartirá un consentimiento informado a los participantes con la posibilidad de retirarse en cualquier momento sin consecuencias.

Se proporcionará información de contacto clara para que los participantes puedan comunicarse con el investigador principal en caso de tener alguna pregunta acerca del estudio.

Anexo IV: Guion de las entrevistas semiestructuradas.

1. Introducción y presentación del propósito de la entrevista.
2. Se preguntará a los participantes acerca de su experiencia profesional (Área de especialización y tiempo trabajado).
3. Percepción acerca de la adicción a opioides y nivel de preocupación.
4. Descripción de los pacientes.
 - Características de los pacientes.
 - Patologías.
 - Uso de medicación.
2. Descripción del dolor y de la adicción.
 - Tipo de dolor crónico y diagnóstico.
 - Tipo de opioide frecuente en la adicción y el nivel de adicción.
5. Prescripción de opioides.
 - Cuando recetar opioides en pacientes con dolores crónicos.
 - Medidas para mitigar la adicción.
6. Diagnóstico y tratamiento.
 - a. Dificultades y dudas.
 - b. Tipos de tratamiento y duración.
 - c. Uso de tratamientos alternativos.
 - d. Tratamientos previos.
7. Percepción de los resultados del tratamiento.
8. Captación de pacientes con esta adicción.
9. Colaboración interpersonal.
 - a. Desafíos y beneficios de la colaboración.
 - b. En qué aspectos es necesaria la colaboración.
10. Desafíos y barreras.
11. Áreas de mejora y sugerencias.
12. Agradecer la participación y permitir agregar comentarios finales a los entrevistados.