



Universidad de Valladolid



Universidad de Valladolid

Facultad de
Ciencias de la Salud
de Soria

GRADO EN ENFERMERÍA

Trabajo Fin de Grado

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON TRASTORNO POR CONSUMO DE OPIÁCEOS: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA

Ana Álvarez Rodríguez

Tutelado por: Eduardo Gutiérrez Abejón

Soria, Curso Académico 2023/24

27 de mayo de 2024

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: El dolor se define como una sensación sensitiva y emocional desagradable, asociada a una lesión tisular real o potencial. La principal línea terapéutica para el dolor moderado y/o severo es a través de fármacos opiáceos. El consumo indebido de opiáceos puede generar trastorno por consumo de opiáceos, un patrón problemático que causa deterioro o malestar significativo.

OBJETIVO: Realizar una revisión sistemática sobre las intervenciones de enfermería en pacientes con adicción a opiáceos en comparación con la atención estándar o ninguna intervención.

METODOLOGÍA: Revisión sistemática acorde con los criterios PRISMA. Se analizaron 12 artículos recuperados de las bases de datos Pubmed, Scopus y Dialnet. Se valoró la calidad metodológica de los artículos mediante la escala PEDro y se llevó a cabo un análisis de los datos relacionados con los objetivos propuestos.

RESULTADOS: Los estudios seleccionados evaluaban el nivel de dolor, tipo de tratamiento, adherencia al tratamiento, discapacidad relacionada con el dolor, satisfacción, calidad de vida, uso indebido de opiáceos, bienestar emocional y abstinencia a opiáceos. La optimización de la medicación mostró una reducción en la intensidad del dolor en comparación con la TCC. Sin embargo, la TCC y E-Health ofrecieron disminuciones del dolor mayores comparado con la atención habitual. Esta disminución del dolor está relacionada con una mejoría en la calidad de vida de los pacientes.

CONCLUSIONES: Los tratamientos farmacológicos como los conductuales son opciones razonables para el dolor crónico. La buprenorfina y la metadona disminuyen los síntomas de abstinencia y el deseo de consumir, la naltrexona previene recaídas y la naloxona es utilizada en las sobredosis. La naltrexona tiene más posibilidades de provocar abstinencia en comparación con la buprenorfina combinada con naloxona. La enfermera tiene un papel fundamental en el tratamiento conductual de los pacientes con trastorno de opiáceos.

Palabras clave: Opioide, morfina, fentanilo, adicción, efectos, enfermería, tratamiento.

GLOSARIO DE SIGLAS, ACRÓNIMOS Y ABREVIATURAS

| | |
|--------|--|
| IASP | Asociación Internacional para el Estudio del Dolor |
| CIE | Clasificación Internacional de Enfermedades |
| OMS | Organización Mundial de la Salud |
| AINEs | Antiinflamatorios No Esteroideos |
| DSM-V | Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales |
| SNS | Sistema Nacional de Salud |
| DCNO | Dolor Crónico No Oncológico |
| MeSH | Medical Subject Headings |
| DeCS | Descriptores de Ciencias de la Salud |
| NANDA | North American Nursing Diagnosis Association |
| PICO | Paciente, Intervención, Comparación, Outcomes/Resultados |
| PRISMA | Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses |
| OUD | Opioid Use Disorder |
| LOT | Long-term Opioid Therapy |
| CDC | Centers for Disease Control and Prevention |
| TCC | Terapia Cognitivo Conductual |
| MED | Manager–delivered Medication Optimization |
| DEM | Morphine Equivalent Dose |
| TAU | Treatment As Usual |
| ORC | Opioid Renewal Clinic |
| BUP-NX | Buprenorfina-Naloxona |
| XR-NTX | Naltrexona |
| IPT | Biopsychosocial Integrated Pain Team |

ÍNDICE

| | |
|--|----|
| 1. INTRODUCCIÓN | 1 |
| 1.1 Concepto, epidemiología y tipos de dolor..... | 1 |
| 1.2 Evaluación y tratamiento del dolor. | 1 |
| 1.3 Fármacos opioides..... | 1 |
| 1.4 Prevalencia del consumo de opiáceos..... | 2 |
| 1.5 Dependencia, adicción y sobredosis de opiáceos..... | 2 |
| 1.6 Trastorno por consumo de opiáceos..... | 3 |
| 2. JUSTIFICACIÓN | 4 |
| 3. OBJETIVOS | 4 |
| 4. METODOLOGÍA | 5 |
| 4.1 Diseño de la investigación | 5 |
| 4.2 Estrategia de búsqueda | 5 |
| 4.3 Selección de los artículos..... | 5 |
| 4.4 Proceso de selección de datos..... | 6 |
| 4.5 Evaluación de calidad..... | 7 |
| 4.6 Variables y herramientas de medición | 7 |
| 5. RESULTADOS | 7 |
| 5.1 Nivel de dolor..... | 7 |
| 5.2 Tipo de tratamiento | 8 |
| 5.3 Adherencia al tratamiento..... | 9 |
| 5.4 Discapacidad relacionada con el dolor | 9 |
| 5.5 Satisfacción de los resultados..... | 9 |
| 5.6 Calidad de vida..... | 10 |
| 5.7 Uso indebido de opiáceos..... | 10 |
| 5.8 Bienestar emocional | 10 |
| 5.9 Abstinencia a opioides | 10 |
| 5.10 Actuación enfermera | 10 |
| 6. DISCUSIÓN | 15 |
| 7. CONCLUSIONES | 16 |
| 8. BIBLIOGRAFÍA | 17 |
| ANEXOS | I |

ÍNDICE DE TABLAS

| | |
|---|-----|
| Tabla 1 - Características de la muestra y resultado de los artículos incluidos..... | 12 |
| Anexo A – Estructura de la pregunta de investigación. (Esquema PICO)..... | I |
| Anexo B – Palabras clave, DeCs y Mesh..... | I |
| Anexo C – Estrategia de búsqueda..... | II |
| Anexo D – Puntuación de la escala PEDro de los estudios incluidos. | III |
| Anexo E - Variables y herramientas de medición. | IV |

ÍNDICE DE FIGURAS

| | |
|---|---|
| Figura 1 – Diagrama de flujo de la estrategia de búsqueda. Modificación de PRISMA. | 6 |
|---|---|

1. INTRODUCCIÓN

1.1 Concepto, epidemiología y tipos de dolor.

Según la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP), el dolor se define como "*una experiencia sensitiva y emocional desagradable, asociada a una lesión tisular real o potencial*" (1). El dolor implica aspectos físicos, emocionales, sensoriales, mentales y comportamentales. La manera en que una persona percibe el dolor se ve influenciada por diversos factores, como su estado físico, emocional, mental, cultural y espiritual, y cómo interactúan entre sí (2). Existen diferentes tipos de dolor, el agudo es aquel que se resuelve en un periodo de tiempo corto y predecible. Sin embargo, el dolor crónico está reconocido como una enfermedad e incluido en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), definiéndose como "aquel que persiste más de 3 meses" (2).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) se considera que un 20 % de la población mundial sufre dolor crónico. Los estudios muestran que los pacientes que padecen dolor crónico en España son el 17 % y en Europa 19 % (3).

1.2 Evaluación y tratamiento del dolor.

La principal línea terapéutica es farmacológica, que pretende mejorar la calidad de vida aumentando la funcionalidad del individuo. Para poder aliviar el dolor teniendo en cuenta la intensidad de los síntomas se utiliza la escalera analgésica de la OMS. Esta cuenta de tres peldaños, en el primero se encuentran los antiinflamatorios no esteroideos o AINEs, indicados para el dolor leve y en el segundo y tercer escalón los opioides, recomendados para intensidad moderada y/o severa (4).

1.3 Fármacos opioides.

La OMS define los opioides como "*aquellas sustancias que se extraen de la adormidera como moléculas sintéticas y semisintéticas con propiedades análogas a aquellas, que pueden interferir con los receptores cerebrales de opioides*". La adormidera es una planta que produce alcaloides del opio, que se almacenan en la savia lechosa o látex de la amapola y se extraen realizando incisiones en las cápsulas inmaduras de la planta. El opio contiene aproximadamente un 20-25% de alcaloides, dependiendo de diversos factores como el clima, las condiciones del suelo, la variedad de planta, etc. Los principales alcaloides son la morfina, la codeína, la tebaína, la papaverina y la noscapina (5).

Gracias a sus efectos analgésicos y sedantes, los opioides se utilizan habitualmente para aliviar el dolor. Además, otros fármacos opiáceos, como la metadona y la buprenorfina, se prescriben como tratamiento contra la dependencia de estos (5).

La acción analgésica de los opiáceos deriva de la interacción con receptores farmacológicos específicos llamados receptores opioides, distribuidos en el sistema nervioso central y periférico. Los opiáceos se unen principalmente a receptores mu (μ), delta (δ) y kappa (κ). Estos receptores se encuentran en áreas clave del sistema nervioso central involucradas en la percepción y modulación del dolor, como la médula espinal, el tálamo y la corteza cerebral. Una vez que los opiáceos se unen a los receptores, ejercen acciones inhibitorias que evitan la transmisión del impulso doloroso, consiguiendo de esta forma una serie de efectos en el organismo, destacando la analgesia (8).

Dependiendo de la afinidad de unión del fármaco con el receptor, los opiáceos pueden actuar de manera agonista (morfina, metadona y fentanilo), antagonista (naloxona y naltrexona), o como agonista parcial (buprenorfina) o agonista-antagonista (pentazocina o nalorfina) si actúan en más de un receptor (1).

Para el manejo de dolor crónico cabe definir el concepto de opiáceo de prescripción médica, como aquellas drogas prescritas por un médico, con un objetivo terapéutico y siguiendo estrictamente las indicaciones entregadas, tanto en dosis como en vía de administración y horario indicado (7).

1.4 Prevalencia del consumo de opiáceos.

Según la OMS, en 2021 unos 296 millones de personas consumieron drogas al menos en una ocasión. De esa cifra, unos 60 millones consumieron opioides (5).

En España, el 15,8% de la población reconoce haber consumido analgésicos opioides con o sin receta en alguna ocasión, siendo la codeína y el tramadol los opioides que presentan una mayor prevalencia de consumo. El 81,9 % de las personas que han consumido opioides alguna vez en la vida indican que han seguido con exactitud las indicaciones del médico sobre su consumo. Por otra parte, el 8 % declara haber consumido estos medicamento un menor tiempo al indicado por su médico y un 7,1% un menor consumo en función de la dosis (9).

Los datos del informe del Plan de optimización de la utilización de analgésicos opioides en dolor crónico no oncológico en el Sistema Nacional de Salud (SNS) reflejan que en España la utilización de los opioides se ha incrementado de forma notable en los últimos años, así pues, se observa un incremento de un 53,6% de la dosis diaria desde el año 2013 al 2020. Actualmente España ocupa el tercer país con mayor consumo de fentanilo, por detrás de Estados Unidos y Alemania (10).

1.5 Dependencia, adicción y sobredosis de opiáceos

El consumo de opioides sin fines terapéuticos y su administración prolongada, indebida o sin supervisión médica pueden generar dependencia y otros problemas de salud.

La dependencia se caracteriza por la adaptación neurobiológica del cuerpo a la presencia constante de estas sustancias, implicando dosis crecientes para lograr mantener el mismo efecto analgésico. El rasgo característico es el aumento de la tolerancia de los efectos de los opioides, síndrome de abstinencia al interrumpir o reducir el consumo y el uso de sustancias análogas a los opiáceos para poder prevenir o aliviar los síntomas de abstinencia (7).

Por otro lado, la adicción implica un estado permanente de pérdida de control sobre su uso, comportamientos compulsivos de búsqueda y consumo de la droga, y consecuencias negativas para la salud (5).

La sobredosis sucede cuando se consume una cantidad de droga suficientemente alta como para experimentar síntomas que representan un grave riesgo para la vida. En una sobredosis, la respiración se vuelve más lenta o incluso se detiene, disminuyendo el suministro de oxígeno al cerebro, lo que puede acabar en un estado de coma, causar daño cerebral permanente o incluso ocasionar la muerte. (5)

1.6 Trastorno por consumo de opiáceos.

La última versión del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V) incluye un diagnóstico denominado “Trastorno por consumo de opiáceos” y lo define como “un modelo problemático de consumo de opiáceos que provoca un deterioro o malestar clínicamente significativo”. Para poder diagnosticar el trastorno deben cumplirse dos o más de los siguientes requisitos en 12 meses: (7)

- Consumo de opioides en cantidades mayores o por más tiempo de lo previsto.
- Deseo de manera persistente o intento sin éxito de disminuir su uso.
- Ocupar mucho tiempo para obtener los opioides.
- Necesidad de consumir opioides.
- Incapacidad repetitiva de cumplir con las obligaciones en el trabajo, hogar o escuela a causa de los opioides.
- Continuación del uso de opioides pese a tener problemas sociales o interpersonales recurrentes debido a estas sustancias.
- Renunciar a importantes funciones sociales, al trabajo o a las actividades recreativas a causa de los opioides.
- Uso en situaciones físicamente peligrosas.
- Continuación de uso a pesar de tener un trastorno físico o mental causado o agravado por los opioides.
- Tolerancia.
- Síntomas de abstinencia.

2. JUSTIFICACIÓN

En los últimos años, el consumo de opioides se está convirtiendo en un problema de salud que encuentra su mayor exponente en Estados Unidos. En las últimas dos décadas este problema ha aumentado considerablemente, transformándose en una importante cuestión social y sanitaria a nivel mundial, con consecuencias graves para la salud y el bienestar de los individuos y sus familias.

Este problema de salud pública pone de relieve la necesidad de desarrollar estrategias terapéuticas innovadoras, tanto farmacoterapéuticas como psicoterapéuticas. En 2021, el Consejo Interterritorial del SNS aprobó el Plan de optimización de la utilización de analgésicos opioides en el dolor crónico no oncológico (DCNO). Se trata de una herramienta, desarrollada tras el análisis de los datos de utilización de estos medicamentos en España, que establece estrategias de actuación, consensuadas y basadas en la mejor evidencia disponible, con el objetivo de optimizar la prescripción y evitar posibles situaciones de uso inadecuado de estos medicamentos (10).

En este contexto, los profesionales de enfermería desempeñan un papel fundamental. La enfermería ofrece una atención centrada en el paciente, que abarca desde la prevención y detección temprana del abuso de sustancias, hasta la provisión de cuidados especializados durante el tratamiento y la rehabilitación.

Por esta razón considero que visualizar este problema mundial y realizar un trabajo sobre la atención de enfermería en pacientes con adicción a opioides es fundamental para mejorar la calidad de la atención, optimizar los resultados de salud y abordar de manera integral esta compleja problemática de salud pública.

3. OBJETIVOS

Objetivo general

- Realizar una revisión sistemática sobre las intervenciones de enfermería en pacientes con adicción a opiáceos en comparación con la atención estándar o ninguna intervención.

Objetivos específicos

- Analizar el impacto de las intervenciones en la reducción del consumo de opiáceos, la satisfacción con los resultados y la calidad de vida en pacientes con adicción a opiáceos.
- Analizar críticamente que tratamiento farmacológico utilizado en pacientes con trastorno por consumo de opioides presenta mayor probabilidad de inducir signos de abstinencia.

- Identificar la actuación de enfermería orientada a pacientes con trastorno por consumo de opiáceos, enfocada en la prevención de recaídas, manejo del dolor y promoción de estrategias de afrontamiento para mejorar su calidad de vida y favorecer su recuperación.

4. METODOLOGÍA

4.1 Diseño de la investigación

Se realiza una revisión sistemática siguiendo los criterios establecidos en la declaración PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*).

La pregunta de investigación tomada como referencia para llevar a cabo el presente trabajo ha sido:

¿Cuál es la efectividad de las intervenciones de enfermería en comparación con la atención estándar o ninguna intervención para mejorar los resultados de salud, la adherencia al tratamiento y la calidad de vida en personas con adicción a opiáceos?

La formulación de la pregunta de investigación se realizó siguiendo el esquema PICO. (Anexo A)

4.2 Estrategia de búsqueda

Se realizó una búsqueda avanzada el mes de febrero y marzo de 2024 en las bases de datos Pubmed, *Scopus* y Cinhal. La estrategia de búsqueda se realizó combinando los descriptores en ciencias de la salud, unidos mediante los operadores booleanos AND y OR. (Anexo B)

Se llevó a cabo una búsqueda combinando términos relacionados con las variables de interés que se pretenden analizar en esta revisión. Para empezar, se realizó una búsqueda con todos los términos MeSH relacionados con los opioides, otra con los relacionados con la adicción y por último con términos relacionados con enfermería. Se combinaron las tres búsquedas y se introdujeron en las bases de datos. (Anexo C)

4.3 Selección de los artículos

A continuación, se limitó la búsqueda bibliográfica al aplicar los criterios de inclusión y de exclusión.

Criterios de inclusión

- Tipo de pacientes: Adultos con afecciones mixtas de dolor crónico que reciben tratamiento con opioides a largo plazo.
- Intervenciones dirigidas a tratar a pacientes con dolor crónico.
- Artículos en castellano y/o inglés.

- Artículos publicados entre 2014 y 2024.
- Tipo de artículo: Ensayos clínicos.

Criterios de exclusión

- Estudios específicos para dolor agudo o especializado.
- Artículos específicos para entornos especializados y no adultos.
- Estudios centrados en evaluar una marca de analgésico específico.

4.4 Proceso de selección de datos

Tras realizar la búsqueda en las tres bases de datos, se encontraron un total de 4258 artículos, aplicando los criterios de inclusión y exclusión se recuperaron 761. A continuación, se eliminaron 653 artículos tras la lectura del título y/o el resumen y 96 con la lectura del texto completo por no estar relacionados con los objetivos propuestos. Finalmente, tras una lectura crítica analizamos 12 publicaciones.

La selección de documentos se expone en la siguiente figura.

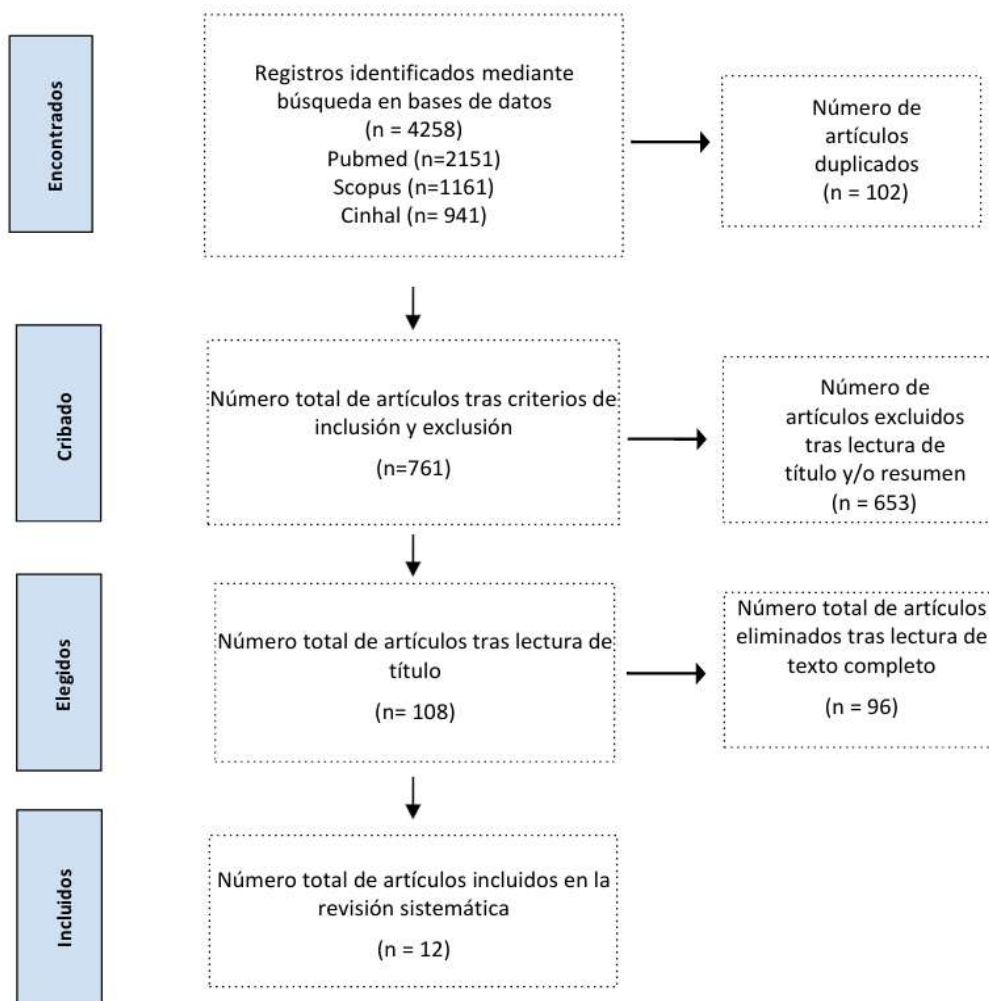


Figura 1 – Diagrama de flujo de la estrategia de búsqueda. Modificación de PRISMA.

4.5 Evaluación de calidad

La calidad metodológica de los estudios se evaluó mediante la lista de verificación de la escala PEDro.

La escala PEDro consta de 11 ítems entre los que se valoran diferentes aspectos cualitativos de los estudios. El primer ítem está relacionado con la validez externa y no se tiene en cuenta para la puntuación final, por lo tanto, la puntuación total es sobre 10. Un resultado igual o superior a 8 es considerado como calidad “alta”, una puntuación de 5-7 como calidad “aceptable” y una calificación de 4 o inferior se considera como calidad “baja”.

De acuerdo con la valoración de la escala PEDro, 4 estudios mostraron una calidad metodológica alta y 8 estudios una calidad aceptable. (Anexo D)

4.6 Variables y herramientas de medición

Las variables que se utilizaron en el trabajo y los artículos que las evalúan son las siguientes: intensidad del dolor (11-15, 17,18,20), tipos de tratamiento (11-22), adherencia terapéutica (13,18,22), discapacidad (11,12), satisfacción de los resultados (12,20,22), calidad de vida (11,15,18), bienestar emocional (11,13,20), uso indebido de opiáceos (13,17,20) y signos de abstinencia (17,21,22). (Anexo E)

5. RESULTADOS

5.1 Nivel de dolor

Un estudio demostró que la optimización de la medicación de atención colaborativa mejoró la intensidad de dolor en comparación con la TCC a los 12 meses (11). No obstante, otro estudio comprobó que la TCC produjo reducciones modestas pero sostenidas en las medidas de dolor y discapacidad relacionada con el dolor en comparación con la atención habitual (12).

Los participantes que recibieron una intervención de E-health lograron una disminución del dolor frente a los participantes de TAU (13). Además, la autoeficacia para el dolor también aumentó aproximadamente el doble en el grupo de E-health en comparación con TAU, lo que produjo un efecto de tratamiento significativo (13). Sandhu HK et al. realizó un estudio sobre una intervención educativa grupal y los resultados informaron que los pacientes que recibieron esta intervención no notaron ningún efecto sobre la interferencia del dolor (15).

Un protocolo clínico de transición a buprenorfina/naloxona pudo demostrar que el dolor promedio y el peor dolor disminuyó significativamente (16).

Los pacientes que recibieron IPT no informaron de un cambio significativo en la intensidad del dolor, pero sí de una reducción de la interferencia del dolor en su vida diaria, específicamente una interferencia con el estado de ánimo, las relaciones interpersonales, el sueño y el disfrute de la vida. Además, la catastrofización del dolor también mostró una reducción desde el inicio hasta el seguimiento impulsada por reducciones significativas del dolor (18).

5.2 Tipo de tratamiento

Nos encontramos ante varias opciones de tratamiento para adultos con afecciones mixtas de dolor crónico que reciben tratamiento con opioides a largo plazo, por un lado, tenemos el tratamiento farmacológico y por otro lado el conductual.

Como opción farmacología nos encontramos la buprenorfina y la metadona, utilizados para disminuir los síntomas de abstinencia y los deseos de consumir la droga.

La buprenorfina está aprobada como tratamiento sublingual para la dependencia de opioides, así como analgésico parenteral y transdérmico. Este fármaco tiene un menor potencial de abuso y un perfil de riesgo más bajo que los agonistas μ puros. También está disponible la buprenorfina combinada con naloxona, un antagonista de los receptores opioides utilizado para revertir los efectos de las sobredosis (16).

Otro medicamento es la naltrexona, antagonista opioide de un mes de duración, que actúa bloqueando la activación de los receptores opioides, eliminando el efecto agradable del consumo, por lo que es útil para prevenir una recaída (21).

La TCC realizada de forma telefónica o presencial comprende las siguientes fases. La primera es la evaluación de admisión donde se identifican los factores que contribuyen al dolor para adaptar los objetivos de la intervención a las circunstancias y preferencias de los pacientes. A continuación, se realizan las sesiones que componen el entrenamiento de habilidades básicas. En la tercera fase, se evalúa el progreso y se desarrolla un plan de mantenimiento (11,12).

Otro estudio describe la gestión de medicamentos administrados y optimización de analgésicos donde el administrador de atención de enfermería evalúa los tratamientos pasados y actuales, la gravedad del dolor, la respuesta al tratamiento, la adherencia analgésica, los efectos adversos y el deseo de cambiar el tratamiento ajustar la prescripción de analgésicos comunicándose con los médicos. Los ajustes de la medicación se guían por la respuesta al tratamiento, los efectos adversos y las preferencias del paciente (11).

Otro tratamiento es la intervención E-health, eficaz para la reducción de la dosis de opioides y del dolor. E-Health esta desarrollada a partir de estrategias cognitivas, conductuales, interpersonales y de autocontrol basadas en evidencia, utilizando aportaciones de personas con dolor crónico y profesionales del dolor crónico (13).

La intervención STOP consta de tres componentes clave: breves consejos y/o un breve video médico sobre el riesgo del abuso de opioides para la salud, asesoramiento telefónico para motivar el cambio y gestión de la atención de enfermería (17).

IPT son modelos de atención biopsicosocial de equipos integrados del dolor, compuestos por un equipo interdisciplinar que introducen un modelo biopsicosocial de manejo del dolor multimodal, con énfasis en el manejo del dolor sin opioides, así como educación sobre el manejo del dolor crónico no farmacológico y la seguridad de los medicamentos (18).

5.3 Adherencia al tratamiento

En el primer estudio asistieron más personas del grupo MED que del grupo TCC, 90,8 % frente a 66,2% (11). En el grupo E- Health el 68,0% mostraron una buena exposición sustancial al programa (13).

En cambio, en el estudio de Rosenblum et al. (16) diez de doce pacientes experimentaron efectos adversos y siete de ellos suspendieron el tratamiento por esta razón, por lo que no hubo una buena adherencia al programa. Los efectos adversos que experimentaron los pacientes que iniciaron una transición a buprenorfina/naloxona fueron los siguientes: mareos, confusión, sed/boca seca, dificultad para hablar, sofocos, escalofríos, náuseas, dolor de cabeza, palpitaciones, sudoración, visión borrosa, dificultad para tragar, fatiga/debilidad, depresión nerviosismo, estreñimiento, diarrea, pérdida de apetito, insomnio y sarpullidos (16).

5.4 Discapacidad relacionada con el dolor

Según la puntuación de RMDQ no se encontraron diferencias significativas entre los participantes que recibieron MED y TCC en las medidas de discapacidad relacionada con el dolor (11).

En cambio, otro estudio demostró que los pacientes que recibieron TCC mostraron reducciones en la discapacidad relacionada con el dolor en comparación con la atención habitual (12).

5.5 Satisfacción de los resultados

A los 6 meses los pacientes que recibieron TCC informaron de una mayor satisfacción con la atención primaria en relación con aquellos que recibieron una atención individual (12).

Además, los pacientes que desarrollaron el modelo de atención IPT informaron cambios significativos en la satisfacción con algunos aspectos del tratamiento del dolor (18).

5.6 Calidad de vida

Los adultos que consiguieron mejorar su nivel de dolor con algún tipo de tratamiento reconocen una mejora en su calidad de vida.

5.7 Uso indebido de opiáceos

El uso de opioides no difirió significativamente entre los adultos que recibieron TCC y tratamiento habitual (12). En cambio, los que recibieron E-health sí que lograron una reducción en la DEM diaria en comparación con los participantes de TAU (13). Los participantes del IPT y educación grupal también mostraron una reducción significativa en la frecuencia de conductas de uso indebido de opioides (18,15).

Además, los profesionales sanitarios de servicio de urgencias desarrollaron un programa de coordinación de la atención que mostró resultados favorables, disminuyendo las visitas de los adultos con dependencia a opiáceos y reduciendo las probabilidades de recibir una receta de opioides (19).

5.8 Bienestar emocional

Los estudios nos muestran que los adultos que sufren síndrome de dependencia a opiáceos tienen más riesgo de sufrir depresión y ansiedad moderada.

5.9 Abstinencia a opioides

Dos estudios mostraron que las personas que tomaban naltrexona tenían más posibilidades de aumentar la abstinencia a opioides en comparación con los que tomaban buprenorfina combinada con naloxona (21,22).

5.10 Actuación enfermera

Tras analizar los estudios hemos visto que la enfermera tiene un papel fundamental en el tratamiento conductual de los pacientes con trastorno de opiáceos.

Las actuaciones de enfermería incluidas en la revisión sistemática son las siguientes:

1. Evaluación y reevaluación de admisión: La enfermera es la encargada de realizar evaluaciones exhaustivas a los pacientes para comprender su historia de consumo, su estado de salud mental y física y de esta forma poder identificar los factores que contribuyen al dolor (12). El objetivo es poder adaptar las intervenciones a las circunstancias y preferencias del paciente, orientar a los pacientes sobre las intervenciones a realizar, resolver sus dudas o inquietudes y desarrollar un plan de cuidado individualizado. (11,12).
2. Habilidades fundamentales: Proporcionar estrategias y técnicas de manejo del dolor. La enfermera debe enseñar técnicas de relajación que les permita tranquilizarse durante las actividades diarias que aumenten su dolor, así como técnicas de respiración, habilidades de modulación del estado de ánimo, terapia

física y ocupacional, etc. Otra actividad es la reestructuración cognitiva que se utiliza para ayudar a los pacientes a reconocer los pensamientos negativos que se producen en respuesta al dolor (11,12).

3. Educación y prevención de recaídas: Proporcionar educación sobre los riesgos del consumo de opiáceos, las señales tempranas de dolor, los signos de recaída y las estrategias para prevenirlas. El objetivo es ayudar al paciente a desarrollar habilidades de afrontamiento saludables y a establecer un plan de acción para enfrentarse a situaciones de riesgo (17).
4. Trabajo en grupo: Los temas de discusión del grupo incluyeron educación sobre los opioides, la abstinencia y el aprendizaje de habilidades para el autocontrol del dolor (15).
5. Apoyo emocional: Brindar apoyo emocional y psicológico al paciente para ayudarlo a enfrentarse a los desafíos emocionales asociados con la adicción, como la ansiedad, depresión y estrés.
6. Reducción gradual de opioides: Realizar un plan de reducción gradual que consiste en una reducción del 10 % de la dosis inicial cada semana hasta alcanzar el 30 % de la dosis inicial y luego una reducción del 10 % de la dosis restante (15).
7. Promoción de la adherencia al tratamiento: Identificar las barreras que pueden obstaculizar la adherencia al tratamiento y apoyar al paciente en el cumplimiento de su plan terapéutico, incluyendo la asistencia a citas médicas, terapia y grupos de apoyo (11).

Para que estas actuaciones sean efectivas y el paciente reciba una atención integral y coordinada, es necesario que exista una coordinación de la atención entre todos los profesionales de la salud, incluidos médicos, psicólogos, trabajadores sociales y consejeros de adicción (13).

El seguimiento es clave para evaluar el progreso del paciente y ajustar el plan de cuidados. La enfermera debe realizar un seguimiento con el equipo multidisciplinario para valorar el estado del paciente y desarrollar estrategias para apoyarlo en todo momento (17).

Tabla 1 - Características de la muestra y resultados de los artículos incluidos.

| Estudio | Diseño del estudio | Muestra (n) | Población | Intervención | Variables (herramientas de medición) | Resultados |
|--|---|---|--|---|---|--|
| Bushey MA et al. (11) | Ensayo clínico aleatorizado. | Participantes (n=261) G1 (n=131) G2 (n=130) | Adultos con dolor lumbar crónico que reciben LOT. | G1=MED administrada por un administrador de atención de enfermería. G2= TCC administrada por un psicólogo. | Nivel de dolor (BPI) (Escala Catastrófica del Dolor) Discapacidad relacionada con el dolor (RMDQ) Calidad de vida (SF-36) Bienestar emocional (PHQ-9) (GAD-7) | G1 noto una mejora del dolor del respecto a G2 a los 12 meses. |
| DeBar L et al. (12) | Ensayo controlado aleatorio por grupos. | Participantes (n = 850) G1 (n=443) G2 (n=417) | Adultos con afecciones mixtas de dolor crónico que reciben LOT. | G1= TCC que enseña habilidades de autocontrol. G2= Atención habitual entre pacientes que reciben LOT. | Nivel del dolor (PEGS) Discapacidad relacionada con el dolor (RMDQ) Satisfacción de los resultados | G1 mostro reducciones modestas pero sostenidas en las medidas de dolor además de una mejoría con el disfrute de la vida, la actividad general y el sueño con respecto a G2. Sin embargo, el G1 refirió discapacidad relacionada con el dolor y no redujo el uso de medicamentos opioides. |
| Wilson M et al. (13) | Ensayo clínico aleatorizado. | Participantes (n = 402) G1 (n=200) G2 (n=202) | Adultos con afecciones mixtas de dolor crónico de atención primaria y clínicas de dolor. | G1= tratamiento LOT + E-Heath G2= TAU | Nivel del dolor (BPI) (PSEQ) (Cuestionario de conocimientos sobre el dolor) Evaluación del uso indebido de opioides (COMM) Adherencia al tratamiento Bienestar emocional (DASS-21) | G1 logro una reducción en la DEM diaria en comparación G2. Además, G1 logro una disminución de dolor frente a G2. |

| | | | | | | |
|--|--|---|--|--|--|---|
| Worley et al. (14) | Análisis secundario de un ensayo clínico. | Todos los participantes (n=125) | Sujetos con dolor crónico que ingresaron a la fase de reducción gradual de BUP/NX. | G1= BUP/NX. | Nivel del dolor (BPI) | Existe una correlación positiva durante el tratamiento con buprenorfina entre una mayor volatilidad del dolor o peor mejoría del dolor y recaída en el consumo de opioides. |
| Sandhu HK et al. (15) | Ensayo clínico multicéntrico y aleatorizado. | Participantes (n=608) G1 (n=305) G2 (n=303) | Adultos que toman opioides potentes para tratar el dolor crónico debido a causas no malignas en entornos de atención primaria. | G1= Educación y apoyo grupal con un plan de decisión entre el participante y la enfermera. G2= Atención habitual. | Nivel de dolor (PROMIS) Bienestar emocional (HADS) (Escala de ansiedad y depresión hospitalaria) Calidad de vida (SF-12v2) | G1 redujo el uso de opioides en comparación con G2. Sin embargo, no hubo diferencias significativas en la interferencia del dolor con las actividades de la vida diaria entre los 2 grupos. |
| Rosenblum et al. (16) | Protocolo clínico. | Participantes (n=21) G1 (n=12) G2 (n=9) | Pacientes con dolor crónico de moderado a severo, que estaban recibiendo LOT. | G1=BUP/NX. G2= no recibieron el fármaco. | Nivel del dolor (BPI) Gravedad de la abstinencia (COWS) (SOWS) Dosis de opiáceos (TDD) | Los pacientes que recibieron la dosis inicial más alta de opioides y los tres que recibieron las dosis más bajas tuvieron eventos adversos tempranos cuando cambiaron a Bup/Nx. |
| Liebschutz JM et al. (17) | Ensayo controlado aleatorio por grupos. | Participantes totales (n=300) | Pacientes con uso riesgoso de opioides que no cumple con los criterios de OUD moderado-grave. | G1= Intervención STOP. G2= EUC. | Nivel de dolor Calidad de vida Adherencia al tratamiento | Los pacientes con OUD por debajo del umbral tienen síntomas menos graves y diferentes necesidades de tratamiento, requiriendo menos énfasis en los medicamentos para el tratamiento del OUD y más enfoque en motivar el cambio de comportamiento, la coordinación de la atención médica y el autocuidado. |

| | | | | | | |
|-------------------------------|--|---|---|---|--|--|
| Gibson CJ et al. (18) | Estudio de mejora de la calidad de un solo grupo. | Participantes totales (n=99) | Veteranos con dolor crónico. | Modelos IPT. | Nivel del dolor (BPI) (PCS) El uso indebido de opioides (COMM) Satisfacción con la atención del dolor (PTSS) | Los pacientes informaron un mayor uso de varias estrategias integradoras y activas de manejo del dolor desde el inicio hasta el seguimiento. |
| Neven et al. (19) | Ensayo controlado aleatorio. | Participantes (n=165) G1 (n=79) G2 (n=76) | Usuarios frecuentes en el servicio de urgencias por quejas de dolor. | G1= Programa de coordinación de la atención en urgencias. G2= TAU. | El uso indebido de opioides | G1 experimentó una disminución del en las visitas a urgencias y una disminución en las probabilidades de recibir una receta de opioides comparado con G2. |
| Wiedemer NL et al (20) | Estudio de resultados prospectivo naturalista. | Participantes totales G1 (n= 335) | Pacientes con dolor crónico no relacionado con el cáncer tratados con terapia con opioides. | G1= ORC dirigido por una enfermera practicante y un farmacéutico clínico. | Satisfacción de los resultados Adherencia al tratamiento | ORC supone un cambio en la práctica del proveedor medido por un mayor uso de detección de consumo de opiáceos, además de una mejora de la adherencia al tratamiento. |
| Greiner MG et al. (21) | Ensayo aleatorizado. | Participantes (n=570) G1 (n=287) G2 (n=283) | Adultos con trastorno por consumo de opioides. | G1= BUP-NX G2= XR-NTX | Uso indebido de opioides Abstinencia a opioides | G2 mostro abstinencia de opioides mayor que G1 en el seguimiento de la 36 semana. |
| Greiner MG et al. (22) | Análisis secundario de un ensayo multicéntrico aleatorizado. | Participantes (n=428) G1 (n=287) G2 (N=283) | Personas con trastorno por consumo de opioides. | G1= BUP-NX G2= XR-NTX | Abstinencia a opioides | G2 tenían más probabilidades de abstenerse de opioides no recetados en comparación con G1. |

TCC= terapia cognitivo-conductual, MED=intervención de optimización de analgésicos, DEM= dosis equivalente de morfina, LOT=terapia con opioides a largo plazo, TAU= tratamiento habitual, EUC= atención, ORC= clínica de renovación de opioides, BUP-NX= buprenorfina-naloxona, XR-NTX= naltrexona, IPT = modelos de atención biopsicosocial de equipos integrados del dolor.

6. DISCUSIÓN

En esta revisión sistemática se evaluaron los diferentes tratamientos disponibles para aquellas personas diagnosticadas por Trastorno por consumo de opioides según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V).

Los resultados de esta revisión sistemática indicaron que tanto los enfoques farmacológicos como los conductuales son opciones razonables para tratar el dolor crónico.

Los resultados muestran que los adultos que recibieron terapia conductual cognitiva y terapia E-Health notaron una disminución del dolor y de la discapacidad asociada a ese dolor en relación con los que recibieron atención estándar (12,13,18).

Sin embargo, otro estudio reveló que la optimización de la medicación por parte de un equipo de atención colaborativo es más efectiva que la terapia cognitiva conductual para reducir el impacto del dolor. Esto puede deberse a que los pacientes sobre los que se manejó la medicación se mostraron más optimistas que los que recibieron TCC o debido a que el grupo de TCC tuvo menor adherencia al tratamiento y no completaron todas las sesiones planeadas (11).

La intervención según el modelo IPT demostró que la intensidad del dolor no se redujo, pero el estado de ánimo, las relaciones interpersonales, el sueño y el disfrute de la vida sí que mejoraron gracias a la intervención. Los pacientes con IPT informaron de un mayor uso de estrategias activas para el manejo del dolor, una reducción de visitas de atención médica urgente y una mejoría en su satisfacción con el tratamiento, gracias a la información recibida de los proveedores sobre el dolor y el tratamiento de este. Por lo tanto, el objetivo principal del estudio de IPT, que era reducir el uso y el mal uso de opioides y enfatizar las opciones no farmacológicas para el manejo del dolor sí que fue conseguido (18).

En cuanto al uso indebido de opiáceos, la TCC no fue eficaz para disminuir el consumo de opiáceos pero la técnica E-Health y IPT sí lo fueron (12,13,18). La intervención de Sandhu HK et al, basada en apoyo grupal e individual, también redujo el uso de opioides comparado con los que recibieron atención habitual. Los resultados de este estudio han podido verse afectados ya que el uso de opiáceos entre los pacientes se midió por un cuestionario enviado por correo y no por muestras de sangre u orina como en los estudios descritos anteriormente (15).

Rosenblum et al. (16) realizó un estudio para tratar el dolor crónico con el objetivo de que estos pacientes reportaran una mejoría en el dolor y experimentaran escasos eventos adversos. Sin embargo, diez de los doce pacientes que cambiaron a

Bup/Nx experimentaron efectos adversos y siete de ellos tuvieron que suspender el tratamiento. Debido a que los sujetos abandonaron el ensayo y no cumplieron con el programa de evaluación, la recopilación de datos después del inicio no fue el todo viable (16).

No obstante, lo que si se ha podido verificar es que el periodo de abstinencia producido por la Bup/Nx comparado con la naltrexona es menor (21,22).

Esta revisión tiene algunas limitaciones. En primer lugar, los criterios de selección de pacientes resultó ser una selección de alta heterogeneidad de diseño y tratamiento propuestos, lo que dificulta una evaluación sólida de la eficacia de cada tratamiento. Además, en cada estudio analizado los resultados fueron medidos de diferentes maneras. En algunos artículos se ha identificado un sesgo de seguimiento ya que algunos pacientes abandonaron el estudio a mitad de este. De igual modo, la revisión ha podido verse afectada por el sesgo de selección, debido a que solo un investigador ha evaluado y seleccionado los artículos relevantes, lo que podría afectar la objetividad y representatividad de los resultados.

7. CONCLUSIONES

- El número de usuarios que consumen opiáceos cada vez es mayor lo que supone un riesgo en nuestra sociedad, pudiendo desarrollarse una crisis de opioides como la de Estados Unidos.
- Los enfoques farmacológicos como los conductuales son opciones razonables para el dolor crónico.
- La buprenorfina y la metadona son fármacos utilizados para disminuir los síntomas de abstinencia y los deseos de consumir.
- La naltrexona previene recaídas al bloquear los efectos eufóricos de los opioides.
- La naloxona es utilizada para revertir los efectos de una sobredosis.
- La buprenorfina combinada con naloxona tiene menos posibilidades de provocar abstinencia en comparación con la naltrexona.
- Los pacientes que recibieron TCC y terapia E-Health mostraron una disminución del dolor y de la discapacidad asociada a ese dolor en relación con los que recibieron atención estándar.
- La enfermera tiene un papel fundamental en el tratamiento conductual, ya que implica una atención integral que aborda tanto los aspectos físicos como los psicosociales de la adicción.

8. BIBLIOGRAFÍA

1. Vidal J. Versión actualizada de la definición de dolor de la IASP: un paso adelante o un paso atrás. *Rev Soc Esp Dolor* [Internet]. 2020 [citado 30 de marzo 2024]; 27(4):232-233. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462020000400003
2. Margarit C. La nueva clasificación internacional de enfermedades (CIE-11) y el dolor crónico. Implicaciones prácticas. *Rev Soc Esp Dolor* [Internet]. 2019 [citado 20 de marzo 2024]; 26(4): 209-210. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462019000400001
3. Berrocoso Martínez A, de Arriba Muñoz L, Arcega Baraza A. Abordaje del dolor crónico no oncológico. *Rev Clín Med Fam* [Internet]. 2018 [citado 20 de marzo 2024]; 11(3): 154-159. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2018000300154
4. Romero J, Gálvez R, Ruiz S. ¿Se sostiene la Escalera Analgésica de la OMS? *Rev Soc Esp Dolor* [Internet]. 2008 [citado 20 de marzo 2024]; 15(1): 1-4. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462008000100001
5. Organización Mundial de la Salud. Sobredosis de opioides. [Internet]. [citado 20 de marzo 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/opioid-overdose>
6. Pujante Tortosa MJ, Ribera Montes MC, Embid Román C, Pascual Pastor F, Sanchez Perez CA. Deshabitación rápida de opioides. *Rev Soc Esp Dolor* [Internet]. 2019 [citado 20 de marzo 2024]; Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/dolor/v26n2/1134-8046-dolor-26-02-00095.pdf>
7. Manejo del dolor: Trastorno por uso de opiáceos de prescripción médica y su relación con la práctica clínica [Internet]. *Revista Chilena de Anestesia. Sociedad de Anestesiología de Chile*; 2016 [citado el 30 marzo 2024]. Disponible en: <https://revistachilenadeanestesia.cl/manejo-del-dolor-trastorno-por-uso-de-opiaceos-de-prescripcion-medica-y-su-relacion-con-la-practica-clinica/>.
8. James A, Williams J. Basic Pharmacology – An Update. *Br J Pain* [Internet]. 2020 [citado 30 marzo 2024]; 14(2): 115-121. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7265597/>
9. Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. Informe 2021. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas; 2021 [citado 30 marzo 2024]. 243 p. Disponible en: <https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/informesEstadisticas/pdf/2021OEDA-INFORME.pdf>
10. Comisión Permanente de Farmacia. Plan de optimización de la utilización de analgésicos opioides en dolor crónico no oncológico en el Sistema Nacional de Salud [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad. Dirección General de Cartera Común de Servicios del SNS y Farmacia; 2021 [citado 29 marzo 2024]. 91 p. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/areas/farmacia/publicaciones/planOptimizacion/unoAnalgescicosOpioides.htm>

11. Bushey MA, Slaven JE, Outcalt SD, Kroenke K, Kempf C, Froman A, et al. Effect of Medication Optimization vs Cognitive Behavioral Therapy Among US Veterans With Chronic Low Back Pain Receiving Long-term Opioid Therapy. *JAMA Network Open* [Internet]. 2022 [citado 29 marzo 2024];5(11): e2242533. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9672973/>
12. DeBar L, Mayhew M, Benes L, Bonifay A, Deyo RA, Elder CR, et al. A Primary Care Based Cognitive Behavioral Therapy Intervention for Long-Term Opioid Users With Chronic Pain. *Annals of Internal Medicine*. [Internet]. 2022 [citado 29 marzo 2024];175(1):46–55. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9802183/>
13. Wilson M, Dolor RJ, Lewis D, Regan SL, Vonder Meulen MB, Winhusen TJ. Opioid dose and pain effects of an online pain self-management program to augment usual care in adults with chronic pain: a multisite randomized clinic trial. [Internet]. 2023 [citado 29 marzo 2024];164(4):877–85. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10014474/>
14. Worley, M. J., Heinzerling, K. G., Shoptaw, S. y Ling, W. (2017). Volatility and change in chronic pain severity predict outcomes of treatment for prescription opioid addiction. *Addiction*. [Internet]. 2017 [citado 29 marzo 2024]; 112(7):1202–9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/add.13782>
15. Sandhu HK, Booth K, Furlan AD, Shaw J, Carnes D, Taylor SJ, et al. Reducing Opioid Use for Chronic Pain With a Group-Based Intervention. *JAMA* [Internet]. 2023 [citado 1 de abril 2024];329(20):1745. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10208139/#:~:text=In%20people%20with%20chronic%20pain,interference%20with%20daily%20life%20activities.> O <http://dx.doi.org/10.1001/jama.2023.6454>
16. Rosenblum A, Cruciani RA, Strain EC, Cleland CM, Joseph H, Magura S, et al. Sublingual buprenorphine/naloxone for chronic pain in at-risk patients: development and pilot test of a clinical protocol. *J Opioid Manag* [Internet]. 2014 [citado 29 marzo 2024];8(6):369–82. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3630795/>
17. Liebschutz JM, Subramaniam GA, Stone R, Appleton N, Gelberg L, Lovejoy TI, et al. Subthreshold opioid use disorder prevention (STOP) trial: a cluster randomized clinical trial: study design and methods. *Addict Sci Clin Pract Manag* [Internet]. 2023 [citado 10 abril 2024];18(1):70. Disponible en: <https://ascjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13722-023-00424-8>
18. Gibson CJ, Grasso J, Li Y, Purcell N, Tighe J, Zamora K, et al. An Integrated Pain Team Model: Impact on Pain-Related Outcomes and Opioid Misuse in Patients with Chronic Pain. *Pain Med*. [Internet]. 2020 [citado 15 abril 2024];21(9):1977–84. Disponible en: <https://academic.oup.com/painmedicine/article/21/9/1977/5757957?login=fals>
19. Neven D, Paulozzi LJ, Howell D, McPherson S, Murphy SM, Grohs R, ... Roll J (2016). A randomized controlled trial of a citywide emergency department care coordination program to reduce prescription opioid related emergency department visits. *J Emerg Med Manag* [Internet]. 2016 [citado 17 abril 2024];51(5), 498–507. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5568539/>

20. Wiedemer NL, Harden PS, Arndt IO, Gallagher RM. The Opioid Renewal Clinic: A Primary Care, Managed Approach to Opioid Therapy in Chronic Pain Patients at Risk for Substance Abuse. *Pain Med* [Internet]. 2017 [citado 18 abril 2024];8(7):573–84. Disponible en: <https://academic.oup.com/painmedicine/article/8/7/573/1842094?login=false#ss17>
21. Greiner MG, Shulman M, Choo TH, Scodes J, Pavlicova M, Campbell ANC, et al. Naturalistic follow-up after a trial of medications for opioid use disorder: Medication status, opioid use, and relapse. *J Subst Abuse Treat Manag* [Internet]. 2021 [citado 23 abril 2024]; 131:108447. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8556394/>
22. Greiner MG, Shulman M, Scodes J, Choo TH, Pavlicova M, Opara O, et al. Patient Characteristics Associated with Opioid Abstinence after Participation in a Trial of Buprenorphine versus Injectable Naltrexone. *Subst Use Misuse Manag* [Internet]. 2022 [citado 23 abril 2024];57(11):1732–42. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10044490/>

ANEXOS

Anexo A – Estructura de la pregunta de investigación. (Esquema PICO)

| PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN | | |
|---------------------------|---------------------|--|
| P | Población | Pacientes adultos con adicción a opiáceos. |
| I | Intervención | Intervenciones de enfermería destinadas a mejorar la atención y resultados de salud en personas con adicción a opiáceos. |
| C | Comparación | Atención estándar o ninguna intervención orientada al cuidado de personas adictas. |
| O | Resultados | Resultados de salud. Adherencia al tratamiento. Calidad de vida. Satisfacción del usuario. Dependencia a opiáceos. |

Fuente: Elaboración propia.

Anexo B – Palabras clave, DeCs y MesH.

| Palabras clave | DeCs | MesH |
|-------------------|---|---|
| Opioide | Analgésicos opioides | Analgesics opioid Narcotics |
| Morfina | Morfina | Morphine |
| Fentanilo | Fentanilo | Fentanyl |
| Adicción | Adicción | Addiction Craving Abuse Misuse Misconduct Illicit |
| Adicción opiáceos | Trastornos Relacionados con Opioides | Opioid-Related Disorders Opium dependence Opioid addiction Substance-Related Disorders |
| Efectos | Efectos Efectos Fisiológicos de los Fármacos | Effects |
| Enfermería | Enfermería | Nursing Nursing care Nurse |
| Tratamiento | Terapéutica | Therapeutics Treatment |

Fuente: Elaboración propia.

Anexo C – Estrategia de búsqueda.

| BASE DE DATOS: PUBMED | |
|----------------------------------|--|
| Fórmula de búsqueda | |
| #1 | (Analgesic opioids) OR (Narcotics) OR (Morphine) OR (fentanyl) |
| #2 | (Substance-Related Disorders) OR (Opioid-Related Disorders) OR (Craving) OR (Abuse) OR (Misuse) OR (Misconduct) OR (Illicit) OR (Addiction) |
| #3 | (Nursing care) OR (Nursing) OR (Nurse) OR (Nursing) |
| #1 AND #2 AND #3 | ((Analgesic opioids) OR (Narcotics) OR (Morphine) OR (fentanyl)) AND ((Substance-Related Disorders) OR (Opioid-Related Disorders) OR (Craving) OR (Abuse) OR (Misuse) OR (Misconduct) OR (Illicit) OR (Addiction)) AND ((Nursing care) OR (Nursing) OR (Nurse) OR (Nursing)) |
| Número de resultados encontrados | Número de artículos totales: 2151 Número de artículos finales tras criterios de inclusión: 151 Número de artículos elegidos: 9 |
| BASE DE DATOS: SCOPUS | |
| Fórmula de búsqueda | |
| #1 | (Analgesic opioids) OR (Narcotics) OR (Morphine) OR (fentanyl) |
| #2 | (Substance-Related Disorders) OR (Opioid-Related Disorders) OR (Craving) OR (Abuse) OR (Misuse) OR (Misconduct) OR (Illicit) OR (Addiction) |
| #3 | (Nursing care) OR (Nursing) OR (Nurse) OR (Nursing) |
| #1 AND #2 AND #3 | ((Analgesic opioids) OR (Narcotics) OR (Morphine) OR (fentanyl)) AND ((Substance-Related Disorders) OR (Opioid-Related Disorders) OR (Craving) OR (Abuse) OR (Misuse) OR (Misconduct) OR (Illicit) OR (Addiction)) AND ((Nursing care) OR (Nursing) OR (Nurse) OR (Nursing)) |
| Número de resultados encontrados | Número de artículos totales: 1161 Número de artículos finales tras criterios de inclusión: 142 Número de artículos elegidos: 7 |

| BASE DE DATOS: CINAHL | |
|----------------------------------|--|
| Fórmula de búsqueda | |
| #1 | (Analgesic opioids) OR (Narcotics) OR (Morphine) OR (fentanyl) |
| #2 | (Substance-Related Disorders) OR (Opioid-Related Disorders) OR (Craving) OR (Abuse) OR (Misuse) OR (Misconduct) OR (Illicit) OR (Addiction) |
| #3 | (Nursing care) OR (Nursing) OR (Nurse) OR (Nursing) |
| #1 AND #2 AND #3 | ((Analgesic opioids) OR (Narcotics) OR (Morphine) OR (fentanyl)) AND ((Substance-Related Disorders) OR (Opioid-Related Disorders) OR (Craving) OR (Abuse) OR (Misuse) OR (Misconduct) OR (Illicit) OR (Addiction)) AND ((Nursing care) OR (Nursing) OR (Nurse) OR (Nursing)) |
| Número de resultados encontrados | Número de artículos totales: 946 Número de artículos finales tras criterios de inclusión: 468 Número de artículos elegidos: 2 |

Fuente: Elaboración propia.

Anexo D – Puntuación de la escala PEDro de los estudios incluidos.

| Referencia | Ítems | | | | | | | | | | | Total | Calidad del estudio |
|------------------------|-------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|-------|---------------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | | |
| Bushey et al. (11) | S | S | S | S | N | N | S | S | S | S | S | 9/10 | ALTA |
| DeBar et al. (12) | S | S | N | S | N | N | S | N | N | S | S | 6/10 | ACEPTABLE |
| Wilson et al.(13) | S | S | N | S | N | N | S | S | S | S | S | 8/10 | ALTA |
| Worley et al.(14) | S | N | N | N | N | N | S | S | N | S | S | 5/10 | ACEPTABLE |
| Sandhu et al.(15) | S | S | N | N | N | N | N | S | S | S | S | 6/10 | ACEPTABLE |
| Rosenblum et al.(16) | S | N | N | N | N | N | S | S | S | S | S | 6/10 | ACEPTABLE |
| Liebschutz et al. (17) | S | S | N | S | S | S | S | N | N | S | S | 8/10 | ALTA |
| Gibson et al.(18) | S | N | N | S | N | N | N | S | S | S | S | 6/10 | ACEPTABLE |
| Neven et al.(19) | S | S | N | S | N | N | N | N | S | S | S | 6/10 | ACEPTABLE |
| Wiedemer et al. (20) | S | N | N | S | N | N | N | S | S | S | S | 6/10 | ACEPTABLE |
| Greiner MG et al. (21) | S | S | S | S | N | N | N | S | S | S | S | 8/10 | ALTA |
| Greiner MG et al. (22) | S | S | N | S | N | N | N | S | S | S | S | 7/10 | ACEPTABLE |

Fuente: Elaboración propia.

Sobre 10: S - Sí cumple el criterio; N - No cumple el criterio.

1. Los criterios de elección están especificados.
2. Los sujetos fueron asignados al azar a los grupos.
3. La asignación fue oculta.
4. Los grupos fueron similares al inicio en relación con los indicadores de pronóstico más importantes.
5. Todos los sujetos fueron cegados.
6. Todos los terapeutas que administraron la terapia fueron cegados.
7. Todos los evaluadores que midieron al menos un resultado clave fueron cegados.
8. Las medidas de al menos uno de los resultados clave fueron obtenidas de más del 85% de los sujetos inicialmente asignados a los grupos.
9. Se presentaron resultados de todos los sujetos que recibieron tratamiento o fueron asignados al grupo control, o cuando esto no pudo ser, los datos para al menos un resultado clave fueron analizados por «intención de tratar».
10. Los resultados de comparaciones estadísticas entre grupos fueron informados para al menos un resultado clave.
11. El estudio proporciona medidas puntuales y de variabilidad para al menos un resultado clave.

Anexo E - Variables y herramientas de medición.

| | |
|----------------------------------|--|
| Nivel del dolor | PEGS= Intensidad del dolor e interferencia con el disfrute de la vida, la actividad general y el sueño. PSEQ= Cuestionario de Autoeficacia del Dolor. BPI= Inventario Breve de Dolor. PCS= Escala de Catastrofismo del Dolor. PROMIS-PI-SF-8a= Formulario breve de interferencia del dolor. Cuestionario de conocimientos sobre el dolor. |
| Tipo de tratamiento | Terapia cognitivo-conductual, intervención de optimización de analgésicos, terapia con opioides a largo plazo, intervención STOP, modelo IPT e intervención E-Heath. |
| Adherencia al tratamiento | Cuestionarios de adherencia al programa. |

| | |
|--|--|
| Discapacidad relacionada con el dolor | RMQD= Cuestionario de Discapacidad Roland Morris. |
| Satisfacción de los resultados | PTSS= Escala de satisfacción con el tratamiento del dolor. |
| Calidad de vida | NHP= Perfil de salud de Nottingham. Cuestionario de salud SF-36= Cuestionario que evalúa el funcionamiento físico, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, funcionamiento social, rol emocional y salud mental del paciente. HAQ= Health Assessment Questionnaire. CVRS= Calidad de vida relacionada con la salud. HADS= Cuestionario de ansiedad y depresión. |
| Uso indebido de opioides | Escala PROMIS= Plataforma para evaluar el estado de salud y el resultado de las intervenciones. SOAPP Y COMM= Cuestionarios para evaluar el riesgo de abuso de analgésicos opioides. |
| Bienestar emocional | PHQ-9 = Escala de depresión. GAD-7 = Escala de ansiedad. Escala de ansiedad y depresión hospitalaria. DASS-21= Escalas de Depresión, Ansiedad y Estrés. |
| Abstinencia a opioides | COWS= Escala Clínica de Abstinencia de Opiáceos. SOWS= Escala Subjetiva de Abstinencia de Opiáceos. Muestra de orina. |

Fuente: Elaboración propia.