



Dolor: Actualizaciones Clínicas

ASOCIACIÓN INTERNACIONAL PARA EL ESTUDIO DEL DOLOR®

Volumen XVI, Número 7

Diciembre 2008

Consejo de Redacción

Editor en Jefe

Jane C. Ballantyne, MD, FRCA
Anesthesiology, Pain Medicine
USA

Junta Consultiva

Michael J. Cousins, MD, DSc
Medicina del Dolor, Medicina Paliativa
Australia

Maria Adele Giamberardino, MD
Medicina Interna, Fisiología,
Italia

Patricia A. McGrath, PhD
Psicología, Dolor en Pediatría,
Canada

M.R. Rajagopal, MD
Medicina del Dolor, Medicina Paliativa,
India

Maree T. Smith, PhD
Farmacología
Australia

Claudia Sommer, MD
Neurología
Alemania

Harriët M. Wittink, PhD, PT
Fisioterapia
Holanda

Producción

Elizabeth Endres, Editor asociado
Kathleen E. Havers, Coordinador de Programas
Rich Boram, Director de Mercadeo y Comunicaciones

DetECCIÓN DEL ABUSO POTENCIAL DE OPIOIDES

El dolor crónico, sea éste oncológico o no, constituye un enorme problema médico de nuestra sociedad. Más de 70 millones de norteamericanos padecen de dolor crónico, lo que conlleva a cuantiosos requerimientos de servicios médicos, de atención por profesionales y por especialistas en diversas discapacidades, así como a incalculables consecuencias sociales, familiares y personales.¹⁻⁵

Con los adelantos que han surgido en el manejo del dolor, un mayor número de pacientes ha recibido beneficios de algún tipo de estos tratamientos. Este progreso ha sido especialmente efectivo en el caso de tratamientos farmacológicos, como ser, en el uso más amplio de opioides en el tratamiento del dolor no oncológico y en la aparición de varias drogas analgésicas coadyuvantes.

Sin embargo, entre algunos médicos ha ido creciendo la desilusión en la terapia opioide y en el tratamiento farmacológico en general ⁶⁻⁷. Además del recelo por las inspecciones de las rígidas regulaciones al respecto, muchos médicos clínicos tienen sus dudas, las que creemos tengan mucho que ver con el hecho de que los opioides fueran utilizados solos, en muchas circunstancias en las que se necesitaba un plan más integral, pero que no fue factible ni accesible. Cuando estos pacientes tienen, por lo tanto, un resultado menor al óptimo, - sea que se trate de una adicción, de un uso inadecuado, de un uso erróneo o simplemente poco efectivo - el médico tiene tendencia a sentirse incómodo al utilizar una terapéutica que es complicada y controversial.

Hoy en día, muchos médicos clínicos buscan un mayor equilibrio y expectativas más moderadas y más realistas en los beneficios de este aspecto del manejo clínico del dolor. Como lo saben los expertos en dolor, la población de pacientes con dolor persistente es extremadamente diversa, con algunos subgrupos que requieren una amplia variedad de estrategias que les permitan obtener los beneficios de los opioides y de otras intervenciones. Algunos pacientes pueden mejorar sólo con opioides. Para este tipo de pacientes relativamente sencillos, la revolución en la indicación de opioides aportó un mayor acceso a una intervención efectiva y económica.

Debido a que el dolor ocurre en seres humanos complejos y que complica su propia presencia con la depresión y otras consecuencias vitales negativas, muchos pacientes requieren un manejo más profundo del dolor y requieren cambios en sus estilos de vida. Con demasiada frecuencia, la adherencia al tratamiento es irregular en el mejor de los casos o, en el peor de los casos, es completamente ignorada. Esta no adherencia puede ser multifactorial, desde la ausencia de fijación de objetivos o hasta por inercia para realizar cambios en su estilo de vida o las actitudes auto-derrotistas hacia problemas de adicción y la mala praxis por parte de los médicos, que, en ese caso, pierden la oportunidad de utilizar propuestas terapéuticas que superarían estos problemas.

LAS METAS ACTUALES DEL MANEJO DEL DOLOR

¿Cuál es el objetivo del manejo del dolor crónico? ¿Es el de sentirse mejor? ¿Es el de funcionar mejor? ¿Están, médicos y pacientes, de acuerdo sobre ese punto? Existe un déficit en la literatura en lo que se refiere a cómo los pacientes fijan objetivos en el manejo de su dolor y a si ellos encarar estos temas, junto a sus proveedores de salud. Es sabido que a los pacientes oncológicos frecuentemente les alcanza con obtener leves alivios del dolor, pero recién estamos comenzando a comprender que el denominador en esta satisfacción incluye una compleja combinación de expectativas, temas de relaciones interpersonales, experiencias previas de alivio del dolor y objetivos de su cuidado.^{8,9}

Es posible que los pacientes oncológicos con dolor, sientan que un alivio relativo de su dolor sea aceptable, y disminuyan la ingesta de drogas por temor a la adicción y a los efectos colaterales. Se conoce poco al respecto de este problema, en el dolor crónico no oncológico. Algunos pacientes, aún con bajos niveles de alivio del dolor, van a apreciar beneficios funcionales (tales como volver a trabajos que les gustan). Otros van a decir que no pueden trabajar (por ejemplo, volver a empleos que no les gustan) hasta que se encuentren casi 100% libres de dolor. Sobre todo, hay pocas dudas de que para un paciente será difícil entender la necesidad del ejercicio, de la psicoterapia, de pasear y de dejar de fumar, como partes de un programa de tratamiento del dolor, a menos que ellos comprendan la gestión y el alcance del mismo.

Antes de siquiera escribir la primera prescripción, tanto el profesional como el paciente deben tener una sólida comprensión de los objetivos del manejo del dolor. El objetivo del manejo del dolor no es solamente un alivio del dolor medido en una escala de 0 a 10, así como el objetivo del tratamiento de la diabetes no es simplemente descender el nivel del azúcar en sangre. Como lo saben todos los expertos en dolor, el objetivo del tratamiento del dolor crónico es capacitar a las personas con dolor, a vivir una vida plena y gratificante a pesar de una enfermedad crónica, una vida en la que sea posible fijar y cumplir sus propias metas. Tenemos que ser capaces de tener esta comprensión primordial, para poder evitarles a nuestros pacientes que aumenten la estratificación del riesgo así como también entender que algunos de estos pacientes, aparentemente de mayor riesgo, puedan tener sencillamente, una pobre comprensión basal de estas metas.

Tareas a cumplir previo a la detección de los pacientes

El uso potencial de opioides debe estar acompañado del manejo y de una estratificación del riesgo. Este proceso se inicia por una evaluación del riesgo de adicción, evaluación que puede ser muy breve o puede comprender una completa evaluación psiquiátrica. Debido a lo restringido del tiempo, se entiende que se necesitan medidas témporo-sensibles que ayuden en la tarea. Sin embargo, hasta muy recientemente, casi no existían pruebas de detección para la predicción de comportamientos anómalos en los pacientes con dolor. El reconocimiento de esta necesidad ha llevado a un aumento sustancial de pruebas de detección relacionadas con la adicción. Un listado más completo se ha llevado a cabo en otro lugar,¹⁰ pero nosotros hemos destacado, más abajo, algunos de los instrumentos disponibles. Varias de las pruebas de detección contienen ítems sobre la historia personal o familiar de adicción así como otros factores en la historia relacionados con el riesgo, tales como abuso sexual pre-adolescente, la edad y problemas psicopatológicos. Algunas de las herramientas son particulares al manejo del dolor, mientras que otras simplemente evalúan factores generales de riesgo.

Por un lado, es una bendición el relativamente súbito y amplio volumen de herramientas disponibles (porque existe posibilidad de elección) y por otro lado, es un problema (porque a veces es difícil determinar cuál es la más aplicable en una determinada situación). Algunos de los instrumentos más promisorios se destacan en este documento; hay que recordar que estas son herramientas para tomar decisiones clínicas y no deberían verse como necesariamente precisas del punto de vista diagnóstico. Cualquiera sea la herramienta que elija el clínico, es aconsejable que él o ella presencie el proceso de detección del paciente para tener la certeza de que no hayan respuestas que influyeran negativamente un efectivo manejo del dolor.

Prueba de Investigación de Abuso de Drogas (DAST).

La Prueba de Investigación de Abuso de Drogas (DAST) es un cuestionario auto-administrado de 28 ítems de respuesta sí o no.¹¹ Tradicionalmente un punto de corte de 6 se usaba para indicar abuso de sustancias o dependencia, pero este punto de corte ha sido cambiado para satisfacer las necesidades de diferentes entornos clínicos. Además de la versión completa, que puede resultar demasiado larga para algunas clínicas, se utilizan versiones abreviadas basadas en 10 ó 20

ítems. El DAST completo tiene validez aparente y una alta fiabilidad test-retest, con un coeficiente de correlación de 0.85 y buena consistencia interna, con los coeficientes alfa de Cronbach, entre 0.92 a 0.94. La prueba muestra buena sensibilidad en rangos que van del 81% al 96% y sus rangos específicos van de 71% al 94%.

Si bien existen aspectos positivos en el DAST, se hace notar que el test y el retest están separados solamente por pocas semanas, lo que puede llevar a que las medidas psicométricas se vean artificialmente mejor de lo que son. Además, este instrumento es susceptible de engaños y puede no identificar a individuos que abusan de sustancias, y que dan, intencionalmente, respuestas falsas. La medición tiene que someterse a una mayor validación en ensayos con pacientes con dolor. Finalmente, si bien predice el abuso de sustancias, no explora específicamente conductas irregulares durante el tratamiento del dolor.

Detección y Evaluación Opiode para Pacientes con Dolor (SOAPP)

Un poco más corta que el DAST, la prueba de Detección y Evaluación Opiode para Pacientes con Dolor (Screener and Opioid Assessment for Patients with Pain = SOAPP) es un cuestionario auto-administrado de 14 ítems. Utiliza una escala de 5 puntos (0 = nunca, 4 = muy seguido), con un punto de corte de 8 para determinar el riesgo.¹²⁻¹³ El punto de corte relativamente bajo de 8 fue adoptado, en parte, pensando en aquellos sujetos que creen que sus respuestas pueden determinar su tratamiento opioide, y que pueden sub-registrar sus comportamientos y también porque algunos pacientes temen a que sus respuestas puedan ser malinterpretadas.

El SOAPP es una buena elección a tener en cuenta en el consultorio médico porque es una herramienta precisa para evaluar el potencial abuso de sustancias en pacientes a los cuales se quiere indicar terapia opioide y porque tiene buenas cualidades psicométricas. Sin embargo, los datos de los trabajos iniciales han sido en su naturaleza, correlativos y no causales. Además, en la validación del SOAPP, se registraron muy pocos datos demográficos y médicos, lo que eleva la posibilidad de las diferencias en los puntos de corte entre diferentes sub-poblaciones. Fuera de este potencial inconveniente, el SOAPP tiene, detrás de él, un activo programa de investigación que lo sostiene y servirá probablemente por algunos años más, como una herramienta clínicamente relevante.

Herramienta de medición del riesgo opioide(ORT)

El ORT, (siglas en inglés de Opioid Risk Tool), que mide el riesgo de adicción a los medicamentos opioides, es uno de los instrumentos de medición más breves disponibles para la estratificación del riesgo. Consiste en un auto-cuestionario de 5 ítems que ha sido diseñado para anticipar la probabilidad de que un paciente desarrolle conductas anómalas si se le indican opioides para tratar el dolor crónico¹⁴. Los 5 ítems se refieren a historia familiar o personal de abuso de drogas, edad, historia de abuso sexual pre-adolescente y a patología psicológica. A cada respuesta positiva se le da un valor, basado en el género del paciente y luego esos valores se suman con resultados que van de 0-3, asociados con riesgo bajo, de 4 a 7, con riesgo moderado y 8 o más de 8, indicando alto riesgo. Esta herramienta fue probada en una clínica del dolor, en 185 pacientes consecutivos, y presentó una excelente capacidad de discriminación tanto en varones como en mujeres, con presencia de valores estadísticos “c” de 0.82 y 0.85.

El ORT es un instrumento muy útil para el clínico por su pequeño tamaño y por lo simple de su aplicación. Por lejos, es la manera más sencilla de realizar una evaluación del riesgo con un instrumento validado en pacientes con dolor y específicamente diseñado para predecir un comportamiento anómalo en personas a las que se prescribe opioides para el dolor. El lado negativo está en su aparente validez y en su correspondiente susceptibilidad para el engaño. Para muchos, este instrumento de medición de riesgo puede ser aceptable, pero no será satisfactorio para todos. Para todos aquellos que encuentren este pequeño instrumento insuficiente, será necesario buscar herramientas más largas y más complejas.

Diagnóstico, Dificultad en el manejo, Riesgo, Eficacia (DIRE)

El DIRE (sigla en inglés de Diagnosis, Intractability, Risk, Efficacy= diagnóstico, dificultad en el manejo, riesgo, eficacia) fue diseñado para que el médico pueda reconocer al paciente con dolor crónico no oncológico, que pueda obtener una efectiva analgesia y sea capaz de cumplir con un tratamiento opioide a largo plazo. Las categorías incluyen diagnóstico, dificultad en el manejo, eficacia y riesgo (psicológico, salud química, fiabilidad y apoyo social). Las puntuaciones van del 1 al 3. Las puntuaciones altas indican mayor posibilidad de terapéutica opioide exitosa. El instrumento fue testeado en un número relativamente pequeño de pacientes (61 pacientes por aproximadamente 38 meses) y los resultados mostraron alta sensibilidad y especificidad en la predicción, tanto de la eficacia como de la adherencia al tratamiento.¹⁵

Además del tamaño relativamente pequeño de la muestra, el estudio era retrospectivo y los pacientes tenían una gran diversidad de patologías dolorosas. Para tener éxito, el médico necesita hacer una buena historia y mantener una buena relación médico-paciente, para que la herramienta de detección pueda ser de mayor utilidad si se la usa de una manera diferente y opuesta a la de ser utilizada para la detección inicial (ver sección más abajo). Tomando esto en cuenta, la herramienta puede ser de extrema utilidad para médicos que quieren evitar un posible engaño por parte del paciente. Es fácil de usar: completarla toma menos de dos minutos promedio y es por ello, efectiva para el médico atareado.

Paradigma actual de detección y de gestión

Passik y Weinreb¹⁶ pensaron en una mnemotecnia útil para el seguimiento de los aspectos relevantes de los resultados del manejo del dolor. Las cuatro “A” (del inglés analgesia, activities of daily living, adverse events and aberrant drugtaking behaviors) de analgesia, actividades cotidianas, efectos adversos y conductas anómalas por uso de drogas, son ámbitos clínicos que señalan el progreso hacia una meta más amplia, que es una vida plena y gratificante. Un resultado exitoso en la terapia del dolor debe proveer de un alivio significativo pero no termina solamente con el adecuado control del dolor. La analgesia debe representar una verdadera diferencia en la vida del paciente y se tiene que acompañar de una estabilización o de un mejoramiento del funcionamiento psicosocial y físico, de efectos adversos tolerables (que no comprometan áreas importantes de funcionamiento) y de una adherencia aceptable al tratamiento. Las cuatro “A” fueron desarrolladas, inicialmente, como medios para que los médicos pudieran monitorear y documentar el progreso de sus pacientes, pero no están pensadas solamente para el beneficio del médico. Son útiles también para explicar a los pacientes los alcances de la terapéutica y para ayudarles a comprender la meta más amplia, al ser tratados en un contexto de manejo del dolor.

Instrumento de Evaluación del Dolor y de Documentación

Passik y col.¹⁷⁻¹⁸ introdujeron el PADT (sigla en inglés de Pain Assessment and Documentation Tool), instrumento para documentar y evaluar el dolor, que contiene a las cuatro “A” y ayuda a sistematizar la evaluación de los resultados en el paciente con dolor crónico. Las visitas de seguimiento son breves y dejan poco tiempo para contemplar todos los resultados del tratamiento así como para motivar y para analizar cómo intervenir en comportamientos problemáticos y cómo solucionarlos.

Las razones principales para las limitaciones del tiempo son financieras; los médicos especialistas en dolor frecuentemente se encuentran forzados a negociar entre la supervivencia financiera y el deseo de “hacer lo correcto” para sus pacientes, por ejemplo, actuar como un agente para un cambio positivo. Puede tomar 30 minutos tratar un comportamiento problemático y toma sólo 30 segundos escribir una prescripción. Los médicos especialistas en dolor confrontan cotidianamente este dilema y deben ser entrenados en medidas eficaces para tratar temas complejos o delegar muchas de estas tareas a otros miembros del equipo.

Frecuentemente, el tiempo que el paciente y el médico pasan juntos es monopolizado por el manejo de la medicación, de modo que era crucial el desarrollo de un instrumento que pudiera ser breve y a la vez completo. En la práctica, el PADT es una lista de dos carillas que puede ser incluida en la historia del paciente. Fue diseñado para ser intuitivo, pragmático y adaptable a diversas situaciones clínicas. A los médicos, durante las pruebas, les llevó entre 10 a 20 minutos completar el instrumento.

El PADT terminado es sustancialmente más corto y debería requerir sólo unos pocos minutos para completarse. Al cumplir con la necesidad de documentación, el PADT puede ayudar a los clínicos a cumplir con sus obligaciones en la documentación y en la evaluación continuas, mientras prosiguen las terapias. Aunque el PADT no está pensado para remplazar la puesta por escrito de los progresos del paciente, está bien diseñado como para complementar la documentación existente con una evaluación orientada hacia aquellos resultados que son clínicamente relevantes y que señalan la necesidad de evidenciar un monitoreo adecuado.

Medición actual del uso indebido de opioides

Además del PADT, el COMM (sigla en inglés del Current Opioid Misuse Measure, medición actual del uso indebido de opioides) fue diseñado para aquellos pacientes con dolor, que ya se encuentran bajo una terapia a largo plazo con opioides.¹⁹ Se pidió a 227 pacientes con dolor no oncológico, que completaran una versión alfa de 40 ítems de la evaluación y el PLUQ (sigla en inglés de Prescription Drug Use Questionnaire: Cuestionario para Uso de Drogas Prescritas) y también les fue solicitada la entrega de una muestra de orina para detección toxicológica. A los médicos se les pidió también que documentaran cualquier conducta anómala de sus pacientes.

El estudio del seguimiento de 86 pacientes, con una versión que contenía los 17 ítems en la versión alfa, a los que se encontró que medían adecuadamente las conductas anómalas, indicó que el COMM era prometedor como una forma eficiente para evaluar comportamientos anómalos actuales. Se necesitan estudios ulteriores para esta herramienta, pero es una promesa de una forma de evaluar un actual uso indebido de opioides.

Suplementación de los Trabajos de Detección con Pruebas de Laboratorio

Además de las herramientas de detección mencionadas más arriba, la detección en orina y otras pruebas de laboratorio, pueden ayudar a los médicos clínicos a saber si el paciente está usando o no drogas ilícitas así como sustancias controladas no prescritas. Es importante suplementar los esfuerzos de documentación de detección con pruebas de laboratorio: Katz y col²⁰ demostraron que, no importa cuán atento esté el médico clínico en la vigilancia de conductas anómalas, hay signos que se pueden perder. Ellos encontraron que cerca del 20% de los pacientes que fueron estimados por sus médicos que estaban tomando correctamente sus medicaciones, presentaban una detección positiva en orina.

El examen de orina proporciona una estrategia de monitoreo no invasiva, de bajo costo, que detecta la mayoría de las drogas entre 1 y 3 días después de la exposición.²¹ Además, la detección en orina puede proveer de documentación objetiva de la adherencia al plan de tratamiento del paciente y de su conformidad con la administración de opioides, reduce el riesgo de un problema no conocido de abuso opioide y justifica la continuación de la terapia analgésica opioide crónica en pacientes que adhieren al plan de tratamiento y tienen resultados aceptables en la orina.²² Hay que tener presente que, aunque la detección de drogas en la orina es útil, los resultados son a veces incorrectos; tanto los falsos positivos como los falsos negativos ocurren a veces.

Además, algunos componentes no son habitualmente encontrados en detecciones comunes de drogas en orina y los médicos clínicos deben pedir pruebas más específicas, pruebas en orina

más caras (o hasta pruebas en sangre o en cabellos). De ahí que los resultados de las pruebas en orina sean solamente una pieza del rompecabezas en la evaluación de si un paciente es o no problemático.

Conclusión

El manejo del dolor es tanto arte como ciencia. El arte del manejo del dolor está en la orquestación personalizada de las múltiples intervenciones. Deberemos esforzarnos para poder brindar, “de la boca para afuera”, ese tipo de atención médica. Y, cuando hagamos estas recomendaciones, será el momento propicio para ser los agentes de cambio en las vidas de nuestros pacientes, un rol para el cual muchos médicos de varias disciplinas se pueden sentir poco preparados.

Referencias Bibliográficas

1. American Pain Foundation. Annual report 2006. Se obtiene en <http://www.painfoundation.org/About/2006AnnualReport.pdf>. conectado en Noviembre 10, 2008.
2. Dembe AE, Himmelstein JS, Stevens BA, Beachler MP. Improving workers' compensation health care. *Health Aff (Millwood)* 1998;16:253–7.
3. McCarberg BH, Billington R. Consequences of neuropathic pain: quality-of-life issues and associated costs. *Am J Manag Care* 2006;12(9 Suppl):S263–8.
4. Rudin NJ. Chronic pain rehabilitation: principles and practice. *WMJ* 2001;100:36–43, 66.
5. Verhaak PF, Kerssens JJ, Dekker J, Sorbi MJ, Bensing JM. Prevalence of chronic benign pain disorder among adults: a review of the literature. *Pain* 1998;77:231–9.
6. Cicero TJ, Inciardi JA, Munoz A. Trends in abuse of OxyContin and other opioid analgesics in the United States: 2002–2004. *JPain* 2005;6:662–72.
7. Lipman AG. Does the DEA truly seek balance in pain medicine? *J Pain Palliat Care Pharmacother* 2005;19:7–9.
8. Dawson R, Spross JA, Jablonski ES, Hoyer DR, Sellers DE, Solomon MZ. Probing the paradox of patients' satisfaction with inadequate pain management. *J Pain Symptom Manage* 2002;23:211–20.
9. Passik SD, Kirsh KL. Re: Probing the paradox of patients' satisfaction with inadequate pain management. *J Pain Symptom Manage* 2002;24:361–3.
10. Passik SD, Kirsh KL, Casper D. Addiction-related assessment tools and pain management: Instruments for screening, treatment planning, and monitoring compliance. *Pain Med* 2008;9(S2):S145–66.
11. Yudko E, Lozhkina O, Fouts A. A comprehensive review of the psychometric properties of the Drug Abuse Screening Test. *J Subst Abuse Treat* 2007;32:189–98.
12. Akbik H, Butler SF, Budman SH, Fernandez K, Katz NP, Jamison RN. Validation and clinical application of the Screener and Opioid Assessment for Patients with Pain (SOAPP). *J Pain Symptom Manage* 2006;32:287–93.
13. Butler SF, Budman SH, Fernandez K, Jamison RN. Validation of a screener and opioid assessment measure for patients with chronic pain. *Pain* 2004;112:65–75.
14. Webster LR, Webster RM. Predicting aberrant behaviors in opioid treated patients: preliminary validation of the opioid risk tool. *Pain Med* 2005;6:432–42.
15. Belgrade MJ, Schamber CD, Lindgren BR. The DIRE score: predicting outcomes of opioid prescribing for chronic pain. *J Pain* 2006;7:671–81.
16. Passik SD, Weinreb HJ. Managing chronic nonmalignant pain: overcoming obstacles to the use of opioids. *Adv Ther* 2000;17:70–80.
17. Passik SD, Kirsh KL, Whitcomb LA, Portenoy RK, Katz N, Kleinman L, Dodd S, Schein J. A new tool to assess and document pain outcomes in chronic pain patients receiving opioid therapy. *Clin Ther* 2004; 26:552–61.

18. Passik SD, Kirsh KL, Whitcomb LA, Schein JR, Kaplan M, Dodd S, Kleinman L, Katz NP, Portenoy RK. Monitoring outcomes during long-term opioid therapy for non-cancer pain: results with the pain assessment and documentation tool. *J Opioid Manag* 2005;1:257– 66.
19. Butler SF, Budman SH, Fernandez KC, Houle B, Benoit C, Katz N, Jamison RN. Development and validation of the Current Opioid Misuse Measure. *Pain* 2007;130:144–56.
20. Katz NP, Sherburne S, Beach M, Rose RJ, Vielguth J, Bradley J, Fanciullo GJ. Behavioral monitoring and urine toxicology testing in patients receiving long-term opioid therapy. *Anesth Analg* 2003;97:1097–1102.
21. Heit HA, Gourlay D. Urine drug testing in pain medicine. *J Pain Symptom Manage* 2004;27:260–7.
22. Federation of State Medical Boards. Model policy for the use of controlled substances for the treatment of pain. May 2004. Se obtiene en: http://www.fsmb.org/pdf/2004_grpol_Controlled_Substances.pdf. Acceso en November 5, 2008.
23. Redmond K. Organizational barriers in opioid use. *Support Care Cancer* 1997;5:451–6.

Autores:

Steven D. Passik, PhD
Department of Psychiatry and Behavioral Sciences
Memorial Sloan Kettering Cancer Center
New York, NY 10065, USA

Kenneth L. Kirsh, PhD
Department of Pharmacy Practice and Science
College of Pharmacy, University of Kentucky
Lexington, KY 40536, USA
[*klkirsh@email.uky.edu*](mailto:klkirsh@email.uky.edu)

Para su publicación, se han seleccionado temas idóneos en la investigación y el tratamiento del dolor, pero ni la información proporcionada ni las opiniones expresadas han tenido verificación alguna por parte de la IASP, ni de los hallazgos, conclusiones u opiniones. Por lo tanto, las opiniones expresadas en **Pain: Clinical Updates, Dolor: Actualizaciones Clínicas**, no reflejan necesariamente las de la IASP o de los Oficiales o de los Consejeros. La IASP no se hace responsable de ningún agravio, daño a personas o propiedades como resultado de responsabilidad, negligencia, o por cualquier uso de cualquier método, productos, instrucciones o ideas contenidas en este material. Debido al rápido avance en las ciencias médicas, el editor recomienda verificaciones independientes de diagnósticos y de dosificaciones de drogas.

Para obtener un permiso de impresión o de traducción de este artículo, dirigirse a:
International Association for the Study of Pain •
111 Queen Anne Avenue North, Suite 501, Seattle, WA 98109-4955 USA
Tel: +1-206-283-0311 • fax: +1-206-283-9403 •
E-mail: iaspdesk@iasp-pain.org
www.iasp-pain.org.
Copyright © 2008 Todos los derechos reservados ISSN1083-0707
Impreso en los EEUU.

Financiado por una donación de Endo Pharmaceuticals, Inc., USA

NÚMEROS SIGUIENTES:

¿Qué duele en el dolor?

Dolor oncológico

Dolor óseo

Traducido del inglés al español por:

Dra. María Florin

Uruguay

Asociación Uruguaya para el Estudio del Dolor

Capítulo Uruguayo de IASP

Febrero 2009
