

Prevalencia y patrones de abuso de opioides prescritos en pacientes con dolor crónico no oncológico en Valencia y área metropolitana: estudio piloto

Prevalence and patterns of prescription opioid misuse in patients with non-cancer chronic pain in Valencia and the metropolitan area: a pilot study

María Isabel Ramón Olmo¹, Benjamín Climent Díaz², Consuelo Pedrós Cholvi³, Álvaro Arrivas García⁴, Francisco Carrión Talavera⁵, Pablo Tudela Torras⁵ y Raúl Espert Tortajada^{1,6}

¹Departamento de Psicobiología, Universidad de Valencia.

²Servicio de Medicina Interna, Unidad de Toxicología, Consorcio Hospital General Universitario de Valencia.

³Unidad de Farmacología Clínica, Consorcio Hospital General de Valencia.

⁴Unidad de Conductas Adictivas Catarroja, Valencia.

⁵Unidad de Conductas Adictivas Torrent, Valencia.

⁶Unidad de Neuropsicología, Hospital Clínico Universitario de Valencia.

ORCID María Isabel Ramón Olmo. <https://orcid.org/0009-0005-8009-0433>

ORCID Benjamín Climent Díaz. <https://orcid.org/0000-0001-8362-2523>

ORCID Consuelo Pedrós Cholvi. <https://orcid.org/0000-0001-8198-7166>

ORCID Álvaro Arrivas García. <https://orcid.org/0009-0007-4009-7168>

ORCID Francisco Carrión Talavera. <https://orcid.org/0009-0009-0630-4146>

ORCID Pablo Tudela Torras. <https://orcid.org/0000-0002-1404-3787>

ORCID Raúl Espert Tortajada. <https://orcid.org/0000-0001-9734-910X>

Recibido: 27/02/2026 · Aceptado: 06/03/2026

Cómo citar este artículo/citation: Ramón Olmo, M. I., Climent Díaz, B., Pedrós Cholvi, C., Arrivas García, A., Carrión Talavera, F., Tudela Torras, P. y Espert Tortajada, R. (2026). Prevalencia y patrones de abuso de opioides prescritos en pacientes con dolor crónico no oncológico en Valencia y área metropolitana: estudio piloto. *Revista Española de Drogodependencias*, 51(1), 14-37. <https://doi.org/10.54108/10129>

Resumen

El presente estudio analiza la prevalencia y los patrones de abuso de opioides prescritos en pacientes con dolor crónico no oncológico en Valencia y su área metropolitana. A partir de una revisión de historias clínicas en Unidades de Conductas Adictivas y servicios hospitalarios, se identificó una prevalencia del 0,004%, claramente inferior a las estimaciones internacionales. El perfil clínico mostró predominio de mujeres de mediana edad, alta frecuencia de comorbilidad psiquiátrica y presencia habitual de patologías musculoesqueléticas como indicación inicial de prescripción. El fentanilo fue el opioide más implicado en abuso, con uso mayoritario de la vía transdérmica, mientras que el tapentadol mostró la mayor latencia hasta el inicio del abuso. Se observó además una elevada proporción de prescripción concomitante de otros opioides y la presencia de consumo recreativo de sustancias en una parte de la muestra. Estos hallazgos subrayan la necesidad de reforzar la vigilancia en la prescripción, promover alternativas terapéuticas multimodales y mejorar la detección precoz en pacientes con factores de vulnerabilidad.

— Correspondencia:

Raúl Espert

Email: raul.espert@uv.es



Palabras clave

opioides prescritos, dolor crónico no oncológico, abuso de medicamentos, comorbilidad psiquiátrica, fentanilo, tramadol.

Abstract

This study examines the prevalence and patterns of prescription opioid abuse among patients with non-cancer chronic pain in Valencia and its metropolitan area. Using clinical records from Addiction Units and hospital services, a prevalence of 0,004% was identified, markedly lower than international estimates. The clinical profile revealed a predominance of middle-aged women, a high frequency of psychiatric comorbidity, and frequent musculoskeletal disorders as initial indications for opioid prescription. Fentanyl was the opioid most commonly involved in abuse, mainly administered transdermally, while tapentadol showed the longest latency to abuse onset. A substantial proportion of patients received concurrent prescriptions for additional opioids, and recreational substance use was present in part of the sample. These findings highlight the need to strengthen prescription monitoring, promote multimodal non-opioid therapeutic approaches, and improve early detection in patients with vulnerability factors.

Keywords

opioids, chronic non-cancer pain, prescription drug abuse, psychiatric comorbidity, fentanyl, tramadol.

INTRODUCCIÓN

La Sociedad Internacional para el Estudio del Dolor define el dolor como una experiencia sensorial y emocional influenciada por factores biológicos, cognitivos, emocionales y sociales (IASP, 2011). Desde un punto de vista fisiológico, mientras que el dolor agudo actúa como un mecanismo adaptativo y protector, el dolor crónico persiste más allá de la curación tisular, pierde su función fisiológica y se convierte en una enfermedad compleja sujeta a numerosos factores moduladores (IASP, 2011; López Martín, 2024). Según su fisiopatología, el dolor puede clasificarse en nociceptivo, neuropático, nociplástico o mixto, lo que orienta su abordaje terapéutico (IASP, 2011; López Martín, 2024).

El procesamiento del dolor implica procesos de transducción, transmisión, modulación y percepción mediados por nociceptores periféricos, neuronas aferentes primarias y vías espinales y supraespinales. Las fibras A delta y C transmiten la información hacia el asta dorsal, donde se integra en las láminas de Rexed. Desde allí, la señal asciende por el tracto espinotalámico hacia estructuras corticales responsables de la percepción sensorial, emocional y cognitiva del dolor. A su vez, sistemas moduladores descendentes como la sustancia gris periacueductal (PAG) y la médula ventral rostral (MVR) regulan su intensidad mediante neurotransmisores inhibitorios y facilitadores (Pedrajas Navas y Molino González, 2008; Pérez Ruiz et al., 2018; Basbaum et al., 2009; Yam et al., 2018).



En el tratamiento farmacológico del dolor, los analgésicos opioides han sido fundamentales por su capacidad para actuar sobre receptores mu, kappa y delta distribuidos en el sistema nervioso central. Su acción inhibitoria en el asta dorsal y facilitadora sobre los sistemas moduladores descendentes explica su potente efecto analgésico, aunque también su capacidad para modificar la percepción emocional del dolor. No obstante, su uso conlleva riesgos relevantes, como tolerancia, dependencia, depresión respiratoria, hiperalgesia inducida por opioides y deterioro cognitivo, por lo que su prescripción debe realizarse dentro de un marco clínico estricto (Angst y Clark, 2006; Corder et al., 2018; Sun et al., 2020; Chou et al., 2015; Guardia Serecigni et al., 2017).

A pesar de la estrategia analgésica de la OMS, que reserva los opioides para el dolor agudo severo, postquirúrgico u oncológico, su uso se ha incrementado notablemente desde finales de los años noventa. En Estados Unidos, la prescripción aumentó de forma exponencial desde 1996 con la introducción de la oxicodeona, generando una crisis de salud pública caracterizada por altos niveles de abuso, dependencia y sobredosis. En 2021, la National Survey on Drug Use and Health (NSDUH), reportó que el 1,8% de la población de 12 años o más (equivalente a 5.0 millones de personas) presentó un trastorno por uso de analgésicos opioides recetados. Esta prevalencia de abuso fue mayor entre los adultos de 26 años o más (2%) en comparación con los jóvenes adultos de 18 a 25 años (1,2%) y los adolescentes de 12 a 17 años (1%). Además, de un total de 8,7 millones de personas que hicieron un uso indebido de opioides analgésicos, la gran mayoría (8,1 millones de personas) abusaron específicamente de analgésicos opioides recetados sin haber consumido opioides ilícitos como la heroína (Chou et al., 2015; Guardia Serecigni et al., 2017; SAMHSA, 2023).

Un aspecto preocupante del abuso de estos fármacos es la facilidad con la que pueden obtenerse. Según los datos de la NSDUH, el 44,9% de las personas que hicieron un uso indebido de analgésicos opioides recetados, lo consiguieron a través de amigos o familiares, ya sea porque se lo proporcionaron, los compraron o los tomaron sin permiso. Asimismo, el 43,2% accedió a estos medicamentos mediante receta médica o a través del robo a un proveedor de atención médica. La vía más común fue la prescripción de un único médico (39,3%) seguida de las prescripciones por más de un médico (3,2%) y los robos a las clínicas, hospitales y farmacias (0,7%). Además, el 7,9% de quienes tuvieron un uso indebido de estos fármacos, los adquirieron a través de un traficante de drogas o una persona desconocida (SAMHSA, 2023).

En España, aunque la situación no ha alcanzado la magnitud estadounidense, también se ha observado un aumento sostenido en la prescripción de opioides. La AEMPS alertó en 2018 sobre el uso inadecuado del fentanilo de liberación inmediata, e informó en 2023 de un incremento de la DHD (Dosis Diaria Definida por 1000 habitantes y día) de opioides de 9,91 en 2010 a 22,34 en 2023. Los opioides más utilizados son las combinaciones de tramadol con paracetamol, seguidos del fentanilo y el tramadol solo. Encuestas poblacionales recientes indican que el 15,2% de la población ha consumido analgésicos opioides alguna vez, siendo más prevalente en mujeres (16,4%) que en hombres (14,0%), principalmente por dolor agudo, postoperatorio o crónico (AEMPS, 2023; EDADES, 2024).

A pesar de ello, la prevalencia real de abuso y dependencia de opioides en pacientes con dolor crónico no oncológico en España sigue poco documentada. Algunos estudios europeos sitúan el abuso en torno



al 0,63% en población española joven adulta, pero se carece de datos específicos aplicables al ámbito clínico del dolor crónico. Esta falta de evidencia limita la implementación de estrategias terapéuticas seguras y eficaces, lo que justifica la necesidad de investigaciones como la presente, orientadas a describir el consumo y abuso de opioides prescritos y a identificar factores asociados en pacientes con dolor crónico no oncológico en Valencia (Carrasco-Garrido et al., 2022).

MATERIALES Y MÉTODO

Diseño

Se realizó un estudio transversal, observacional, descriptivo y multicéntrico basado en la revisión de historias clínicas de pacientes atendidos en diferentes dispositivos asistenciales distribuidos en Valencia, incluyendo la Unidad Toxicológica Clínica y la Unidad del Dolor del Consorcio Hospital General Universitario de Valencia (CHGUV), así como las Unidades de Conductas Adictivas (UCA) de San Isidro, Guillem de Castro, Torrent, Moncada, Requena y Catarroja.

La red pública de asistencia sanitaria de la Comunidad Valenciana cuenta con Unidades de Conductas Adictivas (UCAs), que actúan como dispositivos especializados de apoyo a la atención primaria y hospitalaria para la atención ambulatoria de pacientes con trastornos por uso de sustancias y otras adicciones.

Población y criterios de selección

La población de estudio estuvo formada por pacientes de 18 años o más con diagnóstico de dolor crónico no oncológico y que habían sido atendidos en los centros participantes

por evidencia clínica registrada de abuso de opioides analgésicos prescritos para el tratamiento de dicho dolor entre enero de 2018 y abril de 2025, ambos incluidos. Se excluyen únicamente los pacientes cuyo dolor crónico es de origen oncológico.

La población de referencia se estimó a partir del total de habitantes adscritos a los municipios cubiertos por cada dispositivo asistencial, según datos oficiales del Instituto Nacional de Estadística (INE, 2024).

Variables

Se analizaron variables demográficas (edad, sexo), características clínicas del dolor, presencia de comorbilidad psiquiátrica, consumo de sustancias, tipo y pauta de opioides prescritos, duración del tratamiento, latencia hasta el abuso, duración del uso indebido, índice de escalada, medicación concomitante y efectos adversos documentados.

El índice de escalada se definió como el cociente entre la dosis máxima diaria registrada durante el periodo de abuso y la dosis inicial prescrita del opioide correspondiente.

Procedimiento

La revisión y recogida de datos se efectuó mediante un cuaderno de recogida de datos diseñado específicamente para el estudio, cumplimentado por los equipos clínicos de cada centro participante. Todos los registros se anonimizaron previamente, sustituyendo los identificadores personales por códigos alfanuméricos. Para evitar la duplicidad de historias clínicas, se realizó una revisión cruzada y sistemática de la información recogida, verificando coincidencias en variables clínicas, fechas de diagnóstico y características demográficas. Únicamente se incluyó un sólo registro por paciente en el análisis final.



Análisis estadístico

Se realizó un análisis descriptivo de todas las variables recogidas. Las variables cuantitativas se expresaron mediante media, mediana, desviación estándar, rango intercuartílico (RIC), máximo y mínimo, mientras que las cualitativas se presentaron en frecuencias absolutas y relativas. Asimismo, se efectuó una descripción estratificada del índice de escalada, la duración del abuso, la latencia, el tipo de opioide implicado, la presencia de comorbilidad psiquiátrica y efectos adversos.

Para la determinación de la población total del estudio se realiza un sumatorio de la población total que forma parte de la cobertura de cada dispositivo asistencial. El cálculo de la prevalencia de abuso se realiza dividiendo el número de pacientes con abuso de opioides recetados por dolor crónico no oncológico entre la población total del estudio.

Consideraciones éticas

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Investigación con Medicamentos del Consorcio Hospital General Universitario de Valencia (CEIm-CHGUV; registro nº 87/2025) y cumplió con la Declaración de Helsinki, el Reglamento (UE) 2016/679 y la Ley Orgánica 3/2018.

RESULTADOS

Se identificaron 27 casos de abuso de opioides en una población total de 681,952 habitantes, lo que corresponde a una prevalencia del 0,004% (IC95%: 0,0025%-0,0055%) (Tabla 1). La muestra estuvo compuesta por 15 mujeres (55,6%) y 12 hombres (44,4%), con una edad media de 51,9 años (DE= 15,7; rango 21-84) (Tabla 2).

La comorbilidad psiquiátrica estuvo presente en 22 pacientes (81,5%; N=27), siendo los diagnósticos más frecuentes la ansiedad (n=12; 44,4%) y la depresión (n=6; 22,2%), seguidos de otros trastornos como distimia (n=4; 14,8%), límite de la personalidad (n=3; 11,1%), adaptativo (n=2; 7,4%), ansioso-depresivo (n=1; 3,7%) y juego patológico (n=1; 3,7%) (Tabla 2).

De los 22 pacientes con comorbilidad psiquiátrica, 13 pacientes (48,1%; N=27) ya presentaban un diagnóstico psiquiátrico previo a la prescripción del opioide implicado en el abuso. En este subgrupo, el diagnóstico más frecuente fue la ansiedad (n=6; 46,2%), seguido de la depresión (n=2; 15,4%), el trastorno distímico (n=2; 15,4%), el trastorno adaptativo (n=1; 7,7%), el trastorno límite de la personalidad (n=1; 7,7%), el juego patológico (n=1; 7,7%) y el trastorno ansioso-depresivo (n=1; 7,7%) (Tabla 2).

En relación con el consumo de sustancias recreativas, 12 pacientes (44,4%; N=27) presentaron consumo de al menos una sustancia. Las más frecuentes fueron el alcohol (n = 8; 66,7%), la cocaína (n = 6; 50,0%), el tabaco (n = 3; 25,0%), el cannabis (n = 3; 25,0%) y la heroína (n = 1; 8,3%) (Tabla 2).

De los 12 pacientes con consumo de sustancias, 8 pacientes (29,6%; N=27), presentaban un patrón previo a la prescripción del opioide implicado en el abuso. En este subgrupo, las sustancias más frecuentes fueron el alcohol (n=7; 87,5%) y la cocaína (n=5; 62,5%), observándose policonsumo en 7 de los pacientes (Tabla 2).

Respecto a los principios activos implicados en el abuso, los más frecuentes fueron el fentanilo (n=12; 44,4%), tramadol (n=6; 22,2%) y el tramadol en combinación con paracetamol (n=5; 18,5%). También se identificaron casos de tapentadol (n=3; 11,1%), codeína (n=2; 7,4%) y combinaciones mino-



ritarias como codeína/paracetamol (n=1; 3,7%) y oxicodona/naloxona (n=1; 3,7%) (Tabla 3). La vía de administración predominante fue la oral (n=18; 66,7%), seguida

de la transdérmica (n=10; 37,0%), mientras que las vías sublingual, intranasal y bucal se registraron en menor frecuencia (n=1; 3,7% respectivamente) (Tabla 4).

Tabla 1. Prevalencia de abuso de opioides recetados en pacientes con dolor crónico no oncológico

Variable	Número de casos	Población total	Prevalencia (%)	IC95% límite inferior (%)	IC95% límite superior (%)
Abuso de opioides	27	681,952	0,004	0,0025	0,0055

Nota: IC95% = Intervalo de confianza del 95%. La prevalencia se calcula como el número de casos dividido entre la población total, multiplicado por 100.

Tabla 2. Características de la muestra

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y CLÍNICAS	Total (N=27)
Edad media (DE)	51,9 (15,7)
Mujeres, n (%)	15 (55,6)
Hombres, n (%)	12 (44,4)
Comorbilidad psiquiátrica	22 (81,5)
Comorbilidad psiquiátrica previa a la prescripción	13 (48,1)
Consumo de sustancias recreativas	12 (44,4)
Consumo de sustancias previo a la prescripción	8 (29,6)

Comorbilidad psiquiátrica		
Diagnóstico	Total (N=27)	Previo a la prescripción (n=13)
Ansiedad, n (%)	12 (44,4)	6 (46,2)
Depresión, n (%)	6 (22,2)	2 (15,4)
T. Límite de personalidad, n (%)	3 (11,1)	1 (7,7)
Ansiedad y Depresión, n (%)	1 (3,7)	1 (7,7)
T. Distímico, n (%)	4 (14,8)	2 (15,4)
Juego patológico, n (%)	1 (3,7)	1 (7,7)
T. Adaptativo, n (%)	2 (7,4)	1 (7,7)

Consumo de sustancias recreativas		
Sustancia	Total (N=27)	Previo a la prescripción (n=8)
Alcohol, n (%)	8 (66,7)	7 (87,5)
Cocaína, n (%)	6 (50,0)	5 (62,5)
Tabaco, n (%)	3 (25,0)	2 (25,0)
Cannabis, n (%)	3 (25,0)	2 (25,0)
Heroína, n (%)	1 (8,3)	1 (12,5)

Nota: Los pacientes podían presentar más de una comorbilidad psiquiátrica y un consumo de más de una sustancia recreativa

**Tabla 3.** Distribución de los principios activos implicados en el abuso de opioides

Principio activo	n	%
Fentanilo	12	44,4
Codeína	2	7,4
Tramadol	6	22,2
Tapentadol	3	11,1
Tramadol+Paracetamol	5	18,5
Codeína + Paracetamol	1	3,7
Oxicodona + Naloxona	1	3,7
Total pacientes	27	100

Nota: n= número de pacientes que abusaron de cada principio activo. Un mismo paciente pudo presentar abuso de más de un opioide, por lo que la suma de los valores n puede superar el total de pacientes (N=27). Los porcentajes se calcularon respecto al total de la muestra.

Tabla 4. Frecuencia y porcentaje de vías de administración según principio activo en abuso

Principio activo	Oral n (%)	Transdérmica n (%)	Sublingual n (%)	Intranasal n (%)	Bucal n (%)	Total casos (n)
Fentanilo	-	10 (83,3)	1 (8,3)	1 (8,3)	1 (8,3)	12
Codeína	2 (100)	-	-	-	-	2
Tramadol	6 (100)	-	-	-	-	6
Tapentadol	3 (100)	-	-	-	-	3
Tramadol + Paracetamol	5 (100)	-	-	-	-	5
Codeína + Paracetamol	1 (100)	-	-	-	-	1
Oxicodona + Naloxona	1 (100)	-	-	-	-	1

Nota: n = número de pacientes (N=27). Los porcentajes se calcularon sobre el total de pacientes que abusaron de cada principio activo. Un mismo paciente pudo presentar más de una vía de administración para un mismo opioide; por ello, la suma de porcentajes puede superar el 100%.

Al analizar cada principio activo, se observó que el fentanilo se administró principalmente por vía transdérmica (n=10; 83,3%), aunque se identificaron casos aislados de administración sublingual, intranasal y bucal (n=1; 8,3% cada una). En cuanto al tramadol (n=6; 100%), el tapentadol (n=3; 100%), el tramadol en combinación con paracetamol (n=5; 100%), codeína (n=2; 100%), así como las combinaciones de codeína con paracetamol (n=1; 100%) y oxicodona con naloxona (n=1; 100%), se administraron exclusivamente por vía oral (Tabla 4).

En cuanto a las indicaciones clínicas principales para la prescripción de opioides, la más frecuente fue la lumbalgia (n=12; 44,4%), seguida del dolor postoperatorio crónico (n=7; 25,9%) y el dolor articular (n=6; 22,2%). Otras afecciones musculoesqueléticas, como la cervicalgia (n=5; 18,5%) y la artrosis (n=4; 14,8%), también se presentaron, aunque con menos frecuencia.

En relación con la distribución de las condiciones médicas dentro de cada principio activo, el análisis mostró que, entre los pacientes que abusaron de fentanilo, la indica-



ción más frecuente fue la lumbalgia (80%), seguida del dolor postoperatorio crónico (40%), la fibromialgia (20%), la cervicalgia (20%) y migraña (10%). Entre los usuarios de tapentadol, todos los casos presentaban artrosis (100%), y dos tercios dolor articular (66,7%). En el grupo que abusó de tramadol, la lumbalgia, el dolor postoperatorio crónico, la cefalea tensional y la mialgia estuvieron presentes cada una en el 20% de los casos. Entre los pacientes que abusaron de tramadol en combinación con paracetamol, la lumbalgia y la cervicalgia fueron las indicaciones más frecuentes (40% cada una). En los usuarios de oxycodona en combinación con naloxona, todos los casos presentaban fibromialgia (100%), mientras que los usuarios de codeína en combinación con paracetamol, la migraña, la escoliosis y la endometriosis estuvieron presentes en el 100% de los casos (Tabla 5).

Dosis de abuso

La dosis de abuso mostró una amplia variabilidad entre los opioides analizados. El fentanilo presentó una mediana de 5,4 mg/día (RIC = 9,7; rango: 0,8–2000), con una distribución sesgada a la derecha (asimetría = 3,598; curtosis = 12,958). El tramadol registró una mediana de 825 mg/día (RIC = 775; rango: 200–1800; asimetría = 0,939; curtosis = 1,647). El tapentadol mostró una mediana de 300 mg/día (rango: 75–500) y la codeína una mediana de 106,65 mg/día (rango: 33,3–180). La combinación de tramadol/paracetamol presentó valores más homogéneos, con una mediana de 225 mg/día (RIC = 342,5; rango: 225–900).

En la categorización por percentiles, el 53,8% de los pacientes se ubicó en rangos medios de dosis, mientras que el 23,1% se clasificó en rangos bajos y el 23,1% en rangos altos. Para el fentanilo, las dosis

bajas fueron < 2 mg/día, las medias entre 2–11,7 mg/día y las altas > 11,7 mg/día. En tramadol, los rangos fueron < 425 mg/día (bajo), 425–1200 mg/día (medio) y > 1200 mg/día (alto). Para el tapentadol, las dosis bajas fueron < 75 mg/día, las medias 75–300 mg/día y las altas > 300 mg/día. En la codeína, los valores bajos fueron < 33,3 mg/día, los medios 33,3–106,65 mg/día y los altos > 106,65 mg/día. En el tramadol/paracetamol, las dosis bajas fueron < 225 mg/día, las medias 225–567,5 mg/día y las altas > 567,5 mg/día (Tabla 6).

Duración del abuso

La duración del abuso mostró variaciones según el principio activo. El fentanilo presentó una mediana de 36 meses (RIC = 64,5; rango: 1–132), mientras que la codeína registró una duración menor, con una mediana de 4,5 meses (rango: 2–7). El tramadol mostró una mediana de 36,5 meses (RIC = 105,25; rango: 2–240), y el tapentadol una mediana de 4 meses (rango: 2–48). La combinación de tramadol/paracetamol presentó valores concentrados alrededor de 12 meses (RIC = 34; rango: 6–55).

Según la categorización por percentiles, el fentanilo presentó un 23,1% de casos en rango bajo (<17 meses), un 53,8% en rango medio (17–81,5 meses) y un 23,1% en rango alto (>81,5 meses). En el tramadol, el 16,7% se clasificó en rango bajo (<8,75 meses), el 66,7% en rango medio (8,75–114 meses) y el 16,7% en rango alto (>114 meses). Para el tapentadol, el 66,7% de los casos correspondió a una duración media (2–4 meses) y el 33,3% a una duración alta (>4 meses). En la codeína, el 50% presentó duración media (2–4,5 meses) y el 50% duración alta (>4,5 meses). En el tramadol/paracetamol, el 20% se ubicó en rango bajo (<6,5 meses), el 60% en rango medio (6,5–40,5 meses) y el 20% en rango alto (>40,5 meses) (Tabla 6).



Tabla 5. Frecuencia de condiciones médicas presentes según opioide de abuso

	Principio activo del opioide de abuso							
	Fentanilo n (%)	Codeína n (%)	Tramadol n (%)	Tapentadol n (%)	Tramadol + Paracetamol n (%)	Codeína + Paracetamol n (%)	Oxicodona + Naloxona n (%)	Total n (%)
Condición médica								
Lumbalgia	8 (80,0)	-	1 (20,0)	1 (33,3)	2 (40,0)	-	-	12 (44,4)
Dolor postoperatorio crónico	4 (40,0)	-	1 (20,0)	1 (33,3)	1 (20,0)	-	-	7 (25,9)
Dolor articular	2 (20,0)	-	-	2 (66,7)	2 (40,0)	-	-	6 (22,2)
Cervicalgia	2 (20,0)	-	-	1 (33,3)	2 (40,0)	-	-	5 (18,5)
Artrosis	-	-	1 (20,0)	3 (100)	-	-	-	4 (14,8)
Fibromialgia	2 (20,0)	-	-	-	-	-	1 (100)	3 (11,1)
Migraña	1 (10,0)	-	-	-	1 (20,0)	1 (100)	-	3 (11,1)
Cefalea tensional	-	-	1 (20,0)	-	1 (20,0)	-	-	2 (7,4)
Mialgia	1 (10,0)	-	1 (20,0)	-	-	-	-	2 (7,4)
Endometriosis	-	1 (50,0)	-	-	-	1 (100)	-	2 (7,4)
Escoliosis	1 (10,0)	-	-	-	-	1 (100)	-	2 (7,4)
Neuralgia ciática	1 (10,0)	-	-	-	-	-	-	1 (3,7)
Protusión discal lumbar	-	-	1 (20,0)	-	-	-	-	1 (3,7)
Neuralgia del trigémino	-	-	1 (20,0)	-	-	-	-	1 (3,7)
Epilepsia	-	-	1 (20,0)	-	-	-	-	1 (3,7)
Cólico nefrítico	1 (10,0)	-	-	-	-	-	-	1 (3,7)
Ovarios poliquísticos	-	-	-	-	-	1 (100)	-	1 (3,7)
Crohn	-	-	-	-	-	-	1 (100)	1 (3,7)
Fistulas genitales	-	-	-	-	-	-	1 (100)	1 (3,7)
Esclerosis	1 (10,0)	-	-	-	-	-	-	1 (3,7)
Algoneurodistrofia	1 (10,0)	-	-	-	-	-	-	1 (3,7)
Síndrome del túnel carpiano	-	-	-	-	-	-	-	-
Polineuropatía	-	-	-	-	-	-	-	-
Dolor postraumático crónico	-	-	-	-	-	-	-	-

Nota. n= número de pacientes con la condición médica indicada. Los porcentajes se calcularon dentro de cada grupo de principio activo, utilizando como denominador el número total de pacientes que abusaron de dicho opioide. Los guiones (-) indican ausencia de datos.



Latencia hasta el abuso

La latencia presentó variaciones entre los distintos opioides. El fentanilo mostró una mediana de 38 meses, la codeína una mediana de 4,5 meses, el tramadol una mediana de 24 meses, el tapentadol una mediana de 62 meses y la combinación tramadol/paracetamol una mediana de 23 meses. Se registraron valores negativos en algunos casos, especialmente en tramadol y fentanilo, correspondientes a situaciones en las que el consumo del opioide se inició antes de la primera prescripción médica registrada, lo que indica que el inicio del abuso no fue atribuible al proceso de prescripción clínica sino a consumo previo.

En la categorización por percentiles, se describe la distribución estadística global de los valores de latencia, incluyendo a los pacientes cuya conducta de abuso ya estaba presente. En este análisis, el fentanilo presentó un 23,1% de casos con latencia baja (<12 meses), un 53,8% en rango medio (12–50 meses) y un 23,1% en rango alto (>50 meses). En tramadol, el 16,7% mostró latencia baja (< -0,25 meses), el 66,7% latencia media (-0,25–103,5 meses) y el 17,7% latencia alta (>103,5 meses). Para el tapentadol, el 66,7% presentó latencia media (24–62 meses) y el 33,3% latencia alta (>62 meses). En codeína, el 50% se clasificó en rango medio (0–4,5 meses) y el 50% en rango alto (>4,5 meses). En tramadol/paracetamol, el 20% presentó latencia baja (<7,5 meses), el 60% latencia media (7,5–408,5 meses) y el 20% latencia alta (>408,5 meses) (Tabla 6).

Índice de escalada

El índice de escalada mostró diferencias entre los distintos opioides. El fentanilo presentó una mediana de 2,0 (RIC = 4,98), la codeína una mediana de 1,497, el tramadol una mediana de 1,0 (RIC = 7,25), el tapenta-

dol una mediana de 1,0 y la combinación de tramadol/paracetamol una mediana de 5,0 (RIC = 8,13).

Según la categorización por percentiles, el fentanilo mostró un 23,1% de casos con escalada baja (<1,3333), un 53,8% en rango medio (1,3333–6,3125) y un 23,1% en rango alto (>6,3125). En tramadol, el 16,7% se clasificó en escalada baja (<0,4107), el 66,7% en escalada media (0,4107–7,25) y el 16,7% en escalada alta (>7,25). Para el tapentadol, el 66,7% presentó escalada media (0,5–1) y el 33,3% escalada alta (>1). En codeína, el 50% se ubicó en rango medio (0,994–1,497) y el 50% en rango alto (>1,497). En tramadol/paracetamol, el 20% presentó escalada baja (<1,25), el 60% escalada media (1,25–8,1333) y el 20% escalada alta (>8,1333) (Tabla 6).

Efectos secundarios

En la muestra total ($n = 27$), los efectos secundarios más frecuentes asociados al abuso de opioides fueron los problemas gastrointestinales ($n = 16$; 59,3%), la hiperalgesia inducida por opioides ($n = 14$; 51,9%), el deterioro cognitivo ($n = 9$; 33,3%) y el estreñimiento ($n = 9$; 33,3%). También se registró somnolencia ($n = 4$; 14,8%), intentos autolíticos ($n = 3$; 11,1%), depresión respiratoria ($n = 1$; 3,7%), deterioro inmunológico ($n = 1$; 3,7%) y fallecimiento ($n = 1$; 3,7%), por depresión respiratoria asociada a sobredosis.

Al analizar los efectos adversos según el principio activo, se observó que entre los pacientes que abusaron de fentanilo, los problemas gastrointestinales fueron los más frecuentes (58,3%), seguidos de la hiperalgesia opioide (58,3%) y el estreñimiento (33,3%). Asimismo, se registraron problemas hepáticos y renales en el 16,7% de los pacientes con fentanilo, deterioro cognitivo en el 25,0% e intento autolítico en el 16,7%.

**Tabla 6.** Medidas descriptivas de dosis de abuso, duración, latencia e índice de escalada según principio activo

Variable	Principio Activo	Mediana	RIC	Mínimo	Máximo	P25	P75	Asimetría	Curtosis
Dosis de abuso (mg/día)	Fentanilo	5,4	9,7	0,8	2000	2,0	11,7	3,598	12,958
	Codeína	106,65	-	33,3	180	33,3	-	-	-
	Tramadol	825	775	200	1800	425	1200	0,939	1,647
	Tapentadol	300	-	75	500	75	-	-0,176	-
	Tramadol+Parac	225	342,5	225	900	225	567,5	2,235	4,996
Duración del abuso (meses)	Fentanilo	36	64,5	1	132	17	81,5	0,959	-0,233
	Codeína	4,5	-	2	7	2	-	-	-
	Tramadol	36,5	105,25	2	240	8,75	114	2,024	4,317
	Tapentadol	4	-	2	48	2	-	1,721	-
	Tramadol+Parac	12	34	6	55	6,5	40,5	1,524	1,936
Latencia de uso (meses)	Fentanilo	38	38	-2	87	12	50	0,099	-0,005
	Codeína	4,5	-	0	9	0	-	-	-
	Tramadol	24	103,75	-4	234	-0,25	103,5	2,122	4,678
	Tapentadol	62	-	24	144	24	-	1,015	-
	Tramadol+Parac	23	401	4	752	7,5	408,5	2,207	4,892
Índice de escalada	Fentanilo	2	4,98	0	48,66	1,333	6,3125	2,380	5,168
	Codeína	1,497	-	0,99	2	0,994	-	-	-
	Tramadol	1	6,84	-0,36	14,36	0,4107	7,25	1,915	3,6
	Tapentadol	1	-	0,5	3	0,5	-	1,458	-
	Tramadol+Parac	5	6,88	0,5	11	1,25	8,1333	0,929	1,025

Nota. RIC = Rango intercuartil; P25 = percentil 25; P75 = percentil 75. Los valores faltantes se expresan con “-” y reflejan ausencia de datos.



En los pacientes que abusaron del tramadol, los efectos adversos más frecuentes fueron los problemas gastrointestinales y la hiperalgesia opioide (50,0%), seguidos del estreñimiento y el deterioro cognitivo (33,3% cada uno). La somnolencia se observó en el 50,0% de los casos, mientras que el síndrome neurotóxico se registró en un único paciente (16,7%).

Entre los usuarios de tramadol en combinación con el paracetamol, destacó una elevada frecuencia de hiperalgesia opioide (80,0%), seguida de problemas gastrointestinales (40,0%) y deterioro cognitivo (40,0%). El intento autolítico se registró en el 20,0% de estos pacientes.

En el grupo del tapentadol, los problemas gastrointestinales estuvieron presentes en dos tercios de los pacientes (66,7%), mientras que el estreñimiento, la somnolencia, el deterioro cognitivo y el fallecimiento se observaron cada uno en un tercio de los casos (33,3%).

Entre los pacientes que abusaron de codeína, se registraron estreñimiento, problemas gastrointestinales y deterioro cognitivo en el 50,0% de los casos cada uno. Por su parte, el único paciente con abuso de codeína en combinación con paracetamol presentó problemas gastrointestinales y alteraciones hepáticas y renales (100%). El único caso de abuso de oxycodona en combinación con naloxona presentó estreñimiento (Tabla 7).

Prescripción de otros opioides sin indicación de abuso

En la muestra total (n = 27), 13 pacientes (48,1%) presentaron prescripción adicional de al menos un opioide no asociado a abuso, mientras que 14 pacientes (51,9%) no tenían ninguna prescripción concomitante de este tipo. Entre los 13 pacientes con otros opioides prescritos, los principios activos más frecuentes fueron la buprenorfina (76,9%), buprenorfina/naloxona (69,2%),

el tapentadol (38,5%), el tramadol (38,5%), la morfina (23,1%) y las combinaciones de tramadol/paracetamol y de oxycodona/naloxona (15,4% cada una). La metadona se registró en un único caso (7,7%).

Respecto a las vías de administración de estos opioides, la más frecuente fue la oral (n = 20; 52,6%), seguida de la parenteral (n = 8; 21,1%) y la sublingual (n = 8; 21,1%). Las vías transdérmica y otra vía minoritaria se registraron con menor frecuencia (n = 2; 5,3% cada una).

Al desglosar por principio activo, la buprenorfina se administró mayoritariamente por vía parenteral (n = 8; 72,7%), seguida de la vía transdérmica (n = 2; 18,2%) y la sublingual (n = 1; 9,1%). La combinación de buprenorfina/naloxona se administró principalmente por vía sublingual (n = 7; 77,8%) y, en menor proporción, por vía oral (n = 2; 22,2%). Los principios activos de morfina (n = 3; 100%), tramadol (n = 5; 100%), tapentadol (n = 5; 100%), metadona (n = 1; 100%), tramadol/paracetamol (n = 2; 100%) y de oxycodona/naloxona (n = 2; 100%) se administraron exclusivamente por vía oral.

Medicamentos concomitantes

Todos los pacientes incluidos en el estudio recibieron al menos un tratamiento farmacológico concomitante. De ellos, 5 pacientes (18,5%) presentaron abuso de alguno de los medicamentos prescritos, mientras que 22 pacientes (81,5%) no mostraron abuso.

Los principios activos prescritos se agruparon en seis categorías. En analgésicos/antiinflamatorios, el fármaco más frecuente fue el paracetamol (n = 8; 29,6% de la muestra; 57,1% dentro de la categoría), seguido de metamizol (n = 4; 14,8%; 28,6%) y el diclofenaco y el etoricoxib (n = 1; 3,7%; 7,1% cada uno). En conjunto, 14 pacientes (51,9%) recibieron al menos un analgésico o antiinflamatorio.

**Tabla 7.** Efectos secundarios asociados al abuso de opioides según principio activo

		Principio activo del opioide de abuso							Total n (%)
		Fentanilo n (%)	Codeína n (%)	Tramadol n (%)	Tapentadol n (%)	Tramadol + Paracetamol n (%)	Codeína + Paracetamol n (%)	Oxicodona + Naloxona n (%)	
Efectos	Estreñimiento	4 (33,3)	1 (50,0)	2 (33,3)	1 (33,3)	–	–	1 (100)	9 (33,3)
	Problemas gastrointestinales	7 (58,3)	1 (50,0)	3 (50,0)	2 (66,7)	2 (40,0)	1 (100)	–	16 (59,3)
	Problemas hepáticos y renales	2 (16,7)	–	2 (33,3)	–	1 (20,0)	1 (100)	–	6 (22,2)
	Somnolencia	–	–	3 (50,0)	1 (33,3)	–	–	–	4 (14,8)
	Síndrome neurotóxico	–	–	1 (16,7)	–	–	–	–	1 (3,7)
	Hiperalgnesia opioide	7 (58,3)	–	3 (50,0)	–	4 (80,0)	–	–	14 (51,9)
	Sequedad de boca	–	–	–	–	–	–	–	–
	Deterioro cognitivo	3 (25,0)	1 (50,0)	2 (33,3)	1 (33,3)	2 (40,0)	–	–	9 (33,3)
	Deterioro inmunológico	–	–	–	–	1 (20,0)	–	–	1 (3,7)
	Hiperalgnesia por retirada del opioide	–	–	–	–	–	–	–	–
	Depresión respiratoria	1 (8,3)	–	–	–	–	–	–	1 (3,7)
	Intento autolítico	2 (16,7)	–	–	–	1 (20,0)	–	–	3 (11,1)
	Fallecimiento	–	–	–	1 (33,3)	–	–	–	1 (3,7)

Nota. n = número de pacientes que presentaron el efecto adverso. Los porcentajes se calcularon sobre el número de pacientes con datos disponibles de efectos adversos para cada principio activo. Un mismo paciente pudo presentar más de un efecto adverso. La columna "Total" muestra el número y porcentaje de pacientes afectados respecto al total de la muestra (N=27). Los guiones (–) indican ausencia de datos.

En la categoría benzodiacepinas/ansiolíticos, el fármaco más frecuente fue el diazepam (n = 11; 40,7%; 36,7% dentro de la categoría), seguido del clonazepam (n = 6; 22,2%; 20,0%), lorazepam (n = 3; 11,1%; 10,0%) y alprazolam (n = 2; 7,4%; 6,7%). Otros principios activos (oxazepam, bromazepam y zolpidem) se registraron en 1 paciente cada uno (3,7%; 3,3%). En total, 25 pacientes (92,6%) recibieron al menos una benzodiacepina o ansiolítico.

En cuanto a los antidepresivos, los más frecuentes fueron la trazodona (n = 12; 44,4%; 66,7% dentro de la categoría) y la duloxetina (n = 6; 22,2%; 33,3%), seguidos de la vortioxetina (n = 4; 14,8%; 22,2%) y la desvenlafaxina, venlafaxina y mirtazapina (n = 2; 7,4%; 11,1% cada una). La fluoxetina y el escitalopram se registraron en un paciente cada uno (3,7%; 5,6%). En conjunto, 18 pacientes (66,7%) recibieron al menos un antidepresivo.



Dentro de los antiepilépticos/neuromoduladores, el más frecuente fue la pregabalina ($n = 4$; 14,8%; 33,3% dentro de la categoría), seguida de la gabapentina y el topiramato ($n = 2$; 7,4%; 16,7% cada uno). Otros fármacos como el brivaracetam y el piracetam se registraron en un paciente cada uno (3,7%; 8,3%). En total, 11 pacientes (40,7%) recibieron al menos un medicamento de esta categoría.

En la categoría antipsicóticos/neurolepticos, la quetiapina fue el fármaco más frecuente ($n = 3$; 11,1%; 50,0% dentro de

la categoría), seguida del aripiprazol, el haloperidol y la risperidona ($n = 1$; 3,7%; 16,7% cada uno). En total, 6 pacientes (22,2%) recibieron al menos un antipsicótico/neuroleptico.

En la categoría otros medicamentos, se observaron diversos principios activos (entre ellos el atogepant, la metformina, semaglutida, levotiroxina, vareniclina, furosemida, el omeprazol y la bilastina), todos registrados en un paciente cada uno (3,7% de la muestra; 12,5% dentro de la categoría), sumando así un total de 8 pacientes (29,6%) (Tabla 8).

Tabla 8. Distribución de pacientes según prescripción por categoría y principio activo

Categoría	Principio activo	n (% total)	% en categoría
Analgésicos / Antiinflamatorios	Paracetamol	8 (29,6)	57,1
	Diclofenaco	1 (3,7)	7,1
	Metamizol	4 (14,8)	28,6
	Etoricoxib	1 (3,7)	7,1
Total		14 (51,9)	100%
Benzodiazepinas / Ansiolíticos	Diazepam	11 (40,7)	36,7
	Alprazolam	2 (7,4)	6,7
	Lorazepam	3 (11,1)	10,0
	Clonazepam	6 (22,2)	20,0
	Oxazepam	1 (3,7)	3,3
	Bromazepam	1 (3,7)	3,3
	Zolpidem (<i>hipnótico</i>)	1 (3,7)	3,3
Total		25 (92,6)	100
Antidepresivos	Fluoxetina	1 (3,7)	5,6
	Trazodona	12 (44,4)	66,7
	Duloxetina	6 (22,2)	33,3
	Desvenlafaxina	2 (7,4)	11,1
	Vortioxetina	4 (14,8)	22,2
	Escitalopram	1 (3,7)	5,6
	Venlafaxina	2 (7,4)	11,1
	Mirtazapina	2 (7,4)	11,1
Total		18 (66,7)	100

(Continúa tabla en página siguiente)



Categoría	Principio activo	n (% total)	% en categoría
Antiepilépticos / Neuromoduladores	Gabapentina	2 (7,4)	16,7
	Brivaracetam	1 (3,7)	8,3
	Topiramato	2 (7,4)	16,7
	Piracetam	1 (3,7)	8,3
	Pregabalina	4 (14,8)	33,3
	Valproato	1 (3,7)	8,3
Total		11 (40,7)	100
Antipsicóticos / Neurolépticos	Aripiprazol	1 (3,7)	16,7
	Quetiapina	3 (11,1)	50,0
	Haloperidol	1 (3,7)	16,7
	Risperidona	1 (3,7)	16,7
Total		6 (22,2)	100
Otros /Metabólicos /Endocrinos	Atogepant	1 (3,7)	12,5
	Metformina	1 (3,7)	12,5
	Semaglutida	1 (3,7)	12,5
	Levotiroxina	1 (3,7)	12,5
	Vareniclina	1 (3,7)	12,5
	Furosemida	1 (3,7)	12,5
	Omeprazol	1 (3,7)	12,5
	Bilastina	1 (3,7)	12,5
Total		8 (29,6)	100

Nota: n=número de pacientes (N=27). El porcentaje total se calculó respecto al total de la muestra. El porcentaje por categoría se calculó respecto al total de pacientes incluidos en cada categoría. Un mismo paciente puede aparecer en más de una categoría.

Respecto al abuso de medicamentos concomitantes, las benzodiacepinas fueron los fármacos más prevalentes (n = 5; 18,5%), seguidos de los analgésicos (n = 1; 3,7%). Entre las benzodiacepinas, el principio activo más implicado fue el diazepam (n = 2; 7,4% de la muestra; 8,0% dentro de la categoría), seguido del alprazolam, el clonazepam y el lorazepam (n = 1; 3,7%; 4,0% en cada caso). En cuanto a los analgésicos, el paracetamol fue el único identificado en abuso (n = 1; 3,7%; 7,1% dentro de la categoría) (Tabla 9).

Estratificación de variables clínicas

Debido al reducido tamaño muestral, la estratificación por principio activo, sexo, duración del abuso, índice de escalada, latencia y comorbilidad psiquiátrica se realizó con un objetivo exclusivamente descriptivo, con el fin de explorar posibles patrones clínicos, sin pretensión de indiferencia estadística ni comparación entre grupos.

De forma global, se observó que el fentanilo fue el opioide más frecuentemente implica-



Tabla 9. Distribución de pacientes según abuso de medicamentos por categoría y principio activo

Categoría	Principio activo	n (% total)	% en categoría
Analgésicos/ Antiinflamatorios	Paracetamol	1 (3,7)	7,1
Total		1 (3,7)	7,1
Benzodiacepinas/ Ansiolíticos	Diazepam	2 (7,4)	8,0
	Clonazepam	1 (3,7)	4,0
	Lorazepam	1 (3,7)	4,0
	Alprazolam	1 (3,7)	4,0
Total		5 (18,5)	20,0

Nota. n=número de pacientes (N=27). El porcentaje total (% total) se calculó respecto a la muestra completa. El porcentaje por categoría (% categoría) se calculó respecto al total de pacientes con prescripción en esa categoría (analgésicos n=14; Benzodiacepinas n=25).

do tanto en hombre como en mujeres, concentrando la mayor parte de los casos con duraciones de abuso y niveles de escalada situados en los rangos medios. En cuanto al tramadol y tramadol en combinación con paracetamol, la mayoría de los pacientes también se situó en categorías intermedias de duración y dosis, aunque se observaron algunos casos con escalada elevada.

El tapentadol, a pesar de estar presente en un menor número de pacientes, mostró perfiles caracterizados por latencias más prolongadas y niveles de escalada predominantemente medios o altos, mientras que la codeína se asoció a duraciones de abuso más cortas, pero con una escalada relativamente elevada.

En relación con la comorbilidad psiquiátrica, los pacientes que la presentaban tendieron a agruparse en categorías medias de duración, latencia y escalada para la mayoría de los opioides, mientras que en los pacientes sin comorbilidad los valores fueron más heterogéneos. Dado el tamaño de los subgrupos, estas observaciones deben interpretarse únicamente como tendencias descriptivas.

Los datos detallados de estas estratificaciones se presentan de forma resumida en tablas suplementarias S1-S4 (al final del artículo).

DISCUSIÓN

El presente estudio constituye un primer acercamiento a la caracterización de la prevalencia y los patrones de abuso de opioides prescritos en pacientes con dolor crónico no oncológico en Valencia y su área metropolitana. La prevalencia observada fue del 0,004%, calculada utilizando como denominador la población total asignada a las áreas sanitarias participantes. Esta cifra refleja, por tanto, la proporción de casos detectados en los recursos analizados respecto a la población general de referencia, lo que exige una interpretación cautelosa. Aun así, la prevalencia obtenida es muy inferior a la descrita en estudios internacionales. En Estados Unidos, aproximadamente el 1,8% de la población presenta un trastorno por uso de analgésicos opioides recetados (SAMHSA, 2023), mientras que en Europa la prevalencia se sitúa en torno al 0,66% (Carrasco-Garrido et al., 2022). Estas



diferencias pueden explicarse por múltiples factores. En primer lugar, el diseño del presente estudio (centrado en casos detectados en Unidades de Conductas Adictivas y servicios hospitalarios) podría infrarrepresentar situaciones de abuso manejadas exclusivamente en atención primaria. No puede descartarse, por tanto, la existencia de casos no derivados a dispositivos especializados. En segundo lugar, el tamaño muestral reducido y el carácter piloto limitan la capacidad para estimar con precisión la prevalencia real. Por último, la implantación reciente de la receta electrónica, el endurecimiento de los controles de prescripción y un uso más prudente de opioides potentes en el ámbito ambulatorio podrían haber reducido la aparición de patrones de abuso más graves, en consonancia con las advertencias emitidas para fármacos como el fentanilo (AEMPS, 2018).

En este sentido, los resultados deben interpretarse en el marco de las políticas sanitarias actuales en España. El Plan de optimización de la utilización de analgésicos opioides en dolor crónico no oncológico, promovido por el Ministerio de Sanidad y aprobado por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (Ministerio de Sanidad, 2021), reconoce los riesgos asociados al uso prolongado de opioides en este contexto clínico y propone estrategias orientadas a mejorar la prescripción, el seguimiento farmacoterapéutico y la detección precoz de situaciones de uso inadecuado o abuso. Nuestros hallazgos, aunque basados en una muestra limitada, refuerzan la pertinencia de este enfoque institucional y ponen de manifiesto que el abuso de opioides prescritos constituye una realidad clínica presente también en nuestro entorno.

En cuanto al perfil sociodemográfico, el predominio de mujeres y la edad media de 51,9 años concuerdan con la literatura, que describe una mayor prescripción de opioides en

mujeres y adultos de mediana edad (Guardia Serecigni et al., 2017). Entre los factores que podrían influir en esta distribución destacan la mayor prevalencia de dolor crónico en mujeres, diferencias en la percepción y comunicación del dolor, así como posibles sesgos clínicos que tienden a medicalizar más el dolor femenino (López Martín, 2024).

Uno de los hallazgos más relevantes fue la elevada presencia de comorbilidad psiquiátrica, con predominio de ansiedad y depresión. En la comparación según comorbilidad, los pacientes con trastornos psiquiátricos tendieron a situarse en categorías medias de duración del abuso, índice de escalada y latencia, mientras que entre los pacientes sin comorbilidad se observaron valores más heterogéneos, abarcando categorías bajas, medias y altas. Aunque estos resultados no permiten concluir una relación causal ni una distribución homogénea, sí sugieren que la comorbilidad psiquiátrica podría actuar como factor de vulnerabilidad, asociándose tanto en la instauración como en el mantenimiento del patrón de abuso.

Nuestros hallazgos refuerzan esta hipótesis al observar que casi la mitad de la muestra (48,1%) presentaba un diagnóstico psiquiátrico previo a la prescripción del opioide implicado en el abuso. De forma paralela, el 44,4% de los pacientes presentaba consumo de sustancias recreativas, siendo este previo a la prescripción en dos tercios de los casos (29,6% de la muestra total). El predominio del alcohol y la cocaína, junto con la frecuente presencia de policonsumo, sugiere la existencia de un perfil de vulnerabilidad de adicción previa en una proporción relevante de los pacientes. Este perfil de vulnerabilidad previa es coherente con el enfoque recogido en el Plan de optimización de analgésicos opioides en dolor crónico no oncológico del Ministerio de Sanidad (2021), que subraya la importancia de identificar factores de ries-



go de abuso y adicción antes y durante la prescripción, incluyendo antecedentes de trastornos mentales y de consumo de sustancias. Estos resultados, aún en una muestra limitada, ilustran este planteamiento, lo que refuerza la necesidad de estrategias de estratificación del riesgo, seguimiento cauteloso y abordaje multidisciplinar.

Este patrón es coherente con el modelo multifactorial de la adicción, en el que la interacción entre la sustancia, las características individuales y el contexto clínico condiciona la aparición del uso problemático, más que la exposición farmacológica aislada. Además, la presencia de casos con latencia negativa o nula hasta el inicio del abuso refuerza esta interpretación al sugerir que en algunos pacientes el patrón de consumo problemático ya estaba instaurado antes o desde el mismo momento de la prescripción médica.

La distribución de los opioides reflejó un predominio del fentanilo, seguido del tramadol y tramadol/paracetamol. Este patrón coincide con las tendencias nacionales, donde el tramadol y la codeína se encuentran entre los analgésicos más prescritos, mientras que el fentanilo, a pesar de su uso menos extendido, concentra un mayor número de casos problemáticos debido a su elevada potencia y riesgo de dependencia (AEMPS, 2023).

Las vías de administración también mostraron diferencias relevantes. Mientras la mayoría de los opioides se administró por vía oral, el fentanilo se utilizó predominantemente por vía transdérmica, lo cual es clínicamente significativo. Los parches de fentanilo requieren un manejo especialmente cuidadoso por el riesgo de exposición accidental y la variabilidad interindividual en la absorción, aspectos recogidos en las advertencias de la AEMPS (2018).

En relación con la latencia hasta el inicio del abuso, se observaron diferencias entre principios activos, con valores especialmente elevados en el tapentadol y más reducidos en la codeína, lo que podría reflejar diferencias en patrones de uso clínico, accesibilidad o percepción de seguridad. La duración del abuso también fue variable, lo que apunta a perfiles diferenciales de riesgo en el desarrollo de tolerancia y dependencia (Sun et al., 2020). Sin embargo, estas diferencias deben interpretarse con cautela debido al carácter descriptivo del estudio.

La presencia de prescripción concomitante de otros opioides en casi la mitad de la muestra es otro hallazgo relevante. La buprenorfina y su combinación con naloxona fueron los fármacos más frecuentes, administrados sobre todo por vía sublingual o parenteral. El uso de múltiples opioides puede complicar la identificación del fármaco responsable del abuso, incrementar la tolerancia y favorecer patrones de consumo más complejos.

Asimismo, las patologías médicas asociadas, principalmente lumbalgia, dolor articular, cervicalgia, artrosis y fibromialgia, fueron las indicaciones más comunes para la prescripción de opioides. Estas condiciones, frecuentes en dolor crónico, presentan una evidencia limitada respecto al beneficio de los opioides (Chou et al., 2015; Guardia Secicigni et al., 2017), lo que puede contribuir a la prolongación del tratamiento y, con ello, al riesgo de abuso.

Es especialmente preocupante que, además, este uso inadecuado se asocia en una proporción elevada de los casos, al uso concomitante de otros psicofármacos, especialmente ansiolíticos y antidepresivos, con el consiguiente aumento de riesgo de efectos adversos sobre el sistema nervioso central.



La coexistencia de consumo de otras sustancias, especialmente el alcohol y cocaína, añade un factor de riesgo y de complejidad clínica, al potenciar los efectos adversos y dificultar el abordaje del abuso de opioides.

Los resultados de este estudio tienen importantes implicaciones clínicas. En primer lugar, evidencian la necesidad de programas de vigilancia activa en la prescripción de opioides en dolor crónico no oncológico, especialmente en pacientes con antecedentes psiquiátricos. En segundo lugar, refuerzan la recomendación de promover estrategias terapéuticas multimodales que prioricen intervenciones no opioides, en línea con las guías internacionales que promueven intervenciones no opioides como primera línea terapéutica (OMS, 1996).

Sin embargo, este estudio presenta varias limitaciones. El tamaño muestral reducido y el carácter piloto limitan la generalización de los resultados. La dependencia de historias clínicas puede introducir sesgos por registro incompleto o infradetección de casos. Además, el diseño transversal impide establecer relaciones causales entre variables clínicas y patrones de abuso. Finalmente, aunque se plantearon diversas estratificaciones, el tamaño reducido impidió realizar análisis robustos en algunos subgrupos.

En futuras investigaciones sería recomendable ampliar la muestra, incorporar diseños longitudinales que permitan evaluar la progresión del abuso en el tiempo, y emplear metodologías mixtas que integren entrevistas clínicas y cuestionarios estandarizados para profundizar en los factores psicosociales asociados. Asimismo, estudios multicéntricos a nivel nacional podrían contribuir a generar políticas públicas más ajustadas a la realidad del consumo de opioides en España.

FINANCIACIÓN

Este estudio no ha recibido ningún tipo de financiación pública ni privada.

AGRADECIMIENTOS

Los autores agradecen la colaboración de los profesionales de las Unidades de Conductas Adictivas y de los servicios hospitalarios participantes en la identificación de casos y recogida de datos, en especial a la Dra. Carmen Cortell, la Dra. Marisa Dorado, la Dra. Isabel López, el Dr. Rafael Forcada y Dña. Silvia Cervera. Asimismo, se agradece al CEIm del Consorcio Hospital General Universitario de Valencia por la evaluación ética del proyecto.

REFERENCIAS

- Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. (2018). *Uso inadecuado de fentanilo de liberación inmediata: Advertencias y recomendaciones para su prescripción*. https://www.aemps.gob.es/informa/notasinformativas/medicamentosusohumano-3/seguridad-1/2018/ni-muh_fv_5-2017-fentanilo/
- Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. (s.f.). *Utilización de opioides en España (2010–2023)*. <https://www.aemps.gob.es/medicamentos-de-uso-humano/observatorio-de-uso-de-medicamentos/informes/>
- Angst, M. S., & Clark, J. D. (2006). Opioid-induced hyperalgesia: A qualitative systematic review. *Anesthesiology*, 104(3), 570–587. <https://doi.org/10.1097/00000542-200603000-00025>



- Basbaum, A. I., Bautista, D. M., Scherrer, G., & Julius, D. (2009). Cellular and molecular mechanisms of pain. *Cell*, 139(2), 267–284. <https://doi.org/10.1016/j.cell.2009.09.028>
- Carrasco-Garrido, P., Gallardo-Pino, C., Jiménez-Trujillo, I., Hernández-Barrera, V., García-Gómez-Heras, S., Lima Florencio, L., & Palacios-Ceña, D. (2022). Nationwide population-based study about patterns of prescription opioid use and misuse among young adults in Spain. *International Journal of Public Health*, 67, 1604755. <https://doi.org/10.3389/ijph.2022.1604755>
- Chou, R., Turner, J. A., Devine, E. B., Hansen, R. N., Sullivan, S. D., Blazina, I., Dana, T., Bougatsos, C., & Deyo, R. A. (2015). The effectiveness and risks of long-term opioid therapy for chronic pain: A systematic review for a National Institutes of Health pathways to prevention workshop. *Annals of Internal Medicine*, 162(4), 276–286. <https://doi.org/10.7326/M14-2559>
- Corder, G., Castro, D. C., Bruchas, M. R., & Scherrer, G. (2018). Endogenous and exogenous opioids in pain. *Annual Review of Neuroscience*, 41, 453–473. <https://doi.org/10.1146/annurev-neuro-080317-061522>
- Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. (2024). *Encuesta sobre alcohol y otras drogas en España (EDADES) 2024*. Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2024_Informe_EDADES.pdf
- Guardia Serecigni, J. (Coord.). (2017). *Guía de consenso para el buen uso de analgésicos opioides*. Socidrogalcohol.
- Instituto Nacional de Estadística. (2024). *Padrón municipal de habitantes 2024*. <https://www.ine.es>
- International Association for the Study of Pain. (2011). *IASP terminology*. <https://www.iasp-pain.org/resources/terminology/>
- López Martín, R. (2024). Types of pain. The flare up, a new entity? *Revista de la Sociedad Española Multidisciplinar del Dolor (MPJ)*, 4, 94–99. <https://doi.org/10.20986/mpj.2024.1077/2024>
- Ministerio de Sanidad. (2021). *Plan de optimización de la utilización de analgésicos opioides en dolor crónico no oncológico*. https://www.sanidad.gob.es/areas/farmacia/publicaciones/planOptimizacion/docs/opioides/Plan_Optimizacion_Opioides_en_DCNO.pdf
- Pedrajas Navas, J. M., & Molino González, A. M. (2008). Bases neuro-médicas del dolor. *Clínica y Salud*, 19(3), 277–293. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742008000300002
- Pérez Ruiz, A. O., Jiménez Gutiérrez, M. B., & Vega Cisneros, L. (2018). Regiones del encéfalo vinculadas a la interpretación del dolor. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 17(3), 386–395. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2018000300386
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2023). *Key substance and mental health indicators in the United States: Results from the 2021 National Survey on Drug Use and Health*. U.S. Department of Health and Human Services. <https://www.samhsa.gov/data/sites/default/files/reports/pt39443/2021NSDUHFFRRev010323.pdf/>



Sun, J., Chen, S. R., & Pan, H. L. (2020). μ -Opioid receptors in primary sensory neurons are involved in supraspinal opioid analgesia. *Brain Research*, 1729, 146623. <https://doi.org/10.1016/j.brainres.2019.146623>

World Health Organization. (1996). *Cancer pain relief: With a guide to opioid availability* (2nd ed.). <https://iris.who.int/handle/10665/37896>

Yam, M. F., Loh, Y. C., Tan, C. S., Adam, S. K., Manan, N. A., & Basir, R. (2018). General pathways of pain sensation and the major neurotransmitters involved in pain regulation. *International Journal of Molecular Sciences*, 19(8), 2164. <https://doi.org/10.3390/ijms19082164>

Tabla SI. Distribución de registros de abuso según principio activo, sexo y duración de abuso

Principio activo	Duración	Hombre [n (%)]	Mujer [n (%)]	Total [n (%)]
Fentanilo	Corta	1 (3,7)	2 (7,4)	3 (11,1)
	Media	4 (14,8)	3 (11,1)	7 (25,9)
	Larga	2 (7,4)	1 (3,7)	3 (11,1)
Total		7 (53,8)	6 (46,2)	13 (48,1)
Codeína	Corta	-	-	-
	Media	-	1 (3,7)	1 (3,7)
	Larga	1 (3,7)	-	1 (3,7)
Total		1 (50,0)	1 (50,0)	2 (7,4)
Tramadol	Corta	-	1 (3,7)	1 (3,7)
	Media	3 (11,1)	1 (3,7)	4 (14,8)
	Larga	-	1 (3,7)	1 (3,7)
Total		3 (50,0)	3 (50,0)	6 (22,2)
Tapentadol	Corta	-	-	-
	Media	1 (3,7)	1 (3,7)	2 (7,4)
	Larga	-	1 (3,7)	1 (3,7)
Total		1 (33,3)	2 (66,7)	3 (11,1)
Tramadol + Paracetamol	Corta	-	1 (3,7)	1 (3,7)
	Media	1 (3,7)	2 (7,4)	3 (11,1)
	Larga	1 (3,7)	-	1 (3,7)
Total		2 (40,0)	3 (60,0)	5 (18,5)

Nota: n=número de registros de abuso. Un mismo paciente puede presentar más de un registro. El porcentaje total se calculó respecto a la muestra completa (N=27).



Tabla S2. Distribución de registros de abuso según dosis de abuso, principio activo y sexo

Principio activo	Dosis	Hombre [n (%)]	Mujer [n (%)]	Total [n (%)]
Fentanilo	Baja	1 (3,7)	2 (7,4)	3 (11,1)
	Media	4 (14,8)	3 (11,1)	7 (25,9)
	Alta	2 (7,4)	1 (3,7)	3 (11,1)
Total		7 (53,8)	6 (46,2)	13 (48,1)
Codeína	Baja	-	-	-
	Media	1 (3,7)	-	1 (3,7)
	Alta	-	1 (3,7)	1 (3,7)
Total		1 (50,0)	1 (50,0)	2 (7,4)
Tramadol	Baja	1 (3,7)	-	1 (3,7)
	Media	2 (7,4)	2 (7,4)	4 (14,8)
	Alta	-	1 (3,7)	1 (3,7)
Total		3 (50,0)	3 (50,0)	6 (22,2)
Tapentadol	Baja	-	-	-
	Media	-	2 (7,4)	2 (7,4)
	Alta	1 (3,7)	-	1 (3,7)
Total		1 (33,3)	2 (66,7)	3 (11,1)
Tramadol + Paracetamol	Baja	-	-	-
	Media	1 (3,7)	3 (60,0)	4 (14,8)
	Alta	1 (3,7)	-	1 (3,7)
Total		2 (40,0)	3 (60,0)	5 (18,5)

Nota: n=número de registros de abuso. Un mismo paciente puede presentar más de un registro. El porcentaje total se calculó respecto a la muestra completa (N=27).



Tabla S3. Distribución de pacientes según duración de abuso e índice de escalada por principio activo

Principio activo	Duración	Índice Bajo (n)	Índice Medio (n)	Índice Alto (n)	Total (%)
Fentanilo	Corta	-	3 (11,1)	-	3 (11,1)
	Media	1 (3,7)	3 (11,1)	3 (11,1)	7 (25,9)
	Larga	2 (7,4)	1 (3,7)	-	3 (11,1)
Total		3 (11,1)	7 (25,9)	3 (11,1)	13 (48,1)
Codeína	Corta	-	-	-	-
	Media	-	-	1 (3,7)	1 (3,7)
	Larga	-	1 (3,7)	-	1 (3,7)
Total		-	1 (3,7)	1 (3,7)	2 (7,4)
Tramadol	Corta	-	-	1 (3,7)	1 (3,7)
	Media	-	4 (14,8)	-	4 (14,8)
	Larga	1 (3,7)	-	-	1 (3,7)
Total		1 (3,7)	4 (14,8)	1 (3,7)	6 (22,2)
Tapentadol	Corta	-	-	-	-
	Media	-	1 (3,7)	1 (3,7)	2 (7,4)
	Larga	-	1 (3,7)	-	1 (3,7)
Total		-	2 (7,4)	1 (3,7)	3 (11,1)
Tramadol + Paracetamol	Corta	-	1 (3,7)	-	-
	Media	1 (3,7)	2 (7,4)	-	1 (3,7)
	Larga	-	-	1 (3,7)	1 (3,7)
Total		1 (3,7)	3 (11,1)	1 (3,7)	5 (18,5)

Nota: n=número de pacientes. Los porcentajes se calcularon respecto a la muestra completa (N=27) o respecto al número de pacientes con datos disponibles para cada variable, según corresponda. Celdas con guión (-) indican ausencia de datos.



Tabla S4. Distribución de variables clínicas de abuso según principio activo y presencia de comorbilidad

Principio activo	Variable	Baja (<P25) (%)	Media (P25–P75) (%)	Alta (>P75) (%)	Total
Fentanilo	Duración del abuso	Si: 3 (27,3) No: -	Si: 5 (45,5) No: 2 (100)	Si: 3 (27,3) No: -	Si: 11 No: 2
	Índice de escalada	Si: 2 (18,2) No: 1 (50,0)	Si: 7 (63,6) No: -	Si: 2 (18,2) No: 1 (50,0)	Si: 11 No: 2
	Latencia de abuso	Si: 3 (23,1) No: -	Si: 7 (53,8) No: 1 (50,0)	Si: 3 (23,1) No: 1 (50,0)	Si: 13 No: 2
Codeína	Duración del abuso	Si: - No: 1 (100)	Si: 4 (80,0) No: -	Si: 1 (20,0) No: -	Si: 5 No: 1
	Índice de escalada	Si: 1 (20,0) No: -	Si: 4 (80,0) No: -	Si: - No: 1 (100)	Si: 2 No: -
	Latencia de abuso	Si: - No: -	Si: 1 (50,0) No: -	Si: 1 (50,0) No: -	Si: 2 No: -
Tramadol	Duración del abuso	Si: - No: 1 (100)	Si: 4 (80,0) No: -	Si: 1 (20,0) No: -	Si: 5 No: 1
	Índice de escalada	Si: 1 (20,0) No: -	Si: 4 (80,0) No: -	Si: - No: 1 (100)	Si: 5 No: 1
	Latencia de abuso	Si: 1 (20,0) No: -	Si: 4 (80,0) No: -	Si: - No: 1 (100)	Si: 5 No: 1
Tapentadol	Duración del abuso	Si: - No: -	Si: 1 (100) No: 1 (50,0)	Si: - No: 1 (50,0)	Si: 1 No: 2
	Índice de escalada	Si: - No: -	Si: - No: 2 (100)	Si: - No: -	Si: 1 No: 2
	Latencia de abuso	Si: - No: -	Si: 1 (100) No: 1 (50,0)	Si: - No: 1 (50,0)	Si: 1 No: 2
Tramadol + Paracetamol	Duración del abuso	Si: 1 (25,0) No: -	Si: 2 (50,0) No: 1 (100)	Si: 1 (25,0) No: -	Si: 4 No: 1
	Índice de escalada	Si: 1 (25,0) No: -	Si: 2 (50,0) No: 1 (100)	Si: 1 (25,0) No: -	Si: 4 No: 1
	Latencia de abuso	Si: 1 (25,5) No: -	Si: 3 (75,0) No: -	Si: - No: 1 (100)	Si: 4 No: 1

Nota: P25 = percentil 25; P75 = percentil 75. La tabla muestra el recuento absoluto y el porcentaje de sujetos con presencia o ausencia de comorbilidad (sí/no) según las variables clínicas de abuso (duración de abuso, índice de escalada y latencia de abuso) para cada principio activo. Los porcentajes se calcularon dentro de cada principio activo y dentro de cada categoría de comorbilidad. Las categorías baja/corta, media y alta/larga, se definieron a partir de los percentiles específicos de cada principio activo. Un guión (-) indica ausencia de datos.