



Artículo Aceptado para su pre-publicación / Article Accepted for pre-publication

Título / Title:

¿Cómo prevenir el abuso de opioides sin dificultar el acceso a los mismos de aquellos pacientes que los necesitan? / How to prevent the abuse of opioids without hindering access to them for those patients who need them?

Autores / Authors:

Alicia Alonso Cardaño

DOI: [10.20986/resed.2023.4078/2023](https://doi.org/10.20986/resed.2023.4078/2023)

Instrucciones de citación para el artículo / Citation instructions for the article:

Alonso Cardaño Alicia. ¿Cómo prevenir el abuso de opioides sin dificultar el acceso a los mismos de aquellos pacientes que los necesitan? / How to prevent the abuse of opioids without hindering access to them for those patients who need them?. Rev. Soc. Esp. Dolor. 2023. doi: 10.20986/resed.2023.4078/2023.

Este es un archivo PDF de un manuscrito inédito que ha sido aceptado para su publicación en la Revista de la Sociedad Española del Dolor. Como un servicio a nuestros clientes estamos proporcionando esta primera versión del manuscrito en estado de pre-publicación. El manuscrito será sometido a la corrección de estilo final, composición y revisión de la prueba resultante antes de que se publique en su forma final. Tenga en cuenta que durante el proceso de producción se pueden dar errores lo que podría afectar el contenido final. El copyright y todos los derechos legales que se aplican al artículo pertenecen a la Revista de la Sociedad Española de Dolor.

¿CÓMO PREVENIR EL ABUSO DE OPIOIDES SIN DIFICULTAR EL ACCESO A LOS MISMOS DE AQUELLOS PACIENTES QUE LOS NECESITAN?

HOW TO PREVENT THE ABUSE OF OPIOIDS WITHOUT HINDERING ACCESS TO THEM FOR THOSE PATIENTS WHO NEED THEM?

Alicia Alonso Cardaño

Coordinadora del Grupo de Trabajo de Opioides de la SED. Anestesiología. Unidad de Dolor. Complejo Asistencial Universitario de León, España

CORRESPONDENCIA:

Alicia Alonso Cardaño

aalonsocar@saludcastillayleon.es

Siendo el opio conocido por sus propiedades medicinales y analgésicas desde varios siglos a. C., la historia más reciente ha mostrado cómo la “epidemia opioide” de Norteamérica se ha convertido en una preocupación de salud pública de consecuencias sociales y económicas en algunos países (1). En los últimos veinte años el uso de opioides ha ido creciendo, coincidiendo con un aumento en la adicción y en la morbimortalidad asociada a los mismos.

En EE. UU. el incremento de muertes por sobredosis de opioides sucedió a finales de los años 90 con la introducción en el mercado de nuevos analgésicos derivados de los opioides por parte de las compañías farmacéuticas, asegurando que no producirían adicción en los pacientes, y así se comenzaron a recetar en grandes proporciones (2). La consecuencia fue un aumento del uso recreativo, y no medicinal, de estas sustancias (antes de que tuviéramos la certeza de que realmente eran adictivas) (3).

Europa, en su conjunto, parece haber sido menos afectada por la epidemia opioide. Sin embargo, ciertos estados de la Unión Europea han experimentado una tendencia ascendente de consumo de analgésicos opioides y muertes por sobredosis (4).

Todo esto ha llevado a desarrollar políticas sanitarias con estrategias similares en todos los países, encaminadas a prevenir el abuso de opioides y las sobredosis (5). Sin

embargo, los gobiernos que han implantado medidas de control para obtener los mejores resultados en salud están encarando en la actualidad el dilema entre cómo prevenir el abuso de opioides sin dificultar el acceso a los mismos de aquellos pacientes que los necesitan (6).

En 2016, el Centers for Disease Control and Prevention (CDC) publicó una guía de prescripción de opioides para dolor crónico para ayudar a los médicos generalistas a valorar la relación riesgo/beneficio del tratamiento con opioides en dolor crónico. La publicación fue seguida de una respuesta acelerada en forma de reducción en la prescripción de todos los opioides y de aumento en las recetas de analgésicos no opioides (7). La guía de 2016 supuso la irrupción de nuevas leyes, regulaciones y políticas sanitarias que contribuyeron a la aplicación de las recomendaciones al extremo (dosis recomendada y duración del tratamiento inflexibles), ocasionando algunos pacientes con dolor infratratado e incluso no tratado, reducciones rápidas de opioides, con interrupciones bruscas de tratamientos, aparición aguda de síntomas de abstinencia y conflictos psicológicos e ideación suicida (8).

Estos casos han servido para remarcar la necesidad de actualizar la Guía de Prescripción de Opioides, resaltando la importancia de un *abordaje flexible e individualizado para cada paciente*.

La nueva guía actualizada en 2022 ha modificado su nombre por el de *Guía Clínica Práctica* y está dirigida a médicos prescriptores de opioides en pacientes adultos con dolor, siempre en el entorno extra-hospitalario. Resulta interesante cómo ha ampliado el contenido a los episodios de dolor agudo (duración menor de 1 mes), dolor subagudo (entre 1 y 3 meses) y, por supuesto, dolor crónico (9).

La guía reconoce un papel fundamental de los opioides en el dolor agudo moderado-severo cuando los antiinflamatorios no esteroideos (AINE) y otras terapias estén contraindicados o no sean suficientemente efectivos, iniciando opioides a las dosis efectivas más bajas posibles y durante un tiempo no superior a la duración de la fase aguda de dolor (10).

Respecto al dolor crónico recomienda aprovechar al máximo todas las terapias no opioides disponibles, e iniciar el tratamiento con opioides solo después de valorar que los beneficios superan los riesgos, con la menor dosis efectiva, reevaluando

cuidadosamente el seguimiento del tratamiento y evitando incrementos de dosis que lleguen a invertir la relación beneficio/riesgo.

Las nuevas recomendaciones de la guía 2022 enfatizan principalmente dos aspectos. El primero, sobre cómo y cuándo reducir los opioides en pacientes que ya los están recibiendo: los clínicos deben medir los beneficios de continuar con la terapia y los inconvenientes de suspenderla, teniendo en cuenta que no se deben suprimir bruscamente ni reducirlos de forma rápida. En tratamientos superiores a un año, se recomienda rebajar la dosis un 10 % cada mes, o incluso más lentamente si el paciente no lo tolera, insistiendo en la empatía del clínico para apoyar y acompañar al paciente en un proceso que puede resultar complicado al modificar las funciones y, en ocasiones, las estructuras celulares. Finalmente, el segundo aspecto a remarcar es que la decisión de suspender los opioides debe ser tomada conjuntamente entre médico y paciente (10,11).

Como conclusiones podemos decir:

- Se recomienda seguir los principios generales, y no tanto marcar unas cifras o niveles específicos en miligramos de dosis.
- Utilizar los opioides de forma individualizada, informando al paciente, siendo efectivos en las dosis, mejorando la funcionalidad y la calidad de vida y reduciendo los riesgos potenciales de los opioides, atendiendo a las necesidades particulares de cada paciente.
- La comunicación médico-paciente es esencial para tomar decisiones sobre el inicio o el cese del tratamiento, así como informar de los riesgos potenciales y los beneficios.

BIBLIOGRAFÍA

1. Robert M, Jouanjus E, Khouri C, Fouilhé Sam-Lai N, Revol B. The opioid epidemic: A worldwide exploratory study using the WHO pharmacovigilance database. *Addiction*. 2023;118(4):771-5.
2. Bandara S, Bicket MC, McGinty EE. Trends in opioid and non-opioid treatment for chronic non-cancer pain and cancer pain among privately insured adults in the

United States, 2012–2019. PLoS ONE. 2022;17(8):e0272142

3. Mayoral V. An overview of the use and misuse/abuse of opioid analgesics in different world regions and future perspectives. *Pain Manag*. 2022;12(4):535-55.
4. Richards GC, Aronson JK, Mahtani KR, Heneghan C. Global, regional, and national consumption of controlled opioids: a cross-sectional study of 214 countries and nonmetropolitan territories. *Br J Pain*. 2022;16(1):34-40.
5. Report of the International Narcotics Control Board for 2020 [Internet]. International Narcotics Control Board; 2021. Disponible en: <https://www.incb.org/incb/en/publications/annual-reports/annual-report-2020.html>
6. Addressing problematic opioid use in OECD countries [Internet]. OECD; 2019. Disponible en: <https://www.oecd.org/health/addressing-problematic-opioid-use-in-oecd-countries-a18286f0-en.htm>
7. Treede RD, Rief W, Barke A, Aziz Q, Bennett MI, Benoliel R, et al. Chronic pain as a symptom or a disease: the IASP Classification of Chronic Pain for the International Classification of Diseases (ICD-11). *Pain*. 2019;160(1):19-27.
8. Wakeman SE. Opioid Use Disorder Diagnosis and Management [Internet]. *NEJM Evid*. 2022;1(4). Disponible en: <https://evidence.nejm.org/doi/full/10.1056/EVIDra2200038>
9. Dowell D, Ragan KR, Jones CM, Baldwin GT, Chou R. CDC Clinical Practice Guideline for Prescribing Opioids for Pain - United States, 2022 [Internet]. Centers for Disease Control and Prevention; 2022. Disponible en: <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/71/rr/rr7103a1.htm>
10. Häuser W, Morlion B, Vowles KE, Bannister K, Buchser E, Casale R, et al. European clinical practice recommendations on opioids for chronic noncancer pain - Part 1: Role of opioids in the management of chronic noncancer pain. *Eur J Pain*. 2021;25(5):949-68.
11. Krčevski Škvarč N, Morlion B, Vowles KE, Bannister K, Buchsner E, Casale R, Chenot JF, Chumbley G, Drewes AM, Dom G, Jutila L, O'Brien T, Pogatzki-Zahn E, Rakusa M, Suarez-Serrano C, Tölle T, Häuser W. European clinical practice recommendations on opioids for chronic noncancer pain - Part 2: Special

situations. Eur J Pain. 2021;25(5):969-85.

Prepublicación