

La crisis de los opiáceos: ¿es posible algo así en España?

Opioid Crisis. Could it happen in Spain?

Romero de Ávila Cabezón, Gabriel¹; González Sabajanes, M^a Ángeles¹

¹ Coordinadores Grupo de Trabajo Atención al Dolor AGAMFEC

Autor para correspondencia: Gabriel Romero de Ávila Cabezón, gromero92@yahoo.com

Estados Unidos se enfrenta a la peor crisis de drogadicción de su historia y no se debe a la heroína, la cocaína o las sustancias de diseño, sino a los medicamentos de origen opiáceo prescritos con receta médica. Aunque la administración de opiáceos con respecto a su población cambia mucho de unos estados a otros -hasta seis veces más consumo en los estados con mayor proporción de recetas¹-, y la legislación en vigor también difiere, los datos de efectos secundarios son terribles: se calcula que unos setenta mil estadounidenses fallecieron en el año 2020 a causa de las sobredosis de medicamentos recetados, y unos cien mil el año pasado. Estas cifras se han multiplicado por cuatro en los últimos veinte años y, en estos momentos, los opiáceos constituyen una causa de muerte más frecuente en ese país que los accidentes de tráfico o las armas de fuego¹.

La Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA, por sus siglas en inglés) explica que a día de hoy se siguen vendiendo fármacos de manera ilegal a través de Internet², un asunto que sus autoridades llevan años combatiendo. Este comercio preocupa no solo por el papel que tiene en las actuales adicciones y sobredosis, sino además porque los consumidores no pueden estar seguros de qué sustancias y en qué cantidades están ingiriendo al no pasar estas por ninguna clase de control. Sin embargo, la propia FDA reconoce que esta crisis actual no se debe a las ventas en el mercado negro, sino a la dispensación de fármacos bajo receta médica, en la mayoría de los casos a unas dosis superiores a las necesarias y durante mucho más tiempo del debido. Aquellos pacientes que no podían acceder a nuevas recetas acabaron enganchados a drogas ilegales como la heroína.

El año pasado, la empresa Purdue Pharma, comercializadora del medicamento OxyContin -oxicodona- se declaró culpable de abuso y negligencia, engaño a la FDA al haber ocultado efectos secundarios de los que tenía conocimiento, y violación del estatuto federal antisoborno al haber primado a numerosos médicos para que recetaran más allá de las indicaciones autorizadas. La compañía se enfrentaba a dos mil seiscientas demandas por estos delitos y finalmente aceptó un acuerdo millonario con el Departamento de Estado, a lo que se añadió la declaración de bancarrota con el fin de crear un fondo que repercutiera en programas de ayuda para las víctimas. Otras compañías del mismo ramo han sufrido destinos similares ante la inundación de demandas en los últimos años, y estas y otras causas judiciales aún no están cerradas³.

Los efectos sobre la sociedad estadounidense han sido claros y, ya en 2017, la Casa Blanca decretó la emergencia sanitaria por este motivo⁴. Desde entonces, la FDA ha llevado a cabo nuevos esfuerzos para mitigar esta tragedia, como la elaboración de guías actualizadas sobre el manejo del dolor agudo y crónico -que hacen hincapié en reducir las dosis prescritas a lo mínimo necesario y durante el menor tiempo posible-, la formación continuada a los profesionales sanitarios -con el fin de que sean conscientes de esta problemática y revisen la medicación de sus pacientes antes de volver a hacer recetas- o la persecución de las redes de venta ilegal. También se ha ido potenciando la investigación farmacéutica de nuevos medicamentos contra el dolor, en busca del objetivo final de no seguir

dependiendo de los opiáceos y disponer, en un plazo de tiempo medio, de fármacos que no presenten sus terribles efectos secundarios.

Ahora bien, ¿cuál es la situación en nuestro país? ¿Podría llegar a ocurrir algo parecido?

El 22 de septiembre de 2021, el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud aprobó el Plan de optimización de la utilización de analgésicos opioides en dolor crónico no oncológico en el Sistema Nacional de Salud⁵. En este documento se expresa de manera clara la preocupación existente acerca del consumo de opiáceos en España, que ya ha sido motivo de análisis desde el año 2015. Defiende el abordaje precoz y definido del dolor crónico, que afecta a entre un 11 y un 17 % de la población, pero siempre con la menor dosis eficaz y el menor tiempo necesario, y atendiendo en todo momento a la posible aparición de efectos secundarios y signos de adicción al fármaco. Aboga en cualquier situación por una atención integral centrada en la persona, desde una perspectiva biopsicosocial y con recursos de ayuda psicológica y comunitaria que no conviertan al fármaco en la única solución posible.

Las cifras también son muy demostrativas: el consumo de opiáceos ha aumentado de forma marcada desde 2013, sobre todo el tapentadol, que se ha multiplicado por 5–6. Aun así, el fentanilo es el opiáceo más utilizado, alrededor del 50 % de las prescripciones y sobre todo por vía transcutánea. La asociación de oxicodona y naloxona también ha crecido, mientras que la morfina permanece estable.

En cuanto a Comunidades Autónomas, Galicia, la Comunidad Valenciana y Cantabria se hallan a la cabeza. Y, en comparación con el resto de países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), España ocupa el cuarto lugar en consumo mundial de fentanilo, por detrás de Estados Unidos, Alemania y el Reino Unido.

Estos fármacos se adquieren en mayor medida a través de receta médica y solo el 1,7 % de las personas que han tomado alguna vez opiáceos lo hicieron por otras vías, generalmente a través de un amigo o familiar que se encuentra en tratamiento.

La principal alarma que ha surgido con este plan es el hallazgo de una prescripción indebida de fentanilo de liberación inmediata -por vía de la mucosa bucal o intranasal- para el tratamiento del dolor crónico no oncológico, cuando su única indicación en ficha técnica es el dolor irruptivo oncológico. Tiene sentido que exista una presentación que libere rápidamente el fármaco para mitigar un dolor igual de rápido, pero no que se utilice esta fórmula para un dolor lento, sostenido y que se desarrolla a lo largo de años. A pesar de que esto parece obvio desde el punto de vista teórico, se ha visto que una de cada cuatro unidades de fentanilo de liberación inmediata iba a parar a pacientes con dolor crónico no oncológico, que por necesidad tenderán a repetir dosis de manera continuada y sufrirán por tanto mayor riesgo de sobredosis y adicción.

Por este motivo, el Ministerio de Sanidad ha decidido exigir la presentación de visado para las nuevas prescripciones de fentanilo de liberación inmediata, no así para los tratamientos en curso. De esta manera se busca minimizar la presencia de errores y dosificaciones inadecuadas, que pueden aumentar el riesgo asociado al fármaco.

Como ha manifestado en distintas ocasiones la Sociedad Española del Dolor (SED)⁶, la crisis de opiáceos de los Estados Unidos no es exportable a otros países, y mucho menos al nuestro, en el que el sistema sanitario, bien coordinado y con profesionales formados y experimentados en estos procesos, cuenta con los mecanismos necesarios para detectar prescripciones indebidas. Tanto la Atención Primaria como la Atención Hospitalaria han experimentado un desarrollo considerable en las tres últimas décadas, con la incorporación de personal especializado y la adquisición de medios diagnósticos y terapéuticos de última generación.

Sin embargo, la SED también apunta a algunas flaquezas de nuestro sistema, como son la escasa apuesta por las terapias no farmacológicas o las deficiencias en docencia e investigación. La actual política sanitaria hospitalocentrista, que deja la Atención Primaria sin tiempo ni recursos suficientes para atender a los enfermos de una manera ortodoxa y digna, también va en contra de estos planes.

De un modo u otro, nuestro modelo de atención sanitaria está más blindado frente a tales amenazas, pero no por ello podemos relajarnos, porque todavía nos queda mucho trabajo por hacer.

BIBLIOGRAFÍA

1. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos (CDC). Accesible en www.cdc.gov
2. Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos. Accesible en www.fda.gov
3. Purdue Pharma se declara culpable de engaño por vender un opiáceo que fomentó una epidemia de adicciones (Internet). El País (citado el 21 de octubre de 2020). Disponible en: <https://elpais.com/sociedad/2020-10-21/purdue-pharma-se-declara-culpable-de-engaño-por-vender-un-opiáceo-que-fomentó-una-epidemia-de-adicciones.html>
4. EE UU declara la emergencia sanitaria por la ola de adicción a los opiáceos (Internet). El País (citado el 27 de octubre de 2017). Disponible en: https://elpais.com/internacional/2017/10/26/estados_unidos/1509030646_508688.html
5. Plan de optimización de la utilización de analgésicos opioides en dolor crónico no oncológico en el Sistema Nacional de Salud. Septiembre de 2021. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/profesionales/farmacia/pdf/20210927_Plan_Optimizacion_Opioides.pdf
6. Dr. Víctor Mayoral: «La crisis de adicciones de opiáceos que está sucediendo en los EE. UU., no ocurrirá en España» (Internet). Médicosypacientes.com (citado el 7 de diciembre de 2021). Disponible en: <http://www.medicosypacientes.com/articulo/dr-victor-mayoral-la-tesis-de-adicciones-de-opiáceos-que-esta-sucediendo-en-los-ee-uu-no>