

La gran crisis de los opiáceos

Patricia Eguren Escriña (Medicina Familiar y Comunitaria), Servicio de Urgencias. Hospital de Torrejón de Ardoz, Madrid.

Actualmente existe una gran preocupación por el exceso en la prescripción y en el consumo de fármacos opiáceos. En este momento, el problema se considera una auténtica crisis en la que más de 4000 americanos murieron por sobredosis el año pasado, y es una cifra en alza.

Hay que tener en cuenta que hay muchos pacientes con tratamientos con opiáceos y en concreto los enfermos oncológicos plantean un gran reto en esta crisis. En estos pacientes se es más permisivo y se prescriben con más ligereza que en el caso de pacientes con dolor no oncológico.

La enfermedad terminal no es el problema, pero sí los largos supervivientes. El problema es saber identificar a los pacientes que sobrevivirán para no tratar el dolor sólo pensando en el “ahora”.

Además, hay que tener en cuenta que en los pacientes con quimioterapia se suelen evitar los antiinflamatorios para no enmascarar la fiebre y para evitar la nefro y la hepatotoxicidad. Esto tiene a los oncólogos en una encrucijada. Siempre se había pensado que en los pacientes con dolor oncológico el único tratamiento eran los opiáceos y que no se harían adictos, pero eso no es cierto. A medida que avanzan los tratamientos y los enfermos tienen una mayor esperanza de vida se abren nuevos retos con adicción a fármacos que nosotros mismos hemos provocado.

Este es sólo un ejemplo del problema con este tipo de tratamientos. Sin centrarnos en enfermos tan complejos como los oncológicos, parece claro que el momento que vivimos es crítico. Por este motivo hay múltiples inquietudes y alternativas que se plantean.

Entre las distintas opciones para combatir esta nueva epidemia se plantea:

1. COMBATIR LA EPIDEMIA DE OPIACEOS EN TODO MOMENTO

En los servicios de urgencias se tratan todo tipo de patologías a todas las horas del día y de la noche, lo que presenta la oportunidad de detectar y tratar el problema en cualquier momento. Aunque la evidencia dice que abordar este problema en este ámbito es efectivo, hay cierta reticencia a hacerlo. Se debe en parte a errores de concepto o estigmas sociales y también a la sobrecarga de los servicios de urgencias.

Hasta ahora el tratamiento de estos pacientes en urgencias se limita al tratamiento de los síntomas, lo que a la larga no es efectivo, además de tener riesgo para los médicos, puesto que los enfermos pueden ponerse agresivos. Es más importante tratar el problema de fondo, lo que ha demostrado que disminuye la mortalidad.

Para poder hacer esto hay ya algunas guías, algoritmos, recomendaciones y técnicas para ayudar a los profesionales. Es preciso sólo un entrenamiento de 8 horas para poder prescribir buprenorfina y hay ya muchos cursos disponibles.

Parece evidente que tratar a los pacientes desde el inicio puede marcar la diferencia y el servicio de urgencias es un lugar privilegiado detectar a estos pacientes (en muchos casos es el único sitio en el que se les atiende) y poder comenzar su tratamiento. La urgencia tiene que formar parte del seguimiento integral de estos pacientes, junto con el resto del sistema sanitario.

2. FOMENTAR EL PAPEL DE LA ATENCIÓN PRIMARIA (AP)

Se ha visto que menos del 5% de los enfermos que tienen trastorno de dependencia a estos fármacos reciben el tratamiento y cuando lo hacen el seguimiento es complicado. En EEUU el reto es que haya más médicos formados y que la prescripción del tratamiento se extienda a la red general de tratamientos. Al igual que el VIH o la diabetes, el trastorno del abuso de opiáceos tiene un tratamiento crónico y cuyo cumplimiento implica un buen pronóstico.

Tras décadas de tratamientos está demostrado que el tratamiento con fármacos como la buprenorfina o metadona mejoran la evolución de los pacientes y sobre todo disminuyen el número de muertes.

Una opción realista es trasladar a la AP el tratamiento de estos enfermos, como en otras partes del mundo. Formar especialistas concretos además de caro es lento, pero los médicos de AP, los pediatras o los ginecólogos tienen acceso más directo a los pacientes. Esto ocurrió con el tratamiento del VIH, pero con los opiáceos hay varios mitos contra los que luchar

- 1- Se cree que el manejo de la buprenorfina es muy complicado. Sin embargo desde AP los médicos prescriben insulina, anticoagulantes, que son fármacos con riesgo. En el caso de los opiáceos es preciso estar acreditado con una formación de 8 horas y una solución es que se incluya en la formación habitual de los profesionales.
- 2- Se cree que este tratamiento es generar otra dependencia. Sin embargo, se entiende como un problema de abuso, no la dependencia psicológica, sino el consumo abusivo e incontrolable a pesar del daño que pueda provocar. Pero si hablamos de tener que tomar un fármaco diario de forma crónica, hay muchas otras enfermedades que lo requieren y no es un problema.
- 3- Otro mito es que se cree que es mejor la deshabituación completa, lo cual no ha sido demostrado. Además los pacientes en abstinencia completa que recaen en el consumo, han perdido la tolerancia a la sustancia y tienen más sobredosis.
- 4- Existe el mito de que es caro, pero no lo es más que otros tratamientos crónicos y además en este caso la buena respuesta y evolución son muy satisfactorios.
- 5- Hay una corriente que piensa que es mejor dejar de prescribir los opiáceos, pero si los que los toman no pueden comprarlos, se les empujará hacia otros sustitutos más dañinos, como por ejemplo la heroína. Lo que sí que hay que hacer es prescribirlos mejor.

El tratamiento con buprenorfina es efectivo a largo plazo, por lo que un seguimiento por AP lo facilita. Asimismo, la coordinación con otros especialistas mejora el pronóstico de estos enfermos. El objetivo es centrarse en el paciente y tratar de forma conjunta y normalizando su situación, introduciéndolo en los procedimientos de la red principal de salud.

Otro fármaco empleado en el tratamiento sustitutivo de opioides es la metadona. En la mayoría de los países la metadona se administra desde AP. En EEUU, desde los años 70 la metadona se administra en clínicas especializadas, pero en la era de esta epidemia de consumo, debería haber un acceso más sencillo y el manejo en AP es posible.

Cambiar este sistema implica un cambio de leyes en EEUU, pero quizás la urgencia del problema pueda acelerar el proceso de poder administrar la metadona en AP. Tener acceso a estos fármacos en AP hace que sea más sencillo el tratamiento, sobre todo en áreas menos urbanas, en las que una clínica especializada no es algo factible, además de generar habitualmente rechazo entre las comunidades en las que se establecen.

3. LIMITACION EN LA PRESCRIPCION DE OPIOIDES

Esta medida genera mucha controversia. No es algo nuevo. Ya en 2016 la mitad de los EEUU adoptó una política de restricción de días prescritos

No sólo se determina el número de días sino también las dosis. Esto no afecta a pacientes con dolor crónico, cáncer, o población con tratamiento sustitutivo de opiáceos.

El hecho de actuar sobre la prescripción no es tan sencillo como prescribir sólo 3 días de tratamiento. Hay que tener en cuenta el tipo de dolor, la intensidad y saber si la diferencia entre 3 o 5 días de tratamiento puede marcar la diferencia en la adicción. Hay que tener en cuenta también los problemas derivados de suspender el tratamiento en pacientes que ya lo toman.

Para poder llevar a cabo esta medida hay que examinar el impacto que tendrá en los enfermos, hay que modificar las leyes para adaptarlas a los distintos usos y hay que valorar los resultados basándose en los pacientes, valorando el control del dolor, la vuelta al trabajo al mejorar... Es preciso estudiar estrategias que ayuden a disminuir el riesgo de adicción, no sólo centrándonos en el número de días que se prescriben.

Hay que tener cuidado con las restricciones en la prescripción porque una posible consecuencia es que se empuje a los enfermos a consumir otras sustancias peores. Por ello, todos los cambios hay que hacerlos con cautela. El objetivo es cambiar la tendencia en el uso de opiáceos y dárselos a aquellos que realmente los necesitan.

4. FARMACOVIGILANCIA ACTIVA

La FDA está tomando medidas para abordar este problema desde distintos frentes para tratar mejor y anticiparse a los problemas. Debe estar atenta a reconocer nuevas tendencias de consumo para poder anticiparse con sus medidas.

La FDA usa un sistema de vigilancia múltiple para anticiparse a los cambios. Tienen que detectar las razones en posibles cambios de tendencias en las prescripciones y cambios en las tendencias de uso y abuso. La FDA hace búsquedas en redes sociales foros o bases de datos de salud para ver qué información circula, qué patrón de consumo hay y detectar si hay efectos adversos. Todos los datos epidemiológicos ayudan. Y con toda la información se toman decisiones para corregir conductas y minimizar daño.

Alrededor de los opiáceos hay varias alarmas que vigilar, como por ejemplo:

- Los gabapentinoides (gabapentina y pregabalina) son fármacos cuyo consumo ha aumentado de forma llamativa.
- Sustancias nuevas que aparecen como el kratom, una sustancia vegetal disponible sólo online en plataformas asociadas a la marihuana y el tabaco. Tiene efectos similares a los opiáceos. Desde las redes sociales se ve que se usa no sólo para el dolor sino también para el síndrome de abstinencia o sólo por ocio.
- La loperamida, que en dosis adecuadas es segura, pero en distintos foros se objetiva que hay un consumo excesivo para tratar por ejemplo el síndrome de abstinencia, con los efectos secundarios que eso conlleva como la torsade de pointes y la muerte.

Con toda esta información el mensaje a transmitir es que, ante un gran problema, es preciso movilizar a todos y hacerlo cuanto antes. Generalizar y hacer accesible el tratamiento del síndrome de abuso de opiáceos es una medida eficaz que debe fomentarse, así como intentar no provocar esa dependencia con una prescripción adecuada, encontrando el término medio entre tratar a los pacientes y generarles otra enfermedad

BIBLIOGRAFÍA

- 1- Loren AW. Harder to Treat Than Leukemia - Opioid Use Disorder in Survivors of Cancer N Engl J Med. 2018 Dec 27;379(26):2485-2487.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Harder+to+Treat+Than+Leukemia+%E2%80%94+Opioid+Use+Disorder>.
- 2- D'Onofrio G, McCormack RP, Hawk K. Emergency Departments - A 24/7/365 Option for Combating the Opioid Crisis. N Engl J Med. 2018 Dec 27;379(26):2487-2490.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Emergency+Departments+%E2%80%94+A+24%2F7%2F365+Option+for+Combating+the+Opioid+Crisis>
- 3- Wakeman SE, Barnett ML Primary Care and the Opioid-Overdose Crisis - Buprenorphine Myths and Realities N Engl J Med. 2018 Jul 5;379(1):14
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Primary+Care+and+the+Opioid-Overdose+Crisis+Buprenorphine+Myths+and+Realities>
- 4- Saloner B, Stoller KB, Alexander GC. Moving Addiction Care to the Mainstream Improving the Quality of Buprenorphine Treatment. N Engl J Med. 2018 Jul 5;379(1):4-6.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Moving+Addiction+Care+to+the+Mainstream+%E2%80%94+Improving+the+Quality+of+Buprenorphine+Treatment>

- 5- Samet JH, Botticelli M, Bharel M. Methadone in Primary Care - One Small Step for Congress, One Giant Leap for Addiction Treatment N Engl J Med. 2018 Jul 5;379(1):7-8.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Methadone+in+Primary+Care+%E2%80%94+One+Small+Step+for+Congress%2C>
- 6- Lowenstein M, Grande D, Delgado MK. Opioid Prescribing Limits for Acute Pain - Striking the Right Balance. N Engl J Med. 2018 Aug 9;379(6):504-506.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Opioid+Prescribing+Limits+for+Acute+Pain+%E2%80%94+Striking>
- 7- Throckmorton DC, Gottlieb S, Woodcock J. The FDA and the Next Wave of Drug Abuse - Proactive Pharmacovigilance. N Engl J Med. 2018 Jul 19;379(3):205-207.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=The+FDA+and+the+Next+Wave+of+Drug+Abuse+%E2%80%94+Proactive>