

Uso racional de opioides en el medio hospitalario

Rational use of opioids in hospitals

<https://doi.org/10.23938/ASSN.0723>

R. Moncada Durruti

Sr. Editor

La anestesia libre de opioides, OFA por sus siglas en lengua anglosajona (*opioid-free anesthesia*), viene implantándose con fuerza desde 2005. Inicialmente, y de manera preferente, se usa en la planificación del abordaje anestésico de las cirugías bariátricas con un doble objetivo: disminuir o minimizar los efectos secundarios de los mórnicos en los pacientes obesos, cuyas comorbilidades respiratorias suponen un especial riesgo en el postoperatorio inmediato, y disminuir la desagradable sensación de náuseas y vómitos provocados por los opioides¹, sin olvidar el riesgo de estrés al que la mecánica involuntaria de la arcada que precede al vómito somete a la reciente sutura gastro-intestinal.

Otros efectos indeseables, de carácter menos grave que la depresión respiratoria y las náuseas y vómitos postquirúrgicos, pero también deletéreos en su aparición, serían, entre otros, el prurito, la retención de orina, el estreñimiento, o el íleo paralítico, ya que no solo retrasarían la recuperación y alargarían el tiempo de estancia

hospitalaria sino que también tendrían un impacto económico claro en el ya sobrecargado Sistema Nacional de Salud.

Con este ánimo, nuestro colega belga, el anestesiólogo Jan Mulier^{2,3}, preconizaba el cambio de paradigma al sustituir uno de los pilares fundamentales de la anestesia balanceada, el de los analgésicos opioides, por un conjunto de fármacos con distintos mecanismos de acción que, al ser usados simultáneamente, logran mantener una estabilidad hemodinámica a través del bloqueo simpático durante la cirugía sin necesidad de uso de opioides, o minimizando su dosis en la variante más razonable de la estrategia de anestesia ahorradora de opioides, contrarrestando con ello sus efectos secundarios.

No es de extrañar que, con los positivos resultados que arroja la OFA, anestesiólogos con ánimo innovador y responsables de sus pacientes, como Díaz-Crespo y col⁴, traten de expandir los beneficios de la OFA a cirugías no laparoscópicas o de índole no bariátrica, donde pacientes con síndrome de dolor complejo o pacientes con patología toxicológica puedan beneficiarse de

An. Sist. Sanit. Navar. 2019; 42 (3): 355-356

Clínica Universidad de Navarra. Pamplona.

Correspondencia:

Rafael Moncada Durruti
Servicio de Anestesia
Unidad de Cirugía de la Obesidad
Clínica Universidad de Navarra
Avd. Pío XII, 36
31008 Pamplona
E-mail: rmoncada@unav.es

Recepción: 10/09/2019
Aceptación definitiva: 04/10/2019

ella, sin retroceder o alterar el curso de su patología de base.

En un aspecto más desconocido, pero de gran actualidad investigadora, hay que abordar el efecto inmunosupresor de los opiáceos, en concreto en receptores U de la morfina, como fármacos que alteran y disminuyen la capacidad inmunocompetente del paciente, haciéndole más vulnerable a infecciones oportunistas, como en pacientes oncológicos o inmunocomprometidos^{5,6}. El potencial efecto inmunosupresor de los opiáceos, actualmente en estudio, podría afectar a pacientes con procesos oncológicos en curso que van a ser intervenidos quirúrgicamente, cuya extensión tumoral teóricamente podría verse alterada, sobre todo en cáncer de pulmón⁷.

Otro caso de particular relevancia es la alarmante cifra de pacientes con abuso de opioides, sobre todo en países anglosajones, cuya política de analgesia postoperatoria fue muy permisiva respecto al uso de opiáceos en la anterior década, generando un problema de adicción con funestas consecuencias y que, a día de hoy, las administraciones sanitarias deben afrontar. En EEUU se calcula que el 7,7% de los pacientes con tóxico-dependencia a los opioides tuvieron su primer contacto con estos en el hospital, después de una intervención quirúrgica menor⁸. En España las cifras no adquieren esas tristes dimensiones, pero no deja de ser una espada de Damocles sobre nuestro sistema de salud. La OFA también contribuiría de manera determinante en la solución a este gran problema.

Dicho esto, tampoco sería justo *demonizar* los opioides, que son fármacos con un beneficio enorme en el arsenal terapéutico de que disponemos los anestesiólogos, tanto durante las intervenciones quirúrgicas como en las unidades del dolor, para proporcionar a nuestros pacientes el confort y calidad de vida que estos fármacos pueden proporcionarles. Por ello, merece la pena evitar el abandono completo de dichos fármacos dentro del efecto péndulo en esta tendencia *libre de opioides*, y circunscribirlo al buen criterio y al uso racional por el profesional anestesiólogo, que deberá particularizar en cada caso lo que el paciente necesite, según el tipo

de cirugía o el tipo de dolor que le aqueje, alejándose de implantar rigurosos e inflexibles protocolos pues, como reza la máxima, no hay enfermedades sino enfermos y, en el caso del dolor, no es un signo sino un síntoma, y cada paciente tiene el suyo.

BIBLIOGRAFÍA

1. ZIEMANN-GIMMEL P, GOLDFARB AA, KOPPMAN J, MAREM RT. Opioid-free total intravenous anaesthesia reduces postoperative nausea and vomiting in bariatric surgery beyond triple prophylaxis. *Br J Anaesth* 2014; 112: 906-911. <https://doi.org/10.1093/bja/aet551>
2. MULIER J. Opioid free general anaesthesia: a paradigm shift? *Rev Esp Anesthesiol Reanim* 2017; 64: 427-430. <https://doi.org/10.1016/j.redar.2017.03.004>
3. MULIER JP, WOUTERS R, DILLEMANS B, DEKOCK M. A randomized controlled, double-blind trial evaluating the effect of opioid-free versus opioid general anaesthesia on postoperative pain and discomfort measured by the QoR-40 A randomized controlled, double-blind trial evaluating the effect of opioid-free versus opioid general anaesthesia on postoperative pain and discomfort measured by the QoR-40. *J Clin Anesth Pain Med* 2018; 2: 1-6. <https://doi.org/10.1053/j.jvca.2018.11.040>
4. DÍAZ-CRESPO J, MALO-MANSO A, BUSTAMANTE-DOMÍNGUEZ C, ESCALONA-BELMONTE JJ, CRUZ-Mañas J, GUERRERO-ORRIACH JL. Laparotomía en un paciente bajo anestesia libre de opiáceos. *An Sist Sanit Navar* 2018; 41: 259-262. <https://doi.org/10.23938/ASSN.0294>
5. VARGAS HERNANDEZ J. Anestesia libre de opioides. *Revista Mexicana de Anestesiología* 2014; 37 (Suppl 1): s24-s27.
6. SÁNCHEZ-PEDROSA G, GARUTTI I, MORAGA FJ, OROZCO HD. Perioperative tumour dissemination. 2. Effects of anaesthesia and analgesia. *Rev Esp Anesthesiol Reanim* 2012; 59: 267-275. <https://doi.org/10.1016/j.redar.2012.04.008>
7. CONNOLLY C, BUGGY DJ. Opioids and tumour metastasis: does the choice of the anesthetic-analgesic technique influence outcome after cancer surgery? *Curr Opin Anaesthesiol* 2016; 29: 468-474. <https://doi.org/10.1097/ACO.0000000000000360>
8. ALAM A, GOMES T, ZHENG H, MAMDANI MM, JUURLINK DN, BELL CM. Long-term analgesic use after low-risk surgery: a retrospective cohort study. *Arch Intern Med* 2012; 172: 425-430. <https://doi.org/10.1001/archinternmed.2011.1827>