

¿Qué podemos aprender de los errores en el abordaje de la crisis opioides en Estados Unidos?

REGUERAS E, LÓPEZ GUZMÁN J

Universidad de Navarra (España)

Fecha de recepción: 07/01/2021 - Fecha de aceptación: 27/01/2021

DOI: <http://dx.doi.org/10.4321/S1699-714X20220002000013>

RESUMEN

La epidemia de opioides declarada en Estados Unidos ha suscitado una profunda preocupación y polémica en torno al uso de estos fármacos. Aunque este problema no se ha extendido a Europa hasta el momento, se considera importante estudiar cuáles han podido ser los errores que se han cometido en Estados Unidos en el abordaje de esta epidemia. En este trabajo se identificaron cuatro errores respecto a las premisas adop-

tadas por los Estados Unidos para establecer la estrategia de lucha contra la epidemia: falta de adecuada identificación de las causas y el origen de la epidemia, error en la identificación de culpables, la mezcla de datos correspondientes a opioides de prescripción con los de opioides ilegales y una incorrecta cuantificación del problema. Como consecuencia de estos errores las soluciones y medidas aplicadas fueron ineficaces, tardías y estuvieron dirigidas a unos objetivos incorrectos.

Palabras clave: **Opioides, abuso, epidemia, errores.**

What can we learn from the errors in management of opioids epidemic in United States of America

SUMMARY

The opioids epidemic declared in the United States of America has generated a deep preoccupation and controversy in relation to the use of these drugs. Although this problem has not been exten-

ded to Europe until today, it seems relevant to analyze the errors that have been made by United States. In this article we have identified four errors related to the premises adopted by this country in the design of the strategy to fight the epide-

mic: inadequate identification of causes and origin of the epidemic, error in the identification of guilty, mixing of data related to prescription opioids and illegal opioids and an incorrect quantification of the problem. As consequence of these errors, the applied solutions and measures were inefficacious, late and were directed towards incorrect targets.

Key words: **Opioids, abuse, epidemic, errors.**

INTRODUCCIÓN

En Estados Unidos se ha suscitado una profunda preocupación acerca del sobre-uso de opioides, preocupación que ha generado una encendida polémica sobre los orígenes, causas y efectos de lo que se ha considerado actualmente como una auténtica "epidemia"¹⁻³ que se ha asociado a graves consecuencias⁴ en forma de adicciones y mortalidad, así como de aumento de costes^{5,6}. Aunque el uso abusivo de opioides es un problema que todavía no se ha extendido a Europa, se ha considerado conveniente el estudio del cuáles han podido ser los errores que se han cometido en el abordaje de esta epidemia en Estados Unidos de cara a poder adoptar las oportunas medidas de prevención en Europa y, más en concreto, en España.

EL CONSUMO DE OPIOIDES EN ESTADOS UNIDOS

El estudio de los datos de consumo de opioides en Estados Unidos sugiere que una parte muy relevante de la actual epidemia

de opioides en ese país ha sido provocada por el uso de opioides ilegales y que, por lo tanto, el papel de los opioides de prescripción ha sido marginal. Los datos publicados por Wu L. *et al.* en 2017⁷, obtenidos de 2.000 pacientes reclutados entre 2014-2015 en 5 centros de Estados Unidos, así lo demuestran: el 76%, del total de participantes, proporcionó datos sobre el uso de diversas sustancias en los últimos 12 meses. El 4,9% usó opioides de prescripción. El 36% de la muestra cumplía criterio de SUD (*substance use disorder*). La suma de la prevalencia de DUD (*drug use disorder*) fue de 30% para sustancias ilegales (marihuana, cocaína, heroína, opioides ilegales, etc...) versus 2,4% para opioides de prescripción y 1,4% para sedantes de prescripción (suma total asociada a prescripción médica de 3,5%). La dimensión de SUD asociada a drogas ilegales es de 12,5 veces la asociada a los opioides de prescripción. Comparando sólo cocaína+heroína+opioides ilegales (12,9%) versus opioides de prescripción (2,4%) la diferencia de peso es todavía muy relevante: 5,4 veces superior.

ERRORES EN LAS PREMISAS ADOPTADAS EN ESTADOS UNIDOS PARA ESTABLECER UNA ESTRATEGIA CONTRA LA EPIDEMIA DE OPIOIDES

Contra poniendo los resultados aportados en el párrafo anterior a las medidas tomadas por las distintas autoridades sanitarias⁸⁻¹⁸ y políticas en Estados Unidos podemos conjeturar sobre cuáles han sido los errores que se han cometido en ese país, tanto a nivel de diagnóstico de la situación como de medidas puestas en marcha para atajar la epidemia.

No se han identificado adecuadamente las causas y el origen de la epidemia

Muchos de los artículos que se han publicado sobre la epidemia de opioides en Estados Unidos¹⁷ han analizado el problema en base a la siguiente hipótesis de la secuencia causa-efecto que se expone en la figura 1 y que comienza con los artículos de Portenoy¹⁹, Porter²⁰ y Zenz²¹ que concluían un bajo riesgo de adicción, la declaración del dolor como 5º signo vital por parte de la APS (American Pain Society)²², la aprobación y promoción de Oxycontin y las recomendaciones del TJC (The Joint Commission)¹¹.

Consideramos que esta identificación de las causas de la epidemia, culpabilizando al aumento del uso de los opioides de prescripción, es errónea y ha sido el motivo principal por el cual las medidas tomadas han resultado ineficientes o no tan eficientes como se esperaba. La repercusión de esa hipótesis equivocada ha sido notoria por sí misma y porque muchos de los artículos que se han publicado sobre la epidemia de opioides en Estados Unidos¹⁷ así como los documentos gubernamentales^{17,23,24} han analizado el problema en base a ella.

El aumento de prescripciones de opioides NO es la causa principal del aumento de adicciones a opioides totales, ya que las prescripciones de hidrocodona, oxicodona y otros opioides de prescripción se han reducido de forma relevante durante el periodo 2012 a 2017²⁵ mientras que, al mismo tiempo, los casos de OUD (*opioid use disorder*), sobre-dosis y muerte han aumentado. Por lo tanto, hay datos suficientes que avalan que los opioides de prescripción no son la fuente del problema. Por ejemplo, el fentanilo ilegal fue el motivo de fallecimientos por sobre-dosis en el 75% de los casos en 2016, aproximadamente 3/5 incluyeron una benzodiacepina y las asociadas a prescripción de opioides siguen disminuyendo²⁶.

Error al identificar a los culpables

Las agencias y gobiernos americanos han considerado que el principal responsable de la actual epidemia ha sido el aumento

de prescripciones de opioides y en consecuencia, han identificado 5 responsables de este aumento de la prescripción:

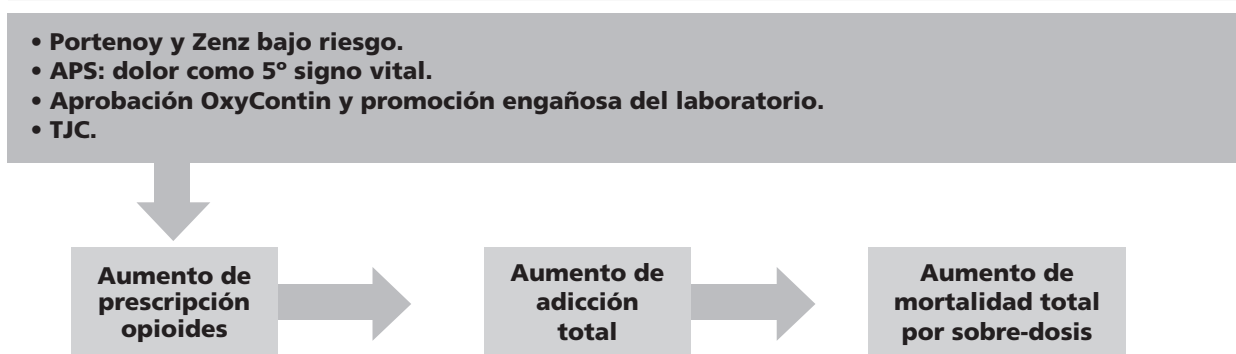
- *Portenoy¹⁹ y Zenz²¹*: Estos investigadores hablaron de la necesidad de utilizar los opioides en el tratamiento del dolor en una época en la que eran poco empleados y en la que los pacientes sufrían teniendo un remedio a su alcance. Diversos documentos gubernamentales de Estados Unidos acusan a Portenoy y Zenz de ser los iniciadores de la epidemia al ser los que aseguraron que el uso de opioides es seguro. Sin embargo, los que les acusan olvidan mencionar que ambos autores detallaron unas recomendaciones y medidas de control que se debían seguir al prescribir un opioide a cualquier paciente.

- *La APS al declarar el dolor como 5º signo vital²²*: La APS estimó que el dolor tenía que ser evaluado en todos los pacientes y tratado en consecuencia. La APS puso de manifiesto la realidad del infra-diagnóstico en infra-tratamiento del dolor al mismo tiempo que detalló las guías clínicas sobre el adecuado uso de los opioides.

- *La FDA, por su presunta falta de control de OxyContin*: La FDA ha sido extensamente acusada por la administración Trump¹⁷, entre otras cosas, por la falta de control de OxyContin. Es cierto que la primera ficha técnica de OxyContin no hizo suficiente énfasis en los riesgos del producto, pero este error fue corregido y la FDA ha sido el organismo americano que más medidas²⁷ ha tomado para asegurar el control de la prescripción y dispensación de opioides en Estados Unidos. Es también evidente que una parte importante de las prescripciones y cajas de OxyContin se estaban desviando al uso no-médico e ilícito, fuera del control médico.

- *Los laboratorios farmacéuticos*: Algunos laboratorios fueron identificados como responsables de la pandemia. Este es el caso de Purdue Pharma²⁸, que fue acusado de minimizar el riesgo de adicción y fomentar promocionalmente el uso masivo de los opioides. Sin embargo, no se puede generalizar a todos los laboratorios y conviene recordar que la mayoría de opioides introducidos en el mercado estuvieron sometidos a programas REM desde su lanzamiento. La actividad comercial dirigida al paciente (que es posible en Estados Unidos pero no en Europa), puede haber sido también un factor relevante por lo que evitar los mensajes directos al paciente y empoderar al médico prescriptor es especialmente importante en los tratamientos, como los opioides, en los que hay que seguir unas recomendaciones de prescripción precisas²⁸.

Figura 1. Representación de las causas y culpables de la epidemia de opioides según las autoridades sanitarias y políticas en Estados Unidos



• *El TJC*: El TJC ha sido acusado de promover el uso del opioide para tratar el dolor. Sin embargo, al analizar las recomendaciones de la TJC^{9,11} respecto al manejo del dolor se puede concluir que eran comedidas y correctas. Otra cosa es que la implementación al nivel del médico, los centros sanitarios y en la práctica clínica haya sido pobre o errónea.

Se han mezclado datos de opioides de prescripción con datos de opioides ilegales

En la mayoría de documentos analizados, no se separan los datos de adicción y mortalidad entre los originados en la prescripción y los originados en el uso ilícito. La mayoría de publicaciones y análisis han considerado, por tanto, un único problema mezclando la sobre-prescripción de opioides para el tratamiento del dolor con el aumento de uso y mortalidad asociado al fentanilo ilícito fabricado en Méjico o China. Es evidente que se trata de dos problemas diferentes con diferencias sustanciales tanto en los canales de uso, los objetivos perseguidos, los perfiles de usuarios y, sobretodo, la existencia de un fin terapéutico en uno versus la búsqueda de un efecto psicótropo recreativo en el otro, por lo que en ningún caso se puede considerar que esos dos "mundos" sean la misma cosa ni formen parte del mismo problema. Esta falta de diferenciación es una de las causas principales por las que el problema fue severo en Estados Unidos incluso después de implementar diferentes medidas. En el entorno europeo y en España en concreto, es impensable que se trate de la misma manera un problema de adicción causado por un abuso de una prescripción que el asociado a un uso de drogas ilegales. Unos son pacientes y los otros son usuarios y ni sus motivaciones, ni sus perfiles, ni sus factores de riesgo, ni el entorno son los mismos, por tanto, deben de ser tratados de forma diferente con medidas diferentes.

Falta de cuantificación del problema

Como hemos dicho, el análisis de los datos se ha realizado siempre de forma global (opioides legales junto a los ilegales, pacientes con prescripción y usuarios sin prescripción...) y por lo tanto hasta, el año 2015, en el que el estudio NSDUH (National Survey on Drug Use and Health)²⁹ introdujo en su estudio anual una sección específica de analgésicos de prescripción, no se empezó a tener una cuantificación fiable del número de pacientes con abuso, dependencia o adicción a opioides de prescripción. Pero, además, la realidad de la práctica terapéutica es compleja ya que existen situaciones clínicas diversas, cada una de ellas asociada a causas distintas que derivan en consecuencias también diversas y que por tanto requerirían soluciones diferentes. Quedan por tanto preguntas por contestar como, por ejemplo, ¿cuántos pacientes que han iniciado un opioide de prescripción han pasado a ser adictos a drogas ilegales? Es conocido que la progresión del abuso de opioide de prescripción a la heroína es infrecuente²⁶. Los datos indican que de 609.000 personas en riesgo de uso no-médico de opioides o inicio de heroína entre 2002-2011, el 3,6% de los que tuvieron usos no médicos iniciaron heroína en los 5 años siguientes al abuso del opioide de prescripción¹⁶. Hay que fijarse además que esta proporción hace referencia a pacientes con un uso no-médico o abuso del opioide (es decir uso en forma diferente a la prescrita por el médico o para fines no terapéuticos). Estos datos confirman que el mal-uso de la prescripción sí puede ser un problema en un porcentaje pequeño de pacientes. Estos casos sí son evitables con medidas de control a la prescripción o formación a profesionales prescriptores.

Como consecuencia de estos errores en el diagnóstico y análisis de la situación, así como por la falta de una cuantificación adecuada de la dimensión del problema, las medidas implementadas por las agencias y gobiernos americanos (tanto a nivel de los estados, como a nivel de la administración federal) no obtuvieron los resultados esperados como se mostrará en el siguiente apartado.

LAS "SOLUCIONES" QUE SE IMPLEMENTARON EN ESTADOS UNIDOS

Soluciones ineficaces y tardías

La implementación del PDMP (Prescription Drug Monitoring Program) es una de las medidas más relevantes y eficaces para atajar la adicción a opioides de prescripción de uso médico así como para evitar la desviación de producto legal al uso ilegal. Consiste básicamente en el control electrónico de las prescripciones y control nominativo de los opioides dispensados en la farmacia con una prescripción. Sin embargo, resulta sorprendente que las implementaciones de estos sistemas de monitorización de la prescripción se realizaran en Estados Unidos en el año 2011, cuando las primeras señales de alarma respecto al aumento de prescripciones y posible mala praxis de prescripción de opioides vinieran ya desde el año 2000. Ésta es, a nuestro modo de ver, una de las principales causas del desarrollo de la epidemia en Estados Unidos de una forma más rápida y profunda que en los países de Europa, fundamentalmente porque el sistema de control de prescripción en España y en Europa existe ya desde los años 70 y se ha ido reforzando y digitalizando, pero nunca relajando. Por el contrario, en USA el sistema de monitorización no se implementó hasta hace unos pocos años, de una forma desigual según los Estados y sin contar con sistemas centralizados de control a la prescripción ya que el sistema PDMPs no está unificado.

Soluciones dirigidas a las consecuencias y no a las causas

Los objetivos de algunas medidas tomadas estaban actuando en el sitio equivocado. A pesar de haber ido introduciendo diferentes medidas, tanto a nivel legal como regulatorio, no se consiguió atajar el problema fundamentalmente porque la mayoría de las medidas que se implementaron fueron en la dirección equivocada:

- Reducir la mortalidad a través del tratamiento con Narcan (naloxona nasal).
- Reducir la disponibilidad de productos mediante el control regulatorio de efectos adversos o sistema REMS.
- Medidas más enfocadas en el tratamiento de la SUD (*substance use disorder*).
- Reducir el número de médicos capacitados para usar opioides.
- Criminalización de la excesiva prescripción cuando al mismo tiempo existen incentivos regulatorios a la prescripción por parte del propio sistema de salud.

Como vemos, algunas de las medidas "estrella" tomadas en Estados Unidos para combatir la epidemia se han dirigido fundamentalmente a las consecuencias y no las causas. Reducir la mortalidad por sobredosis fomentando el uso de naloxona nasal y la distribución masiva de este producto entre las fuerzas de seguridad es importante, pero con esa medida no se está actuando sobre la causa inicial del problema y, además, no se está diferenciando la sobredosis por drogas ilegales de la sobredosis por fármacos.

Otras medidas implementadas estaban más enfocadas en el tratamiento de la SUD (*substance use disorder*) que en la prevención de la adicción. Los recursos se dedicaron más al tratamiento agudo y crónico de la adicción que a la implementación de medidas efectivas de control de la prescripción. En las nuevas medidas de prevención establecidas y previstas por la FDA parece corregirse este error al intentar implantar una prevención de adicción a opioides de prescripción mediante el impulso de un adecuado uso clínico, preservando su valor terapéutico en las indicaciones y situaciones clínicas que realmente requieren estos tratamientos.

Por último, otro bloque de medidas estuvieron enfocadas en reducir el número de médicos con acreditación para prescribir opioides a través del establecimiento de una formación estandarizada, medida que puede considerarse adecuada pero que puede haber sido también contraproducente al reducir de forma drástica el acceso a estos tratamientos por parte de pacientes que sí los necesitan. Por otro lado, no sólo era necesario la formación del profesional sanitario prescriptor sino quizá habría que haber replanteado qué tipo de especialistas estaban prescribiendo opioides y en qué tipos de dolor, ya que, a diferencia de España, en Estados Unidos los dentistas, fisioterapeutas o enfermeras prescriben de forma habitual opioides. Consideramos que más que un curso de acreditación hubiera sido más oportuno limitar el uso de opioides a aquellos especialistas médicos que realmente son los encargados de tratar el dolor moderado-severo tributario de opioides. En la figura 2 se resumen estas y otras causas que consideramos pueden haber sido relevantes en el desarrollo de la epidemia de opioides de prescripción en Estados Unidos y que hemos identificado en nuestro análisis de situación.

Este nuevo enfoque que proponemos modificaría de forma sustancial las conclusiones sobre las causas, la dimensión del problema y las medidas que se deberían tomar para controlar la situación en Estados Unidos o en su caso, evitar que esta misma situación se produzca en otros países como España.

DISCUSIÓN

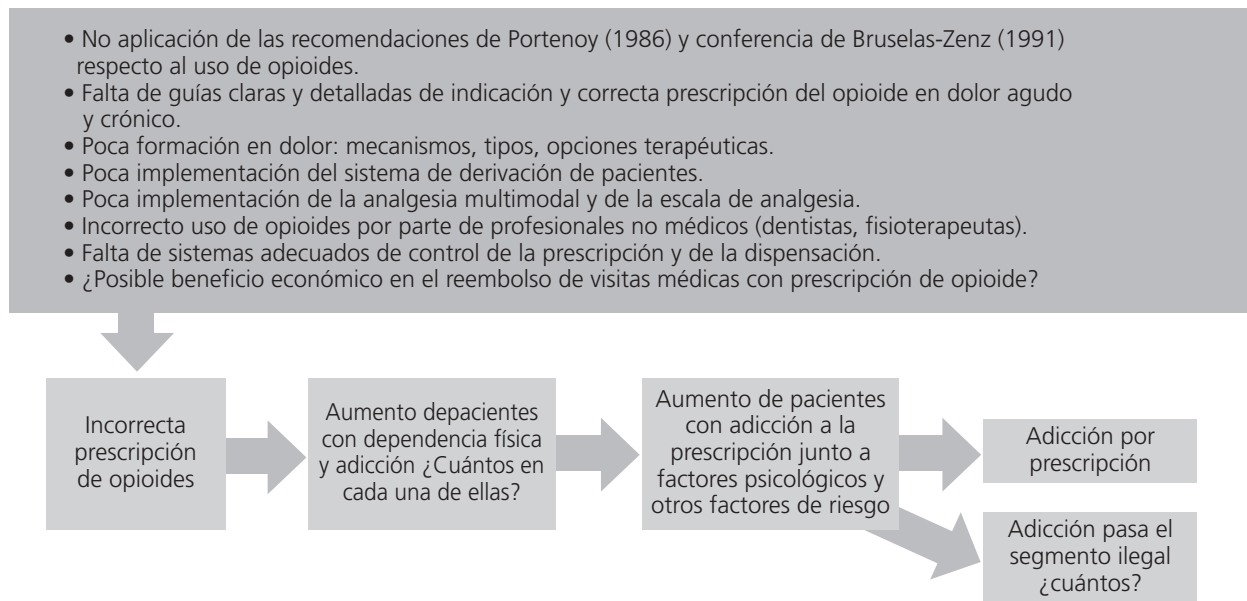
Con el objetivo de profundizar en cuáles pueden ser los riesgos que existen en España para que se produzca una situación similar a Estados Unidos en cuanto al abuso de consumo de opioides, hemos identificado, tras esta evaluación cualitativa, 8 diferencias clave en el tratamiento del dolor y el uso de opioides de prescripción entre estos dos países. Estas diferencias podrían explicar, al menos en parte, porqué la epidemia de opioides no se ha desarrollado en España o en Europa hasta el momento. En todo caso, hay que tener presente que algunas de las causas más relevantes del problema de adicción a opioides de prescripción en Estados Unidos no están presentes en Europa ni España y al mismo tiempo existen hábitos y sistemas clínicos implementados en España que no están presentes en Estados Unidos y que actúan con efecto protector frente a una potencial epidemia de opioides:

- **En Estados Unidos especialistas no médicos** pueden prescribir opioides y los prescriben de forma habitual (dentistas, enfermeras, fisioterapeutas...)
- **En Estados Unidos las prescripciones de opioides no se monitorizan** ni controlan de forma centralizada hasta la implementación del PMPD en 2011. Deficiente regulación y control de la prescripción y la dispensación de opioides que facilitaron el mal uso de estos medicamentos tanto por la desviación de producto legal al uso ilegal donde

el medicamento era consumido por personas distintas a las que se les había prescrito, como por el uso de estos medicamentos en formas, dosis-duración-indicación diferente a la prescrita. Es importante también puntualizar que a pesar de que la desviación de uso de OxyContin se detectó ya en los años 2002-2003, las medidas de control de la prescripción y dispensación (PDMP) no se empezaron a implementar hasta 2010. Siendo evidente que ha existido una falta de sistemas de control y regulación de la prescripción y dispensación de opioides, y un retraso en la implementación de dichos sistemas de control y regulación. Estas deficiencias se han traducido en un mal-uso médico de las prescripciones que han motivado ese 2,4% de adicciones a opioides de prescripción que vimos anteriormente.

- **El manejo del dolor en España** se gestiona según el nivel de dolor y complejidad del mismo: sistema de derivación del paciente desde la atención primaria al especialista clínico y por último al especialista de la unidad de dolor.

- **El manejo del dolor en España es de forma progresiva** se mantiene el uso de la escalera de analgesia de forma que sobre todo en los primeros estamentos médicos (atención primaria o especialista médico) se agotan los tratamientos analgésicos disponibles para intentar controlar el dolor sin el uso de opioides. Aunque esos dos escalones (AP y especialista) pueden prescribir opioides, el ratio de prescripción respecto al especialista en dolor demuestra que se trata de un tratamiento secundario en su farmacopea. Dentro de toda esta cadena, el mayor riesgo para España y Europa está sin duda en la atención primaria, donde se puede llegar a banalizar el uso del opioide y, al mismo tiempo, es donde menor conocimiento hay del dolor, de las estrategias multimodales y se dispone de menos tiempo de atención por paciente. Es llamativo que aunque la FDA apunta en su documento de 2018 a consultar al especialista de dolor y referir el paciente a este especialista, limita esta derivación a pacientes que tienen riesgo de OUD (*opioid use disorder*) o a aquellos que son incapaces de conseguir un control adecuado del dolor. La mención a esta derivación sorprende por ser de escasa importancia dentro de las recomendaciones de la FDA cuando, en comparación, es una de las prácticas más recomendadas y establecidas en España. La derivación a la unidad de dolor es algo habitual y se utiliza de forma más frecuente y temprana que la recomendada en este documento de la FDA. Adicionalmente existen ya en España pruebas piloto de interconsultas online desde atención primaria a la unidad de dolor que ofrecen la posibilidad de consultar casos de pacientes de atención primaria en los que pueda existir una duda respecto al manejo de su dolor, sin necesidad de realizar un proceso de derivación como tal. Este es en nuestra opinión una de las acciones que se deberían institucionalizar y sistematizar en el sistema de salud de España de cara a asegurar el mejor tratamiento posible desde la atención primaria y al mismo tiempo prevenir cualquier situación de infra-tratamiento o de sobre-tratamiento con opioides o con cualquier otro analgésico. Es importante entender que sobre la atención primaria en España recae la mayor carga asistencial tanto en número de pacientes como en visitas médicas y consultas. Muchas de ellas relacionadas con el dolor. Es por tanto vital asegurar que en esta primera línea de actuación clínica el médico de AP tenga una forma rápida y eficiente de solventar dudas o consultar situaciones que no es capaz de abordar por su formación generalista que no es experto en el manejo del dolor y de los analgésicos.

Figura 2. Propuesta de secuencia causas-efectos en la gestación y desarrollo de la epidemia de opioides en Estados Unidos

• **En el manejo multimodal del dolor en España** el opioide tiene un rol fundamental y único para el control de dolor moderado a severo en determinadas situaciones clínicas. Sin embargo, con el objetivo de reducir dosis y duración del opioide se utilizan de forma sistemática estrategias multimodales de combinación de opioides con otros analgésicos o con técnicas intervencionistas. El uso de analgesia multimodal requiere mayor especialización y conocimiento del dolor y al mismo tiempo mayor dedicación de tiempo. Sin embargo, en la mayoría de patologías estas estrategias multimodales están ya protocolizadas en gran medida (protocolos de hospitales como Vall d'Hebron o el Clínico de Valencia son ejemplos claros), lo que hace que sean aplicadas en España de una forma altamente eficiente. El manejo del dolor en el hospital está más sistematizado tanto en el diagnóstico como en el tratamiento. Sin embargo, a nivel de primaria es evidente que existe una gran diferencia entre la formación del médico generalista y el conocimiento requerido para el manejo de dolores más complejos y duraderos. Las estrategias multimodales de analgesia pueden ser complicadas de implementar en el nivel de primaria. En todo caso, requieren de un esfuerzo en cuanto a sistematizar estas estrategias mediante guías de práctica clínica claras y sencillas que puedan ser seguidas por el médico de primaria.

• **La falta de educación médica en el manejo del dolor** está presente tanto en Estados Unidos como en Europa y España ya que el dolor no es una asignatura identificable ni evaluable en los estudios de medicina. Se trata por tanto de una asignatura pendiente que debe ser abordada desde la propia universidad y que será de gran utilidad no solo en la prevención de un mal uso de opioides de prescripción, sino que mejorará el manejo del dolor en los pacientes que lo necesitan ahorrando al sistema costes asociados a fármacos o visitas médicas. En relación a este punto, la FDA ha declarado la intención de redactar unas guías de uso de opioides específicas por indicación con el objetivo de promover el uso adecuado de opioides cuando sean realmente necesarios. Esta medida va en la dirección correcta según nuestra opinión y, además, es algo que ya existe en España desde hace años. Por ejemplo, en los protocolos hospitala-

rios del tratamiento de dolor post-operatorio se detallan de una forma muy específica los usos de opioides en varios tipos de pacientes y situaciones, estableciendo el uso de opioides en el lugar que corresponde dentro de la práctica clínica. La misma EFP (European Federation of Pain)³⁰, tiene protocolos detallados y perfectamente definidos para el tratamiento y uso de opioides.

• **Los incentivos económicos a la prescripción por parte del médico**, el llamado "shopping", se produce en Estados Unidos en primer lugar, porque el sistema de prescripción electrónica no está tan desarrollado ni avanzando como en Europa. En segundo lugar, porque la mayor parte del sistema sanitario europeo reside en el sistema público en el que los ingresos de los hospitales o de los médicos no depende económicamente del número de visitas o de su frecuencia. En el caso de España se estima que sólo 8,7 millones de personas tienen un seguro privado lo que representa un 18% de la población Española³¹.

• **La mayor estructura vertical y de especialización en general** y en el tratamiento del dolor está establecida en España, con sistemas de derivación y coordinación que determinan los tipos de dolor que han de ser tratados en unidades de dolor. En USA el dolor se trata de forma más "horizontal". La verticalidad de la estructura en Europa hace que el paciente sea tratado por el especialista del nivel que necesita en cada momento mediante el sistema de derivaciones del paciente (de atención primaria a especialista y de especialista a unidad de dolor). En Estados Unidos, los médicos de atención primaria y de urgencias prescriben de forma habitual opioides, cosa que no es frecuente en España. Morone *et al.*³² aluden que además estos dos profesionales tienen menos tiempo por paciente (10-15 minutos por paciente en primaria) y durante este corto tiempo el médico ha de abordar múltiples aspectos del paciente y su patología (no sólo el dolor): "*Under these pressures, clinicians may turn to prescribing an opioid medication as an efficient response to their patient's pain*". Este riesgo se ha materializado en Estados Unidos, pero está también presente en España y Europa como lo demuestra la ya denominada en algún congreso como la "epidemia de AINEs" y que ha motivado la prohibición de dis-

pensación de ibuprofeno de 600 mg sin receta por parte del gobierno de España. Por ello, es justamente en atención primaria donde consideramos que se han de poner más medios para evitar el potencial riesgo asociado a los opioides en España. Precisamente por los mismos motivos que menciona Morone en su artículo. Es por tanto vital que se pongan en marcha sistemas sencillos de algoritmos de tratamiento y de interconsulta para el médico de atención primaria.

CONCLUSIÓN

El análisis de la epidemia de opioides en Estados Unidos nos permite identificar algunos potenciales errores cometidos tanto en diagnóstico de la situación como en las medidas que se implementaron. Los errores más relevantes que hemos identificado han sido la falta de una correcta cuantificación del problema, no separar los opiodes de prescripción y los opioides ilegales. Estos errores llevaron a culpabilizar en exceso a los opioides de prescripción, lo que llevó a implementar medidas enfocadas en la reducción del uso de estos medicamentos que finalmente han resultado en una peligrosa opiofobia. Finalmente, el análisis arroja también diferencias sustanciales entre Estados Unidos y Europa en cuanto a las dinámicas de uso de opioides, lo que podría justificar en gran medida el hecho de que esa epidemia no se haya, hasta el momento, reproducido en nuestro continente. Por último identificamos también algunas medidas que deberán ser implementadas en nuestro entorno para minimizar aún más el riesgo asociado al uso de estos fármacos, como son impulsar más el tratamiento multimodal del dolor, incrementar la capacitación y formación en dolor en los médicos que prescriben los opioides, especialmente en atención primaria, aumentar la formación universitaria sobre opioides, establecer mecanismos de coordinación y comunicación entre los diferentes médicos prescriptores y los especialistas en dolor.

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Roehr B. Trump declares opioid public health emergency but no extra money. *BMJ*. 2017;359.
2. Gostin LO, Hodge JG Jr, Noe SA. Reframing the Opioid Epidemic as a National Emergency. *JAMA*. 2017;318(16):1539-1540.
3. McCarthy M. US declares opioid epidemic a "national emergency". *BMJ*. 2017;358(14).
4. Bonnie RJ, Kesselheim AS, Clark DJ. Both Urgency and Balance Needed in Addressing Opioid Epidemic: A Report From the National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. *JAMA*. 2017;318(5):423-424.
5. Kirson NY, Scarpati LM, Enloe CJ, Dincer AP, Birnbaum HG, Mayne TJ. The Economic Burden of Opioid Abuse: Updated Findings. *J Manag Care Spec Pharm*. 2017;23(4):427-445.
6. Pollack HA. So Prescription Opioid Disorders are a \$785 Billion Problem. *Med Care*. 2016;54(10):899-900.
7. Wu L, Mcneely J, Subramaniam GA, Brady KT, Vanveldhuisen P, Zhu H, et al. DSM-5 substance use disorders among adult primary care patients: Results from a multisite study. *Drug Alcohol Depend*. 2017;179:42-46.
8. Guidelines for the Use of Controlled Substances in the Treatment of Pain. New Hampshire Medical Society. 1998; Disponible en: <https://www.nhms.org/sites/default/files/Pdfs/NH%20Pain%20Management%20Guidelines.pdf>.
9. The Joint Commission. Facts About Joint Commission Accreditation Standards for Healthcare Organizations: Pain Assessment and Management. 2018;

Disponible en: https://www.jointcommission.org/facts_about_joint_commission_accreditation_standards_for_health_care_organizations_pain_assessment_and_management/.

10. Jones MR, Viswanath O, Peck J, AD Kaye, Gill JS, Simopoulos TT. A brief history of the opioid epidemic and strategies for pain medicine. *Pain Ther*. 2018;7(1):13-21.
11. Phillips DM. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (CAHO) Pain Management Standards Are Unveiled. *JAMA*. 2000;284(4):428-9.
12. Food and Drug Administration. Timeline of Selected FDA Activities and Significant Events Addressing Opioid Misuse and Abuse. 2019; Disponible en: <https://www.fda.gov/downloads/Drugs/DrugSafety/InformationbyDrugClass/UCM566985.pdf>.
13. Food and Drug Administration. Abuse-Deterrent Opioid Analgesics. 2019; Disponible en: <https://www.fda.gov/drugs/postmarket-drug-safety-information-patients-and-providers/abuse-deterrent-opioid-analgesics>.
14. National Drug Control Strategy. 2011; Disponible en: <https://obamawhitehouse.archives.gov/sites/default/files/ondcp/ndcs2011.pdf>.
15. Comprehensive addiction and recovery act of 2016. America CUSo. congress.gov. 2019; Disponible en: <https://www.congress.gov/bill/114th-congress/senate-bill/524>.
16. Muhuri PK, Gfroerer J, Davies C. Associations of Nonmedical Pain Reliever Use and Initiation of Heroin use in the United States. CBHSQ Data Review, Center for behavioral health statistics and quality, SAMSHA, 2013; Disponible en: <http://www.samhsa.gov/data/sites/default/files/DR006/DR006/nonmedical-pain-reliever-use-2013>.
17. The president's commission on combating drug addiction and the opioid crisis. The White House. 2017; Disponible en: https://www.whitehouse.gov/sites/whitehouse.gov/files/images/Final_Report_Draft_11-15-2017.pdf.
18. Davis CS. The SUPPORT for Patients and Communities Act - What Will It Mean for the Opioid-Overdose Crisis?. *N Engl J Med*. 2019;380(1):3-5.
19. Portenoy RK, Foley KM. Chronic use of opioid analgesics in non-malignant pain: report of 38 cases. *Pain*. 1986;25(2):171-86.
20. Porter J, Jick H. Addiction rare in patients treated with narcotics. *N Engl J Med*. 1980;302(2):123.
21. Zenz M, Willweber-Strumpf A. Opiophobia and cancer pain in Europe. *Lancet*. 1993;341(8852):1075-6.
22. Campbell JN. APS 1995 Presidential address. *Pain Forum* 1996; 1(5): 85-8.
23. Comprehensive addiction and recovery act of 2016. America CUSo. congress.gov. 2019; Disponible en: <https://www.congress.gov/bill/114th-congress/senate-bill/52>.
24. Comprehensive addiction and recovery act of 2016. 114th Congress. 21st Century Cures Act. Public Law. 114-255 2016;130 STAT. 1033.
25. Rose ME. Are prescription opioids driving the opioid crisis? Assumptions vs Facts. *Pain Medicine*. 2018;19(4):793-807.
26. Executive Office of Health and Human Services, Massachusetts Department of Public Health Current Statistics. Data brief: Opioid-related over-dose deaths among Massachusetts residents. 2017. Available <https://www.mass.gov/files/documents/2018/11/16/Op>.
27. FDA. 2019; Disponible en: <https://www.fda.gov/downloads/Drugs/DrugSafety/InformationbyDrugClass/UCM566985.pdf>.
28. Sullivan MD, Howe CQ. Opioid therapy for chronic pain in the US: Promises and perils. *Pain*. 2013;154 (Suppl 1):94S-100S.
29. Scarpati LM, Kirson NY, Zichlin ML, Jia ZB, Birnbaum HG, Howard JC. Drivers of excess costs of opioid abuse among a commercially insured population. *Am J Manag Care*. 2017;23(5):276-282.
30. O' rien T, Christrup LL, Drewes AM, Fallon MT, Kress HG, McQuay HJ, et al. European Pain Federation position paper on appropriate opioid use in chronic pain management. *Eur J Pain (United Kingdom)*. 2017;21(1):3-19.
31. Sanidad privada en España: 10,5 millones de asegurados y 5000 millones de ahorro al SNS. 7 de julio de 2020. La Nueva España. Disponible en: <https://www.lne.es/vida-y-estilo/salud/2020/07/07/sanidad-privada-espana-10-5-14293241.html>.
32. Morone NE, Weiner DK. Pain as the fifth vital sign: exposing the vital need for pain education. *Clinical Therapeutics*. 2013;35(11):1728-1732.



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento- NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional.