

Lo increíble se hizo realidad: Emergencia y desarrollo de la epidemia por opiáceos en Estado Unidos.

Ana Ferrer Dufol

Jefe de la Unidad de Toxicología Clínica. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.

Las epidemias tóxicas humanas son una fuente de conocimiento fundamental para obtener los datos más relevantes sobre las intoxicaciones humanas en términos de dosis tóxicas, cuadro clínico, mejores herramientas de diagnóstico y tratamiento y, en última instancia, los medios para la prevención.

Las epidemias por opiáceos/opioides son un fenómeno recurrente en el mundo, anterior incluso al aislamiento y síntesis de los alcaloides de la planta. Pero adquirieron especial virulencia desde el último tercio del siglo XIX. Los datos empíricos acumulados a lo largo de los siglos, en relación con el potencial de los opioides para producir adicción, con la consiguiente dependencia y tolerancia, y para producir la muerte a dosis bajas debido a la depresión del centro respiratorio, son abrumadores.

Partiendo de estos hechos cabe preguntarse qué causas han dado lugar a la actual epidemia en Estados Unidos, que es sin duda la epidemia tóxica más grave de la historia, en términos de población afectada y mortalidad, de su prolongación en el tiempo y de sus cambios de perfil etiológico. Este perfil ha variado desde su comienzo, vinculado durante más de 10 años a la prescripción masiva de analgésicos opioides, principalmente la oxycodona, a la reintroducción de la heroína y su posterior desplazamiento por fentanilo y análogos y, finalmente, la emergencia de nuevas moléculas como los nitazenos.

Para intentar comprender el fenómeno hay que evaluar la colusión de los intereses de la industria farmacéutica, las características del sistema de atención médica de EE. UU., la importancia de determinadas decisiones de las instituciones oficiales responsables de la salud pública y el cambio de paradigmas e incluso la mala praxis de la corporación médica.

El paradigma del dolor y su tratamiento ha ido cambiando desde los años setenta, principalmente en relación con los pacientes oncológicos, pero orientándose también rápidamente hacia el dolor crónico. Este cambio se ha basado en afirmaciones publicadas, y ampliamente citadas sin fundamento científico, de que la adicción a los

opioides es mucho más rara de lo que se creía anteriormente. El concepto de dolor como el "quinto signo vital" fue introducido por primera vez por la Sociedad Americana del Dolor (APS) en la década de 1990. En 1995, el presidente de la APS afirmó que, si el dolor se valora como intenso, este es un signo vital de que el paciente requiere tratamiento, independientemente de si se trata de un dolor agudo postoperatorio o es un dolor crónico, y de que su causa sea de tipo oncológico, degenerativo o inflamatorio.

Otro concepto muy problemático fue el síndrome de pseudoadicción descrito por los doctores Weissman y Haddox en 1989, concluyendo la necesidad de aumentar la dosis de opioides administrados para evitarlo.

La versión de 1986 de la escalera analgésica de la OMS propone que el tratamiento del dolor comienza con un medicamento no opioide y sitúa lo que llamaron opiáceos menores en el segundo paso para cualquier dolor.

Un paso final, determinante como gatillo del problema, fue la aceptación de la FDA en 1995 de incluir un párrafo en la etiqueta del Oxicontin® que indicaba que su propiedad de absorción retardada reducía su capacidad de inducir abuso. A partir de ese momento el fármaco fue ampliamente prescrito para cualquier tipo de dolor durante tiempo indefinido en comprimidos que contenían de 10 a 160 mg del producto activo. Posteriormente se comprobaría que el aumento de las muertes por sobredosis relacionadas con analgésicos opioides y las ventas per cápita de analgésicos opioides siguieron un curso paralelo.

Por último, las instituciones públicas comenzaron a despertar. La Red de Alerta sobre Abuso de Drogas que capturaba los datos sobre visitas a emergencias relacionadas con el abuso de sustancias, y estuvo operando desde 1992 hasta 2011, comprobó que las visitas a emergencias relacionadas con el uso no médico de analgésicos narcóticos aumentaron un 117 por ciento desde 2005 hasta 2011.

Finalmente, la Epidemia de Opioides fue reconocida oficialmente por la comunidad científica 15 años después. Y atribuyó, en primer lugar, las sobredosis a las prácticas de prescripción. Esto dio lugar a un control significativo de las prescripciones de narcóticos lo que, dada la población generada de adictos a opiáceos, propició la reentrada de la heroína en los cauces de distribución ilegales con casos publicados de intoxicaciones a partir de 2012.

En octubre de 2017, el Servicio Nacional de Salud Norteamericano declaró una emergencia de salud pública para abordar lo que denominó Crisis Nacional de Opioides mencionando ya la importancia del fentanilo. Las intoxicaciones agudas por fentanilo fueron la primera causa de muerte por sobredosis en 2018.

En 2021 el CDC publicó lo que denominó las 3 olas de las muertes por sobredosis de opiáceos mostrando el cambio señalado desde los analgésicos de prescripción a la heroína y al fentanilo y en 2023 se ha publicado una cuarta ola donde se aprecia un aumento de los casos producidos por fentanilo combinado con sustancias estimulantes.

El MMWR ha publicado recientemente la aparición de nuevos adulterantes no opioides como la xilazina, y nuevos y aún más potentes opioides, la familia de los nitazenos. Estos nuevos opioides ya han sido incautados en Europa, donde se han reportado varios grupos de casos de intoxicaciones agudas en 2023.

Todo ello demuestra que es imprescindible mantener observatorios fiables en los servicios asistenciales implicados en la atención a las intoxicaciones agudas para detectar precozmente la aparición de casos y alertar sobre la necesidad de adoptar medidas para evitar una progresión similar en nuestro país.