

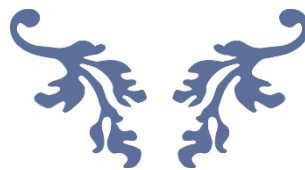
JUNIO 2022

Consumo de opioides en España: una revisión sistemática

IRIS SÁNCHEZ IGLESIAS

GRAO EN ENFERMERÍA

UNIVERSIDAD DE SANTIAGO DE COMPOSTELA



TUTORA: ANA MARÍA MÍGUEZ FREIRE



FACULTAD DE ENFERMERÍA

UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

Grado en Enfermería

El Proyecto de Fin de Grado titulado: "**Consumo de opioides en España: una revisión sistemática**", fue realizado por la abajo firmante.

Santiago de Compostela, 23 de mayo de 2022

Fdo El/la alumno/a, Iris Sánchez Iglesias

A handwritten signature in black ink, consisting of a stylized 'I' followed by 'ris', representing the name Iris Sánchez Iglesias.

ÍNDICE

1	RESUMEN	1
2	RESUMO	2
3	ABSTRACT.....	3
4	INTRODUCCIÓN	5
5	JUSTIFICACIÓN	6
6	OBJETIVOS	7
7	MATERIAL Y MÉTODOS.....	8
7.1	Criterios de inclusión y exclusión.	8
7.2	Búsqueda y selección de artículos.	8
8	RESULTADOS.....	11
9	DISCUSIÓN	15
9.1	Objetivo principal: Conocer el consumo y adicción a opioides en España.	15
9.2	Objetivo secundario: Identificar las comorbilidades más comunes en la adicción a opioides.....	16
9.3	Objetivo secundario: Conocer los factores sociodemográficos y mortalidad asociada a los consumidores.	17
10	CONCLUSIONES	17
11	BIBLIOGRAFÍA.....	19

1 RESUMEN

Introducción: en España, el 12% de la población que padece dolor crónico declara que la intensidad es moderada-severa. En esta situación la principal línea terapéutica es a través de fármacos opioides. Entre 2019 y 2020 la dispensación de recetas por facultativos aumentó en un 9,6%. **Objetivos:** conocer el consumo y adicción a opioides en España, identificar las comorbilidades más comunes en la adicción a opioides y conocer los factores sociodemográficos y mortalidad asociada. **Metodología:** se realizó una revisión sistemática en diferentes bases de datos; Pubmed, Scopus, CINAHL y Medline. De los 540 artículos resultantes, se han seleccionado 11 y se añadieron 3 documentos encontrados mediante otras fuentes. **Resultados:** la prevalencia de consumo de opioides se sitúa entre el 7,8%, 8,6% e incluso en el 16% de los estudios analizados. Las tasas de POUD se encontraron en el 31,2% y en el 3%. Los principios activos que más aumentaron su consumo fueron el tramadol (47,3%) y el fentanilo (21,8%). Las comorbilidades presentes fueron el dolor tipo agudo (66,7%), enfermedades médicas (72,9%) y psiquiátricas (66,7%). Los consumidores eran mayoritariamente mujeres entre los 35-65 años, pertenecientes a clases sociales desfavorecidas (20%) y con estudios primarios (24,1%). **Conclusión:** existe un consumo de opioides establecido en la población española y un porcentaje significativo que lo hacen sin receta médica. El fentanilo en parches es la prestación que más ha incrementado su utilización. Las comorbilidades más comunes de la adicción son el dolor, los trastornos psiquiátricos y las infecciones. Los factores sociodemográficos asociados son: edad superior a 35 años, género femenino, clase social desfavorecida y presentar estudios primarios.

Palabras clave: opioide, adicción a opioides, dependencia a opioides, dolor, trastorno por consumo de opioides y España.

2 RESUMO

Introdución: en España, o 12% da poboación que padece dor crónica declara que a intensidade é moderada-severa. Nesta situación a principal liña terapéutica é a través de fármacos opiáceos. Entre 2019 e 2020 a dispensa de receitas por facultativos aumentou nun 9,6%. **Obxectivo:** coñecer o consumo e adicción a opiáceos en España, identificar as comorbilidades máis comúns na adicción a opiáceos e coñecer os factores sociodemográficos e a mortalidade asociada. **Metodoloxía:** realizouse unha revisión sistemática en diferentes bases de datos: Pubmed, Scopus, CINAHL e Medline. Dos 540 artigos resultantes, seleccionáronse 11 e engadíronse 3 documentos atopados mediante outras fontes. **Resultados:** a taxa de consumo de opiáceos sitúase entre o 7,8%, 8,6% e incluso no 16% dos estudos analizados. As taxas de POUD encontráronse no 31,2% e no 3%. Os principios activos que máis aumentaron o seu consumo foron o tramadol (47,3%) e o fentanilo (21,8%). As comorbilidades presentes foron a dor tipo aguda (66,7%), enfermidades médicas (72,9%) e psiquiátricas (66,7%). Os consumidores eran maioritariamente mulleres entre os 35-65 anos, pertencentes a clases sociais desfavorecidas (20%) e con estudos primarios (24,1%). **Conclusión:** existe un consumo de opiáceos establecido na poboación española e unha porcentaxe significativa que fan sen receita médica. O fentanilo en parches é a prestación que máis incrementou a súa utilización. As comorbilidades máis comúns da adicción son a dor, os trastornos psiquiátricos e as infeccións. Os factores sociodemográficos asociados son: idade superior a 35 anos, xénero feminino, clase social desfavorecida e presentar estudos primarios.

Palabras clave: opiáceo, adicción a opiáceos, dependencia a opiáceos, dor, trastorno por consumo de opiáceos e España.

3 ABSTRACT

Introduction: In Spain, 12% of the population who suffers from chronic pain declares a moderate-severe intensity. Consequently, the main therapeutic line is through opioid drugs. Between 2019 and 2020 their prescription increased in a 9,6%. **Objectives:** to know about the opioid consumption and addiction in Spain, to identify the most commons comorbidities and to know the sociodemographic factors and mortality associated. **Methods:** a systematic review was conducted in different databases; Pubmed, Scopus, CINAHL and Medline. From the 540 reviewed articles, 11 were selected for the final analysis and 3 more documents, found by other information sources, were added. **Results:** opioid consumption prevalence ranged between 7,8%, 8,6% and even 16% in the analysed studies. The POUD rates were found in 31,2% and 3%. The active substances which most increased their consumption were tramadol (47,3%) and fentanyl (21,8%). The comorbidities were acute pain (66,7%), medical (72,9%) and psychiatric diseases (66,7%). Consumers were mainly women between 35-65 years old, who belong to most deprived social classes (20%) and with primary studies (24,1%). **Conclusion:** there is an opioid consumption established in Spanish population and a significant percentage who does not have a recipe. The patch fentanyl is the presentation which most increased its utilization. The most common comorbidities in opioid addiction are pain, psychiatric and infectious diseases. The sociodemographic factors associated are: being older than 35 years old, being a woman, from a low social class and have primary studies.

Key words: opioid, opioid addiction, opioid dependence, pain, opioid use disorder and Spain.

TABLA DE ABREVIATURAS	
IASP	International Association for the Study of Pain
CIE	Clasificación Internacional de Enfermedades
OMS	Organización Mundial de la Salud
AINE	Antiinflamatorio No Esteroideo
DSM-V	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder-V
EEUU	Estados Unidos
APS	American Pain Society
NSDUH	National Survey on Drug Use and Health
AEMPS	Asociación Española de Medicamentos y Productos Sanitarios
UE	Unión Europea
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos
6AM	6-acetilmorfina
CD	Cocaine Dependence
OD	Opiate Dependence
COD	Cocaine and Opiate Dependence
VHC	Virus de la Hepatitis C
OTP	Opioid Treatment Programme
VIH	Virus de la Inmunodeficiencia Humana
IFN/RBV	Interferón/Ribavirina
DAA	Direct-Acting Antiviral
OAT	Opiate Agonist Therapy
POUD	Prescription Opioid-Use Disorder

4 INTRODUCCIÓN

Según la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP), se considera el dolor como “*una experiencia sensorial o emocional desagradable asociada o similar a la asociada con daño tisular real o potencial*”¹. Existen diferentes tipos de dolor, entre ellos el crónico que está reconocido como una enfermedad e incluido en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE); definiéndose como “*aquel que persiste más de 3 meses*”².

La principal línea terapéutica es farmacológica, que pretende mejorar la calidad de vida aumentando la funcionalidad del individuo, para lo que se utiliza la escalera analgésica o ascensor terapéutico de la Organización Mundial de la Salud (OMS)³. Esta consta de tres “peldaños” consecutivos que se irán “subiendo” en una relación directamente proporcional a la intensidad del dolor que refiera el paciente. En el primero, se encuentran los antiinflamatorios no esteroideos o AINEs, indicados para el dolor leve. En el segundo y tercer escalón están los denominados fármacos opioides, recomendados cuando la intensidad es moderada y/o severa^{3,4}.

Los fármacos opioides u opiáceos son un grupo de medicamentos derivados del opio que pueden clasificarse en diferentes categorías atendiendo a criterios específicos. Uno de los más empleados es el que se centra en sus métodos de obtención, que los divide en: naturales (morfina), semi-sintéticos (buprenorfina) y sintéticos (fentanilo)^{5,6}.

Una vez que el fármaco se acopla a alguno de los receptores opioides presentes en el sistema nervioso central, ejercen acciones inhibitorias que evitan la transmisión del impulso doloroso, consiguiendo de esta forma una serie de efectos en el organismo destacando la analgesia, motivo por el cual son el principal tratamiento frente al dolor severo^{5,6}.

Debido a esa capacidad de generar una sensación indolora y placentera, su uso continuado tiene un alto potencial adictivo. La última versión del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V) incluye un diagnóstico denominado “*Trastorno por consumo de opiáceos*” y lo define como “*un modelo problemático de consumo de opiáceos que provoca un deterioro o malestar clínicamente significativo*”. Deben cumplirse ciertos requisitos en un intervalo de 12 meses para poder diagnosticar el trastorno, como la pérdida de control en su uso, deseo persistente de consumo aunque afecte a la actividad social del individuo, presencia de tolerancia y/o abstinencia^{5,7}.

En Estados Unidos (EEUU), en 2017 se declaró una emergencia de salud pública debido al aumento descontrolado de la prescripción de estos fármacos⁵.

Anteriormente, los opioides se habían reservado únicamente para el tratamiento del dolor oncológico, cuidados paliativos y episodios aislados de dolor agudo⁸. A finales de la década de 1980, la consideración del dolor como el quinto signo vital y el apoyo de la Sociedad Americana del Dolor (APS) y de otros especialistas en el área, contribuyeron a que se aplicasen indicaciones menos restrictivas para su prescripción⁹.

Al mismo tiempo, las compañías farmacéuticas desarrollaron un intenso marketing sobre los opioides de liberación retardada. Según declaraban, evitaba el riesgo de adicción al no tener un efecto inmediato. Esta campaña tan exhaustiva fue posible gracias a las pocas restricciones existentes respecto a la publicidad de medicamentos⁸.

Se produjo un aumento de las prescripciones médicas, alcanzando su pico más alto en 2012⁹. En la Encuesta Nacional de Uso de Drogas y Salud (NSDUH) realizada en 2016, 11,8 millones de americanos presentaban abuso de opioides, el 92% por productos farmacéuticos⁸.

Pese a que la dispensación de recetas está más controlada en los últimos años, las muertes por sobredosis siguen aumentando⁹. En 2016 subieron un 27% respecto al 2015, con un total de 42.000 muertes⁸ y el 40% tenían una prescripción facultativa⁵.

El fentanilo es el principal causante de esta problemática, ya que su empleo aumentó rápidamente en el país, siendo el causante del 59,8% de las muertes relacionadas con opioides en el 2017. Se trata de una sustancia sintética que cuenta con una potencia 50-100 veces mayor que la morfina, resultando incluso peligrosa en pequeñas dosis¹⁰.

Se pueden consumir de diversas formas. Las preparaciones que recetan los facultativos suelen ser en forma de inyecciones, parches transdérmicos y pastillas. Su venta sin prescripción médica añade presentaciones en polvo, gotas y rociadores nasales¹⁰.

Económicamente, resulta más rentable que la heroína o la cocaína, por lo que cada vez es más habitual su venta ilícita y la de preparaciones mezcladas con este principio activo. En muchas ocasiones no se especifica su presencia y se consumen sin que el consumidor sea consciente, provocando más sobredosis¹⁰.

5 JUSTIFICACIÓN

Según la OMS, aproximadamente un 20% de la población mundial padece dolor crónico. En España, se estima que la prevalencia del mismo es del 17%.³ Se calcula que el coste del tratamiento del dolor crónico en nuestro país supone entre un 2-2,18% del producto interior bruto, lo que se traduce en un gasto de 15.000 millones de euros¹¹.

El 12% de los casos de dolor crónico se define como de una intensidad moderada-grave y, por tanto, se tratará principalmente con fármacos opioides¹¹.

Un estudio realizado en España entre 2019 y 2020 analizó la evolución en la prescripción de estos fármacos. Se dispensaron 3,2 millones de recetas de opioides, incrementándose en un 9,6%, y en su mayoría procedentes de facultativos de atención primaria (el 73%)¹².

Este aumento concuerda con los datos de los informes técnicos del Observatorio de uso de medicamentos de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS). En ellos se aprecia un incremento progresivo generalizado del uso de opioides en los últimos años, siendo los principios activos más empleados el tramadol, asociado o no a paracetamol, y el fentanilo¹³.

En el Plan de optimización de la utilización de analgésicos opioides en dolor crónico no oncológico en el Sistema Nacional de Salud refleja que, en 2019, España era el cuarto país con más consumo de fentanilo en la Unión Europea (UE) y en la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE). Dentro del territorio nacional Galicia destacó entre los primeros puestos en el consumo de opioides¹⁴.

El consumo de estas sustancias en combinación con otras supuso el 59% de las muertes, de las cuales el 3,5% fueron provocadas exclusivamente por opioides¹⁵.

Debido a estos acontecimientos, el Ministerio de Sanidad aprobó el 25 de enero del 2022 el Plan de acción sobre adicciones que pretende, en 2024, haber reducido los daños asociados al consumo de estas sustancias, entre otras, a través de políticas sobre drogas y adicciones¹⁶.

6 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO PRINCIPAL

- Conocer el consumo y adicción a opioides en España.

3.2 OBJETIVOS SECUNDARIOS

- Identificar las comorbilidades más comunes en la adicción a opioides.
- Conocer los factores sociodemográficos y mortalidad asociada a los consumidores.

7 MATERIAL Y MÉTODOS

En este trabajo se ha realizado una revisión sistemática de documentos publicados entre enero de 2016 y diciembre de 2021 con el objetivo de estudiar la situación de la adicción a opioides en España.

Para ello se emplearon diversas bases de datos: Pubmed, Scopus, CINAHL y Medline. Las palabras clave empleadas en los diferentes buscadores fueron: *opioid*, *opioid addiction*, *opioid dependence*, *chronic pain*, *opioid use disorder* y *Spain*.

7.1 Criterios de inclusión y exclusión.

Los siguientes criterios fueron los empleados para la selección final de artículos y la delimitación de los resultados de búsqueda:

Tabla 1. Criterios de inclusión y exclusión.

INCLUSIÓN	EXCLUSIÓN
Estudios realizados sobre adicción y uso de opioides.	Estudios referentes a adicciones no relacionadas con opioides.
Estudios que fueran realizados en España o Europa.	Estudios realizados en otras zonas geográficas.
Estudios publicados en los últimos 5 años (enero 2016-diciembre 2021).	Estudios cuyo diseño se tratara de una revisión sistemática.
Estudios redactados en inglés o español.	Estudios redactados en idiomas diferentes a inglés o español.
Estudios realizados en humanos.	

7.2 Búsqueda y selección de artículos.

Se realizó una primera búsqueda general para contextualizar del tema del trabajo, determinar los criterios de inclusión y exclusión y preseleccionar las palabras clave que conformarían las ecuaciones de búsqueda de los artículos.

Para su selección y adquisición los buscadores empleados fueron: Pubmed, Scopus, Medline y CINAHL. También se consultaron páginas y documentos gubernamentales (AEMPS, el Plan de optimización de la utilización de analgésicos opioides en dolor crónico no oncológico en el Sistema Nacional de Salud y el Informe sobre alcohol, tabaco y drogas ilegales en España).

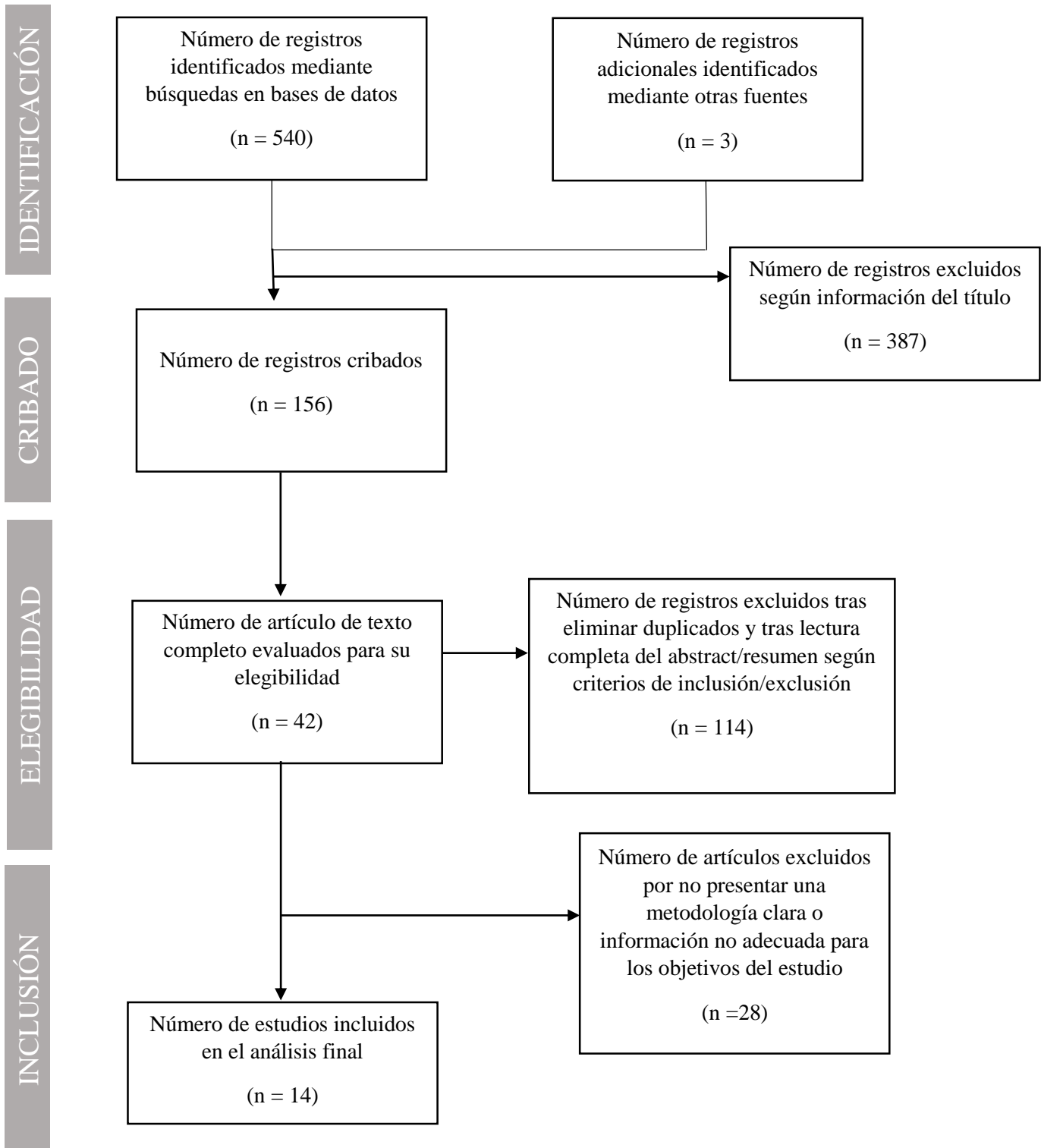
Una vez seleccionadas las palabras clave se introdujeron en los buscadores anteriormente mencionados a través de operadores booleanos (AND y OR).

Tabla 2. Búsquedas por bases de datos.

En esta tabla no se tiene en cuenta el número de duplicados entre las diferentes bases de datos.

Búsqueda	Artículos totales	Artículos preseleccionados por título	Duplicados	Artículos preseleccionados por resumen	Artículos seleccionados
Búsqueda en PUBMED realizada el 14/02/2022. FILTROS: 2016-2021, humanos, español, inglés.					
((opioid addiction) OR (opioid dependence) OR (opioid use disorder)) AND (spain)	147	46	0	20	8
(opioid) AND (chronic pain) AND (spain)	107	17	14	2	1
Búsqueda en SCOPUS realizada el 15/02/2022. FILTROS: 2016-2021, inglés, español, humano. Excluir: revisiones.					
((opioid) OR (opioid addiction) OR (opioid dependence) OR (opioid use disorder)) AND (spain)	130	43	0	20	7
(opioid) AND (chronic pain) AND (spain)	31	11	11	0	0
Búsqueda en MEDLINE realizada el 16/02/2022. FILTROS: 2016-2021, inglés, España.					
((opioid) OR (opioid addiction) OR (opioid dependence) OR (opioid use disorder)) AND (spain)	51	14	0	6	3
(opioid) AND (chronic pain) AND (spain)	9	4	4	0	0
Búsqueda en CINAHL realizada el 16/02/2022. FILTROS: 2016-2021, inglés.					
((opioid) OR (opioid addiction) OR (opioid dependence) OR (opioid use disorder)) AND (spain)	59	15	0	8	4
(opioid) AND (chronic pain) AND (spain)	6	3	3	0	0

DIAGRAMA DE FLUJO PRISMA



© Fuente Plantilla: Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement [Internet]. PLoS Med 6(7): e1000097.

8 RESULTADOS

Fonseca et al.¹⁷ (2017), evaluaron los patrones de uso indebido de medicamentos prescritos en un centro de tratamiento de adicciones en España. En su estudio observacional-descriptivo, obtuvieron datos de 101 participantes acerca de su consumo en los 90 días previos a comenzar el programa.

El 3% de la muestra consumía opioides prescritos. La vía de administración más frecuente fue la transdérmica (67%) y todos presentaban policonsumo de otras sustancias, entre ellas: metadona (9%), codeína (7%), tramadol (4%), buprenorfina (3%), morfina (2%), fentanilo y heroína (las dos últimas con un 1% ambas).

Herrera-Gómez et al.¹⁸ (2018) llevaron a cabo un estudio observacional-descriptivo en el que evaluaron la presencia y concentración de opioides (heroína, morfina, codeína, metadona y tramadol), así como su combinación con otros medicamentos, en conductores españoles entre 2011 y 2016. En el período de estudio la policía de tráfico realizó 179.645 pruebas de drogas en carretera, de los cuales 65.244 resultaron positivos y fueron enviados para un segundo cribado.

El consumo de opioides se confirmó en el 8,6% de los casos. El 7,2% fueron positivos en 6-acetilmorfina (6AM), 6,5% en morfina, 5,4% en codeína y 4,1% en metadona.

La mayoría de los positivos en opioides lo eran también para otras sustancias adicionales. Los casos en los que sólo se evidenciaba un único principio activo eran muy poco frecuentes: 0,1% en morfina, 0,6% en codeína y 0,4% en metadona. Dedujeron que podían corresponder a los pacientes a tratamiento médico con opioides.

Rodríguez-Cintas et al.¹⁹ (2016) en su estudio transversal y observacional, analizaron la relación entre la impulsividad y la severidad de la adicción en pacientes dependientes a cocaína y a opioides.

La muestra constó de 526 participantes de la unidad de adicciones y diagnóstico dual del hospital universitario de Vall d'Hebron: 351 con adicción a cocaína (CD), 51 a opioides (OD) y 124 a ambos (COD). En los pacientes OD, un 72,9% tenía comorbilidades médicas y un 57,4% contaban con historial psiquiátrico previo (23,4% de trastornos depresivos y el 18,2% de ansiedad).

Videla et al.²⁰ (2017) analizaron las características de los pacientes referidos a unidades del dolor. Para ello llevaron a cabo un estudio observacional-prospectivo.

La muestra se compuso de 269 pacientes, de los cuales 126 estaban a tratamiento con opioides. El 11,5% no tenían estudios y en el resto de ellos el 57,4% eran primarios, el 23% secundarios y el 8,2% superiores.

Supervía et al.²¹ (2021) evaluaron el número de visitas a urgencias en un hospital universitario y analizaron las posibles diferencias en las características de los pacientes, perfil de prescripción y el tratamiento de dicha intoxicación. Para ello realizaron un estudio observacional retrospectivo en dos etapas. Durante la primera, se produjeron un total de 4.141 intoxicaciones, sólo el 0,48% correspondían a fármacos opioides. En la segunda, aumentaron ligeramente alcanzando el 1,38%.

Respecto al tratamiento con opioides, la indicación más frecuente fue por dolor crónico no oncológico (65% vs. 14,8%), aunque aumentaron aquellas por dolor traumatológico agudo (20% vs. 66,7%). Los consumidores presentaban comorbilidades como hipertensión arterial (90% vs. 66,7%) y diabetes (30% vs. 18,5%).

El fármaco más empleado fue el fentanilo en parches (50% vs. 59,3%) y el prescriptor más común fue el médico de familia (70% vs. 29,6%); aunque también aumentaron notablemente las prescripciones por especialistas (5% vs. 22,2%).

Durante el tiempo de estudio se produjeron un total de 4 muertes; una en el primer período y tres en el segundo. Dos de ellas fueron por consumo de fentanilo, una por oxicodona y la restante por codeína.

Salazar et al.²² (2020), llevaron a cabo un estudio retrospectivo descriptivo en el que investigaron la evolución de la mortalidad relacionada con opioides, los años potenciales de vida perdidos en España entre 2008 y 2017 y evaluar las diferencias respecto de EEUU. Para ello emplearon datos anuales recogidos en el Instituto Nacional de Estadística y el Centro de Control y Prevención de Enfermedades. Durante el estudio se produjeron un total de 8.506 muertes por intoxicación con opioides, en su mayoría por envenenamientos accidentales.

La tasa de fallecimientos aumentó de 1,68 a 2,25 muertes por cada 100.000 habitantes. Los grupos de edad más afectados por los mismos fueron los que se encontraban entre los 35-44 y 45-54 años. Sin embargo, el grupo de mayores de 65 aumentó desde una tasa de 1,25 a 3,8 muertes por cada 100.000 habitantes durante el período de estudio. Respecto a las diferencias según género, tanto hombres como mujeres presentaban tendencias ascendentes en las muertes, sin embargo, la tasa anual en los varones presentó siempre valores superiores.

Sanvisens et al.²³ (2020) en su estudio longitudinal evaluaron las tasas de tratamiento para el virus de la hepatitis C (VHC) en pacientes en programas de tratamiento con opioides (OTP). Se seleccionaron exconsumidores de heroína de un centro en Badalona y en Santa Coloma de Gramenet. La muestra resultó en un total de 501 pacientes.

El 67% dieron positivo en anticuerpos de VHC, es decir, habían estado expuestos al virus. El 47,9% presentaban co-infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH).

El 8,3% de los expuestos habían superado la enfermedad y el 69,3% presentaba ARN viral. Se descartaron 59 pacientes por recibir tratamiento con IFN/RBV (interferón/ribavirina). Al finalizar el período de seguimiento, el 80,9% eran candidatos a tratamiento con antivirales de acción directa (DAA), sin embargo, sólo se aplicó en el 44,6% de ellos.

Vallecillo et al.²⁴ (2018) examinaron, a través de un estudio observacional, las tendencias en la mortalidad, de presencia en programas de tratamiento con agonistas de opioides (OAT) y la supresión del ARN viral durante la terapia con antirretrovirales en pacientes infectados por VIH con historial de consumo de sustancias. Se realizó entre los pacientes ingresados en el Hospital del Mar.

Se produjeron un total de 413 fallecimientos. El 66,8% correspondían a pacientes con historial previo de consumo de heroína. El 86,2% consumían otras sustancias adicionales. En estos pacientes las tasas de tratamiento con antirretrovirales eran inferiores a las de los otros subgrupos considerados para el estudio (33,7% vs. 76,5%).

Roncero et al.²⁵ (2016) elaboraron un estudio descriptivo, observacional, transversal, multicéntrico y epidemiológico; que pretendía evaluar las comorbilidades psiquiátricas en una muestra de pacientes con trastorno por opioides en OAT y comparar las características clínicas y sociodemográficas.

La muestra final se componía de 621 pacientes tratados en su mayoría con metadona domiciliaria (94%). Del total, el 59% presentaban comorbilidades infecciosas (HCV o VIH) y el 66,8% psiquiátricas.

Las patologías psiquiátricas más comunes fueron la ansiedad (53%), trastornos del estado de ánimo (48%), trastornos del sueño (41%), relacionados con el uso de sustancias (36%), trastornos de personalidad (27%), de control de impulsos (16%) y esquizofrenia (12%).

Rodríguez-Espinosa et al.²⁶ (2021) llevaron a cabo un estudio descriptivo transversal en el que analizaron los factores asociados con la abstinencia a opioides en pacientes con dolor crónico no oncológico.

La muestra se compuso de 404 participantes de la unidad del dolor de un hospital universitario, que se hallaban en tratamiento con opioides a largo plazo. Los principios activos más comúnmente prescritos fueron el tramadol (47,3%), oxicodona (22,3%), tapentalol (22,3%) y el fentanilo (21,8%).

Un 94% de la muestra afirmó presentar síntomas de abstinencia (dolor articular, sueño irregular, entre otros) y el 31,2% de los participantes cumplieron los criterios para trastorno por uso de opioides prescrito (POUD) moderado-severo.

Pedrero-Pérez et al.²⁷ (2021) estudiaron la prevalencia de uso de los opioides y las características sanitarias y sociodemográficas de sus consumidores en la ciudad de Madrid, a través de un estudio descriptivo. Se realizaron un total de 8.845 encuestas.

El 16% declaró haber consumido opioides en algún momento del año anterior. El 9,9% lo hacen sin prescripción médica. La edad media para el consumo varió entre 47 y 53 años y la proporción de mujeres fue mayor que la de hombres en los diferentes grupos generacionales.

Entre los consumidores de analgésicos opioides, se detectó una mayor frecuencia de fumadores (18,6% vs. 21,6%), hábitos sedentarios (12% vs. 16,5%), obesidad (11% vs. 22,2%), hipertensión (17,7% vs. 29,7%), diabetes (5,5% vs. 11%), depresión (6,5% vs. 20,4%) y ansiedad (5,3% vs. 15,7%) respecto al resto de la población. Existió una prevalencia de consumo de sustancias alcohólicas menor (16,9% vs. 9,8%).

Respecto al consumo de opiáceos según el nivel de estudios: 24,1% tenían estudios primarios o menos, 17,6% secundarios y 12,1% universitarios. Según la clase social, clasificada siguiendo las recomendaciones de la Sociedad Española de Epidemiología para las investigaciones de salud, la distribución fue: desfavorecida 20%, media 15% y favorecida 13%.

Serra-Pujadas et al.²⁸ (2021) llevaron a cabo un estudio ecológico de grupos múltiples que pretendía analizar los determinantes geográficos, socioeconómicos y de género de consumo de opioides para dolor crónico no oncológico en Cataluña. Se reunió una muestra total de 7.653.846 participantes, de los cuáles 599.258 consumían opioides (7,8%).

El grupo de edad con más consumo de opioides fue el de 45-64 años con prevalencias de 36,48% en hombres y 32,45% en mujeres. Las mujeres presentaron mayor utilización de estos fármacos entre los mayores de 65 años. El 28,1% de los consumidores pertenecían a grupos desfavorecidos de la sociedad, mientras que el 23,3% correspondía a aquellos con mayor poder adquisitivo.

9 DISCUSIÓN

9.1 Objetivo principal: Conocer el consumo y adicción a opioides en España.

Según los estudios ^{14, 17, 18, 21, 22, 26, 27, 28} evaluados para este objetivo, la prevalencia de consumo de opioides en la población española varía. **Pedrero-Pérez et al.**²⁷ observaron que el 16% los había utilizado en algún momento del año anterior y el 9,9% sin receta médica. **Serra-Pujadas et al.**²⁸ detectaron su consumo en el 7,8% de su muestra. **Herrera-Gómez et al.**¹⁸ obtuvieron que el 8,6% de los controles de carretera eran positivos para opioides y el 1,1% de forma exclusiva, por lo que podían corresponder a los pacientes a tratamiento con estos medicamentos.

Por su parte, en el Plan de optimización de la utilización de analgésicos opioides en dolor crónico no oncológico en el Sistema Nacional de Salud se muestran datos con menores tasas de prevalencia y consumo sin prescripción facultativa en la población general. El 7,1% había empleado opioides en los últimos 12 meses y el 1,7% sin receta¹⁴.

En su estudio, **Rodríguez-Espinosa et al.**²⁶ comprobaron que se cumplían criterios de POUD en el 31,2% de la muestra. **Fonseca et al.**¹⁷, por el contrario, observaron prevalencias menores de consumo problemático por opioides prescritos, únicamente en el 3%.

Los principios activos más empleados también han cambiado en los últimos años. El estudio de **Herrera-Gómez et al.**¹⁸ señala la morfina y sus derivados como el más consumido, con tasas comprendidas entre el 6,5-7,2%. Sin embargo, **Salazar et al.**²² determinaron que entre los más empleados se encontraban el tramadol (47,3%) y el fentanilo (21,8%). Esto concuerda nuevamente con los datos del Plan, que advierte de un aumento de ambos principios activos, pero en mayor grado del fentanilo, que supuso el 50% en el uso total de opioides¹⁴.

Supervía et al.²¹ concluyeron que el fentanilo en parches fue la preparación farmacéutica más consumida, alcanzando el 59,3%. El Plan lo ratifica y añade que esta presentación supuso en 2019 el 82,5% del total de los envases vendidos¹⁴.

Galicia fue la segunda comunidad autónoma que más consumo ha tenido de este fármaco¹⁴.

9.2 Objetivo secundario: Identificar las comorbilidades más comunes en la adicción a opioides.

Los estudios ^{14, 19, 20, 21, 23, 24, 25, 27} fueron revisados para el desarrollo de este objetivo. El dolor es una afección muy común dentro de la población consumidora de opioides. **Videla et al.**²⁰ determinaron que el 95,1% de los consumidores padecían dolor continuo/crónico. Esto entra en conflicto con el estudio de **Supervía et al.**²¹ y con el Plan de optimización de la utilización de analgésicos opioides en dolor crónico no oncológico en el Sistema Nacional de Salud, que indican que el dolor agudo es más prevalente (66,7% y 57,4%, respectivamente)^{14, 21}.

Sin embargo, las tendencias de las prescripciones parecen diferir en ambos documentos. **Supervía et al.**²¹ afirmaron que existe un aumento del 46,7% en las prescripciones realizadas por dolor agudo. Por el contrario, el Plan del Ministerio de Sanidad, notifica una disminución del 4% y aporta datos de un aumento del dolor crónico del 10,6% entre 2017-2019¹⁴.

En el estudio de **Rodríguez-Cintas et al.**¹⁹ el 72,9% de los pacientes con dependencia a opioides presentaban comorbilidades médicas y en su mayoría (45,8%) infecciosas. **Roncero et al.**²⁵ detectaron cifras similares en su muestra (59%) siendo las causantes la hepatitis C (VHC) y/o el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH).

Sanvisens et al.²³ hallaron datos de co-infección ligeramente inferiores (47,9%) y que el 69,3% de los sujetos de su muestra estaban infectados únicamente por VHC. Por su parte, en el estudio de **Vallecillo et al.**²⁴ detectaron que en los pacientes infectados con VIH el 66,8% presentaban historial previo de consumo de opioides.

Las patologías psiquiátricas están muy presentes en estas adicciones. **Roncero et al.**²⁵ obtuvieron prevalencias del 66,8% y en su mayoría: ansiedad (53%) y trastornos del estado de ánimo (48%). **Pedrero-Pérez et al.**²⁷ coinciden en que la ansiedad es una patología muy prevalente en la población consumidora (15,7%) junto con la depresión (20,4%). **Rodríguez-Cintas et al.**¹⁹ concuerdan con estos datos, aunque atribuyen menores prevalencias de historial psiquiátrico (57,4%), trastornos depresivos (23,4%) y ansiedad (18,2%), respecto al estudio de **Roncero et al.**²⁵.

Supervía et al.²¹ concluyeron que en la población que consume opioides también se encontraban otras comorbilidades, cómo la hipertensión arterial (66,7%) y diabetes (18,5%). Estos datos coinciden con los aportados por **Pedrero-Pérez et al.**²⁷, aunque hallaron prevalencias menores de ambas afecciones (29,7% y 11%, respectivamente). Al mismo tiempo, encontraron más problemas de sedentarismo (16,5% vs. 12%) y obesidad (22,2% vs. 11%) respecto a la población general.

9.3 Objetivo secundario: Conocer los factores sociodemográficos y mortalidad asociada a los consumidores.

Se respondió a la cuestión planteada en este objetivo a través de los datos aportados por los estudios^{14, 15, 20, 21, 22, 27, 28}.

Salazar et al.²² muestran que los grupos de edad más afectados por el consumo de opioides son los comprendidos entre los 35-54 años, aunque existe un aumento notable entre los mayores de 65. **Serra-Pujadas et al.**²⁸ ampliaron ligeramente el rango hasta los 45-64 años y **Pedrero-Pérez et al.**²⁷ situaron la edad media de consumo entre los 47-53 años. En comparación, los datos del Plan de optimización de la utilización de analgésicos opioides en dolor crónico no oncológico en el Sistema Nacional de Salud concuerdan con **Salazar et al.**²² y concretan que los grupos generacionales más afectados son los de 35-44 años¹⁴.

Pedrero-Pérez et al.²⁷ determinaron que el uso de estos medicamentos fue mayor entre las mujeres (8,1% vs. 7%). Sin embargo, **Serra-Pujadas et al.**²⁸ concluyeron que los varones eran mayores consumidores, aunque a partir de los 65 años su consumo era más prevalente en el género femenino. El Plan del Ministerio de Sanidad concuerda con las afirmaciones del primer estudio en que el consumo fue mayor entre las mujeres (prevalencias del 16,2% vs. 14,1%)¹⁴.

Los estudios de **Pedrero-Pérez et al.**²⁷ y **Serra-Pujadas et al.**²⁸ afirman que la mayoría de la población que consume opioides pertenece a clases sociales desfavorecidas (20% y 28,8%). Aquellos con mayor poder adquisitivo representan una minoría dentro de este grupo poblacional (13% y 23,3%)^{27, 28}.

Videla et al.²⁰ y **Pedrero-Pérez et al.**²⁷ concuerdan en que la población consumidora de opioides tenía más comúnmente estudios primarios (57,4% y 24,1%, respectivamente), seguidos por los estudios secundarios (23% y 17,6%) y universitarios (8,2% y 12,1%).

Supervía et al.²¹ y **Salazar et al.**²² están de acuerdo en que los fallecimientos provocados por consumo de opioides están aumentando con una subida de 0,57 muertes por cada 100.000 habitantes. Esto entra en conflicto con el Informe sobre alcohol, tabaco y drogas ilegales en España 2021, que notifica que existe una tendencia descendente en los mismos y que en los últimos años parece haberse estabilizado en torno al 2%¹⁵.

10 CONCLUSIONES

Los opioides son un tipo de medicamentos analgésicos empleados para el tratamiento del dolor de intensidad moderada-severa. Constituyen los últimos peldaños de la escalera analgésica de la

OMS y presentan diferentes vías de administración: parenteral, intranasal, bucal y transdérmica. Son fármacos en los que cada persona tiene una dosis propia (no hay una cantidad tope), pueden generar efectos secundarios a corto y largo plazo y con alto poder adictivo.

El consumo de opioides supone un riesgo en nuestra sociedad, pudiendo desarrollarse una crisis de opioides como la de Estados Unidos. Ya sea un empleo exclusivo o en combinación con otras sustancias, cada vez son más los usuarios de estos medicamentos. Las prescripciones han aumentado en los últimos años, ya que no se limitan únicamente al dolor oncológico. Su consumo ilícito también se está incrementando.

Las patologías relacionadas con las adicciones a este tipo de sustancias son el dolor agudo, crónico, los trastornos psiquiátricos (ansiedad y depresión) y las infecciones provocadas por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y la hepatitis C (VHC).

El consumo de opioides se asocia más a mujeres de más de 35 años, de clases sociales desfavorecidas y con estudios primarios. En relación a los datos del Informe sobre alcohol, tabaco y drogas ilegales en España realizado en 2021, la mortalidad asociada a estas sustancias parece haberse estabilizado.

Como profesionales sanitarios es importante que conozcamos este tipo de fármacos. Enfermería supone además un pilar básico, ya que mantiene un contacto constante y asesora a los pacientes. Debido a esta preocupación, el 25 de enero de este año el Ministerio de Sanidad aprobó el Plan de acción sobre adicciones 2021-2024. Su finalidad es disminuir el consumo, los daños asociados y la edad del primer contacto.

11 BIBLIOGRAFÍA

1. Vidal J. Versión actualizada de la definición de dolor de la IASP: un paso adelante o un paso atrás. Rev Soc Esp Dolor [Internet]. 2020 [citado 10 de abril 2022]; 27(4):232-233. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462020000400003
2. Margarit C. La nueva clasificación internacional de enfermedades (CIE-11) y el dolor crónico. Implicaciones prácticas. Rev Soc Esp Dolor [Internet]. 2019 [citado 10 de abril 2022]; 26(4): 209-210. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462019000400001
3. Berrocoso Martínez A, de Arriba Muñoz L, Arcega Baraza A. Abordaje del dolor crónico no oncológico. Rev Clín Med Fam [Internet]. 2018 [citado 10 de abril 2022]; 11(3): 154-159. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2018000300154
4. Romero J, Gálvez R, Ruiz S. ¿Se sostiene la Escalera Analgésica de la OMS? Rev Soc Esp Dolor [Internet]. 2008 [citado 10 de abril 2022]; 15(1): 1-4. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462008000100001
5. James A, Williams J. Basic Pharmacology – An Update. Br J Pain [Internet]. 2020 [citado 10 de abril 2022]; 14(2): 115-121. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32537150/>
6. Álvarez Y, Farré M. Farmacología de los opioides. Adicciones [Internet]. 2005 [citado 12 de abril 2022]; 17(2): 21-40. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=289122022016>
7. American Psychiatric Association. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5TM [Internet]. Washington DC, London: American Psychiatric Publishing; 2014 [citado 12 de abril 2022]. 438 p. Disponible en: <https://www.eafit.edu.co/ninos/reddelaspreguntas/Documents/dsm-v-guia-consulta-manual-diagnostico-estadistico-trastornos-mentales.pdf>
8. Lyden J, Binswanger IA. The United States opioid epidemic. Semin Perinatal [Internet]. 2019 [citado 12 de abril 2022]; 43(3): 123-131. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30711195/>

9. Chisholm MA, Spivey CA, Sherwin E, Wheeler J, Hohmeier K. The opioid crisis: Origins, trends, policies, and the roles of pharmacists. AM J Health-Sys Pharm [Internet]. 2019 [citado 12 de abril 2022]; 76(7): 424-435. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31361827/>
10. El fentanilo – DrugFacts [Internet]. National Institute on Drug Abuse. NIDA; 2021 [citado 12 de abril 2022]. Disponible en: <https://nida.nih.gov/es/publicaciones/drugfacts/el-fentanilo>
11. Caramés Álvarez MA, Navarro Rivero M. Costes del tratamiento del dolor versus su no tratamiento. Aproximación a la realidad de Portugal y España. Dor [Internet]. 2016 [citado 12 de abril 2022]; 24(3): 1-9. Disponible en: <https://www.sedolor.es/download/costes-del-tratamiento-del-dolor-versus-no-tratamiento-aproximacion-la-realidad-portugal-espana/>
12. Regueras Escudero E, López Guzmán J. Prescripciones de opioides en España entre 2019 y 2020: qué especialidades médicas lo están prescribiendo y en qué indicaciones. MPJ [Internet]. 2021 [citado 12 de abril 2022]; 1: 5-12. Disponible en: <https://www.mpainjournal.com/prescripciones-de-opioides-en-espana-entre-2019-y-2020-que-especialidades-medicas-lo-estan-prescribiendo-y-en-que-indicaciones71>
13. Utilización de medicamentos opioides en España [Internet]. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. AEMPS; 2019 [citado 13 de abril 2022]. Disponible en: <https://www.aemps.gob.es/medicamentos-de-uso-humano/observatorio-de-uso-de-medicamentos/utilizacion-de-medicamentos-opioides-en-espana/>
14. Comisión Permanente de Farmacia. Plan de optimización de la utilización de analgésicos opioides en dolor crónico no oncológico en el Sistema Nacional de Salud [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad. Dirección General de Cartera Común de Servicios del SNS y Farmacia; 2021 [citado 13 de abril 2022]. 91 p. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/profesionales/farmacia/pdf/20210927_Plan_Optimizacion_Opioides.pdf
15. Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. Informe 2021. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas; 2021 [citado 13 de abril 2022]. 243 p. Disponible en: <https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/informesEstadisticas/pdf/2021OEDA-INFORME.pdf>

16. Plan de acción sobre adicciones 2021-24. [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas; 2022 [citado 1 de junio 2022]. 28 p. Disponible en: https://pnsd.sanidad.gob.es/pnsd/planAccion/docs/PlanASA_2021-24_aprobado.pdf

17. Fonseca F, Torrens M, Farré M, McBride KE, Guareschi M, Touzeau D, Villegier P, Benyamina A, D'Agnone O, Somaini L, Maremmani I, Dart RC. Patterns of prescription drug use and misuse in Spain: The European Opioid Treatment Patient Survey. *Heroin Addict Relat Clin Probl* [Internet]. 2017 [citado 13 de abril 2022]; 19(4): 53-56. Disponible en: https://www-scopus-com.ezbusc.usc.gal/record/display.uri?eid=2-s2.0-85026349917&origin=resultslist&sort=plf-f&src=s&sid=803c6ac2f9f59101a10369f4a0c9c13f&sot=a&sdt=a&cluster=scosubtype%2c%22re%22%2cf%2bscopubyr%2c%222021%22%2ct%2c%222020%22%2ct%2c%222019%22%2ct%2c%222018%22%2ct%2c%222017%22%2ct%2c%222016%22%2ct%2bscolang%2c%22English%22%2ct%2c%22Spanish%22%2ct%2bscoexactkeywords%2c%22Human%22%2ct&sl=59&s=TITLE-ABS-KEY%28%28%28opiod%29+OR+%28opiod+addiction%29%29+AND+%28spain%29%29&relpos=95&citeCnt=2&searchTerm=&featureToggles=FEATURE_NEW_DOC_DETAILS_EXPORT:1

18. Herrera-Gómez F, García-Mingo M, Colás M, González-Luque JC, Álvarez FJ. Opioids in oral fluid of Spanish drivers. *Drug Alcohol Depend* [Internet]. 2018 [citado 13 de abril 2022]; 187: 35-39. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2018.02.016

19. Rodríguez-Cintas L, Daigre C, Grau-López L, Barral C, Pérez-Pazos J, Voltés N, Braquehais MD, Casas M, Roncero C. Impulsivity and addiction severity in cocaine and opioid dependent patients. *Addict Behav* [Internet]. 2016 [citado 13 de abril 2022]; 58: 104-109. doi: 10.1016/j.addbeh.2016.02.029.

20. Videla S, Català E, Ribera MV, Montes A, Samper D, Fuentes J, Busquets C; Pain Units of Hospitals in Catalonia Group. Characteristics and outcomes of chronic pain patients referred to hospital pain clinics: a prospective observational study. *Minerva Anestesiol* [Internet]. 2017 [citado 14 de abril 2022]; 83(1): 12-22. doi: 10.23736/S0375-9393.16.10999-X.

21. Supervía A, Fortea R, Petrus C, Gallardo P, Clemente C, Marín-Casino M. Comparative study of visits to Hospital Emergency Department for opioid overdose in two periods. *Farm Hosp*

- [Internet]. 2021 [citado 14 de abril 2022]; 45(5): 258-261. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34806586/>
22. Salazar A, Moreno S, De Sola H, Moral-Munoz JA, Dueñas M, Failde I. The evolution of opioid-related mortality and potential years of life lost in Spain from 2008 to 2017: differences between Spain and the United States. *Curr Med Res Opin* [Internet]. 2020 [citado 14 de abril 2022]; 36(2): 285-291. doi: 10.1080/03007995.2019.1684251.
 23. Sanvisens A, Rivas I, Faure E, Espinach N, Hernandez-Rubio A, Majó X, Colom J, Muga R. Monitoring hepatitis C virus treatment rates in an Opioid Treatment Program: A longitudinal study. *World J Gastroenterol* [Internet]. 2020 [citado 14 de abril 2022]; 26(38): 5874-5883. doi: 10.3748/wjg.v26.i38.5874.
 24. Vallecillo G, Robles MJ, Durán X, Lerma E, Horcajada JP, Torrens M. Trends in AIDS Mortality, Retention in Opioid Agonist Therapy, and HIV RNA Suppression in HIV-Infected People Who Injected Drugs from 2000 to 2015. *AIDS Behav* [Internet]. 2018 [citado 14 de abril 2022]; 22(9): 2766-2772. doi: 10.1007/s10461-018-2033-5.
 25. Roncero C, Barral C, Rodríguez-Cintas L, Pérez-Pazos J, Martínez-Luna N, Casas M, Torrens M, Grau-López L. Psychiatric comorbidities in opioid-dependent patients undergoing a replacement therapy programme in Spain: The PROTEUS study. *Psychiatry Res* [Internet]. 2016 [citado 14 de abril 2022]; 243: 174-81. doi: 10.1016/j.psychres.2016.06.024.
 26. Rodríguez-Espinosa S, Coloma-Carmona A, Pérez-Carbonell A, Román-Quiles JF, Carballo JL. Clinical and psychological factors associated with interdose opioid withdrawal in chronic pain population. *J Subst Abuse Treat* [Internet]. 2021 [citado 14 de abril 2022]; 129: 108386. doi: 10.1016/j.jsat.2021.108386.
 27. Pedrero-Pérez EJ, Morales-Alonso S, Álvarez-Crespo B, Benítez-Robredo MT. Opiate drug use in the city of Madrid: Associated health and sociodemographic factors. *Adicciones* [Internet]. 2021 [citado 14 de abril 2022]; 33(3): 235-244. doi: 10.20882/adicciones.1335.
 28. Serra-Pujadas S, Alonso-Buxadé C, Serra-Colomer J, Folguera J, Carrilero N, García-Altés A. Geographical, socioeconomic, and gender inequalities in opioid use in Catalonia. *Front Pharmacol* [Internet]. 2021 [citado 14 de abril 2022]; 12: 750193. doi: 10.3389/fphar.2021.75