



Reflexiones sobre el uso de opioides para el tratamiento del dolor crónico no-oncológico en México

Reflections on the use of opioids for the treatment of chronic non-oncological pain in Mexico

Dr. Alfredo Covarrubias-Gómez,^{*,‡} Dra. Luz A Templos-Estebán,^{‡,§}
Dr. Héctor M Esquer-Guzmán,^{‡,||} Dr. Orlando Carrillo-Torres,^{‡,¶}
Dr. Rodrigo A Pavón-Sánchez,^{‡,***} Dr. Ernesto Arriaga-Morales,^{‡,‡‡}
Dr. Giancarlo Ferretiz-López,^{‡,§§} Dra. Marcela Sámano-García,^{‡,¶¶}
Dra. Irma B Suárez-García,^{‡,***} Dr. Jorge U Baez-Baez,[‡]
Dra. Cinthia K Salinas-Palacios,^{‡,‡‡‡} Dra. Claudia Gutiérrez-Salmerón,^{‡,§§§}
Dra. Yosemite Valencia-Flores,[§] Dra. Margarita Otero-Lamas[§]

CONSUMO DE OPIOIDES EN MÉXICO

En el 2014, la oficina de «Regulación de Estupefacientes, Psicotrópicos y Sustancias Químicas» de la «Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios» (REPSQ-COFEPRIS), cambió la forma en la que proporcionaban los recetarios para prescribir medicamentos de fracción 1 (entre ellos, los opioides). Esta oficina gubernamental, responsable de la emisión de dichos recetarios, simplificó los procedimientos para su otorgamiento.

La Asociación Mexicana para el Estudio del Dolor hizo evidente en el 2014, las penurias que los médicos mexicanos vivían para acceder a un recetario para la expedición de opioides^(1,2). Ahora el trámite se realiza vía internet a través de la página de la REPSQ-COFEPRIS.

Antes del 2014, México se enfrentaba a una evidente falta de disponibilidad de opioides. De acuerdo a información de la oficina REPSQ-COFEPRIS y publicada por el «Pain & Policy Studies» de la Universidad de Wisconsin (organismo colaborador de la Organización Mundial de la Salud); México, consumió 4 mg equivalentes a morfina (mEM) per cápita en el 2010⁽²⁾. En ese mismo sentido, Cleary y colaboradores (2013), documentaron que el país consumió 3 mEM per cápita en ese mismo año. Esta cifra contrasta con lo utilizado por el resto de Latinoamérica (alrededor de 12 mEM per cápita) y pone de manifiesto la irresponsabilidad en consumo de opioides por los países desarrollados (Figura 1)⁽³⁾.

Lamentablemente, el cambio en la política de expedición de recetarios aún no ha sido evaluado del todo y desconocemos la magnitud del incremento en el consumo de opioides. De acuerdo con información de la REPSQ-COFEPRIS en efecto, existe un incremento en el número de recetas otorgadas a los médicos (de 21,100 en el 2014 a 327,800 en el 2016); y sabemos que en el 2016, se utilizaron 43,933 recetas de fármacos opioides, 49% de estas recetas fueron por morfina (7% por tapentadol, 7% por oxicodona, 7% por metadona, 29% por fentanyl, 1% por otros). Estos datos sugieren que hay una mayor prescripción de opioides en el país⁽⁴⁾.

Existe entonces cierto tipo de control (que antes no existía) y ahora las recetas tienen un código «QR» (del inglés *quick response code*) único para cada receta. El responsable de la farmacia escanea el código y captura la información de la misma para la plataforma en línea

* Departamento de Medicina del Dolor y Paliativa del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición «Salvador Zubirán» (Ciudad de México).

‡ Departamento de Educación e Investigación del Centro Algia para la Educación en Salud (Ciudad de México).

§ División de Cuidados Paliativos y Clínica del Dolor del Hospital General «Dr. Manuel Gea González» (Ciudad de México).

|| Servicio de Dolor y Paliativos del Centro de Oncología Personalizada (Culiacán).

¶ Departamento de Anestesiología del Hospital General de México «Dr. Eduardo Liceaga» (Ciudad de México).

*** Servicio Piloto de Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos del Hospital General Regional Núm. 12 «Lic. Benito Juárez» IMSS, Delegación Yucatán (Mérida).

‡‡ Departamento de Urgencias del Hospital San Ángel Inn (Ciudad de México).

§§ Departamento de Anestesiología del Hospital Militar Regional de Puebla (Puebla).

¶¶ Departamento de Medicina del Dolor del Instituto Nacional de Cancerología (Ciudad de México).

*** Servicio de Clínica del Dolor del Hospital Civil de Guadalajara «Fray Antonio Alcalde» (Guadalajara).

‡‡‡ Departamento de Anestesiología del Hospital General Regional Núm. 1 IMSS, Delegación Chihuahua (Chihuahua).

§§§ Departamento de Pediatría de la Unidad de Medicina de Alta Especialización «Dr. Luis Castelazo Ayala» IMSS (Ciudad de México).

Solicitud de sobretiros:

Alfredo Covarrubias-Gómez
Departamento de Medicina del Dolor y Paliativa, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición «Salvador Zubirán» Vasco de Quiroga No. 15. Sección XVI, Tlalpan, CDMX. 14000
Teléfono: 5215518324628
E-mail: algia.mexico@gmail.com
algia.org.mx

Recibido para publicación:
12-09-2019

Aceptado para publicación:
21-10-2019



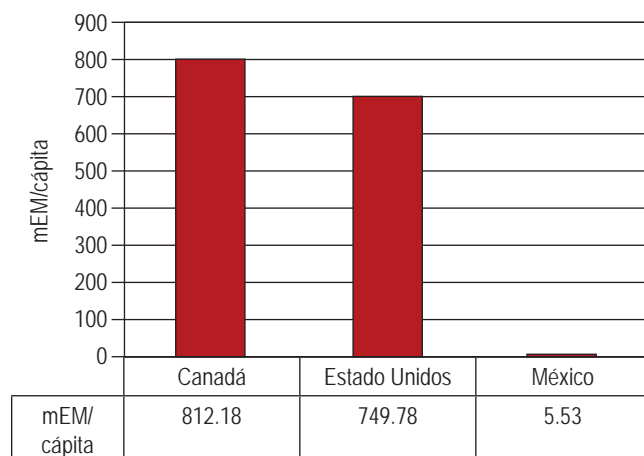


Figura 1: Consumo de opioides en América del Norte⁽¹²⁾.

de la REPSQ-COFEPRIS habilitada para ese fin. Tal captura es recolectada por la institución gubernamental y enviada por correo electrónico al médico que proporcionó dicha receta. De tal forma que el sistema tiene registro de la persona que compró el opioide (nombre y dirección), diagnóstico por el cual se emitió la receta, el opioide comprado, su presentación, su dosificación, y tiempo de prescripción. Esta herramienta permite (a las autoridades) saber en tiempo real las tendencias de prescripción opioide en México.

OPIOIDES DISPONIBLES EN MÉXICO

En nuestro país se venden al público: tramadol (oral y endovenoso), tapentadol (oral), buprenorfina (sublingual, transdérmica, y endovenosa), morfina (oral y endovenosa), oxicodona (oral y endovenosa), hidromorfona (endovenosa), metadona (oral y endovenosa), fentanyl (transdérmico, submucoso y endovenoso), sufentanyl (endovenoso); así como combinaciones de dextropropoxifeno con paracetamol y diazepam (oral), tramadol con paracetamol (oral), tramadol con clonixinato de lisina (oral), tramadol con ketorolaco (oral), codeína con paracetamol (oral) y, de codeína con diclofenaco (oral).

OPIOIDES SIN CONTROL

Ahora bien, no todos los opioides reciben el mismo tratamiento en el país, y existen opioides que se encuentran fuera de dicha regulación. La buprenorfina es un opioide que para su venta requiere de una receta con las especificaciones para fármacos de la fracción 2. El tramadol es un opioide de venta libre. Esta eventualidad condiciona que la REPSQ-COFEPRIS desconozca la magnitud real del consumo de opioides en la nación.

Esta problemática cobra especial relevancia ya que el «sistema de seguimiento *close-up*», utilizado por la industria farmacéutica para identificar tendencias de consumo, ubica combinaciones de tramadol con paracetamol o ketorolaco en el quinto y sexto lugar de las ventas de analgésicos en México durante el 2015. Ante esto surge una pregunta: ¿los médicos mexicanos conocen los riesgos asociados a iniciar una terapia opioide en el enfermo con dolor crónico no oncológico?

Todos aquellos que toman decisiones deben tener claro que el plan de estudios universitario para la licenciatura en medicina, al 2009, considera un número limitado de clases sobre la farmacoterapia opioide en forma específica⁽⁵⁾. Es posible que esta limitación del conocimiento se asocie con prescripciones carentes del seguimiento recomendado por organismos como la Federación Europea de Capítulos de la IASP (EFIC)⁽⁶⁾. Más aún, en fechas recientes, se han publicado recomendaciones latinoamericanas para la utilización de estos fármacos en el contexto del dolor crónico no oncológico que se encuentran sesgadas de modo profundo por la industria farmacéutica⁽⁷⁾, y/o son poco claras⁽⁸⁾.

ABUSO DE OPIOIDES Y DE OTRAS DROGAS EN MÉXICO

De acuerdo a la Encuesta Nacional de Drogas, Alcohol y Tabaco (2016-2017) en México, 10.3% de los habitantes ha consumido alguna droga durante la vida (2.9% lo hizo en el último año y 1.5% en el último mes)⁽⁹⁾. Estos resultados ponen de manifiesto que uno de cada 10 mexicanos ha consumido una droga en algún momento.

En ese sentido, una encuesta sobre adicciones en México realizada por la Comisión Nacional contra las Adicciones (CONADIC) ha documentado que *Cannabis sp.* ocupa el primer lugar de consumo crónico (60% de los consumidores de drogas). Respecto al uso de opioides con fines recreativos, ese documento los sitúa en 2% de los consumidores crónicos, a esa cifra debe sumarse el uso de heroína (un opioide) que constituye 4% de los consumidores crónicos⁽¹⁰⁾. Lo anterior sugiere que 6% de los consumidores crónicos de drogas utiliza opioides.

De igual forma, es menester destacar que 1.3% de la población consumidora de drogas ha usado sustancias de uso médico al menos alguna vez (1.7% hombres, 0.9% mujeres); 0.5% las ha consumido en el último año (0.6% hombres, 0.4% mujeres) y 0.2% las ha consumido en el último mes (0.3% hombres, 0.1% mujeres)⁽⁹⁾. Estos datos son abrumadores ya que desconocemos cuál es el consumo de analgésicos en forma específica; y en especial, sobre aquellos que se dispensan sin controles y registros documentales con fines estadísticos (por ejemplo, tramadol, codeína, dextropropoxifeno, buprenorfina).

SUGERENCIAS PARA ENFRENTAR LA CRISIS GENERADA POR LOS PAÍSES DESARROLLADOS

- a. Los países desarrollados presentan una crisis, fruto de las consecuencias de sus acciones. Los países latinoamericanos no tenemos la disponibilidad ni las facilidades para la prescripción de opioides que existe en el «primer mundo». Necesitamos establecer modelos específicos de seguimiento e inicio de terapia opioide en enfermos con dolor crónico no oncológico (Figura 1)^(3,11).
- b. Es mandatorio que las agencias regulatorias del país establezcan sistemas que identifiquen no sólo a los consumidores de opioides potentes, sino también, a los consumidores de tramadol (solo o en combinación), buprenorfina, y dextropropoxifeno (vendido en México en combinación con una benzodiacepina).
- c. La prescripción de opioides debe ser realizada por un médico, en consecuencia es necesario que tramadol, buprenorfina, y dextropropoxifeno utilicen el mismo sistema que los opioides potentes para ser vendidos (código QR), y ser considerados fármacos de fracción 1.
- d. Las autoridades regulatorias y los organismos educativos del país no deben ceder a las presiones de la industria farmacéutica y recordar las experiencias de otros países respecto a la prescripción y recomendaciones sobre el uso de opioides⁽¹²⁾.
- e. Los programas educativos en materia de opioides para la República Mexicana contemplados por consejos, academias, universidades, colegios, asociaciones civiles y organismos gubernamentales deben especificar de manera clara si reciben algún tipo de patrocinio por parte de la industria farmacéutica.
- f. El gobierno mexicano necesita considerar que al país acuden estadounidenses y canadienses en busca de opioides; en consecuencia, es recomendable generar candados que limiten el acceso a ese grupo de fármacos para los farmacodependientes y buscadores de opioides de esas naciones⁽¹³⁾.
- g. El gobierno mexicano debe considerar que los visitantes de otras naciones que requieren fármacos del grupo opioide deben tener un seguimiento especial mientras permanezcan en el país⁽¹³⁾.

CONCLUSIÓN

El motivo de estas reflexiones se centra en la crisis de opioides desatada por los países industrializados. La identificación del impacto de la dosificación irresponsable de opioides debe ser tomada en serio por las naciones en desarrollo. México se enfrenta a nuevos retos para atender de manera humana a los enfermos sin limitar, por miedo, el acceso a fármacos (como los opioides).

REFERENCIAS

1. Covarrubias-Gómez A, Guevara-López U, De Lille-Fuentes RM, Ayón-Villanueva H, Gaspar-Carrillo SP, Nuche-Cabrera E, et al. Primera cumbre nacional de delegados de la Asociación Mexicana para el Estudio y Tratamiento del Dolor. *Rev Mex Anest.* 2014;37:142-147.
2. Pain & Policy Studies Group. Universidad de Wisconsin. [Fecha de consulta: Julio 29, 2018] EUA. sitio web: <http://www.painpolicy.wisc.edu/home>.
3. Cleary J, De Lima L, Eisenclas J, Radbruch L, Torode J, Cherny NI. Formulary availability and regulatory barriers to accessibility of opioids for cancer pain in Latin America and the Caribbean: a report from the Global Opioid Policy Initiative (GOPI). *Ann Oncol.* 2013;24:xi41-50.
4. Díaz-Salazar C, Gastélum-Bajo D, Flores-Escalera HE, Merodio-Reza L, Ríos-De La Mora IS, Domínguez-Arvizu H, De La Torre-Valdez Y, Acosta-Islas A, Ceballos-Llerenas H, Dorantes-Martínez C, Barrera-Tapia ME. Iniciativa con proyecto de decreto por el que se reforma la ley general de salud en los artículos 227 y 234 (Exposición de motivos). Senado de la República. Gobierno de México. (s. f.). México.
5. Universidad Nacional Autónoma de México. Plan único de estudios de la carrera de médico cirujano. UNAM. 2009. México. Recuperado del sitio en internet: [http://www.facmed.unam.mx/_documentos/planes/mc/punico.pdf] de la facultad de medicina de la UNAM. [Fecha de consulta: Mayo 9, 2019].
6. O'Brien 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.* 2017;21:3-19.
7. Lara-Solares A, Aguayo-Zamora C, Amescua-García C, García JBS, Berenguel-Cook MDR, Bonilla-Sierra P, et al. Latin-American guidelines for opioid use in chronic nononcologic pain. *Pain Manag.* 2017;7:207-215.
8. García-Santos JB, Gómez-López MP, Moreira-Barros GA, Milina-Muñiz HG, Aumada-Olea M, Bonilla P, et al. Latin American Pain Federation position paper on appropriate opioid use in pain management. *Pain Reports.* 2019;4:e730.
9. [Sin autores]. Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco (ENCODAT) 2016. Comisión Nacional contra las Adicciones. México. Recuperado del sitio en internet [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/234856/CONSUMO_DE_DROGAS.pdf] del Gobierno de México. [Fecha de consulta: Mayo 29, 2019].
10. Consumo de opiáceos. Comisión Nacional contra las Adicciones. México. Recuperado del sitio en internet [http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/informe_opiáceos.pdf] del CONADIC. [Fecha de consulta: Mayo 29, 2019].
11. Pain and policy study group. University of Wisconsin-Madison. EUA. 2011. Recovered from the website [<http://www.painpolicy.wisc.edu/home>] de la University of Wisconsin-Madison. [Fecha de consulta: December 31, 2018].
12. Goodman-Meza D, Medina-Mora ME, Magis-Rodríguez C, Landovitz RJ, Shoptaw S, Werb D. Where is the opioid use epidemic in Mexico? A cautionary tale for policymakers south of the US-Mexico Border. *Am J Public Health.* 2019;109:e1-e10.
13. Palinkas LA. Opioid use epidemic in Mexico: global solutions to a global problem. *Am J Public Health.* 2019;109:26-27.