

Rev Soc Esp Dolor
2012; 19(2): 108-109

Riesgos del uso de opioides en ancianos en EE. UU.

Sr. Director:

El uso de opioides en los ancianos con dolor crónico puede provocar acontecimientos adversos graves, incluyendo fracturas por caídas e incluso la muerte. En un estudio que incluyó a más de 12.000 pacientes, el riesgo relativo de fractura fue de 4,47 (IC 95%: 3,12 a 6,41) entre los pacientes tratados con opioides, en comparación con aquellos que tomaban fármacos no selectivos antiinflamatorios no esteroides (AINE) o inhibidores de la ciclooxigenasa 2 selectiva (coxibs) (1). Por otra parte, todas las causas de mortalidad fue de 1,87 (IC 95%: 1,39-2,53) para los pacientes tratados con opiáceos en comparación con aquellos que utilizan los otros tipos de analgésicos,

En otro estudio reciente (2) que evaluó la seguridad comparativa de los opiáceos durante 30 días todos excepto tramadol se asoció con un riesgo significativamente mayor de fractura (RR 0,21, IC 95%: 0,16-0,28). No existen datos para tapentadol, buprenorfina y los fentanilos de acción corta.

La mayoría de la investigaciones sobre la seguridad de los analgésicos se ha centrado en los efectos adversos que afectan a un solo órgano, como los riesgos cardiovasculares de los coxibs. Sin embargo, los pacientes quieren saber sobre la seguridad global, es decir, la probabilidad de que un determinado fármaco provoque un evento adverso grave de cualquier tipo.

Para solucionar este problema he analizado los datos de reclamaciones de Medicare en USA, con la estimación de la probabilidad de los pacientes de recibir un medicamento en lugar de otro, de acuerdo con una serie de variables. En un estudio (3), la mayoría eran mujeres blancas de unos 80 años de edad que padecían osteoartritis. A los efectos de las comparaciones de seguridad, los AINE fueron considerados la referencia. Los investigadores encontraron que los riesgos cardiovasculares fueron elevados tanto para los coxibs (HR 1,28, IC 95%: 1,01-1,62) como para los opiáceos (HR 1,77, IC 95%: 1,39-2,24). Los pacientes tratados con Coxibs, estaban en menor riesgo de hemorragia gastrointestinal (HR 0,60, IC 95%: 0,35-1) en comparación con los otros dos grupos, mientras que el riesgo de cualquier evento de seguridad que requiriera hospitalización fue mayor con opioides (HR 1,68, IC 95%: 1,37-2,07).

También se han publicado los números necesarios para dañar (NNH), encontrándose que después de un año de uso, el NNH para los opiáceos eran clínicamente relevante, siendo 17 para los eventos cardiovasculares, 19 para hospitalización por un evento adverso, de 26 de fractura, y 27 para mortalidad por cualquier causa. El riesgo de infarto de miocardio (IM) en pacientes que toman opioides es muy sugerente. Aunque es posible que los opiáceos afecten directamente el sistema cardiovascular, también pueden aumentar el riesgo de otros eventos adversos graves (tales como fractura de cadera o insuficiencia respiratoria) lo que, indirectamente, podría provocar infartos en los pacientes ancianos vulnerables. Otro estudio (4) incluyó 6.275 pacientes que tomaban codeína, hidrocodona, oxicodona, propoxifeno o tramadol para el dolor no oncológico, los resultados de los efectos adversos, según los investigadores fueron:

Elevado riesgo cardiovascular de la codeína después de 180 días, RR 1,62 (IC 95%: 1,27-2,06), reducción del riesgo de fractura para tramadol después de 180 días, RR 0,32 (IC 95%: 0,25-0,40), reducción del riesgo de fractura para propoxifeno en ambos momentos, RR 0,54 (IC 95%: 0,44-0,66) y RR 0,58 (IC 95%: 0,49-0,69), aumento del riesgo de mortalidad por cualquier causa después de 30 días para la oxicodona, RR 2,43 (IC 95%: 1,47-4) y la codeína, RR 2,05 (IC 95%: 1,22-3,45). Los hallazgos de este estudio muestran que no todos los opioides se asocian con un riesgo similar. En contra de lo que se piensa habitualmente los riesgos observados con codeína parecen ser importantes. La suposición no probada, pero generalizada de que la codeína es más segura desde un punto de vista de la adicción, debido a su menor potencia es posible que tenga que descartarse ya que estos datos demuestran un mayor riesgo de eventos cardiovasculares y de mortalidad por todas las causas.

En cualquier caso los estudios revisados tienen sesgos de confusión potenciales y el uso de datos suministrados por las farmacias, pueden no reflejar cómo los analgésicos se utilizan realmente en EE. UU., además estos estudios no incluyen información acerca de factores como el uso de aspirina, el tabaquismo y los niveles de dolor de los pacientes incluidos.

Finalmente si estos hechos se pueden dar también en nuestro país lo desconocemos, por lo que hacen fal-

ta estudios que prueben la seguridad de los diversos opioides en una población tan frágil y con tantos cuadros de dolor intenso como la tercera edad, en estos pacientes los analgésicos no opioides tienen también sus propios riesgos.

L. M. Torres, J. M. Trinidad y E. Calderón

*Servicio de Anestesia y Unidad del Dolor.
Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz*

BIBLIOGRAFÍA

1. Salomón D, et al. La relativa seguridad de los analgésicos en los adultos mayores con artritis Arch Intern Med 2010;170:1968-78.
2. Graf J. El uso de analgésicos en el anciano: El dolor "y simple verdad". Arch Intern Med 2010;170:1976-8.
3. Salomón D, et al. La seguridad comparativa de los opiáceos para el dolor no maligno en los adultos mayores. Arch Intern Med 2010;170:1979-86.
4. Becker W, O'Connor P. La seguridad de los analgésicos opioides en los ancianos. Arch Intern Med 2010;170:1986-8.