

**CARTAS AL DIRECTOR****Tramadol: la ruleta analgésica***Tramadol: analgesic roulette*

DOI: 10.20986/resed.2019.3758/2019

*Sr. Director:*

Estamos de acuerdo con C. Pérez Hernández, en cuyo editorial menciona que el consumo de opioides en España se ha incrementado en las últimas décadas y que necesitamos un cambio en nuestra práctica clínica [1].

Dicho aumento en el uso/abuso de estos fármacos se ha producido, fundamentalmente, a expensas del tramadol y, en los últimos años, del fentanilo. En España, entre 1992 y 2006 se multiplicó por 12 el consumo de opioides, de los cuales el más popular es el tramadol [2].

En la evolución de consumo en nuestra comunidad (Navarra) se observa un incremento del tramadol y de la combinación tramadol + paracetamol de 0,90 DHD (dosis habitante día) en el año 2000 a 7,06 DHD en el año 2014 [2].

Pese a que hay información que sostiene su eficacia como analgésico, hay un creciente cuerpo de evidencias postmarketing que muestran riesgos con su consumo, por lo que la decisión de prescribir este fármaco cada día debe ser más cuidadosamente considerada.

La potencia analgésica del tramadol está influenciada por diferencias genéticas individuales, la variación fenotípica influye en las tasas de acumulación y/o eliminación del fármaco. Lo que supone una incertidumbre a la hora de la respuesta que el paciente va a tener, tanto en eficacia como en toxicidad. Basados en el perfil CYP2D6 existen: pobres metabolizadores (PM) con escasa función CYP2D6, metabolizadores intermedios (IM), grandes metabolizadores (EM) y ultra metabolizadores (UM) con muchas copias del gen CYP2D6 [3].

Es percibido como escasamente adictivo, pero desde su comercialización se acumulan datos sobre riesgo de dependencia y síndrome de abstinencia y su uso abusivo está generando serios problemas de salud pública en países como Irlanda del Norte, Egipto o Camerún. Sus efectos estimulantes y euforizantes predisponen al abuso. La adicción al tramadol es un asunto prevalente sobre todo en Oriente Medio y África. En Inglaterra y Gales, en los últimos 4 años, el número de muertes por tramadol se ha duplicado; el año pasado hubo, por lo menos, 179 [4-6].

¿Sería factible prescindir del tramadol? En realidad, es un opiáceo débil con un efecto analgésico que no pasa de moderado y no existen evidencias robustas para su uso. Hay pocos estudios y heterogéneos. Los efectos adversos mencionados obligan a un uso prudente o, simplemente, a evitar la prescripción. Es difícil imaginar que un enfermo pueda necesitar tramadol por encima de otras alternativas [4].

Por añadidura, el segundo escalón de la escalera analgésica de la OMS está actualmente bajo cuestiona-

miento, ya que la primera crítica que se le hace es la ausencia definitiva de una eficacia probada de los opioides débiles. Un metanálisis de ensayos controlados y randomizados no mostró diferencias significativas entre los analgésicos no opioides solos o no opioides combinados con opioides débiles, y los estudios disponibles no muestran una diferencia clara en eficacia entre las drogas del primer y del segundo escalón [7].

Somos nosotros, los prescriptores de fármacos y poseedores de la información, quienes tenemos que sacar conclusiones y discernir lo real de lo irreal. Podemos admitir que el daño yatrogénico no es evitable en términos absolutos, pero sí lo es en términos relativos y conviene analizar lo que se puede hacer para reducirlo al mínimo.

**CONFLICTO DE INTERESES**

Los autores declaran que no tienen ningún conflicto de intereses.

**BIBLIOGRAFÍA**

1. Pérez Hernández C. Opioides y adicción en dolor crónico: ¿es un problema?, ¿cómo abordarlo? *Rev Soc Esp Dolor*. 2019;26(2):65-67. DOI: 10.20986/resed.2019.3736/2019.
2. Celaya Lecea MC, Malón Musgo MM. Opioides en el tratamiento del dolor crónico no oncológico. *BIT Navarra*. 2014;22(5):1-14.
3. Kirchheiner J, Keulen JT, Bauer S, Roots I, Brockmüller J. Effects of the CYP2D6 Gene Duplication on the Pharmacokinetics and Pharmacodynamics of Tramadol. *J Clin Psychopharmacol*. 2008;28(1):78-83. DOI: 10.1097/JCPOb013e318160f827.
4. Gibbison B, Bailey C, Klein A. Tramadol-the Marmite TM Drug. *Anaesthesia* 2015;70(2):119-34. DOI: 10.1111/anae.12972.
5. Tjäderborn M, Jönsson AK, Ahlner J, Hägg S. Tramadol Dependence: a Survey of Spontaneously Reported Cases in Sweden. *Pharmacoepidemiol Drug Saf*. 2009;18(12):1192-8. DOI: 10.1002/pds.1838.
6. Chen T, Chen L, Knaggs R. A 15 Year Overview of Increasing Tramadol Utilization and Associated Mortality and the Impact of Tramadol Classification in the United Kingdom *Pharmacoepidemiol Drug Saf*. 2018;27(5):487-94. DOI: 10.1002/pds.4320.
7. Fallon M, Giusti R, Aielli F, Hoskin P, Rolke R, Sharma C, et al. Management of Cancer Pain in Adult Patients. *ESMO Clinical Practice Guidelines*. *Ann Oncol*. 2018;29(Suppl. 4):iv166-iv191. DOI: 10.1093/annonc/mdy152.

**G. Picco, R. Ríos Cabrera,  
I. Erquiaga y M. Errasti***Unidad de Cuidados Paliativos. Hospital San Juan de Dios. Pamplona*