

Cuando menos es más: la deprescripción de opioides en el dolor crónico

Elena Puerta

Departamento de Ciencias Farmacéuticas, Universidad de Navarra.

El uso de opioides en el dolor crónico no oncológico ha aumentado de forma sostenida, con tratamientos prolongados y escasamente reevaluados. La evidencia reciente cuestiona esta estrategia, al mostrar beneficios analgésicos limitados a largo plazo frente a riesgos clínicos relevantes. En este contexto, el consenso multidisciplinar liderado por Glare et al. (2020) aporta un marco práctico para la deprescripción de opioides, proponiendo un cambio de paradigma: la retirada no como mera reducción de dosis, sino como una intervención terapéutica orientada a mejorar la seguridad, la funcionalidad y la calidad de vida de los pacientes.

La utilización de opioides en el tratamiento del dolor crónico no oncológico ha experimentado un crecimiento sostenido en las últimas décadas. Este fenómeno ha ido acompañado de un uso progresivamente más prolongado y, en muchos casos, escasamente reevaluado de estos fármacos. Sin embargo, la evidencia acumulada en los últimos años ha obligado a revisar críticamente esta estrategia terapéutica. Los beneficios analgésicos de los opioides a largo plazo son, en el mejor de los casos, modestos, mientras que los riesgos asociados (dependencia, efectos adversos graves, deterioro funcional, síndrome de abstinencia y aumento de la mortalidad) son incuestionables.

En este contexto, el artículo de Glare y colaboradores (2020)¹ representa una aportación particularmente relevante. Basado en un consenso multidisciplinar de expertos reunidos por el Pain Management Research Institute de la Universidad de Sídney, este trabajo

ofrece una síntesis práctica sobre cómo abordar la deprescripción de opioides en pacientes con dolor crónico. Su valor no reside únicamente en las recomendaciones técnicas, sino en el cambio de paradigma que propone: la retirada de opioides no debe entenderse como una reducción de dosis, sino como una intervención terapéutica orientada a mejorar la seguridad, la funcionalidad y la calidad de vida del paciente. La presente editorial revisa los principales mensajes de este consenso desde una perspectiva farmacológica.

Dolor crónico y racionalidad terapéutica: el papel limitado de los opioides

El dolor crónico constituye una de las principales causas de discapacidad a nivel mundial. Se define como aquel que persiste más allá de tres a seis meses y, a diferencia del dolor agudo, suele estar mediado por meca-

nismos complejos que incluyen sensibilización central, cambios en la plasticidad sináptica y procesos nociplásticos. En este contexto, el dolor deja de ser un simple marcador de daño tisular para convertirse en una experiencia persistente, modulada por factores biológicos, psicológicos y sociales.

Glare y col. subrayan un aspecto fundamental: los opioides pueden ser eficaces a corto plazo en determinados cuadros de dolor, pero la evidencia de beneficio sostenido en el dolor crónico no oncológico es limitada. Desde un punto de vista farmacodinámico, la exposición prolongada a opiodes conduce inevitablemente a tolerancia y puede inducir hiperalgesia, un fenómeno paradójico en el que el propio fármaco amplifica la percepción dolorosa. A ello se suman efectos adversos bien conocidos como la sedación, estreñimiento, deterioro cognitivo, depresión respiratoria o aumento del riesgo de caídas, que comprometen la funcionalidad y la autonomía del paciente, especialmente en personas mayores.

Pese a estas limitaciones, la prescripción de opioides de liberación modificada (oxicodona, fentanilo, tapentadol) creció de forma sostenida durante años. La experiencia internacional ha mostrado que este patrón se asocia a un aumento de intoxicaciones, hospitalizaciones y muertes relacionadas con opioides, en ocasiones superando a las vinculadas a drogas ilícitas. Aunque España no ha vivido una crisis comparable a la de Estados Unidos, la tendencia al alza es innegable y exige una reflexión profunda sobre la racionalidad terapéutica.

La deprescripción como oportunidad terapéutica

El eje central del consenso de Glare y col. es claro: la deprescripción no es un objetivo administrativo ni una imposición regulatoria, sino una oportunidad terapéutica. El propósito no es retirar un fármaco, sino sustituir un tratamiento de eficacia limitada y riesgo elevado por estrategias más seguras y efectivas.

Desde la farmacología clínica, los beneficios potenciales de la deprescripción son múlti-

ples: reducción de efectos adversos dosis-dependientes, menor riesgo de dependencia y abstinencia, reversión de la hiperalgesia inducida por opioides y mejora del estado cognitivo y funcional. De manera particularmente relevante, la evidencia disponible indica que la mayoría de los pacientes pueden reducir significativamente la dosis o incluso suspender los opioides sin empeoramiento del dolor, y con frecuencia con mejoras en el estado de ánimo y la calidad de vida². Este mensaje es crucial: retirar opioides no equivale a abandonar al paciente. Al contrario, uno de los aportes más valiosos del artículo es su insistencia en un enfoque centrado en la persona, lo que implica acompañarlo activamente hacia un modelo terapéutico más acorde con la fisiopatología del dolor crónico.

Autogestión del dolor: el pilar terapéutico de la retirada

Uno de los consensos más sólidos del artículo es que la deprescripción solo es viable si se acompaña de alternativas terapéuticas funcionales. La retirada de un opioide sin ofrecer un reemplazo en términos de manejo del dolor está abocada al fracaso.

Los programas interdisciplinarios de autogestión del dolor son las intervenciones con mayor respaldo empírico. Estos incluyen educación en neurobiología del dolor, ejercicio físico pautado, terapia cognitivo-conductual y estrategias de regulación emocional. Desde un punto de vista farmacológico, estos programas permiten además un uso más racional de fármacos coadyuvantes, como antidepresivos duales o anticonvulsivantes, con evidencia en determinados tipos de dolor neuropático o mixto.

Cómo retirar opioides: principios farmacológicos esenciales

El consenso revisa las principales recomendaciones internacionales³⁻⁵. Aunque no existe una pauta única, sí se comparten principios generales: reducciones lentas, escalonadas y flexibles; adaptación individualizada; monitори-

zación estrecha de síntomas de abstinencia y estado emocional; y evitación absoluta de retiradas bruscas salvo riesgo vital.

Las reducciones del 5-20% mensual son, en general, bien toleradas, especialmente en pacientes con tratamientos prolongados. Las retiradas rápidas o forzadas, por el contrario, se asocian a mayor riesgo de ansiedad, deterioro funcional, consumo de opioides ilícitos e incluso suicidio.

El artículo insiste en que la toma de decisiones debe basarse en criterios clínicos individualizados, evitando protocolos rígidos que ignoren la variabilidad farmacocinética, el perfil del paciente, las comorbilidades, su estado emocional, sus expectativas o el contexto psicosocial. Desde la farmacología clínica, la retirada bien planificada debe considerarse una intervención terapéutica en sí misma.

Estrategias farmacológicas adyuvantes

En pacientes con dificultades para implementar estrategias activas de autogestión del dolor, o en aquellos que presentan síntomas intensos de abstinencia durante el proceso de retirada, el consenso contempla el uso de apoyos farmacológicos selectivos. Entre estas opciones, la buprenorfina ocupa un lugar destacado. Su perfil farmacodinámico como agonista parcial del receptor μ y antagonista del receptor κ confiere ventajas relevantes desde el punto de vista de la seguridad: menor riesgo de depresión respiratoria, efecto techo sobre la euforia y una menor intensidad de los síntomas de abstinencia. Estas características la convierten en una herramienta especialmente útil para facilitar la transición desde opioides de alta potencia o en pacientes con exposiciones prolongadas, permitiendo descensos más estables y mejor tolerados.

El consenso también contempla el uso puntual de otras intervenciones farmacológicas en contextos bien seleccionados. La ketamina a dosis subanestésicas, mediante la inhibición del receptor NMDA, puede contrarrestar temporalmente procesos de neuroadaptación asociados al uso crónico de opioides y aliviar el dolor durante fases críticas de la retirada. Asimismo, los agonistas $\alpha 2$ -adrenérgicos,

como la clonidina o la lofexidina, pueden emplearse para mitigar los síntomas de la abstinencia (ansiedad, sudoración, inquietud o insomnio) facilitando la adherencia al plan de reducción.

En casos específicos, y siempre bajo criterios estrictos de selección, las técnicas intervencionistas (como la estimulación medular o determinados bloqueos nerviosos) pueden actuar como soporte temporal durante la retirada, particularmente en pacientes con dolor neuropático refractario. Todas estas estrategias requieren experiencia clínica, una valoración cuidadosa del perfil del paciente y un conocimiento profundo de los riesgos, interacciones y limitaciones de cada intervención.

Un escenario especialmente desafiante es el de los pacientes con comorbilidad psiquiátrica o con signos compatibles con un trastorno por uso de opioides. El diagnóstico de esta patología es particularmente complejo, dado el solapamiento entre los criterios de diagnóstico y conductas adaptativas desarrolladas por pacientes que utilizan opioides de forma legítima para el control del dolor. En este grupo, la identificación de conductas aberrantes, como la solicitud repetida de medicación adicional, el uso de opioides ajenos o la existencia de múltiples prescriptores, debe alertar al clínico y motivar una evaluación más profunda.

En estos casos, la coordinación con servicios especializados en adicciones es esencial, y la farmacología adquiere un papel diferencial. La buprenorfina o la metadona, utilizadas dentro de programas estructurados y con seguimiento multidisciplinar, pueden convertirse en herramientas terapéuticas clave, no solo para reducir riesgos asociados al uso descontrolado de opioides, sino también para estabilizar al paciente y permitir un abordaje integral de su dolor y su dependencia.

Comunicación clínica y emociones: un componente terapéutico clave

Uno de los aspectos más innovadores del artículo es la atención a las barreras emocionales. El miedo, la rabia o la desconfianza son

respuestas previsibles cuando se propone a un paciente retirar un fármaco percibido como la única fuente de alivio. Validar y gestionar estas emociones, explicar de forma clara los mecanismos de tolerancia y abstinencia, y presentar la deprescripción como una mejora terapéutica son elementos decisivos para el éxito. El farmacólogo clínico o el médico prescriptor deben comunicar de manera clara que la retirada es parte de un tratamiento activo, no una retirada de apoyo.

Aunque este componente no es estrictamente farmacológico, comprometer al paciente en un plan personalizado mejora la adherencia y reduce la ansiedad asociada a la retirada del fármaco, lo que tiene un impacto directo en los resultados clínicos.

Sin embargo, la falta de formación en estas habilidades de comunicación y gestión de las emociones supone un reto importante para muchos profesionales sanitarios.

Conclusiones

El consenso australiano es altamente pertinente para el contexto español. Según el Informe OEDA 2025⁶, el 15,2% de la población española ha consumido opioides alguna vez en la vida, con una mayor prevalencia en mujeres. El consumo en los últimos años muestra una estabilización reciente, pero el uso de opioides prescritos se ha duplicado en la última década según datos de dispensación. España no enfrenta una epidemia de opioides comparable a la estadounidense, pero la tendencia al alza asociada al envejecimiento poblacional y al aumento del dolor crónico es evidente.

En este escenario, el mensaje de Glare y colaboradores es especialmente relevante: promover la deprescripción segura, formar a profesionales en comunicación clínica y autogestión del dolor, e integrar modelos interdisciplinarios son pasos imprescindibles para un uso más racional de opioides. Deprescribir no significa retirar tratamiento, sino una oportunidad para mejorar la seguridad, la funcionalidad y la calidad de vida de los pacientes. En definitiva, cuando se trata del dolor crónico, menos opioides puede significar más salud.

Referencias

1. Glare P, Ashton-James C, Han E, Nicholas M. Deprescribing long-term opioid therapy in patients with chronic pain. *Intern Med J*. 2020 Oct;50(10):1185-1191. doi: 10.1111/imj.15023.
2. Frank JW, Lovejoy TI, Becker WC, Morasco BJ, Koenig CJ, Hoffercker L et al. Patient outcomes in dose reduction or discontinuation of long-term opioid therapy: a systematic review. *Ann Intern Med* 2017; 167: 181–91.
3. Dowell D, Haegerich TM, Chou R. CDC Guideline for Prescribing Opioids for Chronic Pain - United States, 2016. Practice Guideline MMWR Recomm Rep 2016 Mar 18;65(1):1-49. doi: 10.15585/mmwr.rr6501e1.
4. Mark TL, Parish W. Opioid medication discontinuation and risk of adverse opioid-related health care events. *J Subst Abuse Treat* 2019; 103: 58–63.
5. Opioid Taper Decision Tool. Veterans Health Administration. US department of veterans affairs. 2016
6. Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA). *Informe 2025: Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, Ministerio de Sanidad; 2025.