



**CONGRESO
NACIONAL**

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE
FARMACIA HOSPITALARIA

MÁLAGA 15-17 OCT 25

Sapere Aude

Reflexión ante nuevos retos



REVISIÓN DEL TRASTORNO POR USO DE OPIOIDES

ANA ACUÑA VEGA

Jefa de Servicio de Farmacia del CP el Puerto II



Clasificación de los problemas relacionados con los opioides de prescripción

Error terapéutico: *dosis, interacciones, vía incorrecta, administración a otra persona*

Manipulación: *machacar los comprimidos para esnifarlos, calentar parches, masticar comp sublinguales*

Uso indebido: *intencional. Aumentar la dosis o automedicación*

Síndrome de abstinencia

Sobredosis: *sobredosificación clínica, accidental o intencional*

Conductas aberrantes: *comportamientos que sugieren trastorno por uso de opioides*

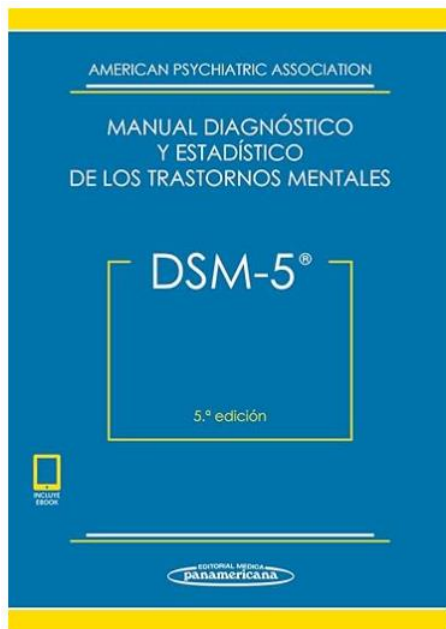
Trastorno por uso de opiáceos

Conductas aberrantes

1. *Quedarse sin medicación en poco tiempo de forma repetida*
2. *Solicitar recetas a varios médicos*
3. *Sufrir pérdidas reiteradas de recetas*
4. *Pedir frecuentemente aumentos de la dosis*
5. *Aumentar la dosis sin supervisión médica*
6. *Acceder a los opioides fuera del circuito oficial de medicamentos.*
7. *Utilizar vías distintas de administración, manipulando las formas de presentación*
8. *Acudir frecuentemente sedado o somnoliento a la consulta*
9. *Centrar las consultas exclusivamente en los opioides*
10. *Frecuentar urgencias para solicitar más medicación*
11. *Rechazar tratamientos sin opioides y/o no farmacológicos*
12. *Aislamiento social*

¿Qué entendemos por trastorno del uso de opioides?

Patrón problemático de consumo que provoque un deterioro o malestar clínicamente significativo y dos de los siguientes criterios



Criterios diagnósticos para el trastorno por uso de opiáceos (DSM-5)

1. Consumo frecuente de cantidades superiores o durante más tiempo del previsto
2. Deseo persistente de abandonar o controlar el consumo, o fracaso en los esfuerzos por lograrlo
3. Mucho tiempo invertido en actividades relacionadas con el consumo (conseguir, consumir o recuperarse de los efectos de los opiáceos)
4. Deseo intenso o necesidad de consumo (*craving*)
5. Incumplimiento de los deberes fundamentales en el trabajo, la escuela o el hogar debido al consumo reiterado
6. Consumo continuado a pesar de las consecuencias negativas sociales o interpersonales
7. Abandono o reducción importante de actividades sociales, profesionales o de ocio
8. Consumo recurrente en situaciones que conllevan riesgo físico
9. Consumo mantenido a pesar de saber que se sufren problemas físicos o psicológicos relacionados con el consumo
10. Tolerancia*
11. Síndrome de abstinencia*

* No se considera que se cumple este criterio en aquellos individuos que solo toman opiáceos bajo supervisión médica adecuada.

FICHA TECNICA DUROGESIC MATRIX 100 microgramos/H PARCHES TRANSDERMICOS

Tabla 5: Reacciones adversas en pacientes adultos y pediátricos

Clase de Órgano/Sistema	Categoría de frecuencia				
	Muy frecuentes	Frecuentes	Poco frecuentes	Raras	No conocida
Trastornos del sistema inmunológico		Hipersensibilidad			Shock anafiláctico, Reacción anafiláctica, Reacción anafilactoide
Trastornos endocrinos					Carencia de andrógenos
Trastornos del metabolismo y de la nutrición		Anorexia			
Trastornos psiquiátricos		Insomnio, Depresión, Ansiedad, Estado confusional, Alucinaciones	Agitación, Desorientación, Estado de euforia		Delirio, Dependencia
Trastorno del sistema nervioso	Somnolencia, Mareo, Cefalea	Temblor, Parestesia	Hipoestesia, Convulsión (incluyendo convulsiones clónicas y convulsiones tónico-clónicas generalizadas), Amnesia, Disminución del nivel de consciencia, Pérdida de la consciencia		
Trastornos oculares			Visión borrosa	Miosis	
Trastornos del oído y del laberinto		Vértigo			
Trastornos cardíacos		Palpitaciones, Taquicardia	Bradicardia, Cianosis		
Trastornos vasculares		Hipertensión	Hipotensión		
Trastornos respiratorios, torácicos y mediastínicos		Disnea	Depresión respiratoria, Dificultad respiratoria	Apnea, Hipoventilación	Bradipnea
Trastornos gastrointestinales	Náuseas, Vómitos, Estreñimiento	Diarrea, Sequedad bucal, Dolor abdominal, Dolor abdominal superior, Dispepsia	Íleo, Disfagia	Subileo	

DEPENDENCIA VS ADICCIÓN



Dependencia Física

Proceso fisiológico adaptativo
en respuesta a un fármaco



Adicción

Conducta impulsiva

Pacientes con dolor crónico en
tratamiento con opioides



Consumidor de opiáceos
ilegales

Refuerzo negativo

Desaparición de síntomas de
abstinencia (*ansiedad,*
anhedonia, hiperalgesia)

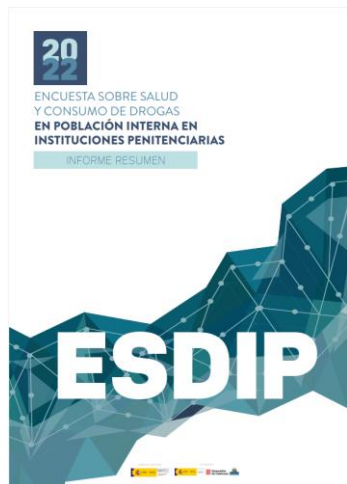


Refuerzo positivo

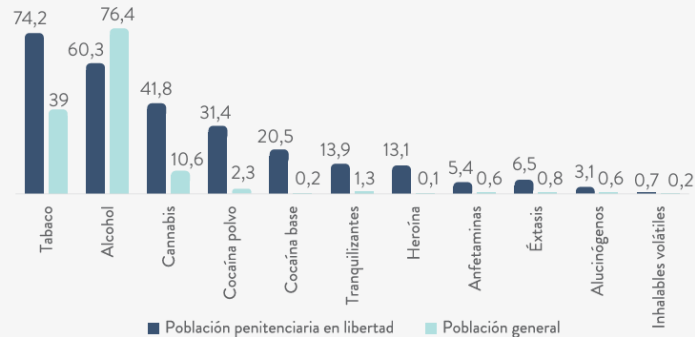
Efecto placentero (*euforia,*
bienestar, subidón)

Manejo

ANALGÉSICOS OPIOIDES EN ESPAÑA



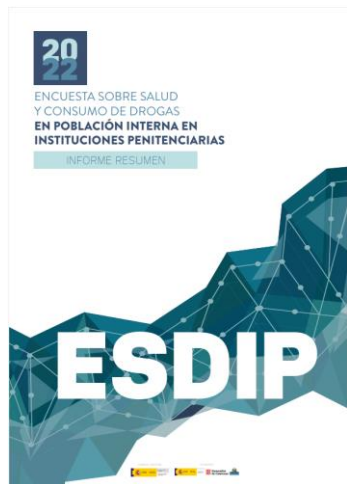
Prevalencia de consumo de drogas en los últimos 12 meses en población penitenciaria previamente a su ingreso en prisión y en población general (%). España, 2022.



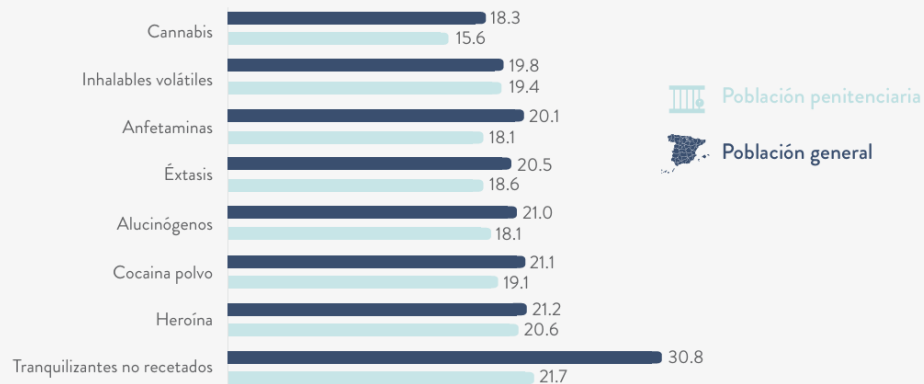
Fuente: Encuesta sobre Salud y consumo de Drogas en Población Interna en Instituciones Penitenciarias. ESDIP 2022. Encuesta sobre Alcohol y drogas en España. EDADES 2022.

*Nota: Los tranquilizantes son no recetados
Nota: Heroína es sola, sin mezclar con Cocaína*

ANALGÉSICOS OPIOIDES EN ESPAÑA

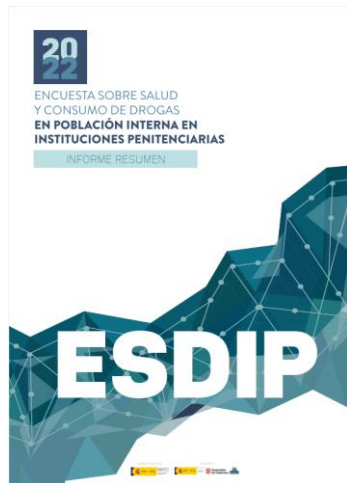


Edad media de inicio del consumo de drogas ilegales en población general de 15 a 64 años y en población penitenciaria privada de libertad (años), España, 2022.



Fuente: Encuesta sobre Salud y consumo de Drogas en Población Interna en Instituciones Penitenciarias. ESDIP 2022. Encuesta sobre Alcohol y drogas en España. EDADES 2022.

ANALGÉSICOS OPIOIDES EN ESPAÑA



Consumo de drogas ilegales
en población penitenciaria.
España, 2022.



De cada diez internos...

Siete consumieron alguna droga ilegal alguna vez en libertad (75,1%)

Cinco consumieron alguna droga ilegal en el último año en libertad (58,9%)

Cinco consumieron alguna droga ilegal en el último mes en libertad (53,5%)

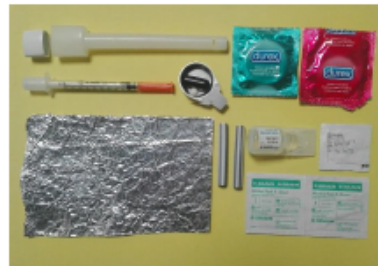
Dos consumieron alguna droga ilegal en el último mes en prisión (16,8%)

Fuente: Encuesta sobre Salud y consumo de Drogas en Población Interna en Instituciones Penitenciarias. ESDIP 2022.

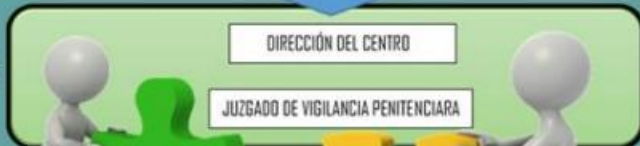
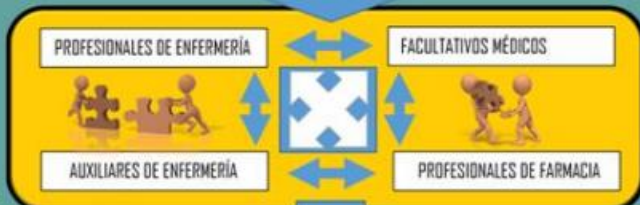
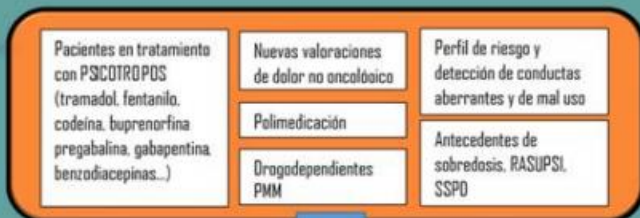
Intervenciones en drogodependencia en IIPP



- Equipos comisión GAD – multidisciplinar y papel de los sanitarios
- Programas de educación para la salud
- Programa de intercambio de jeringuillas PIJ
- Programa de reparto de papel de aluminio
- Programa de actuación en RASUPSI y SSPD
- Deshabitación farmacológica
- Programas de deshabitación con agonistas opiáceos
- Programa psicosocial
- Desintoxicación
- Deshabitación ambulatoria – centro de día – módulos terapéuticos
- Evaluación de Entidades colaboradoras



Plan "REDUCES"



- R** • **REVISA-REEVALÚA**
 - (clínica, polimedicación, drogodependencia, mal uso)
- E** • **EVITA**
 - (Interacciones QTc, off-label)
- D** • **DESCIENDE**
 - (simplifica, suspende gradualmente e informa)
- U** • **UTILIZA**
 - (uso racional del medicamento)
- C** • **COORDINA**
 - (OMI, equipo de salud, alternativas)
- E** • **EFFECTOS SECUNDARIOS Y ADVERSOS**
 - Vigila con información
- S** • **SEGUIMIENTO**
 - Plan de cuidados, calendario, duración



Reacción Aguda a Sustancia Psicoactiva

31 DE AGOSTO

DÍA INTERNACIONAL DE LA CONCIENCIA ACERCA DE LA



SOBREDOSIS



**TOMO MEDICACIÓN,
¿TENGO RIESGO?**

Depende de la medicación, y de cómo la uses.
Especialmente si tomas: benzodiacepinas, opiáceos,
gabapentina, pregabalina...

**CONSUMO LO DE SIEMPRE,
¿TENGO RIESGO?**



No te confíes, un solo consumo,
puede ser el último.
- Puedes haber perdido tolerancia
- Puede haber aditivos en la droga
- Y si combinas o tienes medicación,
el riesgo aumenta....

NO TE LA JUEGUES



MINISTERIO
DEL INTERIOR

SECRETARÍA GENERAL DE
INSTITUCIONES PENITENCIARIAS

I - 10 / 2014

Sanidad

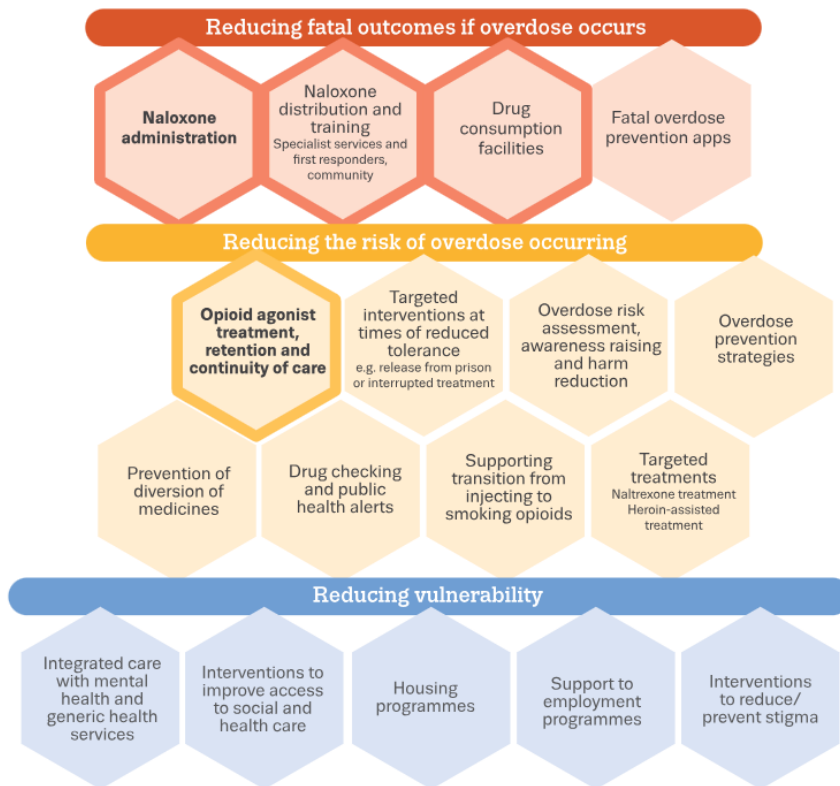
Asunto: PROGRAMA DE ACTUACIÓN EN SOBREDOSIS

Área de aplicación: Sanidad, Tratamiento y Vigilancia

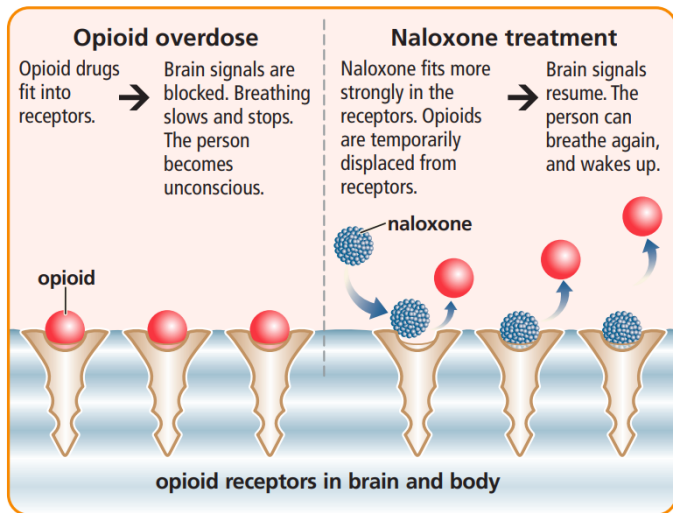
Descriptor: Sobredosis, drogas, prevención, seguimiento

¿Cómo podemos reducir la mortalidad por sobredosis?

. Intervenciones para prevenir las muertes relacionadas con opioides por objetivo previsto y evidencia de beneficio



Naloxona



NYXOID 1,8 MG SOLUCION PARA PULVERIZACION NASAL EN ENVASE UNIDOSIS

Nº REGISTRO : 1171238001
AUTORIZADO (27/07/2018)
COMERCIALIZADO
MEGA

LABORATORIO
MUNDIPHARMA CORPORATION (IRELAND) LIMITED

Ficha técnica Prospecto Evaluación Compartir notificación

INFORMACIÓN PARA PACIENTES

INFORMACIÓN DE SEGURIDAD (versión mayo 2021)

INFORMACIÓN PARA PROFESIONALES

INFORMACIÓN DE SEGURIDAD (versión mayo 2021)

VIDEOS ASOCIADOS

Nyxoid (naloxona) 1,8 mg/ml solución para pulverización nasal en envase unidosis

INSTRUCCIONES DE USO (VERSIÓN MAYO 2021)
PARA PACIENTES



MANEJO INICIAL OPIÁCEOS Y BDZ

1. Garantizar adecuada oxigenación y ventilación "A y B" (IOT + VM.....)
2. Estabilidad hemodinámica "C" no permitir hipo-perfusión tisular
3. Considerar antídotos reanimadores :

- **Hipoglucemia: Glucosa hipertónica:** 100cc al 50% + tiamina 100 mg, (paciente alcohólico y/o desnutrido)
- **Sospecha sobredosis opiáceos: Naloxona:** 1 ampolla de 0,4 mg disuelta en 10 ml de fisiológico y administra lento, se puede repetir sino hay respuesta 0,2 mg cada 2-3', hasta los 2 mg. Si el opiáceo es de vida larga precisará perfusión de 0,4 mg/hora durante 12-24 horas.
- **Sospecha intoxicación por benzodiazepinas (BZD): Flumazenilo:** 1 ml o 0,1 mg cada minuto hasta que recupere la conciencia (SCG >11/12), máximo 10 ml o 1 mg, solo indicado en intoxicaciones por BDZ, cuidado si sospecha de simpaticomiméticos o dependencia a las BZD. Perfusión de 10 ml o 1 mg en 500 ml de fisiológico a pasar en 6 horas si tras respuesta disminuye el puntaje en la eScala de Coma de Glasgow (SCG).

4. Realizar aspiración lavado gástrico (ALG) + Carbón activado (CA) con previa IOT y medidas de eliminación del tóxico posteriormente



HASTA 5 ampollas en primera media hora
Perfusión 1 ampolla/hora



Inicialmente HASTA 2 ampollas 0,5 en 10 min
Perfusión 2 ampollas 0,5/6 horas

Tomado de Atención Inicial al paciente Intoxicado Fernandez Esain B

Continuidad del proceso terapéutico Interoperabilidad de la historia clínica digital



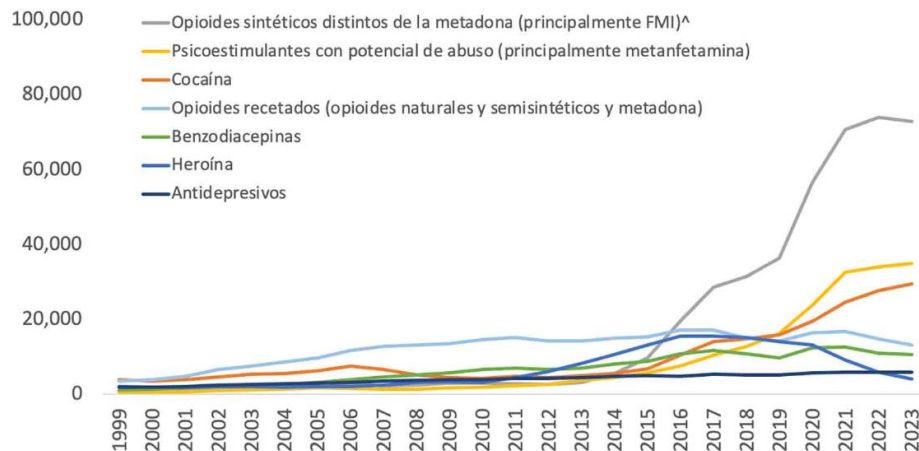
Epidemia de los opioides



Mortalidad



Muertes por sobredosis en EE. UU.*, drogas o categorías de drogas seleccionadas, 1999-2023



*Incluye muertes con causas subyacentes de intoxicación accidental por drogas (X40-X44), intoxicación suicida por drogas (X60-X64), intoxicación homicida por drogas (X85) o intoxicación por drogas de intención indeterminada (Y10-Y14), según la clasificación de la Clasificación Internacional de Enfermedades, 10.^a revisión. [^]Fentanilo fabricado ilícitamente.

Fuente: Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, Centro Nacional de Estadísticas de Salud. Causas múltiples de muerte 1999-2023 en la base de datos en línea CDC WONDER, publicada en enero de 2025.

ADDITION RARE IN PATIENTS TREATED WITH NARCOTICS

To the Editor: Recently, we examined our current files to determine the incidence of narcotic addiction in 39,946 hospitalized medical patients* who were monitored consecutively. Although there were 11,882 patients who received at least one narcotic preparation, there were only four cases of reasonably well documented addiction in patients who had no history of addiction. The addiction was considered major in only one instance. The drugs implicated were meperidine in two patients,¹ Percodan in one, and hydromorphone in one. We conclude that despite widespread use of narcotic drugs in hospitals, the development of addiction is rare in medical patients with no history of addiction.

JANE PORTER
HERSHEL JICK, M.D.
Boston Collaborative Drug Surveillance Program
Waltham, MA 02154
Boston University Medical Center

1. Jick H, Miettinen OS, Shapiro S, Lewis GP, Stikind Y, Slovic D. Comprehensive drug surveillance. *JAMA*. 1970; 213:465-66.
2. Miller RR, Jick H. Clinical effects of meperidine in hospitalized medical patients. *J Clin Pharmacol*. 1978; 18:180-8.

PROGNOSTIC VALUE OF IMMUNOLOGIC MARKERS IN ADULTS WITH ACUTE LYMPHOBLASTIC LEUKEMIA

To the Editor: The letter from Dr. Biran¹ has raised an important but as yet unsettled question about prognostic factors in acute lymphoblastic leukemia in adults. On the basis of experience with 13 patients, Dr. Biran suggested that adults with T-cell disease could have a limited survival and a lower rate of remission than those with B-cell disease. From January, 1974, to June, 1979, we studied 42 consecutive adults (more than 12 years old) with acute lymphoblastic leukemia for sheep-erythrocyte rosette formation and surface immunoglobulins. Patients were classified as having T-cell disease if they had more than 40 per cent of marrow blast cells forming T-rosettes, or B-cell disease if they were positive for surface immunoglobulins. Details on the techniques have been reported elsewhere.² There were 31 patients with null-cell leukemia, eight with T-cell leukemia, and four with B-cell leukemia. All patients were treated with vincristine (1.6 mg per square meter of body-surface area each week in five to six doses), daunorubicin (40 mg per square meter in two to three doses), and prednisone (40 mg per square meter daily for four to six weeks). Patients presenting with a blast-cell count higher than 25,000 per microliter or a large tumor mass, or both, also received a single starting dose of cyclophosphamide (1.5 g per square meter), and an eight-day course of L-asparaginase

Table 1. Remission and Survival in Adults with Acute Lymphoblastic Leukemia.

CHARACTERISTIC	TYPE OF DISEASE		
	NULL-CELL	T-CELL	B-CELL
No. of cases	31	8	4
Patients with complete remissions (no.)	25/31 (81)*	7/8 (87)	1/4 (25)
Patients still in first complete remission (no.)	11/25 (44)	4/7 (57)	0/1
Patients still alive (no.)	18/31 (58)	5/8 (62)	0/4
Median length of survival (months)	15	Not yet reached	—
Median survival (months)	26	Not yet reached	—

*Figures in parentheses denote percentages.

The New England Journal of Medicine is published by NEJM Group, a division of the Massachusetts Medical Society.
Copyright © 1980 Massachusetts Medical Society. All rights reserved, including those for text and data mining, AI training, and similar technologies.

CONGRESO NACIONAL

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE FARMACIA HOSPITALARIA

MÁLAGA 15-17 OCT 25

ADDITION RARE IN PATIENTS TREATED WITH NARCOTICS

To the Editor: Recently, we examined our current files to determine the incidence of narcotic addiction in 39,946 hospitalized medical patients* who were monitored consecutively. Although there were 11,882 patients who received at least one narcotic preparation, there were only four cases of reasonably well documented addiction in patients who had no history of addiction. The addiction was considered major in only one instance. The drugs implicated were meperidine in two patients,² Percodan in one, and hydromorphone in one. We conclude that despite widespread use of narcotic drugs in hospitals, the development of addiction is rare in medical patients with no history of addiction.

MICHELLE BACCARANI, M.D.
MARCO GOERI, M.D.
SAETE TURA, M.D.
S. Orsola University Hospital

DECREASED KETONEGENESIS DUE TO DEFICIENCY OF HEPATIC CARNITINE ACYL TRANSFERASE

To the Editor: In 1970 Engel reported in the *Journal of a disorder of the skeletal muscle without fasting hypoketotemia and with a normal increase in ketone bodies after oral medium-chain triglycerides*.¹ He suggested a possible defect in the use of long-chain fatty acids. Usually, fasting is associated with hypoketotemia except in hyperlipidemic states. Hypoketotemia results from the release of long-chain fatty acids from adipose tissue and their intracellular channeling toward mitochondrial oxidation and ketogenesis. The transfer of long-chain fatty acids to the mitochondria for oxidation and ketone-body formation is controlled by acyl carnitine transferase, whereas medium and short-chain fatty acids do not need acyl carnitine transferase to enter the mitochondria.²

We report a case of hypoglycemia without hypoketotemia due to a liver deficiency of acyl carnitine transferase. The clinical history of this infant started when she was eight months of age, with morning seizures due to hypoglycemia (blood glucose, 1 mmol per liter). At nine months her height, weight, and mental development were normal. Her liver was enlarged (4 cm under the costal margin). No muscular symptoms were noticed. Her older sister had died at 14 months with hypoglycemic coma and hepatomegaly.

Blood glucose, ketone bodies (acetoacetate and 3-hydroxybutyrate), plasma nonesterified fatty acids, insulin, glucagon, growth hormone, and cortisol were assayed with standard methods during fasting. After 20 hours of fasting, the blood glucose was 2.5 mmol per liter. Surprisingly, there was no rise in total concentration of ketone bodies (<0.01 mmol per liter) despite a normal increase in nonesterified fatty acids (3 mmol per liter). Glucagon, cortisol, and growth hormone increased, and insulin decreased (less than 5 µU per milliliter) as in normal controls.

The similarity of the mobilization of nonesterified fatty acids during fasting to that occurring in normal controls suggested that the metabolic defect was located at the level of hepatic fatty acid oxidation or ketogenesis. Oral medium-chain triglycerides produced a dramatic increase in blood ketone bodies (2.5 mmol per liter), which ruled out a defect in β-oxidation or ketogenesis and suggested a deficiency or an inhibition of acyl carnitine transferase. Liver biopsy was performed. Histologic examination of hepatocytes re-

1. Jick H, Miettinen OS, Shapiro S, Lewis GP, Stikind Y, Slovic D. Comprehensive drug surveillance. *JAMA*. 1970; 213:465-66.
2. Miller RR, Jick H. Clinical effects of meperidine in hospitalized medical patients. *J Clin Pharmacol*. 1978; 18:180-8.

Editor's Note: For reasons of public health, readers should be aware that this letter has been "heavily and uncritically cited" as evidence that addiction is rare with opioid therapy. Leung et al. (<https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMc1700150>) describe its history.



Informe Europeo sobre Drogas 2024: Tendencias y evoluciones

Los avances en el ámbito de los opioides plantean nuevos retos tanto para las políticas en materia de estupefacientes como para los modelos de respuesta.

La presencia de múltiples sustancias en la mayoría de las muertes por opioides merece una mayor atención

La observación de que las pautas de consumo de drogas son cada vez más dinámicas y complejas vuelve a ser objeto de atención en nuestro análisis de las muertes inducidas por drogas, a las que a veces se denomina «muertes por sobredosis». Los opioides siguen siendo el grupo de sustancias más comúnmente implicado, pero a menudo se encuentran en combinación con otras sustancias, lo que pone de relieve cómo los patrones de



¿Podría una disminución de la disponibilidad de heroína dar lugar a un mayor mercado de opioides sintéticos?

En abril de 2022, los talibanes anunciaron la prohibición del cultivo de adormidera de opio. Una prohibición similar, aunque de corta duración, en 2001 supuso la introducción en el mercado europeo de sustancias de sustitución, incluidos estimulantes y opioides sintéticos. Estos cambios fueron de corta duración en la mayoría de los países, pero en un pequeño número de países se observaron cambios a largo plazo en el mercado de opioides. Dado que Afganistán es la principal fuente de la heroína



Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC) estima que la producción de opio disminuyó un **95 %** en 2023

La aparición de opiáceos nitacenos ya se asocia a daños en algunos países

Los nitacenos se han vendido en forma de preparados que se asemejan a la heroína callejera, o en línea como «heroína sintética», y también han aparecido en comprimidos vendidos de forma engañosa como opioides medicinales u otros medicamentos. También se han notificado mezclas para fumar adulteradas con nitacenos. Estas drogas se han relacionado con un aumento de las muertes inducidas por drogas en Estonia y Letonia en 2023, donde actualmente representan una parte



European Drugs report, en 2022 murieron unas 6300 personas por abuso de drogas y solo **163** fueron relacionados con el fentanilo





INTERNATIONAL NARCOTICS CONTROL BOARD



Narcotic Drugs Stupéfiants Estupefacientes 2022

Estimated World Requirements for 2023
Statistics for 2021

Évaluations des besoins du monde pour 2023
Statistiques pour 2021

Previsiones de las necesidades mundiales para 2023
Estadísticas de 2021

authorities have placed restrictions on the prescription of fentanyl. In 2021, 10 countries accounted for most of the global consumption of fentanyl (73.2 per cent); they are all high-income countries (see figure 27). The three countries reporting the highest level of consumption were the United States (203.3 kg, or 19.3 per cent of the global total), Germany (152.2 kg, or 14.5 per cent), and Spain (124.6 kg, or 11.8 per cent). Other countries reporting significant consumption of fentanyl were, in descending order of the amounts reported consumed, Italy, France, the Netherlands, the United Kingdom, Belgium, Canada and Israel.





Resumen ejecutivo

Plan de optimización de la utilización de analgésicos
opioides en el dolor crónico no oncológico en el
Sistema Nacional de Salud.



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD

Consumo de opioides se ha incrementado
un **53,6%** desde el año 2013 al 2020.

Siendo el fentanilo el principio activo de
mayor consumo.

En concreto, en 9 años los envases
dispensados de fentanilo (nasal y bucal) se
ha incrementado un **78%**.

Consumo de fentanilo en España

EDADES
2024

ENCUESTA SOBRE ALCOHOL Y OTRAS
DROGAS EN ESPAÑA (EDADES)
1995-2024

Prevalencia de consumo de analgésicos opioides alguna vez en la vida en la población de 15-64 que ha consumido analgésicos opioides alguna vez en la vida, según sexo (%). España, 2018-2024.

	2018			2020			2022			2024		
	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M
Tramadol	35,5	34,8	36,2	50,0	47,3	52,3	46,0	46,5	45,6	37,0	35,4	38,4
Codeína	69,2	69,9	68,7	54,6	54,4	54,9	59,9	58,8	60,9	56,0	56,7	55,3
Morfina	14,7	15,2	14,3	13,9	16,0	11,9	6,9	7,5	6,4	7,9	7,7	8,0
Fentanilo	1,9	2,5	1,4	3,6	4,4	2,9	14,0	14,7	13,4	5,5	5,3	5,8
Otros*	6,1	6,2	6,1	14,2	14,9	13,6	14,4	17,0	12,2	10,7	12,1	9,4

*En 2018 otros analgésicos opioides fueron: Oxycodona, hidromorfona, petidina, tapentadol, metadona y buprenorfina.

FUENTE: OEDA Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES)

Evolutivamente cabe destacar el descenso en el consumo de tramadol y de **fentanilo**, este último volviendo a niveles similares a los de 2020.

Analgésicos Opioides sin receta

En cuanto al consumo de los analgésicos opioides sin receta, un **2,5%** reconoce haberlos consumido alguna vez en la vida sin prescripción médica (2,6% entre los hombres y 2,3% entre las mujeres), situándose la edad media de inicio en los 27,7 años. Evolutivamente se observa un crecimiento en comparación con los años anteriores.

¿Estamos ante una crisis?



Incremento de utilización de opioides o fentanilo



Cada vez hay más enfermedades que precisan un tratamiento crónico



Rapidez de desarrollo- de tendencias en el consumo de opioides, con implicaciones dramáticas para la salud pública



Sapere Aude

Reflexión ante nuevos retos



**CONGRESO
NACIONAL**

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE
FARMACIA HOSPITALARIA

MÁLAGA 15-17 OCT 25



Gracias

ana.acuna@dgip.mir.es