

CARTAS AL DIRECTOR

Sobre el uso racional de opiáceos en centros penitenciarios. El equilibrio entre opiofobia y opiofilia

Muquebil Ali Al Shaban-Rodríguez OW¹, Pérez-Castro P²,
Álvarez-Mazariegos JA³

¹Hospital Universitario San Agustín. Avilés. Asturias (España)

²Hospital Universitario Lucus Augusti. Lugo (España)

³Centro de Atención Primaria de Allariz. Allariz. Ourense (España)

Sr. Editor,

Tras haber leído con interés la comunicación “Opioides en prisión: ¿podemos disminuir su uso?”¹, quisiéramos realizar una serie de consideraciones que nos parecen relevantes. La OMS considera la prescripción de analgésicos opioides en un país como un indicador adecuado de la forma en que se trata el dolor². En España estas cifras han mejorado durante las últimas décadas, debido, en parte, a una mayor sensibilización de los facultativos respecto al tratamiento del dolor³. Podríamos afirmar que se han superado mayoritariamente las reticencias que existían a su empleo por temor al desarrollo de cuadros de dependencia, venciendo así el lastre de la mayoritaria opiofobia. Sin embargo, el desarrollo de nuevos fármacos opiáceos y la creciente publicidad por parte de la industria farmacéutica ha desembocado en un aumento considerable de la prescripción (que ha venido a denominarse opiofilia, en contraposición⁴). En Estados Unidos esta prescripción ha alcanzado niveles preocupantes, llegando a generar una situación de alarma en el país, donde la mortalidad por sobredosis de opioides creció hasta cuadruplicarse entre 1999 y 2010. Sin embargo, se postula que en España probablemente no lleguen a alcanzarse estos niveles tan problemáticos.

El dolor es un síntoma perturbador que ensombrece el pronóstico de la propia enfermedad y deteriora la calidad de vida de las personas que lo padecen. Limitar el acceso a opioides en pacientes con dolor crónico que podrían beneficiarse de ellos, ya que tienen derecho a recibir un tratamiento, va en contra

de los más básicos principios éticos. Por esta razón, en un contexto en el que hasta hace pocos años la opiofobia era el pensamiento imperante, creemos que las medidas encaminadas a limitar su uso debieran ser cautelosas y extraordinariamente bien argumentadas.

En una población penitenciaria en la que el 42% de los reclusos declaraba haber consumido heroína alguna vez en la vida, y un 24% la consumía en los 30 días previos al ingreso en prisión⁵, huelga decir que las medidas encaminadas a evitar el consumo de esta sustancia en las propias instituciones parecen prioritarias. Una situación que no es infrecuente en los dispositivos ambulatorios de tratamiento de adicciones es la del paciente que, tras cumplir condena, acude a un dispositivo ambulatorio para proseguir su tratamiento con agonistas opiáceos. En estos casos no se dispone de informe médico de alta con los fármacos y dosis prescritos durante el período de reclusión; este ha de ser solicitado a posteriori con un largo periodo de latencia hasta que se puede disponer de él. Esta situación también requiere de una intervención rápida y eficaz: debiera sistematizarse el informe médico (cuando menos en unos mínimos términos de tratamiento y dosis) a la salida del paciente de prisión. La toma supervisada del tratamiento en prisiones hace poco probable que dicho tratamiento pueda ser utilizado con fines ilícitos, y las formulaciones de liberación retardada harían más factible a priori dicha toma.

Sí, estamos de acuerdo en que—como recomiendan, además, las guías de práctica clínica— es necesaria una reevaluación exhaustiva de la efectividad del fármaco, siendo conveniente incluir herramientas específicas

para valorar el riesgo de adicción (por ejemplo, *Opioid Risk Tool*⁶) previas al inicio del tratamiento. Cabe recordar que no existen contraindicaciones absolutas para el uso de opioides; sin embargo, se ha postulado que deberían ser evitados en caso de cefaleas primarias o migrañas, dolor funcional visceral, fibromialgia, dolor crónico debido a un trastorno mental (depresión, TAG, TETP), enfermedad inflamatoria intestinal o pancreatitis crónica, comorbilidad con trastornos del estado de ánimo graves y/o conducta suicida, uso inadecuado de otros fármacos y mujeres embarazadas o que planean estarlo⁷.

Conflicto de intereses: ninguno a declarar.

CORRESPONDENCIA

Omar Walid Muquebil Ali Al Shaban Rodríguez
Hospital Universitario San Agustín. Avilés.
Asturias
E-mail: muquebilrodriguez@gmail.com

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Velasco Montes J, González Díez S. Opioides en prisión: ¿podemos disminuir su uso? Rev Esp Sanid Penit. 2017;19:68-9.
2. Agirrezabala JL et al. Opioides en el manejo del dolor. El difícil equilibrio entre la opiofobia y la opiofilia. INFAC 2014;22(5):23-9. Disponible en: https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/cevime_infac_2014/es_def/adjuntos/INFAC_Vol_22_5_Opioides.pdf
3. Utilización de opioides en España (1992-2006). AEMPS. Disponible en: <https://www.aemps.gob.es/medicamentosUsoHumano/observatorio/docs/opioides.pdf>
4. Atkinson TJ, Schatman ME, Fudin J. The damage done by the war on opioids: the pendulum has swung too far. J Pain Res. 2014;(7):265-8.
5. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre drogas. Intervención sobre drogas en centros penitenciarios. Disponible en: http://www.institucionpenitenciaria.es/web/export/sites/default/datos/descargables/descargas/ACTUAR_PND.pdf
6. Webster L. Opioid Risk Tool Assesment Instrument. Disponible en: <http://opioidrisk.com/node/887>
7. Socidrogalcohol. Guía de consenso para el buen uso de analgésicos opioides. 2017. Disponible en: http://www.pnsd.mssi.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/bibliotecaDigital/publicaciones/pdf/2017_GUIA_Buen_uso_opioides_Socidrigalcohol.pdf