



¿Opioides peligrosos o prescriptores peligrosos?

Dangerous opioids or dangerous prescribers? Regnard C, George R and Profitt A.

Palliative Medicine 2018, Vol. 32(10) 1537 –1538

<https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0269216318795316>

Cuando una editorial con un título similar apareció en esta revista en 2007, los autores no imaginaron tener que volver a examinar el tema una década después.¹ Los opioides, a diferencia de muchos otros medicamentos potentes, continúan generando malentendidos, confusión y miedo.

En el sur de Inglaterra en la década de los 90, profesionales de la salud y cuidadores mostraron su preocupación por que pacientes del hospital Gosport War Memorial Hospital hubiesen muerto de manera prematura. Ese año, el Gosport Independent Panel² encontró que por lo menos 465 pacientes murieron aparentemente a causa de prescripciones inapropiadas de opioides fuertes y sedantes administrados por bombas de infusión de jeringa (syringe drivers). En los Países Bajos, del 2001 al 2005 se incrementó el uso de la 'sedación profunda y continua' y llegó a formar parte de la práctica médica habitual, a pesar de la ambigüedad con respecto a su propósito y significado.³⁻⁵ En 2012, el Liverpool Care Pathway (LCP) en el Reino Unido fue acusado de acelerar la muerte con opioides y sedantes. Cuando estos problemas se ven agravados por la tendencia cada vez mayor del uso inadecuado de los opioides y por las muertes por sobredosis en los Estados Unidos y en otros lugares,⁶ no es de sorprenderse que una revista científica de amplia difusión publicara un artículo a principios de este año titulado "Cómo matan los opioides" ["How opioids kill"].⁷

En 2009, la Asociación Europea de Cuidados Paliativos publicó un marco de referencia sobre el uso de la sedación. Esta publicación diferencia claramente entre el uso seguro de la sedación para controlar los síntomas en los pacientes al final de la vida, y el uso para acelerar la muerte (donde tales prácticas son legales) o como parte de una atención de calidad inferior o de un cuidado deficiente.⁸ Cabe aclarar el uso seguro de drogas también fue una característica importante de la investigación Gosport, que expuso la ignorancia sobre la prescripción segura de los opioides y sedantes y la incapacidad de adaptar las drogas y dosis al individuo. Identificó también una falla en las políticas gubernamentales y una incapacidad para prestar atención a las advertencias tempranas de las familias y denunciadores: muchas de las preocupaciones individuales fueron descartadas ante la refutación de profesionales y organizaciones. Poco se ha aprendido de la lección de Shipman, cuyo uso malintencionado y letal de opioides tomó años en ser descubierto y condujo finalmente a su condena en el año 2000 por 15 asesinatos (posiblemente entre varios cientos más).⁹

Una investigación en busca de justicia para los individuos y sus familias es correcta, pero puede tener otras consecuencias. En primer lugar, los grupos de presión y los medios de comunicación a menudo ya han hecho su parte. Como la investigación de Gosport advirtió "puede ser tentador ver lo que sucedió en el hospital en el contexto del debate público sobre el final del cuidado de la vida, qué es una 'buena muerte' y muerte asistida. Eso sería un error. Lo que pasó en el hospital no puede verse, y menos aún justificarse, en ese contexto". La declaración del panel es importante ya que los

pacientes en el informe Gosport no eran enfermos terminales: la mayoría fueron admitidos para el descanso o la rehabilitación, a menudo no tenían dolor y no habían dado su consentimiento a la medicación usada. A pesar de esta advertencia, a pocos días haber sido publicado el informe Gosport, éste fue citado como una razón para legalizar la muerte asistida.¹⁰ Del mismo modo, en 2013, el LCP se convirtió en el chivo expiatorio de los medios de comunicación para muchos aspectos de la atención inadecuada al final de la vida.¹¹⁻¹³ El panel de Neuberger en el LCP¹⁴ estaba preocupado, con razón, por la prescripción inapropiada y las decisiones que pudieron haber acelerado la muerte, pero al recomendar eliminar el LCP, no sabían que las prácticas inseguras, presenciadas por Gosport, estaban siendo encubiertas mucho antes de la introducción del LCP. En segundo lugar, las diferencias entre las prácticas seguras e inseguras se conocen desde hace décadas, pero la confusión continúa. Por ejemplo, al persistir en el mito del doble efecto en relación con los opioides fuertes, se ignora implícitamente la evidencia de su uso seguro.¹⁵⁻¹⁷ Afirmando que acelerar la muerte con o sin opioides es una parte natural de los cuidados paliativos hace un gran daño a quienes actualmente están exponiendo fallas en el manejo de la muerte asistida y la eutanasia.¹⁸ Las muertes por sobredosis de opioides accidentales son una preocupación social importante y legítima, pero está muy alejada del uso seguro de los opioides en cuidados paliativos. Los opioides fuertes son drogas poderosas con riesgos potenciales, pero estos riesgos los tienen mucho más directamente otros fármacos como la insulina y los agentes quimioterapéuticos. El riesgo de la demonización actual de los opioides es que los pacientes, parejas, familiares y prescriptores temen a los opioides, sedantes y bombas de infusión y volvamos a la era oscura de la década de los sesenta, cuando el mal manejo del dolor y los síntomas fue la norma y no la excepción.

La respuesta a una serie de preguntas ha sido encontrar el chivo expiatorio en lugar de trazar un límite farmacológico claro, basado en la evidencia, en torno al uso seguro de los opioides. El Panel Independiente de Gosport ha entendido claramente esto. La investigación sobre la seguridad del paciente en los cuidados paliativos es importante y viene en aumento.¹⁹ El reto o desafío para futuras investigaciones es descubrir por qué la evidencia establecida que demuestra la seguridad de los opioides y sedantes en entornos especializados no ha sido adoptada e incorporada en la práctica de los no especialistas.

Los cuidados paliativos necesitan avanzar para intensificar esta evidencia y experiencia de forma objetiva, accesible y persuasiva. Debe contrarrestar la especulación mediática y resistir las llamadas de sirena de algunos grupos de presión que tienen sus propios motivos para difuminar los límites. En 1967, John Hinton escribió que "Nosotros emergemos del poco crédito; nosotros que somos capaces de ignorar las condiciones que hacen silenciar a las personas que sufren. Los muertos insatisfechos no pueden hacer ruido en el extranjero sobre la negligencia que han experimentado."²⁰ Más de medio siglo después, aún debemos luchar con vigor para modelar, promover e integrar el uso analgésico seguro de los opioides.

Autores:

Claud Regnard¹, Rob George^{2,3,4} and Amy Profitt^{5,6,7}

1 St Oswald's Hospice, Newcastle upon Tyne, UK

2 St Christopher's Hospice, London, UK

3 King's College London, London, UK

4 Guy's and St Thomas' NHS Foundation Trust, London, UK

5 Barts Health NHS Trust, London, UK

6 Association for Palliative Medicine of Great Britain and Ireland, Fareham, UK

7 Royal College of Physicians, London, UK

Correspondencia

Claud Regnard, St Oswald's Hospice, Newcastle upon Tyne, NE3 1EE, UK.

claudregnard@stoswaldsuk.org

Agradecimientos

Gracias al Dr. Claud Regnard y a la Revista Palliative Medicine por su generosidad de permitir la traducción de este artículo.

Agradecemos a la Dra. Daniele Soler (Comisión de Acceso a Opioides de la ALCP), la Dra. Sofía Bunge (Comisión de Educación de la ALCP) y María Mercedes Marroquín (Directora Administrativa de la ALCP) por la traducción.

Referencias

1. George R and Regnard C. Lethal opioids or dangerous prescribers? Palliat Med 2007; 2(2): 77–80.
2. Gosport Independent Panel. Gosport War Memorial Hospital. London: Her Majesty's Stationary Office, 2018.
3. Rietjens J, Onwuteaka-Philipsen B, van der Maas P, et al. Continuous deep sedation for patients nearing death in the Netherlands: descriptive study. BMJ 2008; 336: 810–816.
4. Rietjens JAC, Buiting HM, Pasman HRW, et al. Deciding about continuous deep sedation: physicians' perspectives: a focus group study. Palliat Med 2009; 23: 410–417.
5. Murray S, Boyd K and Byock I. Continuous deep sedation in patients nearing death: imprecise taxonomy makes interpreting trends difficult. BMJ 2008; 336: 781.
6. National Institute on Drug Abuse. Overdose death rates, September 2017, <https://www.drugabuse.gov/related-topics/trends-statistics/overdose-death-rates>
7. Maron DF. How opioids kill. Scientific American, 8 January 2018, <https://www.scientificamerican.com/article/how-opioids-kill/>
8. Cherny NI and Radbruch L; Board of the European Association for Palliative Care. European Association for Palliative Care (EAPC) recommended framework for the use of sedation in palliative care. Palliat Med 2009; 23(7): 581–593.
9. The Shipman Inquiry. The Shipman Inquiry. Manchester: The Shipman Inquiry, 2002.
10. Toynbee P. A right-to-die law is the only way to prevent another Gosport. The Guardian, 25 June 2018, <https://www.theguardian.com/commentisfree/2018/jun/25/right-to-die-law-prevent-another-gosport-scandal>
11. Regnard C. The demise of the Liverpool Care Pathway: should we ban the highway code because of bad drivers? Age Ageing 2013; 43(2): 171–173.
12. George R, Martin J and Robinson V. The Liverpool Care Pathway for the dying (LCP): lost in translation and a tale of elephants, men, myopia – and a horse. Palliat Med 2014; 28(1): 3–7.
13. Seymour J and Clark D. The Liverpool Care Pathway for the dying patient: a critical analysis of its rise, demise and legacy in England. Wellcome Open Res 2018; 3: 15.

14. Independent Review of the Liverpool Care Pathway. More care, less pathway. A review of the Liverpool Care Pathway. London: Department of Health, 2013.
15. Minami S, Fujimoto K, Ogata Y, et al. Opioids have no negative effect on the survival time of patients with advanced lung cancer in an acute care hospital. *Support Care Cancer* 2015; 23(8): 2245–2254.
16. Sathornviriyapong A, Nagaviroj K and Anothaisintawee T. The association between different opioid doses and the survival of advanced cancer patients receiving palliative care. *BMC Palliat Care* 2016; 15(1): 95.
17. Lopez-Saca JM, Guzman JL and Centeno C. A systematic review of the influence of opioids on advanced cancer patient survival. *Curr Opin Support Palliat Care* 2013; 7(4): 424–430.
18. Tuffrey-Wijne I, Curfs L, Finlay I, et al. Euthanasia and assisted suicide for people with an intellectual disability and/or autism spectrum disorder: an examination of nine relevant euthanasia cases in the Netherlands (2012–2016). *BMC Med Ethics* 2018; 19: 17–39.
19. Yardley I, Yardley S, Williams H, et al. Patient safety in palliative care: a mixed-methods study of reports to a national database of serious incidents. *Palliat Med.* 2018; 32(8): 1353–62.
20. Hinton J. *Dying*. 2nd ed. Harmondsworth: Penguin Books, 1967