

¿Podrían los ingresos involuntarios reducir las muertes por sobredosis de opiáceos?

Ignacio Fernández Vidaurreta

Enlace a la revista original: <https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMp1907692>

Las sobredosis de opiáceos se han cobrado más de 400000 vidas en los Estados Unidos desde 1999. Como parte de los esfuerzos por reducir estas muertes e incrementar la adherencia terapéutica, los legisladores de algunos estados están contemplando promulgar o ampliar algunas leyes de ingresos de emergencia, que permitan a algunos pacientes con trastornos graves de abuso de sustancias ser ingresados de forma involuntaria para mantenerse en observación o, según los casos, ser tratados durante una descompensación de patología mental. Varios proyectos de ley se han presentado en varios estados durante la última legislatura, que permitirían a los médicos solicitar una orden para ingresos de hasta 72 horas para los pacientes con trastornos por consumo de sustancias que “presenten un peligro o amenaza para sí mismos, su familia u otras personas, si no son tratados”.

El riesgo de sobredosis en el contexto de trastornos por abuso de opiáceos se supone que será mitigado por la puesta en práctica de estos ingresos involuntarios de corta estancia, pero su eficacia todavía no ha sido evaluada. Se plantean cuestiones éticas, legales, médicas y prácticas que merecen un examen minucioso, debido a las implicaciones sobre la libertad individual y las relaciones entre médicos, pacientes y la administración sanitaria. Para los profesionales médicos, la justificación ética para restringir la autonomía de un paciente recae sobre el principio de beneficencia, según el cual los médicos deben actuar de acuerdo a los mejores intereses de los pacientes. El aumento de muertes por sobredosis de opiáceos en las últimas dos décadas son resultado en gran parte de actos involuntarios, no de suicidios. De esta forma, no está claro que los ingresos involuntarios puedan prevenir estas muertes.

Las emergencias médicas en este contexto generalmente son resultado de depresiones respiratorias severas. En estos casos las intervenciones no requieren retener al paciente contra su voluntad, pues se presume que el paciente consentiría que se le salvara la vida si pudiera expresar sus preferencias. Podrían plantearse los ingresos involuntarios en casos de sobredosis no mortales. El tratamiento estándar para trastornos moderados a severos es voluntario, ambulatorio y farmacológico. El tratamiento con estos medicamentos reduce los impulsos y el riesgo de sobredosis, mejorando consecuencias a largo plazo. Sin embargo, estos medicamentos no están ampliamente disponibles, en particular para personas de bajos ingresos o que viven en zonas rurales. Tampoco todas las comunidades tienen acceso a otros servicios que se ha demostrado que reducen los daños relacionados con las drogas, como programas de distribución de naloxona y de jeringuillas, por lo que se podrían exacerbar las desigualdades existentes.

Este aumento de ingresos también tendrá un impacto sustancial en la prestación de los servicios de salud. La mayoría de los estados no tienen suficientes unidades de internamiento diseñadas

para el tratamiento hospitalario voluntario de los trastornos por abuso de sustancias. Para satisfacer una mayor demanda se debería asignar una financiación adicional para el tratamiento de los pacientes hospitalizados.

Es importante reducir los daños relacionados con el uso perjudicial de las drogas y los ingresos involuntarios pueden tener un atractivo para legisladores, pero la adopción de leyes de retención de emergencia tal como están promulgadas en la actualidad no reúne una prueba basada en la evidencia o una estrategia justificable para este fin. Actualmente no hay escasez de oportunidades para cumplir estos objetivos, sólo se necesitan los recursos y la voluntad política adecuados.