



CARTAS AL EDITOR

Insuficiencia adrenal en un paciente tratado con tramadol



Adrenal insufficiency in a patient treated with tramadol

Sr. Editor:

El tramadol es un analgésico opiáceo de acción central cuya principal indicación es el tratamiento del dolor moderado-intenso por vía oral, con dosis diarias máximas de 400 mg. Ocupa el segundo escalón en la escala analgésica de la Organización Mundial de la Salud (OMS), siendo muy utilizado en el tratamiento del dolor crónico no oncológico¹, siendo sus efectos adversos más frecuentes los propios de los opiáceos como náuseas, vómitos, estreñimiento, sudoración, sequedad de boca, cefalea, mareos y vértigo.

Este caso trata de una mujer de 65 años con antecedentes médicos de hipertensión arterial (HTA), dislipemia, varices en extremidades inferiores, depresión, fibromialgia, artritis reumatoide, hernias discales cervicales, dorsales y lumbares. En ese momento, en tratamiento con tramadol 200 mg desde hacía 3 años, además de paracetamol 650 mg, diclofenaco 50 mg, metamizol 575 mg, pregabalin 150 mg, rosuvastatina 10 mg, torasemida 5 mg, lisinopril 20 mg, ferroglicina sulfato 100 mg, duloxetina 60 mg, lorazepam 1 mg y zolpidem 10 mg.

La paciente había sido valorada en el servicio de urgencias del hospital de referencia en varias ocasiones por episodios de debilidad y malestar general, acompañados de hipotensión arterial que no llegó a ser constatada en los centros sanitarios. Debido este cuadro clínico, la paciente dejó de cumplir el tratamiento antihipertensivo y ante la duda sobre el diagnóstico de HTA se derivó a la unidad de HTA.

En el estudio analítico presentó los siguientes resultados: ACTH: 5 pg/ml (normal: < 46), cortisol 9 H: 2,67 µg/dl (normal: 5-25). Con el diagnóstico de insuficiencia suprarrenal se retiró el tramadol del tratamiento. En un control realizado a los 3 meses, los niveles de ACTH y cortisol se habían normalizado (ACTH 11,6 pg/ml, cortisol 11,5 µg/dl), lo que confirmó el diagnóstico de insuficiencia suprarrenal inducida por tramadol.

Durante las últimas décadas se ha producido un cambio en la prescripción de analgesia opiáceo, con un incremento

sustancial de su uso para el tratamiento del dolor, sobre todo del dolor crónico no oncológico. Los estudios realizados por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS)¹ muestran un aumento del uso extrahospitalario de opiáceos, siendo el más utilizado el subgrupo que incluye el tramadol («otros opiáceos»). El consumo mayoritario de tramadol se debe a la combinación de tramadol con otros fármacos, que ha pasado de 1,79 dosis diaria definida por 1.000 habitantes y día (DHD) en el 2008 a 5,29 DHD en el 2015, mientras que el consumo de tramadol como monocomponente se ha mantenido más o menos estable.

El incremento de consumo de opiáceos es todavía superior en EE. UU. y la Food and Drug Administration (FDA) ha emitido un comunicado advirtiendo acerca de varios problemas de seguridad con toda la clase de los analgésicos opiáceos², entre los que se incluye insuficiencia suprarrenal, con aún escasos casos publicados, así como síndrome serotoninérgico por interacción con otros fármacos y deficiencia androgénica.

El aumento en el uso crónico de opiáceos ha generado preocupación por el riesgo de efectos perjudiciales graves³. Ya es conocido el riesgo de dependencia, síndrome de abstinencia, uso excesivo y sobredosis, pero debemos mantenernos alerta ante otros efectos menos conocidos de este grupo de fármacos, pero de una innegable importancia^{4,5}.

Bibliografía

1. Ministerio de Sanidad, Igualdad y Servicios Sociales. Utilización de medicamentos opiáceos en España durante el periodo 2008-2015. Madrid; 2017 p. 3 [consultado 15 Jun 2018]. Disponible en: <https://www.aemps.gob.es/medicamentosUsoHumano/observatorio/docs/opioides-2008-2015.pdf>.
2. FDA. La FDA advierte de varios problemas de seguridad con los analgésicos opiáceos y exige cambios a la etiqueta. U.S. Food and Drug Administration; 2016 p. 13 [consultado 7 Jun 2018]. Disponible en: <https://www.fda.gov/downloads/Drugs/DrugSafety/UCM493082.pdf>.
3. Brennan MJ. The effect of opioid therapy on endocrine function. *Am J Med.* 2013;126 Suppl 1:S12–8.
4. Debono M, Chan S, Rolfe C, Jones TH. Tramadol-induced adrenal insufficiency. *Eur J Clin Pharmacol* 67. 2011:865–7.

5. Oltmanns KM, Fehm HL, Peters A. Chronic fentanyl application induces adrenocortical insufficiency. *J Intern Med.* 2005;257:478–80.

Irene Gonzalvo Gómez*, Victoria Ortiz Bescós, Sandra Luz Miguel y Carlos Isanta Pomar

Medicina Familiar y Comunitaria, Centro de Salud Miralbueno-Garrapinillos, Sector Zaragoza 3, Zaragoza, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: igonzalvo03@gmail.com (I. Gonzalvo Gómez).

<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2018.09.021>
0212-6567/

© 2019 Los Autores. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Pobreza y autopercepción de salud: contraste entre pobreza multidimensional y pobreza por ingresos



Poverty and Self-perceived health: Contrast between multidimensional poverty and income poverty

Sr. Director:

Es ampliamente reconocido que pobreza y salud se encuentran estrechamente relacionados, siendo ambos conceptos complejos en interactuantes¹. En la mayoría de los países las personas en situación de pobreza tienden a presentar peores resultados en diferentes *outcomes* de salud, en comparación con el resto de la población².

Si bien esta problemática ha sido discutida en la literatura desde hace años, es importante considerar que muchos de los conceptos asociados a esta han ido cambiando a lo largo del tiempo, ya sean los cambios en la esperanza de vida y los patrones de enfermedad por el lado de la salud, o los nuevos patrones de consumo, composiciones de hogar y economías de mercado por el lado de la pobreza. Particularmente, hoy en día es aceptado que la pobreza es un fenómeno más complejo que la sola falta de ingresos^{1,3}, llevando a múltiples países a revisar sus estimaciones de pobreza³ y a considerar nuevas formas de medición y conceptualización como, pobreza multidimensional, subjetiva y relativa, por nombrar solo algunas. Es por tanto que se vuelve fundamental el analizar cómo estos cambios individuales han repercutido en la relación entre ambas.

Dicha inquietud ha sido recogida por algunos autores, afirmando que la fuerza de asociación entre pobreza y salud puede variar según como la pobreza sea medida^{2,4-6}, tomado fuerza en el último tiempo el análisis de la llamada pobreza multidimensional. Así autores como Oshio y Kan (2014), por ejemplo, han propuesto que una medida compuesta de pobreza es más útil para identificar a individuos con problemas de salud que una unidimensional².

Pese a que reducir la pobreza se asocia directamente con mejoras en la salud y en el desarrollo social. Y pese

a que reducir la pobreza a nivel mundial es una meta de desarrollo sostenible (ODS), aún se habla de estas como un concepto general, dejando de lado los tratamientos y las necesidades específicas de cada una. Esta insuficiencia se refuerza al ligarlo con temas de salud.

En Chile, en 2013 se insertaron 2 nuevas mediciones de pobreza, la pobreza multidimensional y la pobreza por ingresos «nueva metodología». La primera considera las privaciones en diferentes áreas (dimensiones) como *proxy* de satisfacción de necesidades básicas, mientras que la segunda considera a los ingresos por persona el equivalente del hogar como tal¹. En un análisis para Chile hemos encontrado diferencias significativas en los diferentes niveles de autopercepción de salud según como sea medida la pobreza, esto de manera cruda y estratificada por sexo y edad (tabla 1). En general aquellos en situación de pobreza multidimensional presentaron peores resultados de autopercepción de salud, en comparación con aquellos que se encontraban en situación de pobreza por ingresos, aunque esto puede variar por tramos de edad.

Ante estos antecedentes creemos que es necesario analizar la incorporación de diversas formas de medición de la pobreza en el mundo, considerando las características propias de cada medición de pobreza, y utilizando los métodos estadísticos apropiados según la naturaleza de las variables, así como la pertinencia social y cultural de cada forma de medir pobreza. Específicamente, en cuanto a la pobreza multidimensional, la Oxford Poverty & Human Development Initiative (OPHI) y la Red Multidimensional de Pobreza (MPPN) aun trabajan para que una medida integrada de pobreza multidimensional sea considerada explícitamente dentro los ODS. Desde nuestro análisis para el mundo, y en particular para Chile, nos parece una propuesta relevante para el sector salud, y para la monitorización de objetivos de desarrollo a nivel mundial, que requiere de mayor debate en el ambiente académico y público en cualquier país de la región.

Financiación

Proyecto Interfacultad Medicina Psicología 2016 Universidad del Desarrollo y proyecto Fondecyt N.º 11130042 Conicyt, Gobierno de Chile.