

# Fentanilo: droga de abuso. Utilización en conflictos bélicos

Puerro-Vicente M.<sup>1</sup>

*Sanid. mil. 2023; 79 (2): 6-7, ISSN: 1887-8571*

«Yo, ¡el gran cobarde!, convertido en héroe gracias a una brutal borrachera de morfina». Esta fue la reflexión del republicano Juan Alonso cuando en mayo de 1937 sus superiores le ascendieron de teniente a capitán por el coraje ejemplar que demostró en el campo de batalla, donde actuó como médico del ejército republicano<sup>1</sup>.

Esta anécdota no es sino un reflejo de lo que ha sucedido y, seguramente sigue sucediendo en los conflictos bélicos y el fentanilo es una de las sustancias implicadas actualmente. Este es un fuerte opioide sintético, similar a la morfina, pero entre cincuenta y cien veces más potente<sup>2,3</sup>.

Al igual que con otros opioides, el fentanilo actúa uniéndose a los receptores opioides que se encuentran en áreas del cerebro que controlan el dolor y las emociones<sup>4</sup>.

Como fármaco comercializado es habitual su uso como analgésico para aliviar el dolor intenso, agudo y crónico. Generalmente, se emplea la vía transdérmica en forma de parches, absorbiéndose el principio activo a través de la piel. Se utiliza también en forma de comprimidos sublinguales, comprimidos para chupar (los denominados «chupachup») o solución nasal en el tratamiento para el dolor oncológico. Todas estas formas se comercializan en diferentes dosis para facilitar el mejor tratamiento para cada paciente. El fentanilo está en la lista de medicamentos esenciales de la OMS y su utilidad está fuera de toda duda cuando se utiliza bajo supervisión médica.

Debido a su utilidad, desde su aparición en 1968, en EE. UU. se ha utilizado con asiduidad, excesiva, quizás y esa gran demanda unida al hecho de que puede crear tolerancia y dependencia, como opiáceo que es, ha propiciado la irrupción de fentanilo fabricado ilegalmente.

En la actualidad, los opioides sintéticos, incluido el fentanilo, son las drogas más comúnmente asociadas con las muertes por sobredosis en Estados Unidos, país que enfrenta una crisis de fallecimientos por este motivo.

En 2021, más de 106.000 estadounidenses perdieron la vida por consumo excesivo de drogas, entre ellos más de 1.100 adolescentes, solo ese año. Según los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de Estados Unidos (CDC, por sus siglas en inglés), los opioides sintéticos, principalmente el fentanilo, son los principales causantes de las muertes por sobredosis, con un aumento global de casi 7,5 veces entre 2015 y 2021. Las sobredosis e intoxicaciones son la tercera causa de muerte en niños y adolescentes de 19 años o menos. En este grupo de pobla-

ción adolescente, el fentanilo tiene fama de producir felicidad extrema y esa popularidad se fomenta de manera intencionada.

El año siguiente, en 2022, la Administración de Control de Drogas de EE. UU. (DEA) incautó más de 50.000.000 de pastillas recetadas falsas y más de 4.500 kg de fentanilo. Todo esto tiene su reflejo también en intoxicaciones entre adolescentes y adultos jóvenes que consumen sin saberlo pastillas con fentanilo vendidas ilegalmente bajo la apariencia de un medicamento menos potente<sup>5</sup>.

En ocasiones los narcotraficantes mezclan el fentanilo con otras drogas como heroína, cocaína, metanfetamina y MDMA (3,4-metilendioximetanfetamina, «éxtasis» o «molly»). Lo hacen porque una cantidad muy pequeña de fentanilo causa un «colocón» o *high* que lo convierte en una opción más económica y fomenta su adicción. Pero ello es especialmente peligroso cuando los consumidores no saben que la sustancia que están utilizando puede contener fentanilo como un agregado barato, pero peligroso y tal vez los lleve a una sobredosis potencialmente mortal.

A partir del fentanilo se han sintetizado algunos derivados como alfentanilo, remifentanilo, sufentanilo, carfentanilo y 3-metilfentanilo. Este último es especialmente peligroso. La dosis que provoca euforia es muy próxima a la que es capaz de producir depresión del centro respiratorio.

Con fentanilo los síntomas de sobredosis son de naturaleza similar a los del fentanilo intravenoso y demás opioides. Los efectos más graves y significativos son: alteración del estado mental, pérdida de la consciencia, coma, hipotensión, depresión respiratoria, distrés y fallo respiratorio con resultado de muerte<sup>6</sup>.

La utilización de drogas en conflictos bélicos viene motivada por sus «virtudes», ya que algunas pueden actuar como estimulantes y otras como depresoras.

Entre las estimulantes podemos citar el alcohol (en pequeñas cantidades), cocaína y anfetaminas, que podían resultar de gran ayuda para eliminar la necesidad de sueño, combatir la fatiga y reforzar el coraje.

En contraste, entre las depresoras se pueden citar el alcohol (en grandes cantidades), opio, morfina o marihuana, los cuales se han utilizado para reducir el estrés en el combate y mitigar los traumas causados por la guerra.

Si repasamos un poco la historia, esta relación entre drogas y conflictos bélicos parece que se remonta a la guerra civil americana (1861-1865) y, desde entonces, se han venido utilizando, fundamentalmente la morfina para tratar de aliviar el dolor físico y moral de los soldados<sup>1</sup>.

No obstante, esta situación cambió radicalmente en las dos guerras mundiales que acontecieron en la primera mitad del siglo XX. Nunca hubo un consumo de drogas tan masivo por parte de los soldados como durante la Primera Guerra Mundial (PGM), cuando el alcohol, la morfina y la cocaína adquirieron un enorme protagonismo.

1. Teniente coronel médico retirado. Profesor titular Universidad de Alcalá. Alcalá de Henares, España.

Dirección para correspondencia: m.puerro@uah.es.

Recibido: 17 de mayo de 2023.

Aceptado: 19 de mayo de 2023.

DOI: 10.4321/S1887-85712023000200001.

En la PGM hubo altas tasas de consumo, pero, además, cambió el propósito del uso de drogas, puesto que iba más allá de las funciones terapéuticas, al igual que las raciones diarias de alcohol, al menos, los Ejércitos británico, australiano, francés y alemán proveyeron a sus soldados de cocaína para aumentar su energía y espíritu en el combate<sup>1</sup>.

Durante la Segunda Guerra Mundial se mantuvo la tendencia de consumo masivo de alcohol, morfina y cocaína, pero unas nuevas drogas tomaron la delantera: las anfetaminas y metanfetaminas. De forma rutinaria los soldados alemanes, británicos, norteamericanos y japoneses recibieron del Ejército estas drogas para combatir el sueño, estimular su valor y reforzar su resistencia física<sup>1</sup>.

La guerra civil española no siguió la tendencia general de la guerra moderna de convertir a los Ejércitos en los principales proveedores de sustancias psicoactivas, aunque sí se distribuyeron grandes cantidades de alcohol y tabaco. No obstante, el Ejército denominado «Nacional» también autorizó, e incluso suministró, kif (hachís), consumido por los soldados marroquíes. Se conoce que hubo consumo de morfina y cocaína, aunque sin distribución institucional<sup>1</sup>.

Actualmente, el fentanilo se ha unido a estas drogas más tradicionales, y son varias las razones que facilitan su utilización por los combatientes: los equipos médicos de todos los países en conflicto lo utilizan en su función asistencial, en determinados escenarios y circunstancias. Sin embargo, parte de esa provisión puede ser desviada a fines no asistenciales, además, existe una importante fabricación y distribución ilegal que hace que su acceso sea posible sin excesivo esfuerzo para los interesados, incluso a bajo coste.

Es posible que determinados Ejércitos faciliten su utilización buscando los mismos fines por los que se utilizaron las drogas tradicionales: reducir el estrés en el combate, mitigar los traumas causados por la guerra, aumentar la energía y espíritu en el combate de los soldados, con el consiguiente riesgo de adicción en los supervivientes y las consecuencias que ello conlleva.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Marco, J. (2019). Cocaína, opio y morfina: cómo se usaron las drogas en las grandes guerras del siglo XX [en línea]. Disponible en: <https://www.bbc.com/mundo/noticias-50687669>
2. Volpe, DA. *et al.* (2011). *Uniform assessment and ranking of opioid Mu receptor binding constants for selected opioid drugs* [en línea]. *Regul Toxicol Pharmacol.* 59, (3), pp. 385-390. DOI: 10.1016/j.yrtph.2010.12.007
3. Higashikawa, Y, Suzuki, S. (2008). Studies on 1-(2-phenethyl)-4-(N-propionylanilino)piperidine (fentanyl) and its related compounds. VI. Structure-analgesic activity relationship for fentanyl, methyl-substituted fentanyls and other analogues [en línea]. *Forensic Toxicol.* 26, (1), pp. 1- 5. DOI: 10.1007/s11419-007-0039-1
4. Gutstein H, Akil H. (2007). Opioid Analgesics. *Goodman y Gilman's the Pharmacological Basis of Therapeutics.* 11th ed. McGraw-Hill, pp. 547-590.
5. Hetter, K. (2023). ¿Por qué es tan adictivo el fentanilo? [en línea]. *CNN en español.* Disponible en: <https://cnnespanol.cnn.com/2023/03/23/por-que-estan-peligroso-el-fentanilo-y-como-se-pueden-prevenir-las-sobredosis-nuestra-experta-nos-explica-trax/>
6. Ficha técnica de Effentora® 800 microgramos comprimidos bucales [en línea]. *AEMPS: Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios.* Disponible en: [https://cima.aemps.es/cima/dochtml/ft/08441010/FT\\_08441010.html](https://cima.aemps.es/cima/dochtml/ft/08441010/FT_08441010.html)