

DECLARACIÓN DE LA OMC SOBRE EL CANNABIS TERAPÉUTICO O MEDICINAL.

- Esta declaración se refiere exclusivamente a la legalización terapéutica o medicinal del cannabis. No es nuestra intención referirnos a la legalización lúdica o recreativa del mismo.
- La Organización Médica Colegial (OMC) no está en contra del uso terapéutico de los derivados del cannabis siempre que se cumplan los siguientes requisitos: 1) respaldo científico sólido y 2) control por la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios (AEMPS) tal como se le exige al resto de los fármacos. Ambos requisitos están también avalados por varias sociedades científicas de neumología: europea, española e iberoamericanas¹.
- Los medicamentos deben ser autorizados por las agencias reguladoras. Nunca un fármaco ha precisado para su autorización de discusión parlamentaria.
- La OMC no avala el uso de productos con actividad biológica que no se puedan dosificar con exactitud.
- La OMC no comparte la aureola de droga blanda que se quiere atribuir a los productos derivados del cannabis y en concreto al Δ -9-tetrahidrocannabinol (THC).
- Tanto la Asociación Médica Mundial ² como la OMC advierten que el consumo crónico del cannabis se ha relacionado con graves efectos nocivos para la salud.
 1. Inducir adicción. Con síndrome de privación o de retirada en las primeras 24 horas, presentando: síntomas mentales (inquietud, irritabilidad, ansiedad, depresión, pérdida de apetito e insomnio) y síntomas físicos (dolor, temblores, escalofríos, sudación e incremento de temperatura) ^{3,4}.
 2. Ser la droga ilegal de mayor consumo en nuestro país y la primera droga por la que se solicita ayuda en los programas de deshabituación ⁵.
 3. Producir desmotivación.
 4. Asociarse a multiconsumo de drogas, especialmente a adicción al tabaco ⁶.
 5. Incremento de comorbilidades psiquiátricas: depresión, ansiedad, esquizofrenia, trastorno bipolar, cuadros psicóticos, intención suicida y actitud antisocial ⁷⁻⁹.
 6. Deterioro de la coordinación motora, la atención, la memoria y el aprendizaje ¹⁰⁻¹³.
 7. Duplicar la posibilidad de tener un accidente de tráfico ^{14,15}.
 8. Inducir alteraciones estructurales del sistema nervioso central objetivables por resonancia nuclear magnética ¹⁶⁻¹⁹.
- La composición del humo de marihuana es similar al del tabaco (humo de biomasa) por lo que cabe pensar que también se asocie a la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y al cáncer de pulmón entre otros ²⁰⁻²³. Por ello, en ningún caso, los médicos recomendaremos fumar marihuana ni hachís. Tampoco inhalar vapores de los mismos.

- Acerca de las ventajas terapéuticas que se atribuyen al cannabis, la mayoría de ellas son secundarias a testimonios personales y otras secundarias a mala interpretación de estudios experimentales y básicos asumidos como definitivos. A la luz del conocimiento científico, manifestamos lo que sigue:
 1. **Uso del cannabis como antiemético en la quimioterapia del cáncer.** Este es un efecto secundario ampliamente superado desde la aparición de los fármacos antagonistas de los receptores tipo 3 de 5-hidroxitriptamina (ondansetron) y de los antagonista del receptor 1 de neurokinina (aprepitant). No hay ensayos clínicos que comparen el efecto de la marihuana con estos nuevos fármacos. Sí existen ensayos clínicos con cannabinoides sintéticos (dronabinol y nabilona) aunque sus resultados no son concluyentes.

La guía de la Sociedad Europea de Oncología Médica de 2016 ni siquiera menciona los cannabinoides para el tratamiento de la hiperemesis ligada a la quimioterapia ²⁴.
 2. **Uso del cannabis en el tratamiento de la anorexia y caquexia asociada al SIDA.** Esta situación clínica no existe desde la aparición de los nuevos fármacos anti-retrovirales.
 3. **Uso del cannabis en el tratamiento del dolor neuropático.** Ninguna guía internacional recomienda derivados del cannabis. No existe ningún estudio científico que demuestre superioridad del cannabis sobre: ligandos de los canales del calcio (pregabalina o gabapentina), antidepresivos tricíclicos (amitriptilina o nortriptilina) u opiáceos. Los derivados del cannabis son desaconsejados por el National Institute for Health and Care Excellence (NICE) como inicio de tratamiento a menos que sea un especialista quién lo prescriba ²⁵.
 4. **Uso del cannabis en el tratamiento de la epilepsia.** Los estudios se han ceñido al uso del cannabidiol oral, que carece de poder adictivo. Existen estudios anecdóticos sobre su utilidad pero ensayos clínicos en desarrollo han mostrado resultados preliminares decepcionantes. Hay mucha incertidumbre sobre esta indicación en el futuro. La mayoría de los expertos y la Academia Americana de Neurología estiman que no hay suficientes evidencias para su utilización ²⁵.
 5. **Uso del cannabis en el tratamiento del dolor y la espasticidad muscular de la esclerosis múltiple.** En esta entidad ya existe la indicación terapéutica del cannabis. Reconocida por la AEMPS, está disponible una combinación de THC con cannabidiol (Sativex[®]) como medicación de prescripción hospitalaria. Este medicamento ha seguido todos los controles recomendados para ser considerado como fármaco, aunque su beneficio es marginal y no estadísticamente significativo. Por otra parte, los cannabinoides sintéticos se han mostrado ineficaces ^{27,28}.

Conclusión:

La OMC considera que el consumo del cannabis está sujeto a la posibilidad de graves efectos adversos sobre el sistema nervioso central y además, su inhalación es altamente perjudicial para el aparato respiratorio.

A la luz del conocimiento científico actual, las indicaciones y vía de administración (inhalación), para las que se ha propuesto están ampliamente superadas por fármacos más efectivos, dosificables y seguros.

Bibliografía

1. Chatkin JL, Zabert G, Zabert I, Chatkin G, Jiménez-Ruiz CA, de Granda-Orive JI, et al. Patología pulmonar asociada al consumo de marihuana. *Arch Bronconeumol* 2017;53:510-515.
2. Asociación Médica Mundial. Declaración de la AMM sobre el cannabis medicinal. Adoptada en la 68ª Asamblea General de la AMM, Chicago, Estados Unidos, octubre 2017. <https://www.wma.net/es/policias-post/declaracion-de-la-amm-sobre-el-cannabis-medicinal/>
3. Hoch E, Bonnet U, Thomasius R, Ganszer F, Havemann-Reinecke U, Preuus UW (2015). Risks associated with non-medical use of cannabis. *Dtsch Arztebl Int [German Medical Journal International]*. 2015;112:271–8.
4. Budney AJ, Hughes JR. The cannabis withdrawal syndrome. *Curr Opin Psychiatry*. 2006;19:233–8.
5. ATLAS on substance use (2017): resources for the preventions and treatment of substance use disorders. Geneva: World Health Organization.
6. Proyecto EVICT 2015. Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo. Madrid. ISBN 978-84-606-9696-4
7. Dines AM, Wood DM, Galicia M, Yates CM, Heyerdahl F, Hovda KE, et al. (2015a). Presentations to the emergency department following cannabis use – a multi-centre case series from ten European countries. *J Med Toxicol*. 2015;11:415–21.
8. Moore T, Zammit S, Lingford-Hughes A, Barnes TRE, Jones PB, Burke M, et al. Cannabis use and risk of psychotic or affective mental health outcomes: a systematic review. *Lancet*. 2007;370:319–28.
9. Fergusson D, Horwood L, Swain-Campbell N. Cannabis dependence and psychotic symptoms in young people. *Psychol Med*. 2003;33:15–21.
10. Hartman RL, Huestis MA. Cannabis effects on driving skills. *Clin Chem*. 2013;59:478–92. doi:10.1373/clinchem.2012.194381.
11. Meier MH, Caspi A, Ambler A, Harrington H, Houts R, Keefe RS, et al. Persistent cannabis users show neuropsychological decline from childhood to midlife. *Proc Natl Acad Sci U S A*, 2012;109:2657–64.
12. Volkow ND, Baler RD, Compton WM, Weiss SR. Adverse health effects of marijuana use. *New Engl J Med*. 2014;370:2219–27.
13. Solowij N, Jones KA, Rozman ME, Davis SM, Ciarrochi J, Heaven PC, et al. Verbal learning and memory in adolescent cannabis users, alcohol users and non-users. *Psychopharmacology*. 2011;216:131–44.
14. Mura P, Kintz P, Ludes B, Gaulier JM, Marquet P, Martin-Dupont S, et al. (2003). Comparison of the prevalence of alcohol, cannabis and other drugs between 900 injured drivers and 900 control subjects: results of a French collaborative study. *Forensic Sci Int*. 2003;133:79–85.
15. Asbridge M, Hayden JA, Cartwright JL. Acute cannabis consumption and motor vehicle collision risk: systematic review of observational studies and meta-analysis. *BMJ*. 2012;344:14–7.
16. Lorenzetti V, Lubman DI, Fornito A, Whittle S, Takagi MJ, Solowij N, et al. (2013). The impact of regular cannabis use on the human brain: a review of structural neuroimaging studies. In: Miller PM, editor. *Biological research on addiction*. San Diego (CA): Academic Press: 711–28.
17. Batalla A, Bhattacharyya S, Yücel M, Fusar-Poli P, Crippa JA, Nogu. S, et al. (2013). Structural and functional imaging studies in chronic cannabis users: a systematic review of adolescent and adult findings. *PLoS One*. 8(2):e55821. doi:10.1371/journal.pone.0055821.
18. Lopez-Larson MP, Bogorodzki P, Rogowska J, McGlade E, King JB, Terry J, et al. Altered prefrontal and insular cortical thickness in adolescent marijuana users. *Behav Brain Res*. 2011;220:164–172.
19. Lopez-Larson MP, Rogowska J, Yurgelun-Todd D. Aberrant orbitofrontal connectivity in marijuana smoking adolescents. *Dev Cogn Neurosci*. 2015;16:54–62.
20. Hu G, Zhou Y, Tian J, Yao W, Li J, Li B, Ran P. Risk of COPD from exposure to biomass smoke: a metaanalysis. *Chest*. 2010;138:20-31.
21. Aldington S, Harwood M, Cox B, Weatherall M, Beckert L, Hansell A et al.. Cannabis use and risk of lung cancer: A case-control study. *European Respiratory Journal*, 2008; 31, 280–286.
22. Silva R, Oyarzún M, Olloquequi J. Pathogenic mechanisms in chronic obstructive pulmonary disease due to biomass smoke exposure. *Arch Bronconeumol*. 2015;51:285-92.
23. Pérez-Padilla R, Regalado J, Vedral S, Paré P, Chapela R, Sansores R, Selman M. Exposure to biomass smoke and chronic airway disease in Mexican women. A case-control study. *Am J Respir Crit Care Med*. 1996;154:701-6.
24. 2016 MASCC and ESMO guideline update for the prevention of chemotherapy- and radiotherapy-induced nausea and vomiting and of nausea and vomiting in advanced cancer patients. *Annals of Oncology* 2016;27 (Supplement 5): v119–v133, doi:10.1093/annonc/mdw270
25. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Neuropathic pain in adults: pharmacological management in nonspecialist settings. Clinical guideline. 20 November 2013. nice.org.uk/guidance/cg173
26. Koppel BS, Brust JC, Fife T, et al. Systematic review: efficacy and safety of medical marijuana in selected neurologic disorders: report of the Guideline Development Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology* 2014; 82:1556.
27. Langford RM1, Mares J, Novotna A, Vachova M, Novakova I, Notcutt W, Ratcliffe S. A double-blind, randomized, placebo-controlled, parallel-group study of THC/CBD oromucosal spray in combination with the existing treatment regimen, in the relief of central neuropathic pain in patients with multiple sclerosis. *J Neurol* 2013;260:984-97
28. Whiting PF, Wolff RF, Deshpande S, et al. Cannabinoids for Medical Use: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA* 2015; 313:2456.