

¿Mitos o prejuicios de la morfina?

Por Dra. Cecilia Jaschek. Enf. D Arcangelis (*)

"Mito: Persona o cosa a las que se atribuyen cualidades o excelencias que no tienen, o bien una realidad de la que carecen"
"Prejuicio: Opinión previa y tenaz, por lo general desfavorable, acerca de algo que se conoce mal"

Real Academia Española. Diccionario de la lengua española. Vigésima segunda edición.

Los mitos forman parte del sistema religioso de la cultura que los considera como historias verdaderas. Tienen la función de otorgar un respaldo narrativo de las creencias centrales de una comunidad. Suelen destacarse siguiendo al antropólogo Claude Lévi-Strauss tres características del mito: se trata de una pregunta existencial, está constituido por contrarios irreconciliables y proporciona la reconciliación de esos polos para poner fin a la angustia.

Cuando en la antigüedad, las explicaciones científicas comenzaron a competir con las míticas, el término mito adquirió un contexto peyorativo que comenzó a utilizarse como sinónimo de una creencia extendida pero falsa.

Breve historia de la morfina

La primera referencia se encuentra en los escritos de Teofrasto en el siglo III a.c. La palabra opio deriva del griego "jugo" ya que el compuesto se obtenía del jugo de amapolas. Se atribuye a Paracelso (1493-1541) haber popularizado el uso en Europa, ya que había caído en desuso debido a su toxicidad. A mediados del siglo XVI, los usos del opio eran bien conocidos y en 1680, Sydenham escribió: "Entre los remedios que Dios Todopoderoso se ha dignado dar al hombre para aliviar sus sufrimientos, ninguno es tan universal ni tan eficaz como el opio".

En 1806, Sertürner, en Alemania, logró el aislamiento de una sustancia pura a partir del opio que denominó morfina, por Morfeo, dios griego del sueño. A mediados del siglo XIX se extendió por todo el mundo médico el uso de alcaloides puros en lugar de los preparados de opio crudo.

En el siglo XVIII se hizo popular en Oriente el fumar opio. En Europa, la fácil disponibilidad del opio llevó a cierto grado de abuso, sin embargo nunca llegó a ser tan prevalente ni tan destructor como el abuso de alcohol.

El uso de morfina se popularizó durante la Primera Guerra Mundial, en los hospitales de campaña para calmar el dolor en las amputaciones y postoperatorios.

Panorama actual

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) del 30 al 50% de los pacientes con neoplasia maligna experimenta dolor, principalmente debido a la falta de disponibilidad de analgésicos opioides o a su mala administración y ha determinado que el adecuado control del dolor por cáncer es un problema de salud pública a nivel mundial.

En 1986 la OMS anunció que el dolor por cáncer se podía aliviar con la institución de programas educativos para los médicos y medidas farmacológicas, incluidos los analgésicos opioides.

El consumo global de morfina se ha incrementado de manera significativa en los países desarrollados, pero no ocurre lo mismo en otras naciones, en las que el consumo es muy bajo.

En los países en vías de desarrollo se encuentra más de la mitad de los individuos con cáncer en el mundo. Muchos son incurables al momento del diagnóstico por lo que el alivio del dolor es la única alternativa humana relevante.

Aliviarlo y disminuirlo es una de las tareas más importantes del equipo de cuidados paliativos.

Aunque no siempre se puede eliminar por completo el dolor por cáncer y los síntomas que lo acompañan, más aún en las personas con cáncer avanzado, el uso apropiado de las terapias disponibles, farmacológicas y no farmacológicas pueden disminuirlos eficazmente.

Sin embargo en la práctica, en muchos casos, dichas terapias no son correctamente utilizadas debido a múltiples factores, relacionados con los profesionales de la salud, con el paciente y con los sistemas y directrices de salud.

En relación a los profesionales de la salud podemos enumerar las siguientes dificultades: evaluación inapropiada del dolor, conocimiento inadecuado del control del dolor, temor a la adicción, desconocimiento de los efectos colaterales y del fenómeno de tolerancia, desconocimiento de la regulación y prescripción médica de estupefacientes.

Entre los problemas vinculados con el paciente se encuentra el rechazo a informar el dolor, temor a que la queja del dolor distraiga la atención de los médicos de la enfermedad subyacente, a considerar que el dolor significa empeoramiento de la enfermedad, temor a la adicción, a no ser considerado "un buen" paciente, preocupación a los efectos colaterales y a la tolerancia a los analgésicos opiáceos.

Por último, los relacionados con los sistemas de salud son la asignación de una baja prioridad a los tratamientos del dolor por cáncer, regulación restrictiva de las sustancias controladas (alcaloides) costos, problemas de disponibilidad o acceso al tratamiento.

A continuación se enumeran algunos de los "mitos" más frecuentes que en este escrito y en función de lo anteriormente expuesto nos interesa dilucidar si se trata de mitos o prejuicios:

1.- La morfina es peligrosa porque causa depresión respiratoria

Cuando se utiliza a dosis para aliviar el dolor, es extremadamente raro que la morfina oral provoque una depresión respiratoria. El dolor es un potente antagonista de la depresión respiratoria provocada por los narcóticos. Por este motivo debemos tener precaución cuando un paciente está recibiendo morfina para controlar dolor y se decide realizar alguna técnica antiálgica específica, (por ejemplo un bloqueo nervioso neurolítico). Al desaparecer el dolor por el bloqueo, se debe disminuir la dosis de morfina.

La morfina no es peligrosa si se ajusta la dosis en forma individualizada y con la seguridad de que el dolor que estamos tratando es sensible a este analgésico.

2.- La morfina por vía oral es inefectiva

Desde hace 2 años, miles de enfermos de cáncer han controlado su dolor por medio de morfina oral en las unidades de cuidados paliativos y su uso se está extendiendo a otros muchos países.

La morfina por vía oral tiene mala absorción, por lo cual se indica el doble o triple que por vía parenteral. El desconocimiento de esto hace que algunas enfermeras se resistan a administrarla cuando a un enfermo se le pautan 200 ó 300 mg de morfina cada 4 horas.

3.- La morfina provoca euforia

Generalmente se confunde la euforia con la sensación de bienestar que experimenta el enfermo al ser aliviado de su dolor. Sucede que el enfermo estaba disfórico como consecuencia de su sufrimiento y luego se encuentra relajado y más optimista.

Esta creencia se deriva en parte de las obras literarias de escritores que consumían opio o sus deriva-

dos, como Quincy y Cobridge y de los estudios clínicos llevados a cabo con drogodependientes. Ninguna de estas circunstancias es aplicable a los enfermos que consumen morfina para controlar su dolor.

4.- La morfina provoca acostumbramiento

A este fenómeno actualmente se le denomina fármaco dependencia y la OMS lo define así: "Un estado psíquico y a veces también físico, que resulta de la interacción de un organismo vivo y de un fármaco, caracterizado por reacciones comportamentales y de otro tipo que incluyen siempre una pulsión a ingerir el fármaco de manera continua y periódica para experimentar el efecto psíquico y/o evitar el sufrimiento causado por su ausencia. Puede o no haber tolerancia".

Con arreglo a esta definición, el Comité de Expertos en Drogodependencia de la OMS, no ha comunicado ningún caso de drogodependencia iatrogénica en enfermos de cáncer.

La experiencia diaria demuestra que cuando a un paciente se le suprime la morfina, teniendo en cuenta la disminución progresiva de la dosis no se generan mayores inconvenientes. Sin embargo, se debe tener precaución con aquellos pacientes con antecedentes de abuso de fármacos. En estos pacientes se corre el riesgo de infra-valorar el dolor y no suministrarle las dosis suficientes ("es un drogadicto") o por el contrario, no tener en cuenta su situación y suministrárselo en exceso.

5.- La tolerancia a la morfina se desarrolla rápidamente

La morfina no tiene efecto techo y la dosis máxima está dada por la aparición de efectos adversos. Aunque, en efecto, se produce el fenómeno de tolerancia, cuanto más largo es el tratamiento con morfina, menos importante es el fenómeno. Por este motivo muchos médicos tienen el miedo infundado de que a largo plazo la morfina no será efectiva.

La mayoría de las veces en que la dosis de morfina es aumentada de forma importante, se debe al progresivo crecimiento del tumor y no al efecto de tolerancia.

Si a un paciente de cáncer le han prescrito morfina, quiere decir que está muriéndose

Desafortunadamente, esta observación es con frecuencia cierta, en el contexto en que está formulada. Al enfermo sólo se le concede el beneficio de un analgésico potente cuando está moribundo. En tales circunstancias, el uso de la morfina (generalmente por vía parenteral), parece precipitar la muerte del enfermo, ya agotado y desmoralizado.

6.- Si el paciente tiene morfina en casa, se la robarán

Hasta el momento no se ha comunicado ni un solo caso en este sentido. Habitualmente cuando se

habla de morfina, se piensa en el submundo de la droga asociada a la delincuencia. Esta realidad social está muy lejos de los domicilios con los que trabajamos donde un enfermo con cáncer tiene un frasco con solución de morfina.

7.- El paciente usará la morfina para suicidarse

El suicidio entre los enfermos de cáncer no es más frecuente que en la población general. De todas maneras, cuando un enfermo de cáncer decide quitarse la vida, el hecho implica un acto cuya decisión no sería correcto vincularla al uso de morfina, y en cualquier caso tal decisión probablemente sea indeclinable independientemente del alcance que tenga a un frasco de morfina. Cabe aclarar que no se han comunicado casos de personas que haya utilizado la solución de morfina con este fin.

8.- Es una especie de muerto que vive

En realidad, quienes están condenados a ser "una especie de muerto que vive", son aquellos enfermos a quienes no se les suministran los analgésicos adecuados. El uso correcto de la morfina, si no es demorado hasta que sea un moribundo, permite sobrellevar este momento de la vida de una manera más confortable.

Conclusión

Una visita a cualquier servicio de medicina paliativa demuestra que no hay tal veracidad en el enunciado de los "mitos" enumerados. Razón por la cual nos inclinamos a pensar que se trataría de prejuicios fuertemente instalados en la sociedad. No obstante y a fin de evitar arribar a conclusiones apresuradas y dada la persistencia de los mismos, estamos obligados a profundizar nuestras investigaciones al respecto.

Bibliografía:

- Guía de Cuidados Paliativos de SECPAL
- O.M.S. Alivio del Dolor por Cáncer y Cuidados Paliativos. Informe Técnico 804, Ginebra 1990
- Twycross, R et al. Palliative Care Formulary. Paperback Ed. Londres, 2002
- Manejo del dolor. PROFAM (Programa medicina familiar 2004)
- *Guía Clínica Alivio del dolor por Cáncer Avanzado y Cuidados Paliativos*. 1st Ed. Santiago: Minsal, 2005. Ministerio de Salud de Chile
- Dolor en oncología*. Dr. Francisco Miretti. Curso Postgrado de diagnóstico y tratamiento del dolor. UNLP.2003-2004.
- Alivio del Dolor y cuidados paliativos en pacientes con cáncer*. Ricardo Plancarte Sanchez. Francisco Mayer Rivera. Mc Graw Hill. Interamericana.2003.
- Las bases farmacológicas de la terapéutica*. Goodman y Gilman. Ed. Panamericana.
- (*)Dra. Cecilia Jaschek: Jefa Sala Medicina Paliativa del HIGA R. Rossi La Plata. Jefa del Departamento de Prestaciones Médicas INSSJyP UGLVII La Plata. Ex Jefa Centro de Salud La Plata. Postgrado en diagnóstico y tratamiento de dolor, Organizado por UNLP (2003/2004)
- Enf. Silvina D´Arcangelis: Integrante del equipo de Medicina Paliativa del H.I.G.A Prof. "Dr. Rodolfo Rossi" La Plata.