

MORFINA: DEL ALIVIO AL DESAMPARO

Andrea Ines Mendel, Ariel Yansenson, Carla Frank, Estela Figueroa, Melisa Ocampo, Candela Losardo, Carolina Meijón, Jorge Ulnik.

andreainesmendel1@gmail.com

Unidad Académica de Salud Mental 005: Profesor Jorge C. Ulnik. Facultad de Medicina, Departamento de Psiquiatría y Salud Mental.

Resumen

Es muy probable que el primer acto médico ejercido por el hombre haya sido mitigar el dolor, recordemos que el doliente es el ser humano acosado por una enfermedad.

La morfina no tiene rival como analgésico, de ahí que se encuentra indicada en todos los casos de dolor crónico grave y especialmente donde otros fármacos han fracasado en su función analgésica, creemos fundamental conocer los orígenes del opio para comprender los mitos y los temores que interfieren en la correcta administración de los opioides.

Los hospitales de C.A.B.A no presentan dificultad alguna en la administración de opioides en pacientes internados, ésta surge en el seguimiento de estos pacientes por consultorio externo. Pensamos que esta cuestión es consecuencia de los mitos y prejuicios acerca de los opioides, las autoridades se encuentran protegidas dentro del ámbito hospitalario, intramuros.

Nos interesa el impacto de la mala administración de opioides en pacientes que padecen dolor crónico, sobre todo en la población de bajos recursos. Por otra parte analizaremos, el nivel de influencia, tanto en lo legislativo como en lo social, que podrían tener ciertos mitos que giran en torno al consumo de dichas sustancias.

La vivencia de una enfermedad terminal en el ámbito hospitalario está destinada al aislamiento, la soledad el miedo y el dolor. ¿Cuál podría ser el temor de los médicos de generar adicción a no tener dolor en enfermos terminales?

Palabras clave: Dolor crónico, morfina, mitos, legalidades, adicción.

El encuentro con el dolor y el sufrimiento de nuestros pacientes es un lugar al que todos nos vemos convocados a diario en nuestro trabajo. Para alguno de nosotros será dolor físico, para otros el sufrimiento psíquico y para un enorme porcentaje será ese territorio compartido donde el dolor físico y el psíquico se entrelazan de tal forma que su modo de abordarlo nos deja a muchos de nosotros con un sentimiento de impotencia.

Este trabajo se centrará en el tratamiento de pacientes con dolor crónico oncológico que se encuentran bajo tratamiento con opioides (morfina), atendidos en consultorios externos de cuidados paliativos de un hospital público.

Un paciente en estado de dolor y sufrimiento pide alivio, y nosotros desde nuestras posibilidades debemos brindárselo. El dolor más sencillo de aliviar es el dolor físico, ya que desde tiempos inmemorables existe en el mundo sustancias capaces de lograrlo. No corre igual suerte el sufrimiento psíquico de nuestros pacientes, ya sea porque esten atravesando una enfermedad física o que exista una perturbación psicológica fuente de sufrimiento.

Una de las principales drogas con las que contamos en el hospital para el manejo en etapa avanzada de una enfermedad oncológica es la morfina. Es sabida su inigualable capacidad analgésica. Parecería que la euforia morfínica representa ante todo el estado en que se encuentra un sujeto ante la falta de dolor.

Pese a que estos datos no se discuten, las estadísticas de diferentes hospitales demuestran que un porcentaje significativo de pacientes hospitalizados no recibe la dosis de morfina indicada, pese a estar indicada. Esta situación está íntimamente relacionada a restricciones legales que obstaculizan su empleo. La consecuencia: dolor innecesario en nuestros pacientes.

Cuando la indicación de opioides se impone, nos encontramos ante un obstáculo en el manejo del dolor. Creemos que esto se debe, como decíamos anteriormente, a las restricciones legales de estas drogas y a los mitos y prejuicios sociales que acompañan desde tiempos inmemoriales a estas sustancias. Profesionales de la salud, pacientes y familiares temen el uso de opioides, generalmente porque relacionan estas sustancias con la adicción, la muerte y la eutanasia. El término eutanasia deriva del griego: "eu" (bien) y "thánatos" (muerte). Es todo acto u

omisión cuya responsabilidad recae en personal médico o en individuos cercanos al enfermo, y que ocasiona la muerte inmediata de éste con el fin de evitarle sufrimientos insoportables o la prolongación artificial de su vida. Caben destacar dos datos relevantes: para que la eutanasia sea considerada como tal, el enfermo ha de padecer, necesariamente, una enfermedad terminal o incurable, y en segundo lugar, el personal sanitario ha de contar expresamente con el consentimiento del enfermo.

Para nosotros, los profesionales en el área de salud encargados de trabajar con pacientes con dolor crónico, hablar de los opioides y desmitificarlos es arte y parte de la labor cotidiana.

En nuestra práctica hospitalaria nos encontramos con la dificultad en la prescripción de opioides para los pacientes de bajos recursos, sin cobertura social y que son atendidos de modo ambulatorio por consultorio externo. Tras el derrotero para intentar dilucidar dónde encontrar una respuesta a esta dificultad arribamos a una primera conclusión: la prescripción de opioides intra-hospitalaria no presenta dificultad alguna aunque no así su prescripción de modo ambulatorio; las condiciones legales para la misma no están contempladas y si bien el modo en que se lleva a cabo su prescripción no es ilegal, la misma no está reglamentada. Claramente ésto deja a profesionales de la salud y a pacientes en una “zona de desamparo compartida” que los obliga a tomar conductas alternativas, mal llamadas transgresoras, en búsqueda del alivio al dolor.

Encontramos una relación directa entre una ley “fallada” y el desamparo; la vivencia de desamparo compartido se presenta como una consecuencia de esas fallas en la reglamentación de la ley. A su vez, sabemos que existe un relación entre la falla en la ley y el consumo de sustancias.

Desde una mirada telescópica, tenemos por un lado, al médico que intenta encontrar el modo de prescribir opioides sin un aval, soportando el desamparo, y, por el otro, a un paciente que, preso del dolor y sin amparo de un otro, busca aliviarse como puede, recurriendo muchas veces a alternativas por fuera de la ley. En definitiva, creemos que son las fallas en la ley las que terminan generando las

mal llamadas conductas transgresoras que mencionábamos anteriormente. Lo que subyace detrás de ellas es el desamparo.

Revisando algunos conceptos

¿Qué es una droga? Antes de que aparezcan las leyes represivas, la definición generalmente admitida era la griega. *Phármakon* es una sustancia que comprende a la vez el remedio y el veneno; no una cosa u otra, sino ambas a la vez. Como dijo Paracelso: “sólo la dosis hace de algo un veneno”.

Del concepto científico apenas quedan hoy vestigios. Oímos hablar de drogas buenas y malas, drogas y medicinas, sustancias decentes e indecentes, venenos del alma y curalotodos, fármacos delictivos y fármacos curativos. El específico efecto de cada compuesto es ignorado, y sobre esa ignorancia recaen consideraciones extrañas por completo a la acción de unos y otros. Quien busque objetividad se cuidará de no mezclar ética, derecho y química pero quizá más decisivo aún sea tener presente siempre que si cualquier droga constituye un potencial veneno y un potencial remedio, el hecho de ser nociva o benéfica en cada caso determinado depende exclusivamente de la dosis, la ocasión para la que se emplea, su pureza, las condiciones de acceso a ese producto y de las pautas culturales de uso. Esta última es extrafarmacológica, aunque tenga actualmente un peso comparable a las farmacológicas.

Tanto los psicotrópicos como los estupefacientes, denominados internacionalmente como “sustancias controladas” son estrictamente fiscalizadas por el Estado, a través de las leyes nacionales 19.303 (psicotrópicos), 17.818 y 23.737 (estupefacientes). En nuestro país, la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT) es el organismo responsable de la aplicación de las mismas, a fin de ejercer los procesos de fiscalización y control.

Las sustancias contenidas por los psicotrópicos y los estupefacientes son aquellas que actúan sobre el sistema nervioso central, ya sea excitándolo o deprimiéndolo. Así, la Disposición ANMAT N° 885/10 dispone de las siguientes definiciones:

- Psicotrópico: cualquier sustancia natural o sintética, capaz de influenciar las funciones psíquicas por su acción sobre el Sistema Nervioso Central (SNC).

- Psicofármaco: todo producto farmacéutico compuesto por sustancias psicotrópicas, utilizado como objeto del tratamiento de padecimientos psíquicos o neurológicos.

- Estupefacientes: toda sustancia psicotrópica, con alto potencial de producir conducta abusiva y/o dependencia (psíquica/física, con perfil similar a morfina, cocaína, marihuana, etc.), que actúa por sí misma o a través de la conversión en una sustancia activa que ejerza dichos efectos.

Breve historia de los estupefacientes

Las primeras evidencias de cultivo del opio/adormidera se dieron en la Mesopotamia, región situada entre los ríos Éufrates y Tigris. Los Sumerios se refirieron a ella como “Hul Gil” o Planta del placer. Una tableta sumeria del año 6000 antes de Cristo aproximadamente, muestra un fruto de *Papaver somniferum* asociado a las palabras “alegría” y “planta”.

El arte del cultivo de la Adormidera pasa de los babilónicos a los egipcios. Los Egiptólogos, refieren que el comercio del opio comienza con el faraón Tuthmosis, continuando con Akhenaton y llegando al más famoso de los faraones, Tutankhamon. La ruta continúa con los Fenicios y Mineanos (Minoicos) quienes lo extienden por el Mediterráneo a Grecia, Cártago y a las colonias en Europa. En el papiro de Ebers (1500 AC) entre los 700 preparados medicinales, figura el opio con la referencia de: “*Preparado para prevenir que los niños lloren mucho*”. La civilización Minoica (3000-1400 AC) adornaba la cabeza de la Gran Diosa Minoica con frutos de amapola.

En una isla del Egeo (Ciprés), se cultivaba la dormidera y se creaban cuchillos para su recolección. Lo fumaban, ya antes de la Guerra de Troya.

En la Odisea (año 1000 AC) Homero menciona que una poción con opio “*hace olvidar las penas y la tristeza*”. El Padre de la Medicina, Hipócrates, recomienda el Opio como “estíptico” (astringente o constipante), en diversas enfermedades y en las epidemias. Alejandro introduce el Opio en Persia, hoy República de Irán, y en la India.

Las distintas corrientes étnicas posteriores lo emplean como “soporífero” (hipnótico) y sedante. Los comerciantes de Arabia, son los que introducen el Opio

en China. Es curioso que durante 200 años, en la Europa continental, desaparezca toda alusión a la Adormidera. En el Siglo XVI, los exploradores portugueses conocen el Opio en China y comienza a fumarlo siendo considerado su empleo como “subversivo”. En el Siglo XVI, Paracelso (Aurelius Bombastus Theophrastus von Hohenheim) introduce el Opio como analgésico, creando el término “Láudano”. Paracelso era un visionario, convencido de que “los remedios siempre se encuentran cerca de las enfermedades”; basta recordar que los árboles de la Quina (Chinchona), crecen en zonas pantanosas, donde a su vez se desarrollan las larvas del mosquito Anopheles, vector del Paludismo.

Por otro lado, se supone que en Persia comienza el empleo del Opio con fines “recreativos”. En 1753, Lineo describe la Adormidera como “Papa ver somnifera”. En 1803 el químico alemán Friedrich Sertürner, aísla la Morfina y le da su nombre. En algún momento del siglo XIX, se llama al Opio a “La medicina de Dios”. En 1804, en Escocia, Wood crea la jeringa para la administración de Opio. Sir Thomas Sydenham (1624-1689) conocido como “El Hipócrates británico”, expresaba, refiriéndose al Opio, que: *“Dios puso en manos del médico la más valiosa de las medicinas, aquella que calma el dolor”*.

Los siglos posteriores se caracterizaron por el comercio del Opio, como así también por los diferentes conflictos armados, teniéndolo como causa. Diversas fueron las “guerras del opio” destacándose dos conflictos, uno entre 1839 y 1842 y el otro en el lapso 1856-1860. Estos conflictos fueron entre el Imperio Británico y el Imperio Chino, pero sumaron otras potencias mundiales como Francia y Portugal.

Desde siempre los profesionales del área de la salud luchamos para descifrar cuál es el mejor manejo en el tratamiento de pacientes que sufren dolor crónico. El tratamiento con opioides nos enfrenta a un problemática preexistente que es el temor a la adicción. Creemos que el obstáculo en la prescripción de opioides, está basado en la falta de información correcta. La ignorancia y el temor, los prejuicios sociales y los mitos ancestrales limitan el uso correcto de los opioides.

Los opioides ejercen sus efectos analgésicos a través de los receptores mu. Estos receptores se encuentran en regiones del cerebro que regulan la percepción del dolor (sustancia gris periacueductal, tálamo, corteza cingular e ínsula) y también

en regiones responsables del componente emocional del dolor (amígdala). Además participan en regiones del cerebro llamadas “de recompensa” que intervienen en el placer y el bienestar. Esto explica el efecto analgésico y la euforia que los opioides producen.

Un paciente con dolor crónico, incluso con niveles leves de dolor, puede, tras el uso de opioides, desencadenar un fenómeno que se denomina asociación aprendida, que consiste en una relación directa entre el dolor y el alivio que ese fármaco provoca. Esta situación se manifiesta como un impulso para el alivio y puede conducir a un uso precoz e inadecuado del opioide fuera de las dosis prescritas.

Persiste un malentendido acerca de la diferencia que existe entre la dependencia física y la adicción. La administración de cualquier opioide genera tolerancia y dependencia física a corto plazo por sus características farmacológicas, situación que se resuelve con la suspensión del opioide. No sucede lo mismo en la adicción, esta se desarrolla lentamente y una vez instalada se transforma en una enfermedad médica-crónica. Los procesos moleculares en la adicción son diferentes a los que subyacen a la tolerancia y la dependencia física. La tolerancia es una consecuencia esperable ante la prescripción de opioides al igual que la dependencia física. Por otro lado la adicción no es un resultado predecible: cuando se presenta en pacientes tratados con opioides es porque existía una vulnerabilidad neurobiológica preexistente.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la farmacodependencia (consumo de drogas) es “el estado psíquico y a veces físico causado por la interacción entre un organismo vivo y un fármaco, caracterizado por modificaciones del comportamiento y por reacciones que comprenden siempre un impulso irreprimible a tomar el fármaco en forma continua o periódica, a fin de experimentar sus efectos psíquicos y a veces para evitar una sensación de malestar que surge al dejar de consumirlo” (OMS, 1969). De esta definición se desprenden a su vez dos nuevos conceptos, hoy en día en discusión, a tener en cuenta: dependencia psíquica y dependencia física. La primera hace referencia a un impulso psíquico a tomar, periódica y continuamente, la droga para procurarse

un placer o disipar un estado de malestar. La dependencia psíquica es el factor más poderoso en la intoxicación crónica por drogas. En la dependencia psíquica no resulta difícil la supresión de la droga ya que no hay desarrollo de un verdadero síndrome de abstinencia ante la situación, sino solamente cierta inquietud psicológica. En las personalidades predispuestas, la dependencia psíquica estimula el uso de otros fármacos adictivos. Para el tratamiento de este tipo de dependencia es fundamental la psicoterapia. En segundo lugar, la dependencia física consiste en un estado de adaptación caracterizado por intensos trastornos físicos cuando se suspende la administración de la droga o se contraría su acción, mediante la administración de un antagonista específico.

Los mecanismos de la dependencia física son variados dependiendo de las drogas utilizadas y de los órganos y sistemas involucrados. Generalmente, el SNC se encuentra especialmente afectado. En tal sentido, diversos neurotransmisores juegan un rol importante en la generación de la dependencia física y el síndrome de abstinencia. Como se mencionó anteriormente, hoy en día se discute que los conceptos mencionados sean independientes, ya que son procesos íntimamente ligados.

La farmacodependencia forma parte de la farmacología social o sociofarmacología. Es una rama de la farmacología que se ocupa del estudio del uso de los fármacos en relación con el medio ambiente social y cultural. La farmacología social se relaciona principalmente con el uso indebido de drogas o el abuso en el consumo de fármacos frecuentemente con fines no médicos. Generalmente, el gobierno es el encargado de controlar y regular la disponibilidad de drogas terapéuticas y de otras sustancias potencialmente toxicomanígenas. De este modo, las drogas que son consideradas científicamente peligrosas por su actividad toxicomanígena, son controladas estrechamente en su producción, distribución y venta, y aquellas que no tienen actividad terapéutica útil son prohibidas por completo. Muchos fármacos de uso médico pueden causar dependencia y adicción y por lo tanto deben ser usados con estricto control médico.

La principal fuente del uso indebido de opioides es la prescripción médica. Los

usos recreativos de la morfina no son destacables, ya que ésta no se encuentra en el mercado negro a diferencia de la heroína. Por esta razón es que el personal de salud ha comenzado a cuestionarse acerca de la misma y en particular en relación al dolor crónico. Muchos médicos reconocen no sentirse en condiciones para recetar opioides, manifiestan inseguridad y desconocimiento, temen no detectar el abuso o la adicción a estas sustancias y manifiestan impotencia para enfrentar el temor a la muerte y a la eutanasia que estas sustancias generan.

Los agentes públicos que se desempeñan en instituciones ya sea en universidades como hospitales o escuelas padecerían de “desamparo institucional aprendido” (Scialpi, 2005), síndrome que expresa la progresiva mutilación del instinto de defensa y la dificultad para poner límites.

Un camino posible de mitigar el desamparo institucional consiste en el trabajo interdisciplinario, que nos permite un mayor aprendizaje y la posibilidad de una red de contención frente a esta situación.

Habitamos una zona de “desamparo compartido”, sufrimos sus consecuencias, buscamos soluciones a través de conductas mal llamadas transgresoras que nos dejan frente a un desamparo mayor que insistirá reclamando la aparición de una ley, un orden, que brinde amparo dando respuestas, para que la atención del paciente con dolor no se vea limitada, quedando la prohibición y el temor como protagonistas principales de una escena donde el dolor debe esperar.

Bibliografía

Bolanios. Ricardo y col. “Psicotrópicos y estupefacientes-ANMAT. Visión farmacológica y normativa”. Cap.1, Cap. 2, Cap. 3. CABA, 2008

Escohotado, Antonio “Historia general de las drogas”, Editorial S.L.U. ESPASA LIBROS, Madrid, 1999

McLellan, A. Thomas y Volkow, Nora D. “Prescripción de opioides para el dolor crónico” disponible en <http://www.intramed.net/contenido/ver.asp?contenidoID=88901> (2016)

Scialpi, Diana “Violencia laboral y desamparo institucional aprendido” en Revista Jurisprudencia Argentina, abril de 2005.