



# MITOS ALREDEDOR DE LA MORFINA

Elaborado por FECUPAL

Equipo de Autores y Redacción: Dra. Sandra Cevallos (coordinación), Dra. Germania Andrade, Dra. Gabriela Moya, Dra. Mercedes Díaz, Dr. Edwin Murgueytio, Lcda. Lucía Maldonado, Lcda. Adriana Yáñez (redacción y diseño)

# INTRODUCCIÓN

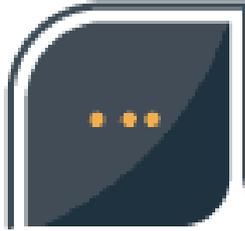
Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) del 30 al 50% de los pacientes con neoplasia maligna experimentan dolor, principalmente debido a escasa disponibilidad de analgésicos opioides o a su mala administración y ha determinado que el adecuado control del dolor por cáncer es un problema de salud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

Infante C. Gabriela, 2004



La prevalencia del cáncer ha venido aumentando, con una proyección estimada para el 2020 de 17 millones de nuevos casos. Eso significa que habrá un aumento de los individuos con dolor causado por la enfermedad y por los tratamientos.

P. Kanavos, 2006



*El dolor como síntoma o como enfermedad, es la situación negativa de la salud que más aflige a los seres humanos y suprimir o en todo caso aliviar el dolor es una de las prioridades del personal sanitario.*

Gómez, S. Marcos, 1994

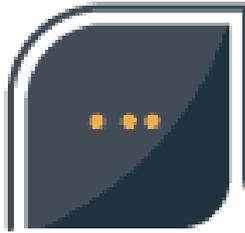
- El consumo de morfina es uno de los **INDICADORES DE CALIDAD SANITARIA DEL CUIDADO DE LOS ENFERMOS.**
- La diferencia de consumo de morfina entre países es muy variable y los mayores niveles se encuentran en los países escandinavos y anglosajones.
- Los mitos en el uso de morfina son de **CARÁCTER UNIVERSAL Y TIENEN COMO CAUSA LA INSUFICIENTE FORMACIÓN PROFESIONAL**



»»» Los mitos alrededor del uso de morfina - entendidos como creencias erróneas carecen de fundamento científico, están presentes tanto en los pacientes, familiares/cuidadores, como en el personal sanitario.



Y los pacientes, ¿qué piensan sobre usar morfina?



Consideran que su uso precede al fallecimiento y creen que el aumento de la dosis tiene como consecuencia inevitable la sedación y muerte. Esto se refleja en expresiones como las siguientes:

- “Yo, equivocada o no, siempre he asociado a la morfina como última opción en la escala de intervención, es decir, casi el último recurso”
- “¿Cuál es mi máxima dosis de tolerancia a morfina? “
- “¿Necesitaré más y más al final de la vida y aún no se me aliviará el dolor?”
- “¿Puede ser que yo muera a causa de la morfina y no debido al cáncer?”

# LOS MITOS COMPARTIDOS

## El mito

*“Se hará un drogadicto”*

## La verdad

- *No se ha encontrado evidencia de que el uso de opioides para el tratamiento del dolor severo cause adicción*
- *El riesgo de dependencia en pacientes con tratamiento adecuado del dolor es infundado sin embargo en uso extra médico es real*

# Los argumentos

- 
- El consumo de morfina en enfermos de cáncer no supone un problema de drogadicción.*
  - Estudios de la Universidad de Boston, con muestra de 11882 pacientes, con dolor de diversas etiologías, sin antecedentes de abuso de drogas no mostró problemas de adicción*
  - La Universidad de Wisconsin, realizó un estudio en 10000 pacientes con quemaduras y se evidenció problemas posteriores en 22 individuos (todos ellos con antecedentes de abuso de drogas).*
  - El comportamiento de la morfina es distinto cuando se usa para escapar de la realidad, y obtener un efecto psíquico, que cuando se emplea como analgésico.*
  - La verdadera incidencia de dependencia a opioides inducida durante tratamiento médico, para el alivio del dolor, resulta insignificante.*

## En conclusión, la adicción a la morfina.....



En caso de pacientes con antecedentes de adicción a drogas se usarán dosis más altas



La experiencia demuestra que la morfina se puede retirar sin ningún problema cuando ya no hace falta para el tratamiento.



El uso de morfina se debe suspender poco a poco, si se administró por 3 o más semanas (lo mismo que se hace con otros fármacos como corticoides, benzodiazepinas).

## El mito

“La morfina por vía oral es inefectiva.”

## La verdad

Totalmente incorrecto, si tenemos en cuenta que entre el 80 y el 90 % de los pacientes con dolor por cáncer, consiguen una buena analgesia por vía oral.

# Los argumentos



Las vías de administración para morfina son: oral, parenteral, intratecal, epidural y rectal.



El uso por vía oral alcanza entre el 16% y el 33% de la potencia que se observa por vía intravenosa. Esta pérdida de actividad se debe a que la morfina experimenta metabolismo hepático de primer paso significativo después de su administración oral.



Cuando no es posible usar la vía oral (vómitos, disfagia, disminución de la conciencia) la vía alterna de elección es la vía subcutánea, considerando siempre las relaciones de equipotencia de morfina.



**La vía oral es de primera elección para su administración.**

## El mito

“El paciente usará la morfina para suicidarse”

## La verdad

El suicidio en los pacientes con cáncer no es mayor que en la población general.



De hecho en un estudio, se comprobó que los pacientes con SIDA y con dolor, **tienen el doble de posibilidades de tener ideas suicidas (40%) que aquellos que no tienen dolor (20%).**

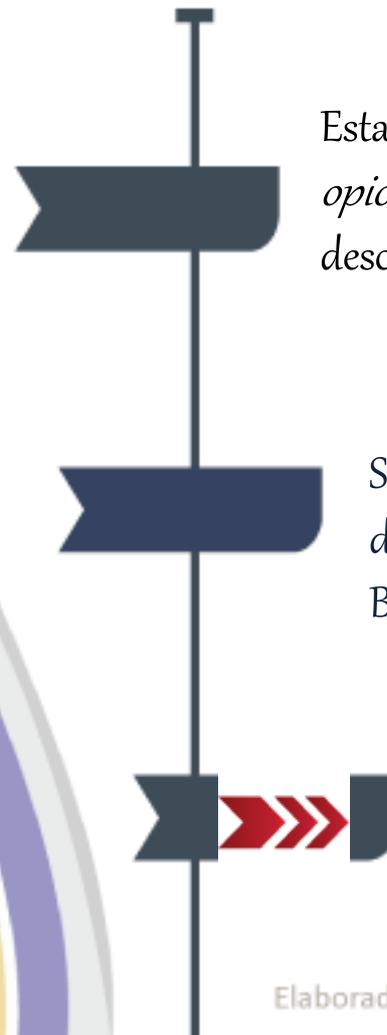
## El mito

«La morfina provoca euforia»

## La verdad

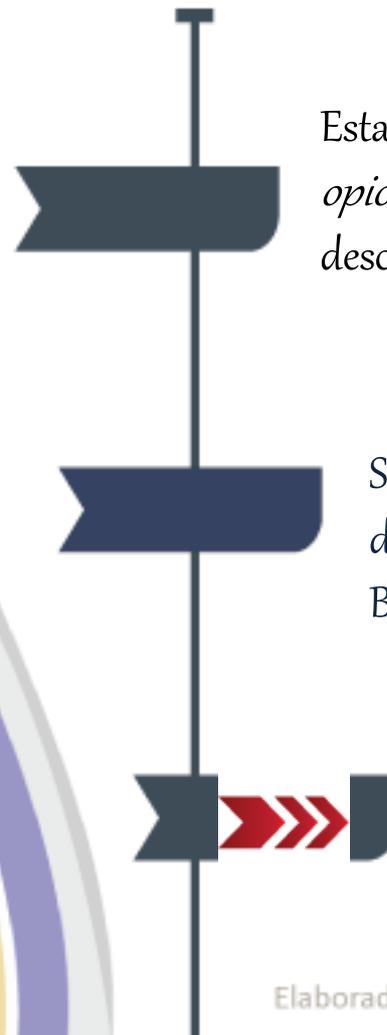
Generalmente se confunde la euforia con la sensación de bienestar que experimenta el enfermo al ser aliviado de su dolor, pues permaneció “disfórico” como consecuencia del mismo y ahora, se lo ve en paz y optimista.

# Los argumentos



Esta creencia se deriva del ensayo de De Quincey: *Confesiones de un opiomano inglés* (1821). Así también lo muestra en su poema *Kubla Khan*, describiendo la visión que tuvo al estar bajo la influencia del opio.

Se inicia entonces una moda de “consumo de opio” entre varios literatos de la época: Samuel Taylor Coleridge, Elizabeth Barret Browning, Lord Byron, Shelley, Mary Godwin, Edgar Allan Poe.



Por otra parte, ni la experiencia ni los estudios clínicos llevados a cabo con drogodependientes, son aplicables a los enfermos que consumen morfina para controlar el dolor.

## El mito

«La tolerancia se desarrolla rápidamente y al final la morfina ya no será efectiva.»

- ❖ Muchos profesionales suponen que al cabo de poco tiempo la morfina será totalmente ineficaz.

## La verdad

- Está demostrado que cuanto más largo es el tratamiento con morfina menor es el efecto de tolerancia.
- La morfina es uno de los analgésicos que **no** tiene efecto techo, pudiéndose **aumentar las dosis** casi indefinidamente, si fuese necesario.

# Los argumentos



*La mayoría de las ocasiones en que debe ser aumentada la dosis de la morfina se debe a una de las causas siguientes:*



*Progresión de la enfermedad o crecimiento tumoral, con incremento del dolor, por lo que requiere mayor dosis (causa más frecuente).*



*Factores que modifican el umbral del dolor de cada enfermo (síntomas no controlados, angustia, incertidumbre, miedo). Necesidades psicológicas no solucionadas, pueden hacer del dolor un síntoma de difícil control, aún con dosis altas de morfina (DOLOR TOTAL).*



*Si se usa en enfermos con historial de abuso de drogas, se requieren dosis mayores*



*EL dolor no controlado con morfina, requiere en muchas ocasiones tratamiento con los coanalgésicos necesarios.*

## El mito

«La morfina provoca depresión respiratoria»

## La verdad

- Esta es una creencia sobredimensionada muy frecuente entre el personal sanitario
- El dolor actúa como antagonista fisiológico de los efectos depresores centrales de la morfina sobre el centro respiratorio.
- La insuficiencia respiratoria previa, **NO** supone una contraindicación absoluta para el uso de morfina.

# Los argumentos



*La morfina adecuadamente titulada y bajo control médico, no es peligrosa.*



*La morfina esta indicada para el manejo de disnea y a nivel del miocardio actúa como ahorrador de la demanda de oxígeno (miocardio de estrés).*



*En caso necesario se puede usar NALOXONA, antagonista puro de la morfina. Sin embargo su uso es poco frecuente.*

## El mito

«La morfina solo puede estar indicada por los médicos especialistas del dolor»

## La verdad

- Totalmente falso, éste fármaco puede ser recetado por cualquier médico.
- Únicamente se requiere para su entrega, la receta específica, correctamente elaborada por el médico prescriptor.

## El mito

«Resulta peligroso tener morfina en el servicio»

## La verdad

Existe el temor entre el personal de enfermería a tener morfina en el servicio, por el riesgo al robo de la misma, y aunque éste evidentemente existe, creemos que el temor es exagerado.

## El mito

«La morfina solo está indicada en pacientes terminales»

## La verdad

La morfina no sólo tiene una indicación analgésica en pacientes terminales. Está indicada también en dolor postoperatorio, pacientes con dolor agudo y crónico severo (EVA >6). Es frecuente su uso en otros síntomas como disnea y tos.



“

*Nada es veneno, todo es veneno: la  
diferencia está en la dosis*

”

*Paracelso (1493-1541)*



*¿La morfina es un  
medicamento  
accesible?*

El acceso se afecta por:

- *Opiofobia: miedo a la prescripción desde profesionales de la salud, pacientes y familias.*
- *Falta de oferta de todas las formas farmacéuticas de morfina en el país.*
- *Desconocimiento de procesos administrativos de compra para acceso al fármaco, como el de importación ocasional de medicamento sujeto a fiscalización, gestionado desde cada establecimiento con ARCSA.*
- *Falta de solicitud oficial del fármaco desde establecimientos de salud a la Autoridad Sanitaria Nacional.*
- *Falta de oferta de todas las formas farmacéuticas de morfina en el país.*

*Se define como países con acceso inadecuado a aquellos con un consumo per cápita menor en un 30% del adecuado.*

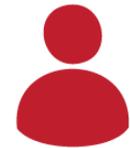


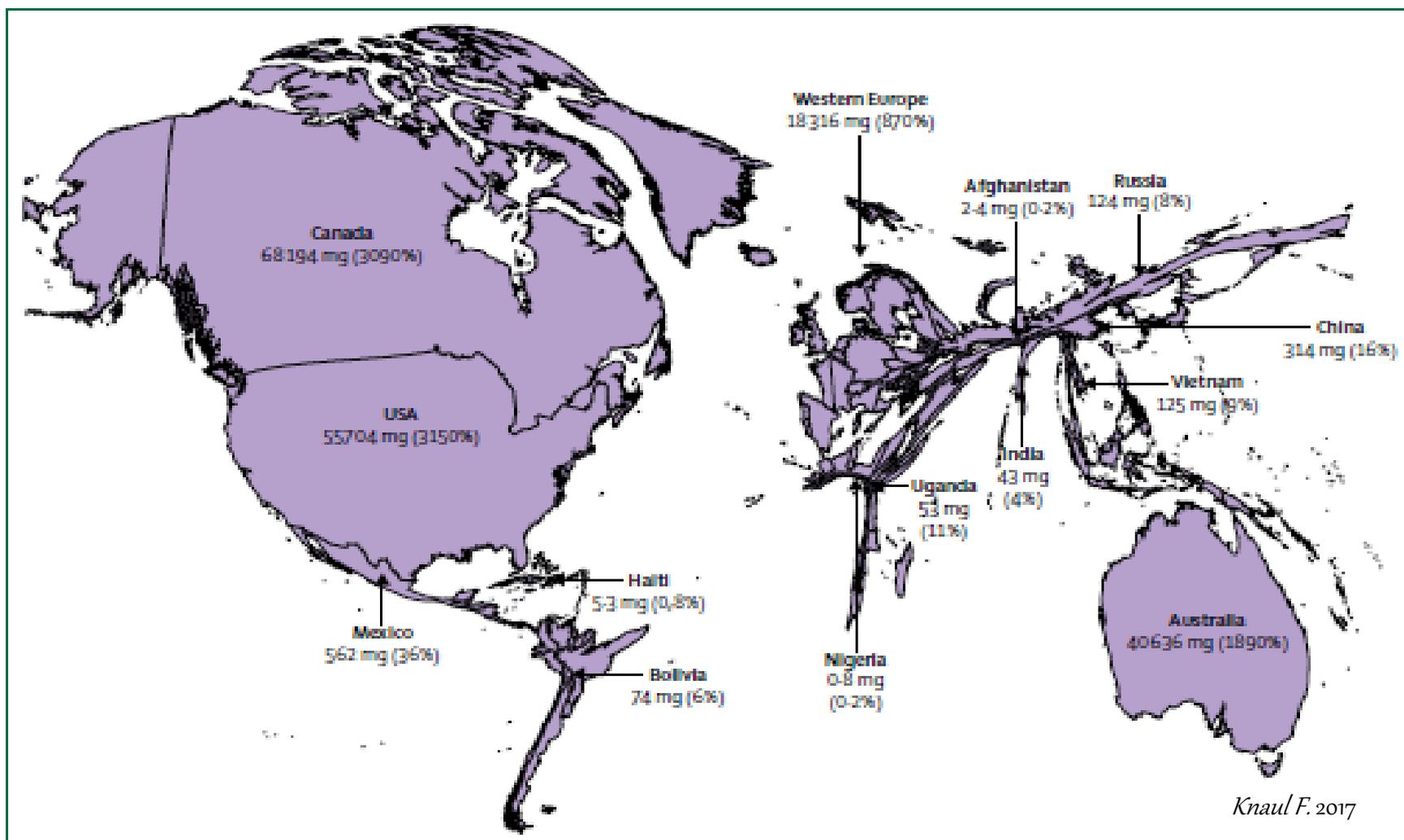
*La morfina es parte de la lista de medicamentos esenciales de la OMS, la falta de acceso afecta a todos los medicamentos fiscalizados.*



*Su disponibilidad para el tratamiento médico constituye un derecho humano.*

*(Art 12 del Pacto Internacional sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales)*





*Knaut F. 2017*

**Figure 1: Distributed opioid morphine-equivalent (morphine in mg/patient in need of palliative care, average 2010-13), and estimated percentage of need that is met for the health conditions most associated with serious health-related suffering**

Source: International Narcotics Control Board and WHO Global Health Estimates, 2015. See additional online material for methods.

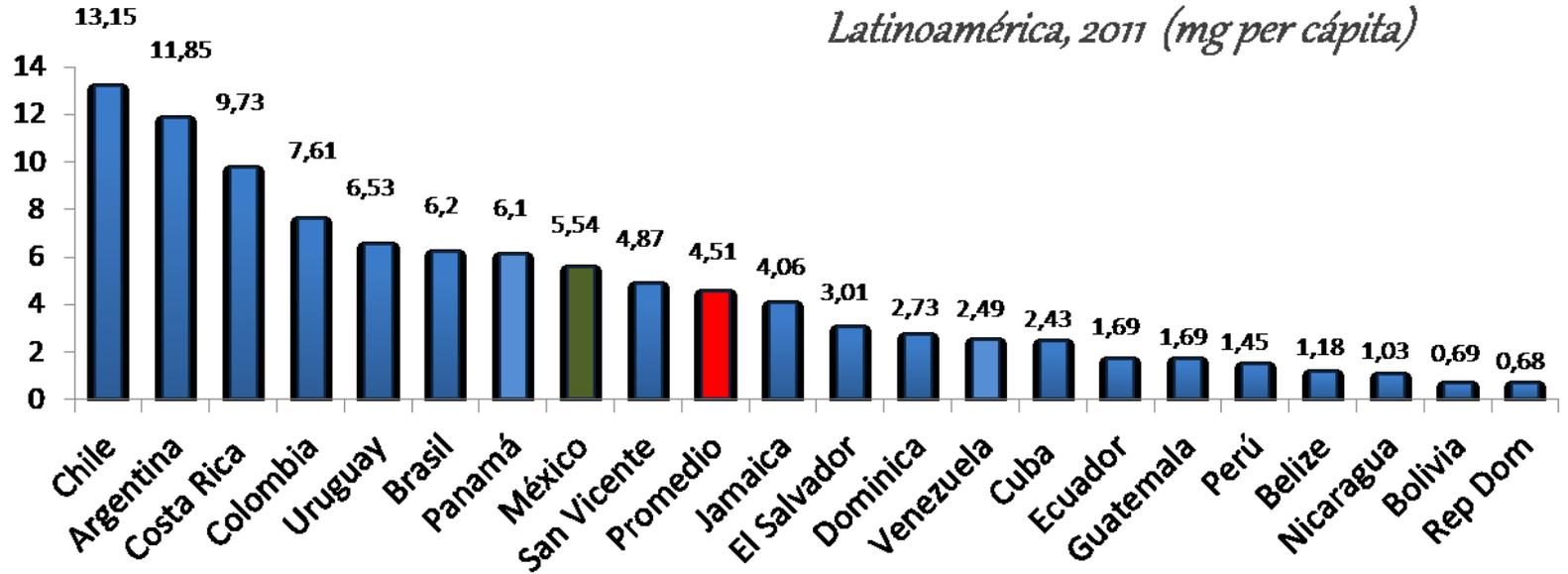
# Consumo mundial 2015 de morfina (mg / cápita)



Nota: Los países que no figuran en la lista no informaron o informaron una cantidad de cero (0) para Morfina consumo a la JIFE para 2015

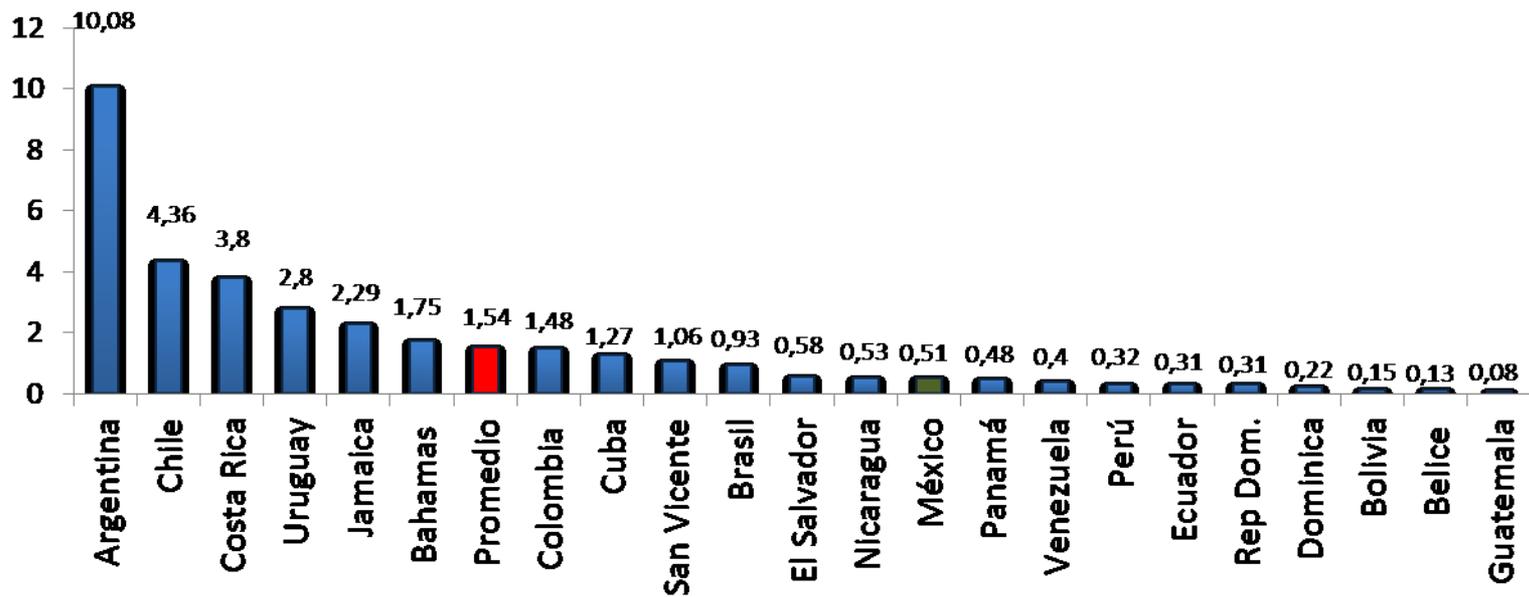
1 Austria	213.4573	49 Bahrein	2.1569	97 Tuvalu	0.4000
2 Canadá	117.7428	50 Kenia	2.1459	98 Uganda	0.3853
3 Dinamarca	83.4805	51 Letonia	2.0665	99 Corea del Norte	0.3578
4 Estados Unidos	60.9909	52 Brunei	2.0615	100 Anguila	0.3333
5 Suiza	58.0907	53 Georgia	2.0032	101 Armenia	0.3313
6 Nueva Zelanda	42.5432	54 Croacia	1.9611	102 Belice	0.3148
7 Eslovenia	34.6228	55 Eslovaquia	1.8870	103 Montenegro	0.3067
8 Australia	32.1839	56 Colombia	1.8100	104 Panamá	0.3034
9 Islandia	27.7447	57 Curazao	1.7325	105 Grecia	0.2532
10 Francia	27.6484	58 Jamaica	1.7257	106 Kirguistán	0.2517
11 Suecia	23.4969	59 Palau	1.6667	107 México	0.2458
12 Reino Unido	22.8571	60 Trin y Tobago	1.6566	108 EAU	0.2416
13 Noruega	22.0347	61 Mongolia	1.6252	109 Kuwait	0.2382
14 Alemania	19.0538	62 Tailandia	1.5607	110 Islas Salomón	0.2209
15 Irlanda	18.0203	63 Albania	1.5533	111 Zimbabwe	0.2118
16 Países Bajos	12.1804	64 Etiopía	1.4698	112 Ecuador	0.1884
17 Argentina	12.1233	65 Chipre	1.3150	113 Ruanda	0.1854
18 Islas Malvinas	11.3333	66 China	1.2080	114 Argelia	0.1821
19 Malta	11.2172	67 Andorra	1.2000	115 Zambia	0.1675
20 España	10.1940	68 Jordania	1.1735	116 Bolivia	0.1586
21 Nueva Caledonia	9.9049	69 Arabia Saudita	1.1724	117 India	0.1531
22 Gibraltar	9.6562	70 Mauricio	1.1665	118 Kazajstán	0.1362
23 Fr Polinesia	9.2792	71 Perú	1.1346	119 Indonesia	0.1274
24 Bélgica	8.4228	72 Malasia	1.0774	120 Egipto	0.1251
25 Polonia	8.3240	73 Niue	1.0000	121 Ghana	0.1163
26 Sudáfrica	7.7924	74 Montserrat	1.0000	122 Uzbekistán	0.1093
27 Israel	7.1256	75 Libano	0.9899	123 Azerbaiyán	0.1050
28 Uruguay	6.5291	76 Tonga	0.9434	124 Turkmenistán	0.1001
29 República Checa	5.1712	77 Corea del Sur	0.9395	125 Venezuela	0.0921
30 Barbados	4.9683	78 Singapur	0.9129	126 Maldivas	0.0907

*Consumo de opioides para tratamiento del dolor en  
Latinoamérica, 2011 (mg per cápita)*



## Consumo de morfina en Latinoamérica. 2011

(mg per cápita)





De las 298,5 toneladas métricas de opiáceos equivalentes de morfina distribuidos en el mundo por año (distribución promedio en 2010-13), solo se distribuyen 0,1 toneladas métricas a los países de bajos ingresos

*Knaul F. 2017*

# Barreras

1

Falta de conocimiento y actitudes equivocadas acerca del dolor y los opioides.

2

Políticas y legislaciones que regulan los medicamentos fiscalizados, excesivamente restrictivas.

3

Barreras y fallas en el sistema de requisición y distribución de medicamentos fiscalizados.

4

Alto costo de algunos medicamentos y falta de cobertura de los analgésicos opioides en los formularios nacionales.

EEUU recibe 55 000 mg y Canadá 68 000 mg de morfina por paciente en estado terminal, lo que supera el promedio de sus necesidades.



La enorme brecha entre la necesidad y la disponibilidad de analgésicos opiáceos está creciendo y cada vez se inclina más hacia las personas que viven en la pobreza.

Es fundamental garantizar un equilibrio entre el acceso médico adecuado a medicamentos controlados y la prevención de su desviación y uso no médico.



*Knaut F. 2017*

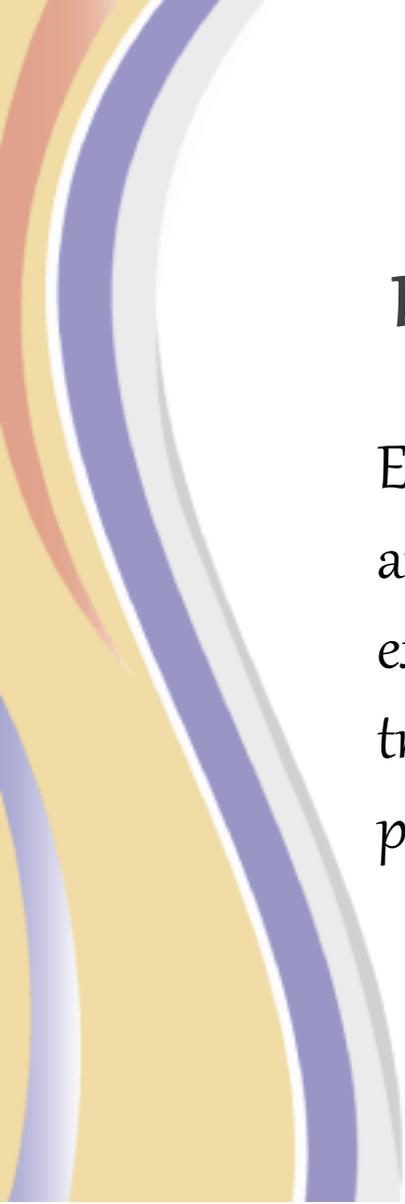


*Los esfuerzos se han limitado a prevenir el desvío y uso no médico de los opioides en lugar de garantizar su acceso a personas con necesidades de salud legítimas*



## *Sin acceso no hay equidad*

*En países pobres un paciente tiene acceso a 10 mg de opioides/año en comparación con más de 47000 mg / año en países ricos, esta inequidad también la viven los pacientes pobres de países ricos lo que evidencia una falla moral, médica y de salud pública.*



## En el otro extremo

El extenso uso no médico de opioides en Estados Unidos es atípico, en él confluyen la alta disponibilidad de opiáceos y la exagerada dependencia de estos medicamentos para el tratamiento del dolor agudo y crónico; aunque en menor proporción, Canadá ha reportado una situación semejante.

# ¿Cómo alcanzar un equilibrio?

1

Es indispensable controlar el suministro y comercialización de opiáceos, también se deben implementar fuertes políticas de conflicto de intereses para evitar que, empresas con fines de lucro influyan en la descripción de indicaciones, prescripción, licitación, adquisición y comercialización de medicamentos opioides.

2

Garantizar, a través de las políticas sanitarias, un adecuado entrenamiento sobre el uso seguro de analgésicos opioides basado en protocolos que se fundamenten en la evidencia actual

# Costo Abril 2018



Cálculo  
realizado con  
dosis de 10mg  
de morfina sc  
c/4hs y su  
equivalencia  
\*\* supera la  
dosis máxima  
(400mg/d)

Medicamento	Presentación	Costo promedio/ unidad	Dosis equianalgésica	PVP promedio por día
	AMP 20 MG	2,86	0,5 amp/4h	8,58
	JBE 20MG/ML	0,45/ML	15mg/4h (0,75cc)	2,02*
	TAB 10MG	2,10	60mg/24h (6tab)	12,6
	TAB 40MG	8,33	60mg/24h (1tab 40mg y 1 tab 20mg)	12,52
NALOXONA	AMP 0,4MG			14,61

Medicamento	Presentación	Costo Promedio/ Unidad	Dosis Equianalgésica	PVP Valor promedio/ Día
	PARCHE 35ug/H	18	1 parche /72hs	6
	CAP 50MG	0,28	900mg/24h**	5,04
	AMP 100MG	0,90	600mg/24h**	5,4



Cálculo realizado con dosis de 10mg de morfina sc c/4hs y su equivalencia

Elaborado por FECUPA...

\*\* supera la dosis máxima (400mg/d)



“

Es moral y éticamente inaceptable que un profesional de la salud ignore a un paciente con un dolor moderado o severo de cualquier tipo que pueda ser paliado

”

*Knaul F. 2017*



Videos

<https://www.youtube.com/watch?v=gOvallBoQY>

# Referencias:

- ALCP (2017) «Uso de opioides en tratamiento del dolor» Manual para Latinoamérica. Tomado de la Web desde: <http://cuidadospaliativos.org/uploads/2012/11/ManualOpioides.pdf>
- E. Soler Company, et, al. (2016). “El dolor postoperatorio en la actualidad: un problema de calidad asistencial”.
- García M., Rabi C., Mayo C. (2017) Mitos en el uso de la Morfina entre profesionales de la salud. Vol. 5, No. 1 Goldman A. et al. (2012). Palliative Care for children. Oxford. Segunda edición.
- Gómez Sancho M. (2003). Avances en Cuidados Paliativos. Gabinete de Asesoramiento y Formación socio sanitaria. Cap 51. 355-368.
- Infante C. Gabriela, (2014) Tratamiento Farmacológico del dolor por cáncer. Revista Digital Universitaria, 10 de agosto 2004 • Volumen 5 Número 7, pag. 2. Obtenido desde la web: [http://www.revista.unam.mx/vol.7/num4/art24/abr\\_art24.pdf](http://www.revista.unam.mx/vol.7/num4/art24/abr_art24.pdf)
- Jaschek C. (2009) ¿Mitos o prejuicios de la morfina?. MedPal. Int Rev No. 2, pag 29-31.
- *Knaul F. (2017) Alleviating the access abyss in palliative care and pain relief— an imperative of universal health coverage: the Lancet Commission report.*

- 
- Kramer V., et al. (2016) Uso de Opioides en Pacientes Paliativos Oncológicos al Momento de Fallecer: “El Mito de la Morfina”. Revista El Dolor 65. 12-15;.
  - P. Kanavos (2006) The rising burden of cancer in the developing world, Journal Académico. Annals of Oncology.
  - Revista Fármacos (2003) «*Plan General para la Construcción de Criterios Técnicos* » Página 31 – 88 Número 16 Edición 1 & 2 en: [www.agreecollaboration.org](http://www.agreecollaboration.org)
  - Asociación Latinoamericana en Cuidados Paliativos (2011) Ryan, De Lima, Maurer “Manual Interactivo de Opioides para Latinoamérica.” Primera Edición . TIPS Imágen: Caracas.
  - Valero J., Piquer C., Rubia A. Mitos de la morfina entre el personal de enfermería urológica. Asociación Española de Enfermería Urológica. Núm. 103. 2007.