

CONSUMO DE MORFINA EN EL URUGUAY

Dr. Eduardo García Yanneo.

Unidad de Cuidados Paliativos,

Servicio de Oncología Clínica,

Hospital de Clínicas.

Dr. Roberto Wolman.

Alferez Médico Oncólogo,

Servicio de Oncología, H.C.FF.AA.

PALABRAS CLAVE: *Cancer, dolor, cuidados paliativos, morfina.*
KEYWORDS: *cancer, pain, palliative care, morphine.*

RESUMEN

Los autores analizan el consumo de morfina en el Uruguay entre 1990 y 1995 y luego lo comparan con el resto del mundo, América y Latinoamérica.

El consumo mejoraría con una mayor información y educación al cuerpo médico demitificando a la morfina.

SUMMARY

The authors analyse the consumption of morphine in Uruguay between 1990 and 1995 and afterwards compare it with the the rest of the world, North America and Latin America.

This consumption would improve by means of giving more information and education to the medical staff so as to dispel the myths about morphine.

INTRODUCCION

Tal cual lo establece la Organización Mundial de la Salud, el consumo de opiáceos per cápita en un país (y especialmente de morfina), es un buen índice para conocer una aproximación al grado de control de dolor por cáncer en el

mismo (1). Por tal motivo, en el presente estudio, nos proponemos analizar las características del consumo de dichos fármacos en nuestro país, en el período 1990-1995, y posteriormente compararlo con los datos a nivel mundial, y Latinoamérica en especial, a fin de conocer los puntos en los que se deberá poner énfasis.

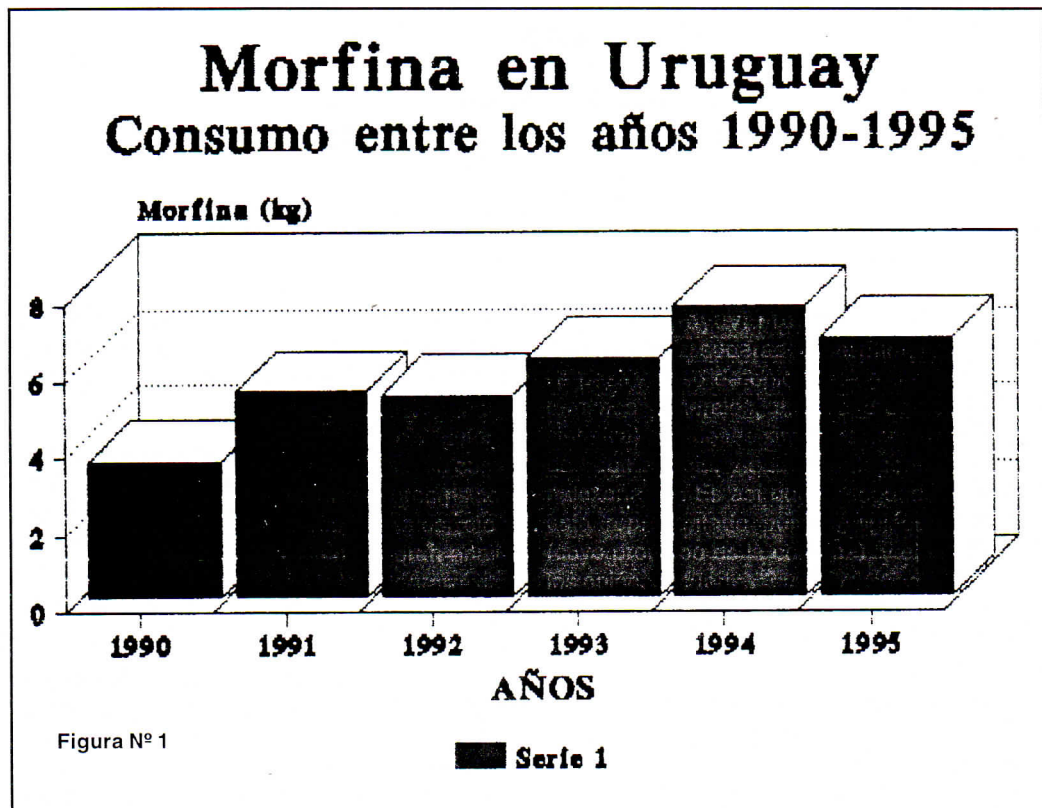
A nivel mundial, y según cifras de la Organización Mundial de la Salud, se calcula que anualmente se diagnostican 6.350.000 casos de cáncer. De esta cifra global, y al año 1988, 7.299 casos correspondieron a Uruguay (2). En nuestro país, esa cifra representa un 22,2 % del total de muertes, lo que lleva al cáncer a ocupar el segundo lugar de las causas de mortalidad (solamente superado por las enfermedades cardio-vasculares con un 40,2% de las muertes del país) (2).

Según se ha calculado por parte de los especialistas en la materia, un 50-70% de esos pacientes con cáncer, presentarán algún tipo de dolor durante el curso de su enfermedad oncológica. Ese porcentaje llevado a cifras, representa en nuestro país entre 3.650 y 5.100 pacientes al año con dolor. Vemos por lo tanto que el dolor por cáncer es un tema importante de salud pública, tanto a nivel nacional como

mundial, y así lo entendió la Organización Mundial de la Salud, que situó el "Alivio eficaz del dolor por cáncer " como uno de sus " Puntos prioritarios " (3).

A fin de encarar y abordar el tema dolor por cáncer, se ha establecido lo que se conoce como "Escalera Terapéutica". Sin embargo, y antes de continuar, no debemos olvidar que ésta constituye el abordaje al "componente físico" del dolor, pero que la experiencia "dolor", comprende mucho más que solamente su componente físico: existen también factores psicológicos, espirituales, familiares, sociales, etc.: "DOLOR TOTAL", que también deberán analizarse y abordarse si pretendemos lograr éxito en la eliminación del dolor.

El principio esencial de esta "ESCALERA TERAPEUTICA" es asociar la intensidad del dolor con un fármaco de adecuada potencia. Para ello se establecen tres "escalones" progresivos: el primero está representado por los Antiinflamatorios No Esteroides (sumados o no a drogas coadyuvantes como corticoides, etc.). Una vez superado ese primer "escalón", se pasa al uso de opioides: un opioide es, en términos generales, aquella droga (natural o sintética) que posee similares acciones y actividad que el opio, y que es antagonizada por la naloxona (4). Es así que el segundo "escalón" está representado por los opiáceos débiles (cuyo prototipo es la codeína), y el tercero por los opiáceos fuertes (cuyo prototipo es la MORFINA).



Consumo de Morfina Tendencias en Uruguay (1990-1995)

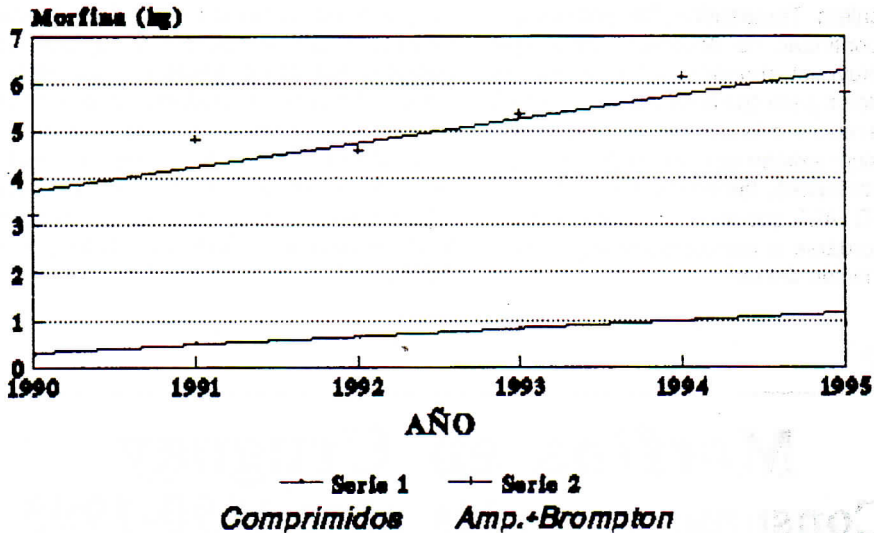


Figura N° 2

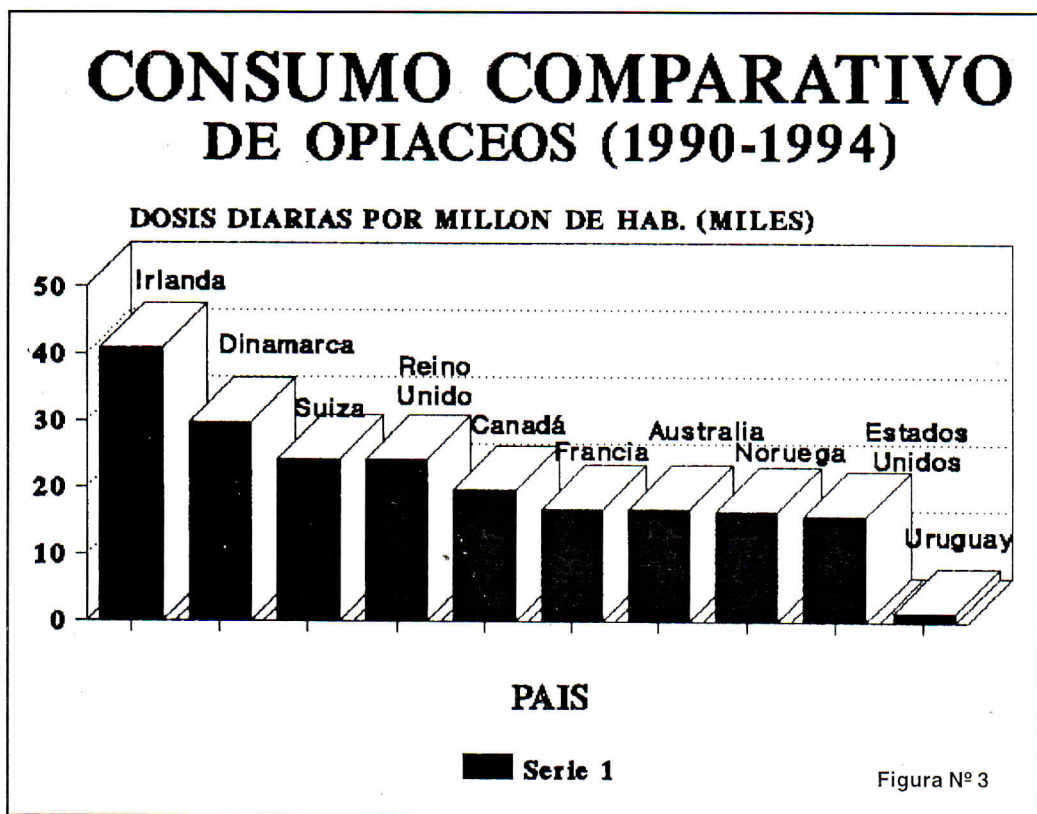
Es fácil deducir que los fármacos del primer "escalón" (AINE), se utilizan en la práctica diaria con múltiples usos más allá del tratamiento del dolor por cáncer, lo cual NO los hace buenos indicadores de las tendencias en el tratamiento del dolor de los pacientes oncológicos. Lo mismo, aunque en menor escala, puede argumentarse para los fármacos del segundo "escalón". Por el contrario, el uso mayoritario de la morfina es destinado como analgésico en el dolor por cáncer, por lo que sus tendencias nos servirán para aproximarnos al tratamiento del dolor oncológico.

El término "opiáceo" deriva del "opio", que viene del griego, y significa "jugo", puesto que la droga se obtiene precisamente, del jugo de la amapola "Papaver Somniferum" (4). El opio con-

tiene más de 20 alcaloides diferentes, de los cuales el más popular es el aislado en 1806 por Serturner: la MORFINA, así llamada por Morfeo, el Dios griego del sueño.

En el gráfico N°1, vemos el consumo total de morfina en Uruguay durante el período 1990-1995. Se aprecia claramente una tendencia ascendente, lo que marca un punto positivo de importancia, ya que, en un período breve, de 5 años, el consumo neto del fármaco prácticamente se duplicó.

A su vez, en la figura N°2 se esquematiza la tendencia del consumo de morfina en el mismo período, diferenciando licor de Brompton y ampollas por un lado, y comprimidos de liberación lenta por el otro. Vemos entonces que ambas



líneas muestran tendencia ascendente, por lo que la tendencia positiva del consumo global de morfina que veíamos en el gráfico N°1, no se debió al aumento exclusivo de alguna de sus presentaciones, sino que, todas ellas mostraron un progresivo incremento durante el período estudiado.

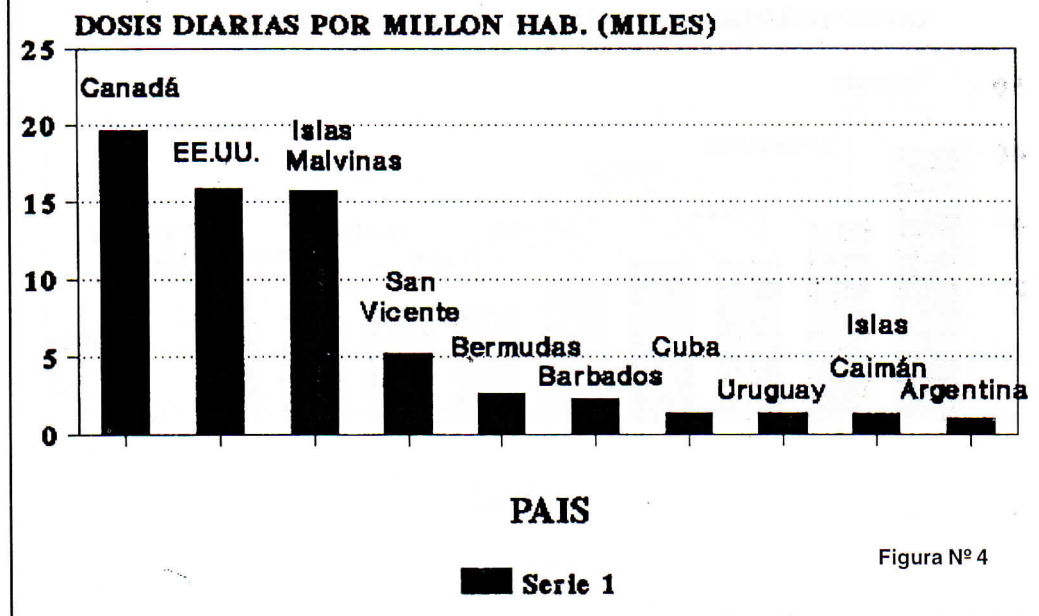
Una vez analizadas las tendencias nacionales, creímos necesaria la comparación del consumo en nuestro país con cifras internacionales: para ello utilizamos los datos publicados por la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes de las Naciones Unidas (5), que es el órgano encargado del control de la producción y el tráfico internacional de estos fármacos.

La morfina se extrae actualmente de tres fuentes (5):

- 1). Opio (*Papaver Somniferum*),
- 2). Paja de Adormidera, y
- 3). Concentrado de Paja de Adormidera.

Los países que utilizan la primer fuente son: China, Estados Unidos, la Federación de Rusia, Francia, India, Japón, el Reino Unido y la República Popular Democrática de Corea. Además, extraen morfina para usos lícitos del opio decomisado, Myanmar y la República Islámica de Irán. Como subproducto, la morfina se extrae también de la paja de adormidera en algunos países europeos, fundamentalmente Hungría, Rumania y Eslovaquia. Finalmente, se extrae morfina del concentrado de paja de adormidera en: Australia, Bélgica, España, Estados Unidos, Francia, Italia, Noruega, Países Bajos, Portugal, Reino Unido, Sudáfrica y Turquía.

Consumo de Opiáceos en América (10 primeros países)



Desde estos países, y una vez obtenida la morfina de esas tres fuentes, se comercializa al resto del mundo.

En 1994, la fabricación total de morfina aumentó a 240 toneladas (incluidas las 82 toneladas aproximadamente, para la fabricación de codeína), el nivel más elevado en 20 años. El aumento se debió a las mayores cantidades obtenidas por los principales países de fabricación, en particular el Reino Unido y Turquía. Durante el año que se examina, los Estados Unidos siguieron siendo el principal fabricante, con un 27% de la fabricación del mundo en 1994. La producción combinada del Reino Unido, Australia y Francia representó el 47% (5).

También según las Naciones Unidas (5), la característica dominante de la utilización de morfina desde la segunda mitad del decenio 1980 ha sido el aumento ininterrumpido de las

cantidades utilizadas para el tratamiento del dolor.

Para comparar las cifras de los diferentes países, es indispensable tomar en cuenta al factor poblacional, para lo cual adoptamos como "unidad" lo que la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes denomina "DOSIS DIARIA": se trata de la dosis diaria promedio consumida por millón de habitantes entre 1990 y 1994. Este número se determina con la siguiente fórmula: se divide el consumo anual del fármaco, incluida la fabricación de los preparados, por 365 días, el número de millones de población del país o el territorio durante el año que se considera y por la dosis diaria definida para el fármaco (que para la morfina por ejemplo, se estableció en 30 miligramos). Este cálculo se realiza por separado en cada uno de los 5 años considerados, antes de hacer el promedio correspondiente al período. Cuando se carece

CONSUMO DE OPIACEOS AMERICA LATINA: 10 primeros países

DOSIS DIARIAS POR MILLON DE HABITANTES.

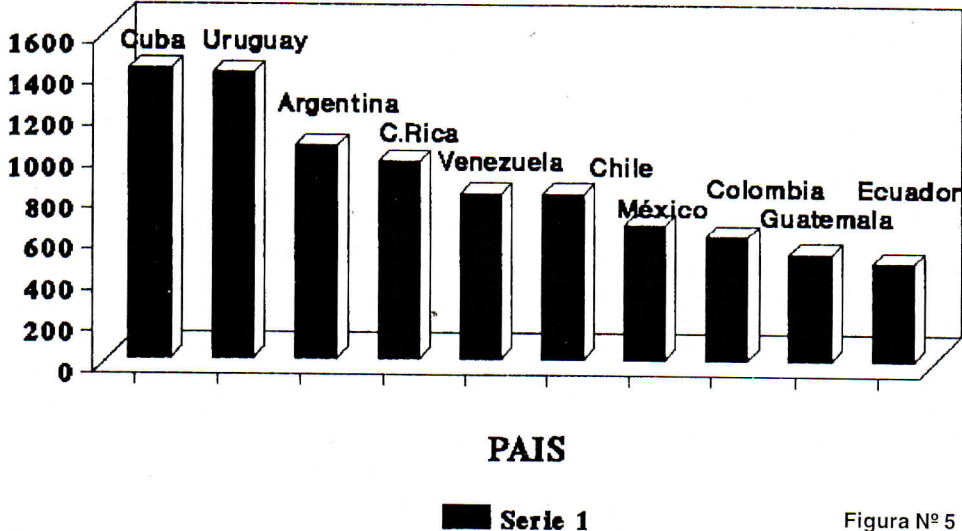


Figura N° 5

de los datos relativos a un año, el promedio se calcula sobre los años de los que se dispone de estadísticas completas (5).

Llegamos entonces al gráfico N°3, en el cual se representa el consumo de dosis diarias de opiáceos (en total) por millón de habitantes, de los 9 países con mayor consumo, y Uruguay: se aprecia aquí que todavía nos falta mucho camino por recorrer, puesto que, en comparación con Irlanda por ejemplo, nuestro consumo es casi 30 veces menor. Casualmente, la República de Irlanda tiene cifras de incidencia y mortalidad por cáncer muy comparables a las de Uruguay, por lo que, si asumimos que en un millón de habitantes de ambos países hay una cantidad similar de pacientes con dolor por cáncer, éstos en Irlanda recibirán una cantidad mucho mayor de drogas de los "escalones" 2 y

3 según la Escalera Terapéutica de la OMS, lo cual seguramente es debido por un lado a un uso mucho más precoz de los opiáceos en el control del dolor, y por otro a que, indudablemente, el número de pacientes que acceden a tratamiento de su dolor oncológico según el método propuesto por la OMS es mucho mayor.

En la figura N°4, se representa (también según cifras de las Naciones Unidas) (5), el consumo global de opiáceos en los 10 países americanos que figuran primeros en la lista mundial: Uruguay ocupa aquí el 8° lugar, lejos también de los 3 primeros, lo que también nos marca que, regionalmente, debemos mejorar aún mucho para asegurar a nuestros pacientes un acceso oportuno y suficiente a los opiáceos para tratamiento de sus dolores por cáncer.

En ese mismo gráfico, y exceptuando a Cuba y Argentina, los restantes países comparten su origen anglo-sajón, y por tanto sistemas de salud y culturas diferentes al nuestro. Entonces, nuestro siguiente paso fue realizar una comparación entre los 10 primeros países de América Latina, lo cual se muestra en el gráfico No. 5: en el mismo, Uruguay, que antes figuraba alejado de los que encabezaban la lista, ahora ocupa un lugar de jerarquía, lo cual es indicativo de que prácticamente todos los demás países de América Latina comparten algunas dificultades comunes: sistemas de salud menos organizados, y seguramente una cultura que sostiene aún algunos de los antiguos «mitos» que se le atribuían a la morfina. Es aquí que el papel educativo pasa a ser de extrema importancia, tanto a nivel poblacional como a nivel médico. Creemos por otra parte, que en este consumo «deficitario» en América Latina, se puede excluir el factor económico, puesto que el costo de estos fármacos en general, y particularmente de la morfina (exceptuando las presentaciones de liberación prolongada), es sumamente bajo.

En nuestro país, por último, la regulación de la prescripción de estos fármacos surge de la Ley No. 14.294 del 31 de Octubre de 1974, y de los Decretos del Poder Ejecutivo No. 454/76 y 27/783 (6). La legislación vigente asegura un buen control y un acceso bastante fácil a estos fármacos, por lo que deberíamos apoyarnos en ella para lograr una distribución más generosa y más racional de los opiáceos en los pacientes con dolor por cáncer. Para lograr ésto, el punto clave pasaría por la educación: a nivel general para desterrar los «mitos» acerca del uso de estos fármacos, y a nivel médico para establecer un correcto conocimiento de los enfoques terapéuticos actuales para combatir el dolor por cáncer, y en especial la «Escalera Terapéutica» propuesta por la Organización Mundial de la Salud. (7)

AGRADECIMIENTO:

Quim. Farm. BLANCA PIMIENTA,
Jefa de Fiscalización de Estupefacientes,
Ministerio de Salud Pública.

REFERENCIAS:

1. STJERNWARD J: Palliative Medicine: A Global Perspective. In: DOYLE D., HANKS G., MACDONALD N. Eds. Oxford Textbook of Palliative Medicine. Oxford: Oxford University Press, 1993: 805-816.
2. VASSALLO J.: Cáncer en el Uruguay. Montevideo: Registro Nacional del Cáncer del Uruguay, 1988: 204pp.
3. ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD: Alivio del Dolor en el Cáncer. Buenos Aires: Interamericana, 1987.
4. JAFFE J., MARTIN W.: Analgésicos y Antagonistas Opiáceos. In: GOODMAN GILMAN A., GOODMAN L., RALL T., MURAD F.: Las Bases Farmacológicas de la Terapéutica, 7a. Edición. Buenos Aires: Interamericana, 1987: 473-506.
5. JUNTA INTERNACIONAL DE FISCALIZACION DE ESTUPEFACIENTES. Previsiones de las Necesidades Mundiales para 1996 y Estadísticas para 1994. Nueva York: United Nations Publications, 1995: 204pp.
6. BORGES F., CAIROLI M., MESA G.: Recetario Médico. In: DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL, Eds. Medicina Legal. Montevideo: Oficina del Libro, 1989: Tomo 1, 145-151.
7. WOLMAN R., GARCIA E.: Asistencia al Enfermo Terminal. Boletín de la Comisión Honoraria de Lucha Contra el Cáncer (en prensa).