
CARTA AL DIRECTOR

USO DE MORFINA EN EL ALIVIO DEL DOLOR DEL PACIENTE CON CÁNCER TERMINAL

Estimada directora:

Como los esfuerzos educativos tradicionales no han producido el resultado deseado en lo que se refiere al uso de morfina en el tratamiento del dolor por cáncer, nos decidimos a realizar algunas reflexiones sobre el tema.

Aunque los efectos psicológicos del opio ya eran conocidos entre los antiguos sumerios, la primera referencia indudable del "jugo de amapola" se encuentra en los escritos de *Teofasto* en el siglo III A.C. En 1803 *Serturmer* aisló y describió un alcaloide del opio al que llamó morfina, por *Morfeo*, dios griego del sueño.¹

La morfina es el prototipo de los opiáceos fuertes, el más utilizado en todo el mundo y el que ha sido estudiado con mayor detalle; sin embargo existen más mitos y errores de concepto en relación con este fármaco, que sobre ningún otro opiáceo.

Aunque su uso se ha sancionado para el alivio del dolor, también reporta notable utilidad en el tratamiento de otros síntomas; como la disnea, la tos y la diarrea.² Se le atribuyen algunos efectos indeseables; tales como: estreñimientos, náuseas, vómitos, astenia, sudoración y confusión con obnubilación, que pueden producirse sobre todo al comenzar el tratamiento.²

La morfina tiene las siguientes formas de presentación.²

1. Forma oral soluble (solución acuosa de morfina).
2. Forma oral sólida de liberación inmediata: *savedrol*[®] en comprimidos de 10 y 20 mg.
3. Forma oral sólida de liberación controlada: *MTS continuos*[®] en comprimidos de 10, 30, 60 y 100 mg.
4. Forma parenteral: cloruro mórfico en ampulas de 10 y 20 mg, y morfina *palex* 2 % de 2 mL (40 mg).

La forma oral soluble no está comercializada y debe ser preparada por el farmacéutico; cuando se use es conveniente recordar que la dosis debe administrarse cada 4 horas. Las formas orales sólidas de liberación inmediata y controlada no circulan en nuestra red de farmacias, y la forma parenteral es la usada en nuestro país y a la que se hará referencia a continuación.

Vías de administración: endovenosa, intramuscular y subcutánea, con intervalos de dosis cada 4 ó 5 horas. Si se hace en infusión continua se consigue mayor efectividad analgésica y menos efectos secundarios, además de evitar un pinchazo doloroso cada 4 horas.³

Cuando se está tratando al paciente por vía oral y se decide pasar a la vía parenteral, hay que administrar de 1/3 a 1/2 de la dosis oral que está tomando el paciente. Esto es debido a que la morfina por vía oral se absorbe sólo de un 30 a un 35 % de la dosis administrada. En la situación inversa, es decir, para pasar de la vía parenteral a la vía oral se administra el doble de la dosis de la morfina que se estaba usando por vía parenteral. Si a las 24 horas el paciente se encuentra somnoliento, se reducirá la dosis en un 50 %.⁴

Al margen de las barreras socioculturales, de las deficiencias en el conocimiento y de las legislaciones vigentes para el uso adecuado de morfina, es recomendable que los facultativos no olvidemos que:

- a) No hay un efecto techo en la dosificación de la morfina en el paciente con cáncer, cada vez que aumenta el dolor se debe incrementar la dosis del fármaco, con su correspondiente alivio.^{1,2}
- b) La adicción a la morfina se produce rara vez en los pacientes neoplásicos tratados con este fármaco.³
- c) La depresión respiratoria no debe ser un obstáculo a la hora de elegir la dosis adecuada de morfina, el dolor antagoniza de igual modo la depresión respiratoria.⁴

En los pacientes con enfermedades terminales dolorosas ninguna contraindicación o efecto adverso de la morfina debe impedir, en modo alguno, al médico cumplir con su obligación primordial de aliviar el dolor al enfermo. Ningún médico debe mostrarse jamás reacio a usar cantidades adecuadas de morfina, pues en los pacientes con cáncer terminal el alivio del dolor que se obtiene con el adecuado uso de esta droga, es una bendición para el paciente y para su familia. Un clínico experimentado, el doctor *Roy W. Scott* hace años decía: “estos pacientes serán ángeles antes de convertirse en adictos”.⁵

Dr. Raúl Morales González
Especialista de I Grado en Cirugía General
Dr. Esequiel Hernández Almeida
Especialista de I Grado en Cirugía General

Referencias bibliográficas

1. Jaffe HJ, Martin WR. Analgésicos y antagonistas opiáceos. En: Goodman A, Gilman A. Las bases farmacológicas de la terapéutica. La Habana: Editorial Científico-Técnica 1982;t1:494-532.
2. Ojeda Martín M, García Rodríguez ED, Navarro Moreno MA, Marrero Martín MS, Guerra Mesa A, García Cabrera E, et al. Control de síntomas en el enfermo de cáncer terminal. 2 ed. El Sabinol: Unidad de Medicina Paliativa, 1992:7-31.
3. Stratton HC. Tratamiento eficaz del dolor en el paciente con cáncer. En: OPS. Oncología clínica. Manual de la American Center

Society. Whashington DC: Organización Panamericana de la Salud, 1996:735-67.

4. Santacana Rillo E, Aliaga Font L, Catalá Piegeo E, Serra Seguí R, Castro Fernández A. Analgésicos opiáceos en el dolor agudo. En: Aliaga Font L. Tratamiento del dolor agudo. Madrid: Europharma, 1992:141-64.
5. Haubrich WS, Berk E. Tumores del páncreas. En: Bockus HL. Gastroenterología. Barcelona: Salvat, 1981:1168-222.

Recibido: 11 de mayo de 1999. Aprobado: 28 de julio de 1999.

Dr. *Raúl Morales González*. Hospital Provincial “Celia Sánchez Manduley”, Manzanillo, Granma, Cuba.