

El empleo de analgésicos opiáceos para aliviar el dolor del cáncer

Liliana De Lima¹

En 1985 la mortalidad general mundial abarcó cerca de 50 millones de personas: 37,9 millones en países en desarrollo y 11 millones en países desarrollados. El cáncer fue la causa de 10% de las defunciones (1). Según las proyecciones de mortalidad por diferentes causas, es de esperar que el mayor incremento de la mortalidad por cáncer ocurra en los países en desarrollo (2). En los países andinos, por ejemplo, la mortalidad por cáncer ha aumentado de forma constante desde el decenio de 1960 (3).

En los países en desarrollo, la mayor parte de los recursos económicos disponibles para el cáncer se emplean en tratamientos curativos que dan resultados muy limitados. En esos países se registran 60% de todos los casos nuevos de cáncer en el mundo, 80% de los cuales se diagnostican cuando ya han llegado a estadios incurables. La situación es agravada por el hecho de que allí solo se cuenta con 5% de todos los recursos para el control de esta enfermedad (4). En cambio, en los países desarrollados, muchos pacientes incurables se mantienen en unidades de cuidado intensivo a un costo exorbitante para el sistema de salud hospitalario, el paciente y su familia (5).

Teniendo en cuenta la situación descrita y la certidumbre de que en la mayoría de los casos al paciente diagnosticado de cáncer incurable le espera un largo tiempo de deterioro marcado por intenso sufrimiento físico y espiritual, la Organización Mundial de la Salud ha establecido el cuidado paliativo como prioridad en su Programa sobre el Cáncer (6).

Estrategias para el cuidado paliativo

El dolor es el síntoma más común del cáncer. Se estima que diariamente sufren dolor intenso debido al cáncer, sin tratamiento adecuado, unas 4 millones de personas (7). El dolor afecta a la calidad de vida del paciente y su familia en uno de sus momentos más difíciles (8). Uno de los principios básicos de las estrategias de la OMS es el plan de tratamiento completo del dolor en el cáncer. Parte del plan es la "escalera analgésica", o uso de medicamentos analgésicos en tres peldaños. Este se basa en que el dolor leve puede aliviarse con ciertos analgésicos no opiáceos como la aspirina, el paracetamol o algún antiinflamatorio no esteroideo. Para el dolor moderado puede prescribirse codeína u

¹ Organización Panamericana de la Salud, Washington, DC, EUA. Consultora en cuidados paliativos. Dirección postal: 803 Heathcliff Court, Houston, TX 77024, Estados Unidos de América.

otro opiáceo poco potente y, por último, para el dolor intenso el analgésico de preferencia es la morfina, un opiáceo potente (6). En los tres peldaños pueden o no emplearse coadyuvantes.

La OMS utiliza los datos estadísticos de consumo médico y científico de opiáceos como un indicador del progreso en el alivio del dolor. Los datos de consumo son suministrados a la Junta Internacional de Fiscalización de Estupeficientes por las autoridades gubernamentales. Para fines estadísticos, *consumo* se refiere a la cantidad de narcóticos que son distribuidos comercialmente: a hospitales, farmacias y profesionales de la salud.²

A pesar de la alta incidencia de cáncer en los países en desarrollo, los incrementos del consumo de morfina en los últimos 10 años se han registrado principalmente en 10 países desarrollados: Australia, Canadá, Dinamarca, Estados Unidos de América, Irlanda, Islandia, Noruega, Nueva Zelanda, Reino Unido y Suecia (9). El consumo de morfina en esos países equivale a 75% del consumo mundial. El 25% restante se usó en los otros 133 países que participaron en la Convención Única sobre Estupeficientes de 1961 (10). En 1991, en América Latina se consumió menos de 1% de la morfina utilizada con fines terapéuticos en todo el mundo (11). Los opiáceos están clasificados como narcóticos y por lo tanto su uso está controlado por la Convención Única sobre Estupeficientes, enmendada por el Protocolo de 1972 (12). La Junta Internacional de Estupeficientes (JIFE) de las Naciones Unidas vela por que esas sustancias estén disponibles para usos médicos y científicos y, por otro lado, colabora con los gobiernos suscritos a la Convención Única para prevenir sus usos ilegales. En esos países es obligatorio tramitar la adquisición de medicamentos opiáceos con la JIFE por conducto de una autoridad nacional encargada, la cual lleva a cabo los procesos de requisición, importación, nacionalización y distribución (13).

En la Lista Modelo de Medicamentos Esenciales de la OMS se incluyen la morfina y la codeína, ambos analgésicos opiáceos (14). Aun así, en algunos países se prohíbe su empleo terapéutico y en otros su consumo es restringido. Ello se debe al temor de que su uso prolongado cause adicción y a la posibilidad de que se canalice por conductos ilegales. Otro problema es que muchos confunden la adicción (dependencia psicológica) con la dependencia física. Esta última es un estado fisiológico en el cual aparecen síntomas y signos de abstinencia cuando se descontinúa la administración del opiá-

ceo o se administra un antagonista de este. La dependencia física se manifiesta en casi todos los casos en que ha habido administración continua de un opiáceo y no debe confundirse con adicción (6).

Por otro lado, la dependencia psicológica o adicción ha sido definida por la OMS como

un estado psíquico y a veces físico, que resulta de la interacción entre un ser viviente y una droga, y se caracteriza por respuestas comportamentales que siempre incluyen la compulsión para conseguir la droga de forma continua o periódica, con el propósito de experimentar sus efectos psíquicos (15).

Varios estudios demuestran que la adicción ocurre muy raras veces cuando la morfina se utiliza solamente para aliviar el dolor (16) y que la desviación de la droga hacia mercados ilegales es muy baja en función del volumen mundial de transacciones que se realizan anualmente (17). Los estudios también concluyen que un incremento en el uso de la morfina no necesariamente implica que se haya incrementado su desviación de los mercados legales a los ilegales (18). Con el propósito de controlar el mercado ilegal, muchos países han adoptado regulaciones y legislación que restringen el uso médico y científico de los medicamentos opiáceos, lo que redundará en un deterioro de la calidad de vida de los pacientes. Para poner en ejecución un programa de alivio de dolor en el cáncer, la OMS recomienda que los gobiernos de los Estados Miembros establezcan las medidas específicas que se recomiendan a continuación en cuanto a políticas gubernamentales, educación y disponibilidad de opiáceos.

Políticas gubernamentales

- Llevar a cabo un programa nacional de cuidados paliativos, preferiblemente por medio de una institución oficial que tenga alcance regional.
- Asignar los recursos que hagan falta para la ejecución y divulgación del programa.
- Distribuir adecuadamente los recursos destinados a tratamientos curativos y paliativos de acuerdo con las necesidades de la población.

Educación

- Crear un programa educativo para profesionales de la salud sobre cuidados paliativos y alivio del dolor.
- Educar e informar a los reguladores y legisladores sobre el uso médico de los opiáceos.
- Ofrecer programas educativos para el público en general.

² Joranson D, Smokowski P, De Lima L. "Opioid consumption trends in Latin America" [monografía]. Madison, Wisconsin: University of Wisconsin Pain and Policy Studies Group/WHO Collaborating Center, Division of Policy Studies; 1966.

Disponibilidad de opiáceos

- Efectuar los cambios necesarios en la legislación y las regulaciones para que no impidan el uso adecuado de analgésicos opiáceos.
- Importar los medicamentos en cantidad suficiente para satisfacer las necesidades médicas y científicas.
- Mejorar el sistema de distribución de los medicamentos de manera que se encuentren disponibles tanto en las zonas rurales como en las urbanas.

Sin embargo, para establecer un programa efectivo de alivio del dolor y cuidados paliativos, es necesario superar las barreras que existen desde las diferentes perspectivas del paciente y su familia, del sistema de prestación de salud, de las leyes y regulaciones, y de los conceptos culturales en cada país. En este sentido existe un instrumento creado por el Grupo de Estudios sobre el Dolor y Políticas de la Universidad de Wisconsin, que actúa como Centro Colaborador de la OMS en su Programa de Cáncer y Cuidados Paliativos. Se trata de un "inventario de barreras" (18), que ya se ha puesto en uso en China y México (19, 20).

Esas barreras que impiden el uso adecuado de analgésicos opiáceos se deben principalmente a la falta de comunicación entre los profesionales de la salud que trabajan para aliviar el dolor de los pacientes de cáncer y los representantes gubernamentales encargados de regular el uso de las drogas. Es decir, los profesionales de la salud deben conocer las leyes y reglamentos que controlan la prescripción, el uso, el almacenamiento y la distribución de los analgésicos opiáceos. Los oficiales gubernamentales, a su vez, necesitan conocer los usos médicos de esas sustancias y solicitar la cooperación de los profesionales de salud cuando sea preciso. En Colombia y México se ha iniciado ese trabajo conjunto y se han llevado a cabo cambios en las regulaciones y leyes, de manera que se está logrando un buen equilibrio entre las necesidades médicas y las del sistema legal.³ Esta actividad bien podría servir de ejemplo para el resto de los países de América Latina.

En 1995 la JIFE realizó una encuesta de todos los gobiernos del mundo para determinar cuáles eran las barreras que impedían el empleo apropiado de los medicamentos opiáceos. Aproximadamente una tercera parte de los gobiernos res-

pondieron a la encuesta y sobre esa base se elaboró el documento *Availability of opiates for medical needs: special report* [Disponibilidad de opiáceos para fines médicos: informe especial], el cual pronto será distribuido a todos los gobiernos (21). Dicho informe ofrece las recomendaciones siguientes a los gobiernos:

- Determinar si existen en la legislación del país, en las regulaciones o en las políticas administrativas, artículos o normas que impidan el uso adecuado de los analgésicos opiáceos y que interfieran con su prescripción y administración, o con el tratamiento médico de los pacientes con dolor intenso.
- Evaluar los métodos que se utilizan para estimar la cuota anual de opiáceos, de forma que se importen en cantidad suficiente para satisfacer las necesidades médicas y científicas. Los países en desarrollo y aquellos en donde se están adoptando programas nacionales de lucha contra el cáncer con componentes de alivio del dolor y cuidados paliativos deben incrementar su cuota de opiáceos en 10%, para compensar el aumento de la demanda.
- Examinar los métodos de importación de opiáceos con el fin de hacerlos más ágiles y oportunos.
- Hacer que consten en la legislación nacional los beneficios de los opiáceos para la salud pública y establecer los métodos para garantizar su disponibilidad de forma permanente.
- Educar a los profesionales de la salud sobre los métodos recomendados por la OMS para aliviar el dolor causado por el cáncer.
- Informar a los profesionales de la salud que trabajan en el área de los cuidados paliativos y alivio del dolor sobre los requisitos legales para prescribir y administrar opiáceos.

Cada 2 años, la Unidad de la OMS Cáncer y Cuidados Paliativos promueve un encuentro sobre ese tema para profesionales de salud latinoamericanos. De la reunión celebrada en 1944 en el Brasil emanó la Declaración de Florianópolis (22). A la reunión de 1996 celebrada en la República Dominicana asistieron no solo profesionales de la salud sino también representantes gubernamentales de diferentes países, que fueron invitados especialmente para que ambos grupos tuvieran la oportunidad de llegar a un entendimiento común. De esa reunión surgió el "Informe de Santo Domingo" (23). Ambos escritos resumen los principales problemas relacionados con la disponibilidad de opiáceos y las soluciones planteadas por los participantes. En los dos documentos se mencionan las cuatro razones principales de la poca dis-

³ Joranson D, De Lima L. "Análisis preliminar de la legislación colombiana en relación a los principios internacionales de disponibilidad de opioides" [monografía]. Madison: University of Wisconsin Pain and Policy Studies Group/WHO Collaborating Center; 1996.

ponibilidad de medicamentos opiáceos en América Latina:

- Alto costo de algunas de las presentaciones.
- Legislación restrictiva y regulaciones que interfieren con el uso adecuado de los analgésicos opiáceos.
- Mecanismos de distribución ineficientes y poco confiables.
- Falta de conocimiento sobre el tratamiento del dolor y los cuidados paliativos por parte de los profesionales de salud, el público en general y los encargados de regular y controlar el abastecimiento de analgésicos.

SYNOPSIS

The use of opioid analgesics to alleviate cancer pain

Many cancer patients die after a prolonged period of deterioration marked by intense physical and emotional suffering. However, in an effort to control the illegal market, many countries have adopted regulations that restrict or prohibit the therapeutic use of opioid analgesics, which could improve the quality of life of these patients. The World Health Organization has responded to this problem by making palliative care a priority of its Cancer Program. The countries have been urged to establish measures and governmental policies that will make opioid analgesics more accessible for alleviating cancer pain.

REFERENCIAS

1. López AD. Causes of death: an assessment of global patterns of mortality in 1985. *World Health Stat Q* 1990;43:91-104.
2. Bulatao RA, Stephens PW. Estimates and projections of mortality by cause: a global overview 1970-2015. En: Jamison DT, Mosley HW, eds. *The World Bank health sector priorities review*. Washington, DC: The World Bank; 1991.
3. Organización Panamericana de la Salud. *Estadísticas de salud de las Américas*. Edición de 1995. Washington, DC: OPS; 1995. (Publicación científica 556).
4. Parkin EM, Laära E, Muir CS. Estimates of the worldwide frequency of sixteen major cancers. *Int J Cancer* 1988;41:184-197.
5. Schapira DV. Critical care: cancer patients and heroic measures. *Med Care Int* 1993;5:5-6.
6. Organización Mundial de la Salud. *Alivio del dolor en el cáncer*. Ginebra: OMS; 1987.
7. Stjernswärd J. Volumen 9: Cancer pain relief: an important global public health issue. En: Field HL, Liebeskind JC, eds. *Advances in pain research and therapy*. Geneva: WHO; 1985.
8. Daut RL, Cleeland CS. The prevalence and severity of pain in cancer. *Cancer* 1982;50:1913-1918.
9. Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes. *Informe de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes correspondiente a 1989: demanda y oferta de opiáceos para las necesidades médicas y científicas*. Informe especial preparado de conformidad con la Resolución 1989/5 del Consejo Económico y Social. Nueva York: Naciones Unidas; 1990.
10. United Nations. *Single Convention on Narcotic Drugs, 1961*. New York: UN; 1977.
11. Joranson DE, Smokowski PR. *Tendencias en el consumo de opioides en Sur América*. Madison, Wisconsin: Universidad de Wisconsin, Centro Colaborador de la OMS, Grupo de Estudios sobre Dolor y Políticas; 1996.
12. Naciones Unidas. *Convención Única sobre Estupefacientes (enmendada por el protocolo de 1972)*. Nueva York: NU; 1977.
13. Joranson D. New international efforts to ensure availability of opioids for medical purposes. *J Pain Symptom Manage* 1996;12(2):85-86.
14. Organización Mundial de la Salud. *Uso de medicamentos esenciales: lista modelo de medicamentos esenciales (octava lista), sexto informe del Comité de Expertos de la OMS*. Ginebra: OMS; 1995. (Informe técnico 850).
15. Organización Mundial de la Salud. *Comité de Expertos de la OMS en Farmacodependencia: 16o informe*. Ginebra: OMS; 1969. (Informe técnico 407).
16. Porter J, Jick J. Addiction is rare in patients treated with narcotics [carta]. *N Eng J Med* 1980;302:123.
17. Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes. *Informe de la Junta Inter-*
18. Joranson DE. Availability of opioids for cancer pain: recent trends, assessment of system barriers, New World Health Organization guidelines, and the risk of diversion. *J Pain Symptom Manage* 1993;8:353-360.
19. Joranson D, Cai Zh-ji, Gilson A. Barriers to opioid availability in China [documento chino]. *Bulletin of the National Institute on Drug Dependence* 1995;4:88-91.
20. Allende S, Carvell CC. Mexico: status of cancer pain and palliative care. *J Pain Symptom Manage* 1996;12:121-123.
21. International Narcotics Control Board. *Report of the International Narcotics Control Board for 1995: availability of opiates for medical needs*. Special report prepared pursuant to Economic and Social Council solutions 1990/31 and 1991/43. New York: United Nations; 1996.
22. Stjernswärd J, Bruera E, Joranson D, Allende S, Montejo G, Quesada L, et al. Opioid availability in Latin America: The Declaration of Florianopolis. *J Pain Symptom Manage* 1995;10(3):233-236.
23. De Lima L, Bruera E, Joranson D, Vanegas G, Cepeda S, Quesada L, et al. Opioid availability in Latin America: The Santo Domingo Report—Progress since the Declaration of Florianopolis. *J Pain Symptom Manage* 1997;13(4):213-219.