

**POLICLÍNICO DOCENTE  
“OCTAVIO DE LA CONCEPCIÓN Y LA PEDRAJA”  
CAMAJUANÍ, VILLA CLARA**

**SISTEMA DE VIGILANCIA EN EL USO DE OPIÁCEOS PARENTERALES EN  
PACIENTES CON CÁNCER**

Por:

Dr. José A. Gutiérrez Gamazo<sup>1</sup>, Dr. Ángel Miguel Álvarez Donis<sup>2</sup>, Dra. Nancy Cordero Gutiérrez<sup>2</sup>,  
Dr. Erick Alonso Rodríguez<sup>3</sup>, Dra. Ivette Irene Molina Linares<sup>4</sup> y Dra. Marta E Abascal Cabrera<sup>5</sup>

1. Especialista de I Grado en Medicina Interna. Instructor. Policlínico Docente “Octavio de la Concepción y la Pedraja. Camajuaní, Villa Clara.
2. Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Asistente. Policlínico Docente “Octavio de la Concepción y la Pedraja. Camajuaní, Villa Clara.
3. Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Hospital Universitario “Arnaldo Milián Castro”. Santa Clara, Villa Clara.
4. Especialista de I Grado en Medicina Interna. Instructora. Sectorial Municipal de Salud.
5. Especialista de I Grado en Medicina Interna. Asistente. Hospital Universitario “Celestino Hernández Robau”. Santa Clara, Villa Clara.

**Resumen**

En Cuba, el cáncer constituye la segunda causa de muerte desde 1958, y en Villa Clara, Camajuaní es uno de los municipios más afectados. El tratamiento del dolor por cáncer se basa en los principios de la escalera analgésica. Con el objetivo de identificar los problemas relacionados con el uso de opioides parenterales en pacientes con cáncer en estadio final, se realizó una investigación en sistemas y servicios de salud con diseño de intervención. Se seleccionaron dos universos: pacientes cancerosos con expedientes de drogas en la farmacia y médicos de la familia; se revisaron los expedientes de drogas y la historia clínica de los pacientes, seis meses antes y un año y medio después de capacitar a los médicos sobre cuidados paliativos, previo examen. Como resultado de la capacitación, mejoró el conocimiento de los médicos sobre el tratamiento del dolor por cáncer y se logró un uso racional y apropiado de los opioides.

**Descriptor DeCS:**

NARCOTICOS/uso terapéutico  
ATENCION PALIATIVA  
NEOPLASMAS/quimioterapia  
PRESCRIPCION DE  
MEDICAMENTOS/normas

**Subject headings:**

NARCOTICS/therapeutic use  
PALLIATIVE CARE  
NEOPLASM/chemotherapy  
PRESCRIPTIONS, DRUG/standards

**Introducción**

El cáncer es la segunda causa de muerte en la población mundial, y un elevado porcentaje de los pacientes (50-90 %), en dependencia del estadio de la enfermedad, padecen dolor. En Cuba, el cáncer constituye la segunda causa de muerte desde 1958; Villa Clara es la provincia de mayor incidencia en el país, y Camajuaní, uno de los municipios más afectados.

El tratamiento de los pacientes con dolor debe entenderse como una estrategia secuencial y continuada que comenzará con su valoración clínica y la elección del método más apropiado. Parece haber consenso en que a pesar de que en los últimos años se ha incrementado la atención a los aspectos psicosociales relacionados con la aparición, el curso y la etapa final de un paciente con cáncer, aún no se han incorporado totalmente los descubrimientos científicos acerca de las imbricaciones psicológicas del dolor y su control<sup>1</sup>.

Varios factores causales de este fenómeno han sido investigados en la literatura<sup>1</sup>: falta de reconocimiento de la existencia de metodologías establecidas para el tratamiento del dolor, deformación profesional en médicos, enfermeras y otros profesionales, problemas legales o burocráticos para obtener los analgésicos potentes, resistencia de los profesionales a incorporar conocimientos y prácticas actuales, y hasta ignorancia de los mecanismos y tipos de dolor.

Con frecuencia se desconoce que la intensidad del dolor no necesariamente guarda una relación lineal con la gravedad de la afección o con un pronóstico significativo.

El tratamiento del dolor por cáncer se basa en el uso sucesivo o sistemático de analgésicos no opiáceos, opiáceos y fármacos coadyuvantes (corticoides, antidepresivos y ansiolíticos), según la intensidad del dolor, la respuesta a tratamientos previos y factores asociados. Este método, conocido como la escalera analgésica, es el recomendado por la Organización Mundial de la Salud para el tratamiento de estos pacientes<sup>2,3</sup>.

El dolor en el cáncer aumenta a medida que progresa la enfermedad; este va a ser uno de los factores que más afecta la calidad de vida del paciente<sup>4</sup>, y la respuesta al tratamiento varía en cada uno<sup>5</sup>; pero aun con todos estos antecedentes, se ha afirmado que las terapias actuales pueden aliviarlo hasta un 90 %<sup>6,7</sup>.

Nos proponemos identificar los problemas relacionados con el uso de opioides parenterales en pacientes con cáncer en estadio final, determinar el conocimiento de los médicos sobre el tratamiento del dolor por cáncer antes de la capacitación y después de la misma, así como precisar el consumo de medicamentos y su costo.

## ***Métodos***

Se realizó una investigación en sistemas y servicios de salud, con diseño de intervención, para analizar la prescripción de opioides parenterales en el tratamiento del dolor por cáncer, en pacientes en estadio terminal, en el policlínico docente "Octavio de la Concepción y la Pedraja", del municipio de Camajuaní, provincia de Villa Clara, en el período 2002-2004.

Se seleccionaron dos universos de trabajo: el primero, constituido por los pacientes cancerosos que tienen expedientes de drogas en la farmacia principal, y el segundo, por todos los médicos de familia que prestan servicio a la población. Los datos se recogieron mediante la revisión de los expedientes de drogas en la farmacia principal municipal, revisión de la historia clínica de cada paciente y examen de competencia a los médicos. La competencia de los médicos del área fue evaluada mediante un examen escrito.

Se operacionalizaron las siguientes variables:

1. Dominio sobre la escalera analgésica para tratar el dolor por cáncer.
2. Conocimiento sobre dosificación de los analgésicos opioides
3. Conocimiento sobre el intervalo en que deben usarse los opioides
4. Formas de tratamiento:

Correcto cuando:

- Se administra el opioide a horas fijas: cada cuatro horas la morfina o cada tres horas el demerol.
- Se combina el opioide con analgésicos del primer escalón, coadyuvantes o ambos.
- No combinar nunca con analgésicos del segundo escalón.
- Las dosis utilizadas en cada caso le quitan el dolor al paciente.
- Se utilizaron los fármacos de acuerdo con los principios de la escalera analgésica.

Incorrecto cuando:

- No cumple alguno de los criterios anteriores.

Posteriormente, se impartió un curso de posgrado a todos los médicos que prestan servicio a la población en el área de Camajuaní, sobre cuidados paliativos; se analizaron las formas de tratamiento antes de la capacitación y con posterioridad a ella.

Los datos se almacenaron en una base de datos y fueron procesados mediante el sistema SPSS. Se utilizó la prueba de Ji al cuadrado como prueba estadística fundamental.

## Resultados

Al comenzar el estudio, se analizó el dominio que tienen los médicos sobre la escalera analgésica para tratar el dolor por cáncer (tabla 1); se observó que solo el 15,7 % de ellos la conocían.

Tabla 1 Dominio sobre la escalera analgésica para tratar el dolor por cáncer.

| Total de médicos  | Dominan |      | Dominio parcial |      | No dominan |      |
|---|---------|------|-----------------|------|------------|------|
|   | No.     | %    | No.             | %    | No.        | %    |
| 95  | 15      | 15,7 | 43              | 45,2 | 37         | 38,9 |
| Significación de la diferencia entre dominan y dominan parcial o no dominan: =.000. Intervalo de confianza del 99% de la significación 0,000 – 0,002, siempre menor que 0.000 |         |      |                 |      |            |      |

Fuente: Examen de competencia a los médicos.

Además, se determinó el nivel de conocimientos sobre dosificación de analgésicos opioides (tabla 2), y se halló que el 94,7 % de los médicos no tenían dominio de la dosis de estos medicamentos.

Tabla 2 Conocimientos sobre dosificación de los analgésicos opiáceos.

| Total de médicos  | Dominan |   | Dominio parcial |     | No dominan |      |
|---|---------|---|-----------------|-----|------------|------|
|   | No.     | % | No.             | %   | No.        | %    |
| 95  | 0       | 0 | 5               | 5,3 | 90         | 94,7 |
| Significación de la diferencia entre dominio parcial y no dominó= 0,000 |         |   |                 |     |            |      |

Fuente: Examen de competencia a los médicos.

Al analizar las formas en que se realizaba este tratamiento (tabla 3), se observó que el 87 % de ellos eran incorrectos, y esto es altamente significativo desde el punto de vista estadístico.

Tabla 3 Formas de tratamiento (inicial).

| Total de pacientes  | Correcto |    | Incorrecto |    |
|---|----------|----|------------|----|
|   | No.      | %  | No.        | %  |
| 23  | 3        | 13 | 20         | 87 |
| Significación de la diferencia entre tratamiento correcto o incorrecto = 0,000 (con primacía muy significativa de tratamiento incorrecto) |          |    |            |    |

Fuente: Historia clínica Individual y Expediente de droga.

Luego de haberse realizado la intervención, se realizó un análisis sobre la forma final de tratamiento (tabla 4), y el 68 % de los mismos fueron correctos.

Tabla 4 Formas de tratamiento (final)

| Total de pacientes  | Correcto |    | Incorrecto |    |
|---|----------|----|------------|----|
|   | No.      | %  | No.        | %  |
| 28  | 19       | 68 | 9          | 32 |
| Significación de la diferencia entre tratamiento correcto o incorrecto = 0,087 (con primacía al menos medianamente significativa de tratamiento correcto) |          |    |            |    |

Fuente: Historia clínica individual y Expediente de droga.

El ahorro del consumo de medicamentos y su costo en el semestre fue de 34,39 % y 31,40 %, respectivamente.

## Discusión

El tratamiento de los pacientes con cáncer que sufren dolor debe entenderse como una estrategia secuencial y continuada que comenzará con la valoración clínica del mismo y la elección del método más apropiado<sup>1,2</sup>. Hasta la fecha, los pacientes con cáncer en estadio terminal, luego de ser egresados hacia el área de salud, son seguidos y valorados por el médico y la enfermera de la familia, que poseen una experiencia escasa y una formación en medicina paliativa prácticamente nula. Los médicos no dominan el tratamiento de este tipo de dolor, desconocen los principios de la escalera analgésica e ignoran los efectos beneficiosos de los opioides; asimismo, están poco familiarizados con estas enfermedades, por lo cual actúan casi siempre por intuición y remiten a los pacientes hacia el hospital por no saber qué hacer, y así los privan de las ventajas que ofrece el hogar a los enfermos y sus familiares<sup>2,3</sup>.

El poco conocimiento sobre el tratamiento del dolor oncológico encontrado en nuestros médicos, determinó la necesidad de capacitarlos en cuidados paliativos al paciente con cáncer en estadio final, para poder satisfacer las diferentes necesidades y la gran variedad de síntomas y situaciones que presentan estos enfermos. La medicina paliativa es la única opción para los enfermos terminales, por lo cual sugerimos la ampliación curricular en cursos de pregrado sobre cuidados paliativos, y extenderlo a los especialistas de Medicina Interna, Geriátrica y Medicina General Integral, con el fin de garantizar una atención integral a este tipo de paciente. El dolor por cáncer puede controlarse eficazmente a través de medios relativamente sencillos hasta en un 90% de los casos, pero suele ser tratado en el mundo con deficiencias<sup>4,6</sup>. El dolor es un fenómeno complejo, y tiene una respuesta individual, determinada por las interacciones de los factores físicos, psicológicos, culturales y sociales<sup>7-9</sup>. Aunque no siempre se puede eliminar el dolor del cáncer o los síntomas que lo acompañan, el uso apropiado de las terapias disponibles pueden aliviarlo eficazmente en la gran mayoría de los pacientes, y mejorar su calidad de vida durante todas las etapas de la enfermedad<sup>10-12</sup>.

Después de la capacitación a los médicos sobre cuidados paliativos, se evidencia un incremento en el conocimiento, al existir menos tratamientos incorrectos, lo que demuestra la importancia de

impartir esta capacitación y mantener un sistema de educación continuada para lograr una mejor atención al enfermo de cáncer. En el mundo, tanto sanitarios como la población en general, tienen una serie de prejuicios sobre los opioides<sup>10-12</sup> e, incluso, se confunde la tolerancia y dependencia física con la adicción, lo cual hace que el tratamiento sea deficiente<sup>13,14</sup>.

El incremento de los conocimientos sobre cuidados paliativos conduce a un uso más racional de estos fármacos; al emplearse los principios de la escalera analgésica, disminuye el consumo de opioides parenterales y su costo; ello habla de los beneficios económicos que se logran al implantar el sistema, además del incremento de conocimientos.

### **Summary**

In Cuba, cancer is the second cause of death since 1958. In Villa Clara province, Camajuaní municipality is one of the most affected areas. The treatment of cancer related pain is based on the principles of the analgesic ladder. With the aim of identifying the problems concerning the use of parenteral opioids in patients with terminal stage cancer, an investigation on health systems and services was carried out in the form of an intervention. Two populations were selected: Patients who suffered from cancer and had drug files in the drugstores, and family doctors. The drug files and the medical history of the patients were reviewed six months before the doctors were trained on palliative treatments and a year and a half after the training. As a result of this training there was an improvement in the knowledge of doctors on how to treat cancer related pain and there was an appropriate and rational use of opioids.

### **Referencias bibliográficas**

1. Ramos Freyre Ángel J, Cascante Guerrero Luis A, Casanova Cabrera F, González Grillo Víctor S. Cuidados paliativos en pacientes terminales con cáncer. *Av Med Cuba*. 2005;14:2.
2. Gómez S. Manual de tratamiento paliativo. Actualización año 2000. España; 2001.
3. Morales R, Hernández E. Uso de morfina en el alivio del dolor del paciente con cáncer terminal. *Rev Cubana Med Gen Integr*. 2000;16(2):215-6.
4. Galski T, Williams JB, Ehle HJ. Effects of opioids on driving ability. *J Pain Symptom Manage*. 2000;19(3):200-8.
5. Etchegoyen S, Polity P, Bracuas DL. Abricudo caninus. *Rev Cancer Team*. 2001;1(1):78-86.
6. Weiss SC, Emanuel LL, Fairclough DL. Understanding the experience of pain in terminally ill patients. *Lancet*. 2001;357(9265):1311-5.
7. Meuser T, Pietruck C, Radbruch L. Symptoms during cancer pain treatment following WHO-guidelines: a longitudinal follow-up study of symptom prevalence, severity and etiology. *Pain*. 2001;93(3):247-57.
8. Whitecomb LA, Kirsh KL, Passik SD. Substance abuse issues in cancer pain. *Curr Pain Headache Rep*. 2002;6(3):183-90.
9. Payne R, Santiago-Palma J, Chevillat A. Cancer rehabilitation in the new millennium introduction. *Cancer*. 2001;92:9.
10. Aldamiz-Echevarría I, Begoña Lamelo A, Fernando Silva César M. Manejo del dolor oncológico. *Guías Clin*. 2002;2(14):11-7.
11. Caraceni A, Gorni G, Zecca E. More on the use of nonsteroidal anti-inflammatories in the management of cancer pain. *J Pain Symptom Management*. 2001;21(2):89-91.
12. Hanks GW, Conno F, Cherny N. Morphine and alternative opioids in cancer pain: the EAPC recommendations. *Br J Cancer*. 2001;84(5):587-93.
13. Cherny N, Ripamonti C, Pereira J. Strategies to manage the adverse effects of oral morphine: an evidence-based report. *J Clin Oncol*. 2001;19(9):2542-54.
14. Miaskowski C, Dodd MJ, West C. Lack of adherence with the analgesic regimen: a significant barrier to effective cancer pain management. *J Clin Oncol*. 2001;19(23):4275-9.