Rev Med Uruguay 2004; 20: 32-43

Dolor oncológico: un problema no resuelto

Encuesta a médicos residentes del Hospital Maciel

Dres. Gabriela Píriz Álvarez[*], *Virginia Estragó*[†], *Cristina Pattarino*[†], *Teresa Sandar*[‡]

Clínica Médica "1" Prof. Dr. G. Catalá, Hospital Maciel, Montevideo-Uruguay

Resumen

El dolor es un síntoma de alta prevalencia en los pacientes con cáncer y deteriora en forma importante su calidad de vida.
Con medidas sencillas enunciadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1986, que incluyen el uso de morfina, el dolor puede ser controlado casi en la totalidad de los casos.
Este grave problema sanitario se debe a factores que dependen del personal de salud (insuficiente formación profesional y falsas creencias respecto a la morfina), de la estructura sanitaria, de los pacientes y de sus familiares.
Objetivo: *evaluar el conocimiento de los médicos residentes de medicina interna, medicina familiar y cirugía del Hospital Maciel con respecto a las pautas de la OMS y al uso de la morfina para el manejo del dolor.*
Metodología: estudio descriptivo, transversal, con modalidad de encuesta.
Resultados: *de los médicos residentes encuestados, 75% no conoce las pautas de la OMS; 67% no prescribe morfina en forma habitual; 63% desconoce que la morfina no tiene dosis máximas; 41% indica analgesia a demanda; 75% desconoce el intervalo de administración del fármaco. Los efectos secundarios más nombrados son los infrecuentes; 43% no ha leído ningún artículo sobre el tema en los últimos tres años y 29% leyó sólo uno.*
Conclusiones: *existe un importante desconocimiento de los médicos residentes de las pautas analgésicas de la OMS y del uso de la morfina, tal como ocurre en muchos países.*
Se plantean posibles soluciones al problema.

Palabras clave: *DOLOR - terapia*
DOLOR - quimioterapia
ANALGÉSICOS OPIOIDES - uso terapéutico
MORFINA - uso terapéutico
NEOPLASMAS - complicaciones

* Internista. Asistente Clínica Médica "1" .
† Residente Clínica Médica "1".
‡ Internista. Prof. Adj. Clínica Médica "1".
Correspondencia: Dra. Gabriela Píriz Álvarez
Pedro Escuder Núñez 2192. Montevideo, Uruguay.
E-mail: gpiriz@hc.edu.uy
Recibido: 7/8/03.
Aceptado: 20/2/04.

Introducción

El dolor en el enfermo con cáncer es un problema que involucra a muchos protagonistas: el paciente y su familia, médicos, enfermeros, autoridades sanitarias y autoridades de la enseñanza médica, dado que en alguna medida todos lo "sufren" si no es tratado correctamente.

El dolor no tratado es un determinante clave del deterioro de la calidad de vida ya que disminuye la actividad del enfermo, interfiere con el apetito, el sueño, el estado de ánimo y conlleva a la pérdida del autocontrol. Los pacientes con cáncer frecuentemente pierden la esperanza cuando aparece dolor y presumen el progreso inexorable de una enfermedad temida, destructora y fatal. La calidad de vida de los pacientes con dolor por cáncer es significativamente menor si se compara con los pacientes con cáncer que no lo padecen[1,2].

En la situación actual, 50% de los pacientes con cáncer presenta dolor a lo largo de su enfermedad independientemente del estadio y en la etapa terminal el dolor está presente en 74% de los casos[3].

Numerosos estudios reafirman que el dolor en el paciente con cáncer no es tratado adecuadamente. Bonica, sobre un total de 2.000 pacientes con cáncer, refiere que 50% a 80% de estos enfermos no recibieron alivio satisfactorio para el dolor que padecían[4].

Dependiendo de los distintos autores, entre 80% y 95% de estos cuadros dolorosos son fácilmente controlados con medicación por vía oral. Sólo un bajo porcentaje de casos de "dolor de difícil manejo" no responden inicialmente, pero incluso esta cifra disminuye en manos de expertos[5-8].

El informe del National Institute Workshop on Cancer Pain del año 1990 indica que "el tratamiento inadecuado del dolor y de otros síntomas del cáncer es un problema de salud pública serio y descuidado…". Agrega también que "todos los pacientes con cáncer deben tener la expectativa que el dolor será controlado…"[9].

Debido a que el control del dolor es un problema de alcance internacional, la Organización Mundial de la Salud (OMS) insiste en que todos los países deben dar alta prioridad al tema y establecer programas de vigilancia de alivio del dolor (figura 1)[1,10,11].

En la elevada incidencia del dolor en el paciente con cáncer confluyen varios factores, algunos de los cuales se relacionan con:

- el personal de salud[1,12-25]
- la estructura sanitaria y la regulación gubernamental[10,18,26]
- los pacientes y sus familiares[1, 12-18] (tabla 1).

El origen del incorrecto manejo del dolor por parte del personal sanitario está estrechamente vinculado a dos grandes factores:

- Carencias en la formación profesional: desconocimiento de la fisiopatología del dolor (tipos, mecanismo de producción, etcétera), de su evaluación clínica, de las distintas opciones terapéuticas, farmacología de los analgésicos, pautas internacionales, uso de medicación coadyuvante.
- Influencias culturales: existencia de creencias populares (mitos) sobre el cáncer y la morfina, similares de las que refieren pacientes y familiares.

La insuficiente formación profesional en el tema se ve reflejada en la opinión y en las actitudes de los médicos según algunos estudios realizados en nuestro medio.

De los 263 médicos generales encuestados por la Comisión Honoraria de Lucha contra el Cáncer, 46,4% planteó que la preparación profesional "en relación al paciente oncológico" era regular y 16,3% dijo que era mala[27].

De los 122 médicos no oncólogos encuestados en una investigación realizada en la Clínica Médica "1", 28% refirió no manejar en forma adecuada el dolor oncológico[28].

De los pacientes oncológicos derivados a la Unidad de Tratamiento Paliativo del Hospital Maciel en el año 2001, 70% presentaron dolor al ingreso, lo cual deja traslucir el inadecuado tratamiento que recibían[29].

Desde 1986, la OMS promueve pautas terapéuticas sencillas basadas en el uso de medicación:

- en forma reglada y no a demanda
- administrada por vía oral como primera elección
- en forma escalonada, planteándose el uso de antiinflamatorios no esteroideos (AINE) en el primer escalón, opioides leves en el segundo y opioides fuertes en el tercero
- coadyuvante para mejorar el tratamiento del dolor[10,11] (figura 1).

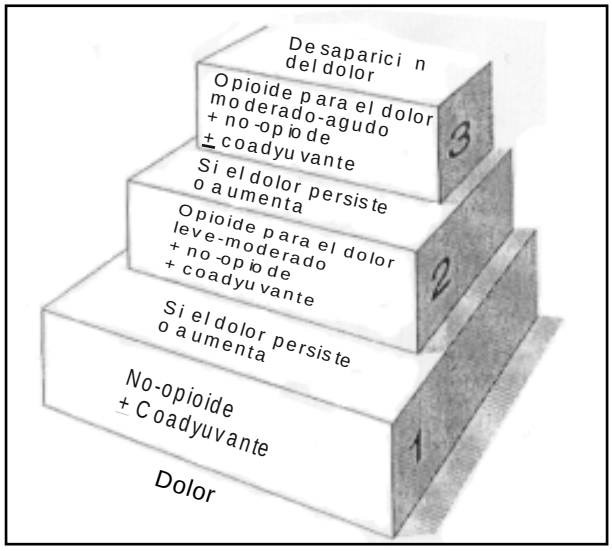

Figura 1. Escalera analgésica de la Organización Mundial de la Salud [tomado de OMS[10]].

Tabla 1. Factores que inciden en el incorrecto manejo del dolor, modificado (base de datos) Jacox et al.[1], OMS[10], Gómez Sáncho[12], Von Roenn et al.[13], Levin et al.[14], Ward et al.[15], Cleeland[16], Joranson[17], Hill[18], Grossman et al.[19], Cleeland et al.[20], Ferrel et al.[21], Shapiro[22], Marks et al.[23], Breitbart et al.[24], Saunders[25], Max[26]

Factores dependientes del personal de salud	*Factores dependientes de los sistemas sanitarios*	*Factores dependientes de los pacientes y sus familiares*
Creencia en que el dolor en el paciente oncológico es inevitable e intratable	Asignación de baja prioridad a los tratamientos del dolor por cáncer	Creencia en que el dolor del cáncer es inevitable
Prescripción a demanda y no en forma reglada	Regulación restrictiva de las sustancias controladas	Creencia en que los analgésicos deben emplearse sólo cuando sea absolutamente necesario
Desconocimiento de los efectos secundarios de los analgésicos	Problemas de disponibilidad o acceso al tratamiento	Abandono de la medicación por efectos secundarios
Temor a la adicción		Resistencia a recibir morfina por temor a la adicción
Reserva de la morfina para la situación terminal		Reserva de la morfina para etapa terminal
Infravaloración de la intensidad del dolor		Rechazo a informar el dolor
Pobre comunicación con el paciente		Temor a que el tratamiento del dolor distraiga la atención de los médicos del tratamiento de la enfermedad
Desconocimiento de la farmacología de los medicamentos. No empleo de coadyuvantes		
Desconocimiento del concepto de dolor total *		

* componentes emocional, psicológico, social, económico, familiar, etcétera, del dolor

Estas pautas han sido probadas tal como lo demuestra, entre otros, Twycross en un estudio realizado en 2.266 pacientes con cáncer admitidos en un servicio de tratamiento del dolor. De los enfermos, 77% sufría dolor intenso al ingreso; 17% lo padecía desde hacía seis meses y 44% entre uno y seis meses. La mayoría de estos enfermos aliviaron satisfactoriamente en la primera semana de tratamiento empleando la escalera analgésica de la OMS[30].

Desde el año 1600 a.C. se conoce el uso médico de la amapola (*papaver somniferum*, de donde deriva la morfina). Galeno describió a la morfina como "la más efectiva de todas las medicinas, tanto para el cuerpo como para el alma"[31].

La hipótesis de este trabajo es que los médicos residentes no conocen y no manejan correctamente dos de las principales herramientas para el tratamiento eficaz del dolor en el paciente oncológico: la morfina, analgésico de comprobada eficacia desde hace varios siglos, y las pautas de la OMS promulgadas hace ya casi 20 años.

Pretendemos, por tanto, hacer un diagnóstico de situación en los años clave de la formación médica, como es la residencia, para comenzar a instrumentar su resolución.

Objetivos

- Valorar el conocimiento de los médicos residentes respecto a las pautas internacionales promulgadas por la OMS para el tratamiento del dolor en el paciente oncológico.
- Valorar el conocimiento de los médicos residentes respecto a la morfina y a su uso en la práctica clínica.

Material y método

Estudio descriptivo, transversal, realizado en el Hospital Maciel, Hospital General de Agudos de Montevideo-Uruguay, en el mes de noviembre del año 2001.

La población estudiada incluyó a los médicos residentes pertenecientes a las especialidades de medicina interna (MI), medicina familiar y comunitaria (MF) y cirugía (C).

Se realizó en forma de encuesta, para la cual se empleó un cuestionario anónimo y autoadministrado. El mismo consta de 13 puntos, bajo la modalidad de preguntas abiertas y cerradas (anexo I).

Los datos se analizaron en tabla de contingencia mediante test de chi cuadrado, con corrección de Fischer cuando estaba indicado, estableciéndose un nivel de significación (a) de 0,05.

Anexo I. Formulario de la encuesta a médicos residentes del Hospital Maciel

EDAD: **SEXO:** M F **RESIDENCIA** Medicina interna Medicina familiar Cirugía

1. **¿Conoce la escalera analgésica de la OMS?** sí no
2. **¿Cuáles son los fármacos del primer escalón?**
3. **¿Cuáles son los fármacos del segundo escalón?**
4. **¿Cuáles son los fármacos del tercer escalón?**
5. **¿Prescribe habitualmente morfina? sí no**
6. **Si contestó no, ¿por qué no la emplea? (puede marcar más de una)**
   a. porque no maneja el fármaco
   b. porque la reserva para el paciente terminal
   c. por temor a la depresión respiratoria
   d. por temor a la adicción
   e. por otras causas (por favor escribir):
7. **¿Por qué vía se puede administrar la morfina? Marque la o las opciones correctas**
   a. Comprimidos
   b. Suspensión
   c. IM
   d. SC
   e. Rectal
   f. Parches
   g. IV
8. **¿Cuál es la dosis máxima de la morfina?**
   a. 50 mg/día
   b. 100 mg/día
   c. 200 mg/día
   d. no existe dosis máxima
9. **¿Cuáles son los efectos secundarios de la morfina?**
10. **Cuando prescribe analgesia, lo hace:**
    a. a demanda (cuando el paciente siente dolor)
    b. en forma reglada (a intervalos fijos, aún cuando el paciente no tenga dolor)
11. **¿A qué intervalos indica la morfina de acción rápida (no de acción prolongada)?**
    a. cada 12 horas
    b. cada 4 horas
    c. cada 6 horas
    d. cada 8 horas
    e. no recuerda
12. **Nombre los fármacos coadyuvantes en el tratamiento del dolor:**
13. **¿Cuántos artículos vinculados al tema "dolor" ha leído en los últimos tres años?**

a. Ninguno
b. 1
c. entre 2 y 5
d. más de 5

Descripción de la población

Se distribuyeron formularios al total de los 58 médicos residentes (MR) del Hospital Maciel pertenecientes a la población antes descrita.

Fueron respondidos 51, lo que corresponde a 88% del total de los médicos residentes.

- Distribución por sexo: masculino 19 (37%), femenino 32 (63%).
- Distribución por edades: médicos entre 27 y 39 años con una media de 32 años.
- Distribución por especialidades: medicina interna 30 (59%), medicina familiar 6 (12%), cirugía 15 (29%).

Resultados

De los MR encuestados, 73% (37/51) no conoce la escalera analgésica propuesta por la OMS.

La totalidad de los MR pertenecientes a la especialidad de cirugía desconoce estas pautas internacionales y tiene una diferencia estadísticamente significativa respecto a las otras especialidades ($p<0,0045$) (tabla 2).

De los MR, 67% (34/51) no prescribe morfina en forma habitual y sí lo hace 33% (17/51).

Los MR hombres prescriben más morfina que las MR mujeres, con una significancia estadística límite ($p < 0,047$) (tabla 3).

De los MR, 41% (21/51) indica analgesia a demanda y 59% (30/51) lo hace en forma reglada, no encontrándose diferencia estadísticamente significativa entre ambos sexos ni entre las tres especialidades (tablas 2 y 3).

Si se analiza la subpoblación MR de medicina familiar versus las otras dos especialidades, la diferencia es significativa ($p<0,03$).

Interrogados sobre los fármacos que componen la escalera analgésica de la OMS se observó que:

- 35/51, 69% conoce que los AINEs ocupan el primer escalón, 2/51 contesta incorrectamente y 14/51 no contesta.
- 18/51, 35% conoce que los opioides leves ocupan el segundo escalón, 9/51 contesta incorrectamente y 24/51 no contesta.
- 27/51, 53% refiere que los opioides fuertes ocupan el tercer escalón, 6/51 contesta erróneamente y 18/51 no contesta (tabla 4).

Los motivos expuestos para no emplear morfina son:

- reserva del fármaco para el paciente terminal: 16/34 (47%), que corresponde a 31% del total de MR encuestados,
- no manejo del fármaco: 14/34 (41%), 27% del total,
- temor a la depresión respiratoria: 11/34 (32%), 22% del total,
- falta de oportunidad: 9/34 (26%),
- lograr buena analgesia con otros fármacos: 2/34 (6%) (tabla 5).

Interrogados sobre las posibles vías de administración de la morfina se observa que:

- 40/51, 78% menciona la vía subcutánea
- 37/51, 73% la vía intravenosa
- 34/51, 67% la suspensión por vía oral

Tabla 2. Encuesta a médicos residentes del Hospital Maciel. Tabla de contingencia, análisis de respuestas según especialidades

	Cirugía		*Medicina familiar*		*Medicina interna*		α	χ^2	*p*
	S	*No*	*S*	*No*	*S*	*No*			
Conoce escalera de la Organización Mundial de la Salud	0	15	4	2	10	20	< 0,05	10,83	< 0,0045
Prescribe morfina	5	10	2	4	10	20	< 0,05	1,81	= 1
Indica analgesia reglada	9	6	6	0	15	15	< 0,05	5,17	> 0,075
Conoce no existencia de dosis máxima	2	13	6	0	19	11	< 0,05	16,07	< 0,00035
Conoce intervalos	2	13	4	2	8	22	< 0,05	6,14	< 0,047
No ha leído artículos sobre dolor	7	8	0	6	15	15	< 0,05	5,20	> 0,07

Tabla 3. Encuesta a médicos residentes del Hospital Maciel. Tabla de contingencia, análisis de respuestas según sexo

	Femenino		Masculino		α	χ^2	p
	S	No	S	No			
Conoce escalera de la Organización Mundial de la Salud	9	22	5	15	< 0,05	0,09	> 0,75
Prescribe morfina	6	22	11	12	< 0,05	3,9	< 0,047
Indica analgesia reglada	19	12	11	9	< 0,05	0,19	> 0,65
Conoce no existencia de dosis máxima	11	23	8	9	< 0,05	1,04	> 0,30
Conoce intervalos	10	21	3	17	< 0,05	1,90	> 0,16
No haíle do artículos sobre dolor	16	15	6	14	< 0,05	2,31	> 0,12

Tabla 4. Encuesta a médicos residentes del Hospital Maciel. Conocimiento de los distintos escalones de la escalera analgésica de la Organización Mundial de la Salud

	Primer escalón: AINEs	Segundo escalón: opioides leves	Tercer escalón: opioides fuertes
Contesta correctamente	35/51 (69%)	18/51 (35%)	27/51 (53%)
Contesta erróneamente	2/51 (4%)	9/51 (18%)	6/51 (12%)
No contesta	14/51 (27%)	24/51 (47%)	18/51 (35%)

- 11/51, 22% los comprimidos
- 10/51, 20% la vía rectal
- 8/51, 16% plantea la vía transdérmica (parches)
- 6/51, 12% la vía intramuscular (tabla 6).

En cuanto al intervalo de administración de morfina de uso corriente, 25% (13/51) contestó cada 4 horas, siendo la frecuencia de las otras respuestas la siguiente: cada 6 horas: 20/51 (39%), cada 8 horas: 4/51(8%), cada 12 horas: 2/51 (4%), no recuerda: 9/51 (18%), no contesta: 3/51 (6%).

Los MR de MF tienen mayor conocimiento que el resto de los MR de otras especialidades en este ítem, y esta diferencia tiene una significancia estadística límite (p<0,047) (tabla 2).

Diecinueve de los 51 MR (37%) respondieron que la morfina no tiene dosis máxima, 10 (20%) contestaron erróneamente (50 mg/día: 7/51, 200 mg/día: 2/51) y 22 MR no contestaron a esta pregunta (43%).

La diferencia hallada en el análisis entre las distintas especialidades en este punto es altamente significativa (p<0,00035), no existiendo diferencia en el análisis entre los sexos (tablas 2 y 3).

Los efectos secundarios de la morfina mencionados fueron: depresión respiratoria 35/51 (69%), intolerancia digestiva alta (22/51, 43%), estreñimiento (16/51, 31%), adicción (13/51, 25%) y otros (hipotensión, miosis, tolerancia), 7/51,14% (tabla 7).

Los fármacos coadyuvantes mencionados fueron los siguientes: antidepresivos tricíclicos: 22/51 (43%), corticoides: 14/51 (27%), anticonvulsivantes: 8/51 (16%), benzodiacepinas: 6/51 (12%); 18/51 respuestas fueron incorrectas (35%).

De los MR, 43% (22/51) refiere no haber leído ningún artículo sobre dolor en los últimos tres años, 29% (15/51) ha leído un artículo en dicho lapso y 28% (14/51) ha leído entre dos y cinco artículos; ninguno ha leído más de cinco artículos (figura 2).

En este último punto no existen diferencias estadísticamente significativas en el análisis entre las distintas es-

Tabla 5. Encuesta a médicos residentes del Hospital Maciel. Motivos que se aducen para no emplear morfina*

Motivo de no empleo	*Frecuencia absoluta (n = 34)*	*Frecuencia relativa*
Reserva para el paciente terminal	16	47%
No manejo del fármaco	14	41%
Temor a la depresión respiratoria	11	32%
Falta de oportunidad	9	26%
Lograr buena analgesia con otros fármacos	2	6%

* Se refieren más de una respuesta por residente

Tabla 6. Encuesta a médicos residentes del Hospital Maciel. Vías de administración de la morfina

Vías de administración de la morfina	*Frecuencia absoluta (n = 51)*	*Frecuencia relativa*
Subcutánea	40	78%
Intravenosa	37	73%
Vía oral suspensión	34	67%
Vía oral comprimidos	11	22%
Rectal	10	20%
Parches	8	16%
Intramuscular	6	12%

Tabla 7. Encuesta a médicos residentes del Hospital Maciel. Efectos secundarios de la morfina mencionados

Efectos secundarios de la morfina	*Frecuencia absoluta (n = 51)*	*Frecuencia relativa*
Depresión respiratoria	35	69%
Intolerancia digestiva alta	22	43%
Estreñimiento	16	31%
Adicción	13	25%
Otros	7	14%

* Se refieren más de una respuesta por residente

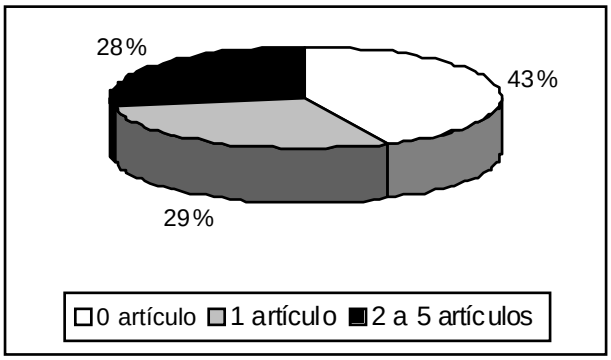

Figura 2. Encuesta a médicos residentes del Hospital Maciel. Lectura de artículos sobre dolor

pecialidades y sexos (p>0,07 y p>0,12 respectivamente). Analizando en forma aislada, los MR de medicina familiar en su totalidad refieren haber leído por lo menos un artículo sobre dolor en los años de residencia, diferencia que es estadísticamente significativa (p<0,025) (tablas 2 y 3).

Discusión

Los resultados del presente estudio revelan la existencia de un serio problema en el tratamiento analgésico del paciente con cáncer, el cual es analizado a través del uso de dos herramientas imprescindibles para su correcta resolución: el conocimiento de las pautas de la OMS y el uso adecuado de la morfina.

Existe un importante desconocimiento por parte de los MR del Hospital Maciel acerca de la escalera analgésica de la OMS, ya que es sólo conocida por 27% de los mismos.

Dentro de las distintas especialidades, existe un nulo conocimiento de la misma entre los MR de cirugía ($p<0,0045$).

Se constata que el segundo escalón es el menos conocido.

La mayoría de los médicos residentes (67%) no emplea morfina en forma habitual.

Los MR hombres prescribirían más morfina que las MR mujeres ($p<0,047$).

Los motivos que aducen para no emplearla y los efectos secundarios que mencionan los MR, reflejan los dos problemas que analizamos en la introducción: la insuficiente formación profesional y los factores culturales que pesan sobre los médicos al momento de tratar al paciente oncológico con dolor.

El desconocimiento de la droga es mencionado en forma directa como "motivo de no empleo" de la morfina por 27% de los MR y se observa indirectamente en los efectos secundarios mencionados y en prácticamente todos los puntos tratados en este trabajo.

Los efectos secundarios de la morfina pueden ser clasificados en iniciales, continuos y ocasionales como se muestra en la tabla 8[32].

Se analizan a continuación algunos de ellos en relación a las respuestas obtenidas de los médicos residentes.

El estreñimiento es sólo mencionado por la tercera parte de los MR, es el efecto secundario más constante, frecuente y persistente en los pacientes que reciben morfina y está presente hasta en 70% de los casos[33-35].

La intolerancia digestiva alta (náuseas y vómitos), citada por 43% de los encuestados, es también uno de los síntomas iniciales importantes para el paciente, con porcentajes que van desde 34,4% a 60%[10,34-36].

La sedación o somnolencia que produce inicialmente la morfina no es referida por ningún MR encuestado. Constituye un efecto secundario habitual que se observa en 20% a 60% de los pacientes en los primeros días de uso del fármaco[10,33,34].

La depresión respiratoria, efecto secundario más mencionado (69%) y motivo por el cual 22% de los MR no emplea la morfina, es un fenómeno que rara vez ocurre[10,33,34].

Con excepción de siete médicos residentes, la depresión respiratoria fue mencionada por todos los encuestados (86%) en algunos de los dos ítem (motivo de no empleo de morfina o efectos secundarios de la misma, o ambos).

La insuficiencia respiratoria en caso de existir tiene una buena respuesta a la naloxona, el antagonista de la morfina[36]. En la experiencia con 5.391 pacientes de medicina paliativa en Las Palmas de Gran Canaria, nunca hubo necesidad de emplearla[31].

Tabla 8. Efectos secundarios de la morfina [modificado de Stiefel et al.[47]]

Iniciales	*Continuos*	*Ocasionales*
Náuseas y vómitos	Estreñimiento	Sudoración
Somnolencia	Sequedad de boca	Mioclonias
Confusión	Náuseas, vómitos	Retención urinaria
Inestabilidad		Ileo paralítico

La adicción, citada por la cuarta parte de los MR encuestados (25%), es un hecho absolutamente infrecuente. Un estudio realizado en la Universidad de Boston reveló que sólo cuatro casos en 11.882 pacientes presentaron adicción y en sólo uno de ellos representó un problema clínico mayor[37].

La depresión respiratoria y la adicción, junto al empleo de la morfina en "situación de enfermedad terminal", constituyen los llamados "mitos de la morfina", creencias que se encuentran arraigadas tanto a nivel popular como profesional.

La vía de administración de la morfina más conocida por los MR es la parenteral, tanto subcutánea como intravenosa (78% y 73% respectivamente). De las fórmulas enterales, la solución es mencionada por un alto porcentaje (67%); llama la atención el desconocimiento de la fórmula en comprimidos (22%). Este aspecto puede relacionarse con la disponibilidad de esta forma de presentación del fármaco en el Hospital Maciel en el momento en que se realizó este trabajo.

Se mencionan otras vías de administración que no existen (parches) o que no se emplean regularmente (vía rectal e intramuscular).

Casi la mitad de los MR encuestados (43%) administra la morfina a demanda cuando el paciente se queja de dolor y no en forma reglada, forma de administración esta última propuesta por la OMS que evita la aparición del mismo.

De los mismos, 63% desconoce que la morfina no tiene dosis máximas, lo que probablemente se refleje en un insuficiente tratamiento analgésico y, por lo tanto, a la perpetuación del dolor en el paciente con cáncer.

Se objetiva una escasa lectura de artículos relacionados al dolor oncológico y su tratamiento en los años de "influencia de la residencia" en cuanto a ejercicio de la misma y preparación del concurso.

Sólo uno de los 51 médicos residentes encuestados respondió correctamente todas las preguntas básicas so-

bre conocimiento y manejo del dolor oncológico y la morfina realizadas en este estudio.

Se observa una diferencia significativa en las respuestas de los MR de medicina familiar respecto a las otras especialidades en algunos puntos de este estudio tales como prescripción de analgesia en forma reglada, conocimiento de los intervalos de administración de morfina y de ausencia de dosis máxima, así como en la lectura de artículos sobre dolor. Esta diferencia podría estar vinculada a la formación recibida en esa especialidad o al contacto que estos MR han tenido con la Unidad de Medicina Paliativa del Hospital Maciel, o ambos.

Situación internacional del tema

A similitud de lo analizado anteriormente, el incorrecto manejo del dolor en el paciente oncológico es un problema que se observa en muchos países del mundo, si bien en varios de ellos se están llevando a cabo políticas para revertir esta penosa situación.

Este problema no es privativo de los médicos residentes, sino de todos los médicos.

De 6.783 médicos encuestados en España, 70,98% manifestó que el problema más difícil de solucionar en el enfermo oncológico era el manejo del dolor[2].

El programa Hospital sin Dolor, que incluyó a 1.750 pacientes, puso de manifiesto que 65% de los enfermos presentaba dolor al ingresar al hospital y que el mismo impedía conciliar el sueño en 43,4% de los casos. De los pacientes con dolor, 54,8% solicitó analgésicos y de ellos sólo 76,5% lo recibió[38].

Un estudio sobre médicos residentes de medicina familiar que rotaban por una unidad de cuidados paliativos en Sevilla reveló que 60% usaba la morfina a demanda y 50% desconocía que la morfina no tiene dosis máximas de administración, cifras similares a las encontradas en el presente estudio en el global de la población de MR[39].

En Estados Unidos el problema es similar: el dolor oncológico es un tema de baja prioridad y la formación médica es insuficiente[40]. Al igual que en la población de MR analizada, son pocos los médicos que están familiarizados con las pautas de la OMS y el manejo de la morfina[41].

La investigación SUPPORT (Study to Understand Prognoses and Preferences for Outcomes and Risks of Treatments) basada en opiniones de familiares de 4.301 pacientes de cinco hospitales universitarios, evidenció que la mitad de los pacientes fallecidos había presentado dolor en las últimas horas de vida[42].

El Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG) plantea que las principales barreras para el manejo correcto del dolor oncológico son la reticencia de los médicos a prescribir analgésicos (básicamente por desconocimiento o temor a los efectos secundarios y al fenómeno de tolerancia) y la reticencia de los enfermos a comunicar el dolor y a tomar analgésicos. De los médicos, 86% opina que los pacientes están inframedicados[13].

Weinstein y colaboradores plantean la existencia de "opiofobia" como una de las causas de no empleo de esta medicación analgésica por parte de los médicos[43].

Múltiples estudios con resultados similares a los anteriores se realizaron en el Reino Unido, Francia, Suiza, Italia, Canadá, Israel e India, entre otros países[44-51].

De acuerdo con un informe del grupo de trabajo sobre normas y educación de la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP), sólo cinco países europeos tienen formación en tratamiento del dolor en el pregrado[52].

Como vemos, los resultados obtenidos en este trabajo concuerdan en líneas generales con la situación internacional del problema.

Posibles soluciones

La Organización Mundial de la Salud plantea una estrategia (figura 3) cuyos tres componentes básicos son:

1. Políticas nacionales o estatales favorables al alivio del dolor del cáncer mediante apoyo oficial a las actividades de educación y disponibilidad de fármacos.

2. Programas educativos dirigidos al público, al personal de salud y a las autoridades.

3. Reforma de leyes y reglamentos para mejorar la disponibilidad de fármacos, especialmente de analgésicos opioides[10].

Dentro del segundo punto propuesto por la OMS, los autores plantean como primera medida priorizar el tema dentro de la formación médica tanto a nivel de pregrado como de todas las especialidades clínicas.

Se coincide con Ojeda Martín cuando afirma: "…la formación de los médicos en el tratamiento del dolor es indispensable, sea cual sea su especialidad o su ámbito de asistencia. Debe evitarse la monopolización del tratamiento del dolor por superespecialistas, ya que ello constituye una coartada inaceptable para justificar el frecuente abandono terapéutico en que se deja a muchos pacientes"[53].

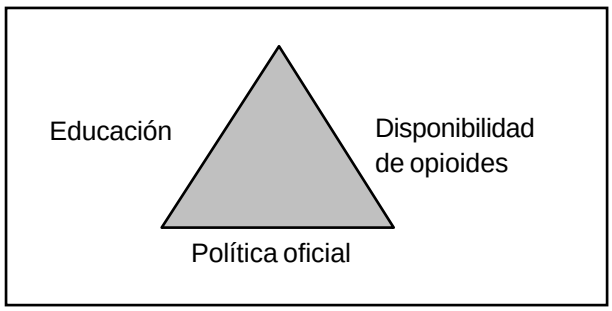

Figura 3. Estrategia de la Organización Mundial de la Salud para el alivio del dolor en cáncer [modificado de OMS[10]].

A nivel de la formación de pregrado es necesario incluir explícitamente el tema dentro del programa tanto de las materias clínicas como de farmacología y poner énfasis en su importancia.

La formación de los especialistas debería ser teórica y práctica, para lo cual existen varias estrategias.

Algunos estudios señalan que el aprendizaje médico y la concurrencia a cursos son mayores si se imparten cursos prácticos con discusión de pacientes y si el médico se ha enfrentado con anterioridad a pacientes con dificultades terapéuticas. Esto se contrapone a la poca incidencia en el aprendizaje que tienen los cursos teóricos, donde el médico participante es un mero espectador[44,54].

La participación en cursos de especialización en medicina paliativa y la creación de unidades de cuidados paliativos en los hospitales generales coadyuva al incremento del conocimiento médico en este tema[44,55].

Los protocolos terapéuticos son más aplicados cuando el propio médico participa en la confección de los mismos[40].

Bonica, pionero en estudios sobre el dolor, expresaba en 1990: "…Una tragedia está ocurriendo en nuestros sistemas de salud. Los pacientes están sufriendo de dolores severos innecesariamente. Poseemos los fármacos, la tecnología y la información necesaria para usarlos de manera apropiada. Sin embargo, muchos médicos y enfermeros no sólo usan tratamientos analgésicos en forma inapropiada, sino que a veces dirigen sus energías contra aquellos que están tratando de mejorar el tratamiento clínico del dolor…"[3].

Frente a este grave problema cuya solución pasa por la adecuada formación profesional, será necesario el desarrollo de estrategias sanitarias y educativas adaptadas específicamente a nuestro medio.

Summary

Background. Pain, a symptom of high prevalence in patients with cancer, strongly undermines quality of life. Pain could be controlled in most of the cases following the World Health Organization (WHO) guidelines (1986) that included the use of morphine. This health problem relies on health workers (lack of medical education, inaccurate beliefs), health structure, patients and their families.

Objective. To assess surgeons knowledge regarding WHO guidelines, especially those related to use of morphine to manage pain.

Methods. A transversal and descriptive study by means of a survey was done in the Hospital Maciel.

Results. 75% of the surveyed physicians do not know the WHO guidelines; 67% do not prescribe regularly morphine; 63% do not know that morphine has no maximum doses; 41% prescribe analgesic at request; 75% ignore the administration intervals of the drug. Secondary effects most indicated are those unfrequent. 43% of surveyed physicians have not read any paper during the last three years and 29% have read only one.

Conclusions. Resident physicians are unaware of WHO analgesic guidelines and the use of morphine. Possible solutions to deal this problem are indicated.

Résumé

La douleur est un symptôme presque toujours présent chez les patients avec cancer et elle détériore remarquablement leur qualité de vie.

La douleur peut être contrôlée dans la plupart des cas, avec des mesures simples énoncées par l'OMS en 1986 qui comprennemt l'emploi de morphine.

Ce grave problème sanitaire est dû à des facteurs qui dépendent du personnel de santé (insuffisante formation professionnelle et de fausses croyances sur la morphine), de la structure sanitaire, des patients et de leurs familles.

But: Evaluer les connaisances des médecins résidents de Médecine Interne, Médecine Familiale et Chirurgie de l'Hôpital Maciel en ce qui concerne les lignes de l'OMS et l'emploi de la morphine pour le contrôle de la douleur.

Méthodologie: Etude descriptive, transversale, sous mode d'enquête.

Résultats: 75% des médecins résidents enquêtés ne connaissent pas les lignes de l 'OMS; 67% ne prescrit pas habituellement de morphine; 63% ne sait pas que la morphine a des doses maximales; 41% prescrit analgésie sur demande; 75% ne connaît pas l'intervale de prescription du médicament. Les effets secondaires les plus repérés sont ceux qui sont moins fréquents. 43% n'a lu aucun article sur le thème dans les 3 dernières années et 29% n'en a lu qu'un seul.

Conclusions: Il existe une importante méconnaissance de la part des médecins résidents des lignes thérapeutiques de l'OMS et de l'emploi de la morphine. On propose de possibles solutions.

Bibliografía

1. **Jacox A, Carr DB, Payne R, Berde ChB, Brietbart W, Cain JM, et al.** Management of cancer pain. Clinical Practice Guideline Nº 9. AHCPR Publication Nº 94-0592. Texas: Agency for Health Care Policy and Research. U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service, 1994.
2. **Gómez Sancho M.** Historia clínica del dolor: clasificación, evaluación y prevalencia. In: Gómez Sancho M. Avances en Cuidados Paliativos. Las Palmas de Gran Canarias: Gabinete de Asesoramiento y Formación Sociosanitaria, 2003: 223-50.
3. **Bonica JJ.** Cancer pain. In: Bonica JJ. The management of pain. 2ª ed. Philadelphia: Lea and Phebiger, 1990: 400-1.
4. **Bonica JJ.** Treatment of pain: current status and future needs. In: Fields HL. Advances in pain research and therapy. New York: Raven Press, 1985: 589-616.
5. **Trelis I, Navarro J.** Dolor difícil en Cuidados Paliativos. Med

Paliat 2001; 8(1): 53-4.
6. **Manfredi PL, Chandler S, Pigazzi A, Payne R.** Outcome of cancer pain consultations. Cancer 2000; 89(4): 920-4.
7. **Schug SA, Zech D, Dorr U.** Cancer pain management according to WHO analgesic guidelines. J Pain Symptom Manage 1990; 5(1): 27-32.
8. **Teoh N, Stjernsward J.** WHO cancer pain relief program, ten years on. Seattle: International Association for the Study of Pain, IASP Newsletter, 1992: 5-6.
9. **Nacional Cancer Institute.** NCI Workshop on cancer pain. 1990.
10. **Organización Mundial de la Salud.** Alivio del dolor en el cáncer. Ginebra: OMS, 1996.
11. **World Health Organization.** Cancer pain relief. Geneva: WHO, 1986.
12. **Gómez Sancho M.** Bases para el control de síntomas y el uso de fármacos. In: Gómez Sancho M. Avances en Cuidados paliativos. Las Palmas de Gran Canarias: Gabinete de Asesoramiento y Formación Sociosanitaria, 2003: 3-18.
13. **Von Roenn JH, Cleeland CS, Gonin R, Hatfield AK, Pandya KJ.** Physician attitudes and practice in cancer pain management: a survey from the Eastern Cooperative Oncology Group. Ann Intern Med 1993; 119(2): 121-6.
14. **Levin DN, Cleeland CS, Dar R.** Public attitudes toward cancer pain. Cancer 1985; 56(9): 2337-9.
15. **Ward SE, Goldberg N, Miller-Mccauley V, Mueller C, Nolan A.** Patient-related barriers to management of cancer pain. Pain 1993; 52(3): 319-24.
16. **Cleeland CS.** Barriers to the management of cancer pain. Oncology (Huntingt) 1987;1(2 Suppl): 19-26.
17. **Joranson DE.** Are health care reimbursement policies a barrier to cute and cancer pain management? J Pain Symptom Manage 1994; 9(4): 244-53
18. **Hill CS Jr.** The barriers to adequate pain management with opioid analgesics. Semin Oncol 1993; 20(2 Suppl 1): 1-5.
19. **Grossman SA, Sheidler VR, Swedeen K, Mucenski J, Piantadosi S.** Correlation of patient and caregiver ratings of cancer pain. J Pain Symptom Manage 1991; 6(2): 53-7.
20. **Cleeland CS, Cleeland LM, Dar R, Rinehardt LC.** Factors influencing physician management of cancer pain. Cancer 1986; 58(3): 796-800.
21. **Ferrel BR, Cronin Nash C, Warfield C.** The role of patient-controlled analgesia in the management of cancer pain. J Pain Symptom Manage 1992; 7(3): 149-54.
22. **Shapiro RS.** Liability issues in the management of pain. J Pain Symptom Manage 1994; 9(3): 146-52.
23. **Marks RM, Sachar EJ.** Undertreatment of medical inpatients with narcotics analgesics. Ann Intern Med 1973; 78(2): 173-81.
24. **Breitbart W, Payne DK.** Pain. In: Holland J. Psichooncology. New York: Oxford University Press, 1998: 450-67.
25. **Saunders C.** The symptomatic treatment of incurable malignant disease. Prescr J 1964; 4: 68-73.
26. **Max MB.** Improving outcomes of analgesic treatment: is education enough? Ann Intern Med 1990; 113(11): 885-9.
27. **Comisión Honoraria de Lucha contra el Cáncer.** Encuesta nacional a médicos generales sobre conocimientos, creencias, actitudes y prácticas sobre cáncer. Montevideo: CHLCC, 1993.
28. **Píriz G, Ramos L, Cardozo A, Buccino AC, Goldner C, Carrasco A, et al.** Desempeño profesional y personal, a juicio del encuestado, en una muestra de médicos no oncólogos que asisten pacientes con cáncer. In: Libro de Publicaciones del Congreso. Congreso Nacional de Medicina Interna, 29. Montevideo, 2000: 276-80.
29. **Cesarco R, Goldner C, Petit I, Píriz G, Puig M, Ramos L, et al.** Unidad de Medicina Paliativa Hospital Maciel. Cuad Med Inter 2002: 39-43.
30. **Grond S, Zech D, Diefenback CH, Radbruch L, Lehmann KA.** Assessment of cancer pain: a prospective evaluation in 2266 cancer pain patients referred to a pain service. Pain 1996; 64(1): 107-14.
31. **Gómez Sancho M.** Historia del opio. Mitos y realidades de la morfina. In: Gómez Sancho M. Avances en Cuidados Paliativos. Las Palmas de Gran Canarias: Gabinete de Asesoramiento y Formación Sociosanitaria, 2003: 355-70.
32. **Gómez Sancho M, Reig E.** Uso de la Morfina. Madrid: Fernández Ciudad, 1997: 75-96.
33. **Cherny N, Ripamonti C, Pereira J, Fallon M, Mcquay H, Mercadante S, et al.** Strategies to manage the adverse effects of oral morphine: an evidence-based report. J Clin Oncol 2001; 19(9): 2542-4.
34. **Hanks G, Cherny N.** Opioids analgesic therapy. In: Doyle D, Hanks G, Mcdonald N. Oxford Textbook of Palliative Medicine. 2ª ed. New York: Oxford University Press, 1998: 331-54.
35. **Papa M, Khon WE, Ayala W.** Tratamiento del dolor oncológico con morfina oral y subcutánea. Congreso Sudamericano de Anestesiología, 4. Congreso Uruguayo de Anestesiología, 11. Montevideo, 1996. Anest Analg Rean (Montevideo-SAU), 1999; 15(1): 11-8.
36. **Reisine T, Pasternak G.** Analgésicos opioides y sus antagonistas. In: Hardman JG, Limbird LE, Molinoff PB, Ruddon RW. Goodman and Gilman Las bases farmacológicas de la terapéutica. 9 ed. México: McGraw-Hill, Interamericana, 1996: 557-93.
37. **Porter J, Jick H.** Addiction rare in patients treated with narcotics. N Engl J Med 1980; 302(2): 123.
38. **Pascual A, Berro MJ, Ferrer A, Gisbert A, Gómez Sancho M, Herrera J, et al.** Prevalencia de dolor en hospitales. Grupo de trabajo "Hospital sin Dolor". Libro de Ponencias del III Congreso de Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Valencia 3-5 de mayo de 2000. Santander: SECPAL, 1998: 411.
39. **Almagro E, Lebreros R, Sequier L, Fernández MA, Rosillo F, Duque A, et al.** Encuesta a los MIR de un hospital general sobre el uso y conocimiento de la morfina. http://www.secpal.com/revista/resumen_posters/resumen_posters_115.htm. [consulta: 14/07/03].
40. **Cleeland C.** Research in cancer pain. What we know and what need to know. Cancer 1991; 67(3 Suppl): 823-7.
41. **Mortimer JE, Bartlett NL.** Assessment of knowledge about cancer pain management by physicians in training. J Pain Symptom Manage 1997; 14(1): 21-8.
42. **The Support Principal Investigators.** A controlled trial to improve care for seriously ill hospitalized patients: The Study to understand prognoses and preferences for outcomes and risks of treatments (SUPPORT). JAMA 1995; 274(20): 1591-8. Erratum in: JAMA 1996; 275(16): 1232.
43. **Weinstein SM, Laux LF, Thornby JI, Lorimor RJ, Hill CS Jr, Thorpe DM, et al.** Physicians' attitudes toward pain and the use of opioid analgesics: results of a survey from the Texas Cancer Pain Initiative. South Med J 2000; 93(5): 479-87.
44. **Wells M, Dryden H, Guild P, Levack P, Farrer K, Mowat P.** The knowledge and attitudes of surgical staff towards the use of opioids in cancer pain management: can the Hospital Palliative care Team make a difference? Eur J Cancer Care 2001; 10(3): 201-11.
45. **Larue F, Colleau SM, Brasseur L, Cleeland CS.** Multicentre study of cancer pain and its treatment in France. BMJ 1995; 310(6986): 1034-7.

46. **Larue F, Colleau SM, Fontaine A, Brasseur L.** Oncologists and primary care physicians' attitudes toward pain control and morphine prescribing in France. Cancer 1995; 76(11): 2375-82.
47. **Stiefel F, Morant R, Radziwill A, Senn HJ.** Attitudes of Swiss physicians in prescribing opiates for cancer pain. Support Care Cancer 1993;1(5): 259-62.
48. **Minotti V, Betti M.** Attitudes of Italian general practitioners in the treatment of cancer pain. The Committee of the Associazione Italiana di Oncologia Medica (AIOM). Tumori 1997; 83(4): 729-31.
49. **Macdonald N, Ayoub J, Farley J, Foucault C, Lesage P, Mayo N.** A Quebec survey of issues in cancer pain management. J Pain Symptom Manage 2002; 23(1): 39-47.
50. **Sapir R, Catane R, Strauss-Liviatan N, Cherny NI.** Cancer pain: knowledge and attitudes of physicians in Israel. J Pain Symptom Manage 1999; 17(4): 266-76.
51. **Mohanti BK, Bansal M, Gairola M, Sharma D.** Palliative care education and training during residency: a survey among residents at a tertiary care hospital. Natl Med J India 2001; 14(4): 224.
52. **Federación Europea de Delegaciones de la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor**. Report of the Standard and education task group. Rev Soc Esp Dolor 1999; 6: 132-46.
53. **Ojeda Martín M.** Análisis clínico epidemiológico del tratamiento del dolor en enfermos terminales ingresados en una Unidad de Medicina Paliativa: experiencia de 7 años. Las Palmas de Gran Canarias: Acta Médica, 2001: 18-26.
54. **Devulder J.** Persisting misconceptions of Belgian physicians and nurses about cancer pain treatment. Act Clin Belg 1999; 54(6): 346-50.
55. **Sanz-Rubiales A, Del Valle ML, González C, Hernansanz S, García C, Sánchez T, et al.** Formación en el uso de opioides: ¿Repercute en la práctica diaria? Rev Soc Esp Dolor 2001; 8: 461-7.