

**CONOCIMIENTO Y PARAMETROS DE PRACTICA SOBRE EL MANEJO DEL
DOLOR ONCOLOGICO EN PERSONAL MEDICO DEL HOSPITAL
ONCOLÓGICO MIGUEL PEREZ CARREÑO.**



**UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
POSTGRADO DE ANESTESIOLOGIA Y REANIMACION
HOSPITAL UNIVERSITARIO DR. ÁNGEL LARRALDE**



**CONOCIMIENTO Y PARAMETROS DE PRACTICA SOBRE EL MANEJO DEL
DOLOR ONCOLOGICO EN PERSONAL MEDICO DEL HOSPITAL
ONCOLÓGICO MIGUEL PEREZ CARREÑO.**

**AUTORA: NATHALIA V SANCHEZ H
TUTOR: DR. NELSON SIVIRA**

**TRABAJO DE GRADO PRESENTADO ANTE LA UNIVERSIDAD DE
CARABOBO PARA OPTAR AL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
ANESTESIOLOGIA Y REANIMACION**

BÁRBULA, OCTUBRE DE 2016.



**UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
POSTGRADO DE ANESTESIOLOGIA Y REANIMACION
HOSPITAL UNIVERSITARIO DR. ÁNGEL LARRALDE**



**CONOCIMIENTO Y PARAMETROS DE PRACTICA SOBRE EL MANEJO DEL
DOLOR ONCOLOGICO EN PERSONAL MEDICO DEL HOSPITAL
ONCOLÓGICO MIGUEL PEREZ CARREÑO.**

**AUTORA: .NATHALIA V SANCHEZ H
TUTOR: DR. NELSON SIVIRA**

BÁRBULA, OCTUBRE DE 2016.

Universidad de Carabobo



Valencia – Venezuela

Facultad de Ciencias de la Salud



Dirección de Asuntos Estudiantiles
Sede Carabobo

ACTA DE DISCUSIÓN DE TRABAJO ESPECIAL DE GRADO

En atención a lo dispuesto en los Artículos 127, 128, 137, 138 y 139 del Reglamento de Estudios de Postgrado de la Universidad de Carabobo, quienes suscribimos como Jurado designado por el Consejo de Postgrado de la Facultad de Ciencias de la Salud, de acuerdo a lo previsto en el Artículo 135 del citado Reglamento, para estudiar el Trabajo Especial de Grado titulado:

CONOCIMIENTO Y PARÁMETROS DE PRÁCTICA SOBRE EL MANEJO DEL DOLOR ONCOLÓGICO EN EL PERSONAL MÉDICO DEL HOSPITAL ONCOLÓGICO MIGUEL PÉREZ CARREÑO

Presentado para optar al grado de **Especialista en Anestesiología y Reanimación** por el (la) aspirante:

SANCHEZ H., NATHALIA V

C.I. V – 19666544

Habiendo examinado el Trabajo presentado, decidimos que el mismo está **APROBADO.**

En Valencia, a los catorce días del mes de noviembre del año dos mil dieciséis.

Prof. Gisela García (Pdte)

C.I. 13899033

Fecha 14-11-2016

Prof. Joamelia Da Silva

C.I. 19481235

Fecha 14/11/16

Prof. Sharif Kanahan

C.I. 5440849

Fecha 14-11-2016

TG: 59-16

ÍNDICE

	pp.
RESUMEN.....	V
ASBTRACT.....	VI
INTRODUCCION.....	7
MATERIALES Y METODOS.....	14
RESULTADOS.....	15
DISCUSIÓN.....	21
CONCLUSIONES.....	24
RECOMENDACIONES.....	25
REFERENCIAS.....	26
ANEXO A.....	28
ANEXO B.....	29



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
POSTGRADO DE ANESTESIOLOGIA Y REANIMACION
HOSPITAL UNIVERSITARIO DR. ÁNGEL LARRALDE



CONOCIMIENTO Y PARÁMETROS DE PRÁCTICA SOBRE EL MANEJO DEL
DOLOR ONCOLÓGICO EN PERSONAL MÉDICO DEL HOSPITAL
ONCOLÓGICO DR. MIGUEL PEREZ CARREÑO.

Autora: Nathalia V. Sánchez H.
Tutor: Dr. Nelson Sivira
Bárbula, Octubre de 2016.

RESUMEN

En los pacientes oncológicos, el dolor es uno de los principales problemas. La repercusión negativa del dolor sobre las funciones básicas. Los conocimientos médicos actuales y los fármacos disponibles permiten abordar su control con éxito en la mayoría de los casos. Su evaluación y control constituyen uno de los objetivos más importantes debido al aumento progresivo de los casos de cáncer y de pacientes con dolor. **Objetivo General:** Valorar el conocimiento y los parámetros de práctica en el manejo del dolor oncológico por el personal médico que labora del Hospital Oncológico Dr. Miguel Pérez Carreño en el año 2016. **Metodología:** se trata de un estudio descriptivo, con un diseño no experimental, de campo y transversal. La muestra estuvo conformada por 30 médicos. Se aplicó una encuesta con 14 preguntas cerradas. **Resultados:** Un 80% afirmó que aplicaba el protocolo para el manejo del dolor oncológico; un 60% proponen el escalón 3 para el manejo del dolor severo, Un 80% prescribe habitualmente morfina. La escala visual análoga (EVA) (43,33%) es la mayormente utilizada para la valoración del dolor. Solo el 50% trata el dolor irruptivo, Solo el 60% prescribe la analgesia en forma reglada, el 90% utiliza medicación de rescate y la totalidad de los médicos afirmaron que los pacientes deben recibir información acerca del control del dolor y control de síntomas y ser incentivados para tomar un rol activo. **Conclusión:** Un alto porcentaje de los encuestados aplican el protocolo, sin embargo, al momento, clasificar el dolor, su adecuado tratamiento, la prescripción mayormente de opioides débiles, el no tratamiento en forma reglada, el no tratar el dolor irruptivo, la manejan de manera inadecuada. Por lo cual la adhesión al protocolo es baja.

Palabras Clave: Conocimiento, Manejo, Dolor oncológico



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
POSTGRADO DE ANESTESIOLOGIA Y REANIMACION
HOSPITAL UNIVERSITARIO DR. ÁNGEL LARRALDE



KNOWLEDGE AND PRACTICE PARAMETERS ON CANCER PAIN
MANAGEMENT IN HOSPITAL MEDICAL STAFF ONCOLÓGICO DR. MIGUEL
PEREZ CARREÑO.

Author: Nathalia V. Sánchez H.
Tutor: Dr. Nelson Sivira
Bárbula, October de 2016

ABSTRACT

Pain is one of the main problems in oncologic patients. The negative repercussions of pain on the patient's basic functions. Modern medical knowledge and drugs available allow approaching its management successfully in the majority of cases. Its evaluation and control is one of the most important objectives internationally because of the progressive increase of cancer cases and patients with pain. This is why it is of great importance for medical personnel to have knowledge regarding the management of pain for an assertive diagnosis and an adequate treatment. **General Objective:** To assess the knowledge and practice parameters in the management of oncologic pain by the medical staff of the "Dr. Miguel Pérez Carreño" Oncologic Hospital, year 2016. **Methodology:** It is a descriptive study, with a non experimental design, and a transversal, field study. The sample was composed by 30 doctors (14 specialists and 16 residents). The survey technique was used and a questionnaire was designed consisting of 14 closed multiple choice and dichotomic questions. The data was presented in frequency of distribution tables. **Results:** 80% of respondents said they apply the WHO protocol for oncologic pain management; Regarding the management of severe pain 60% of respondents proposed step 3, this being the most common answer amongst study groups. 80% of respondents said they prescribe morphine usually. The most commonly used scale for the assessment of pain is the visual analog scale (VAS) (43, 33%). Ketoprofen was the most used NSAID (76, 67%). The most commonly used adjuvant drugs were anticonvulsants (56.67%), antidepressants (36.67%) and all physicians surveyed (30 cases) stated that patients should receive information about pain control and symptom control and be encouraged to take an active role. **Conclusion:** A high percentage of respondents applies the protocol, however, when classifying pain, proper treatment, prescription of mostly weak opioids, no treatment in a regulated manner and no treatment of breakthrough pain, is handled in an improper way. Therefore, the adherence to the protocol is low.

Keywords: Knowledge, Management, Oncologic Pain.

INTRODUCCIÓN

La asociación internacional para el estudio del dolor (IASP) define el dolor como una experiencia sensorial y emocional desagradable con daño tisular actual o potencial o descrito en términos de dicho daño. Esta definición incorpora varios elementos: el dolor es una experiencia individual, una sensación, que evoca una emoción y ésta es desagradable. (1). Se puede clasificar el dolor primordialmente en 2 tipos. Según su duración, puede ser agudo o crónico y según su fisiopatología, somático, visceral o neuropático. El dolor crónico, es el típico dolor por cáncer, se prolonga en el tiempo y por esta razón puede llegar a alterar de forma importante la calidad de vida del enfermo oncológico. El tipo de dolor en pacientes oncológicos según la OMS se clasifica en dos tipos: nociceptivo (somático y visceral) y neuropático. El dolor de tipo somático, se produce por activación de los nociceptores cutáneos o tejidos profundos; es bien localizado, sordo y punzante. El dolor de tipo visceral, en cambio, se produce por estimulación de los nociceptores debido a la infiltración y compresión de vísceras; se caracteriza por ser profundo, opresivo y mal localizado. (2)

El dolor neuropático a su vez, se produce por daño del sistema nervioso central o periférico, después de la compresión o la infiltración tumoral de un nervio periférico o de la médula espinal o como consecuencia de un trauma o una lesión química del nervio, secundarios a daño por radioterapia o a quimioterapia; se caracteriza por ser tipo intenso, quemante, o disestésico, y es más frecuente en las áreas de pérdidas sensitivas. (3) En relación a la incidencia, más de 80% de los pacientes en estado avanzado de la enfermedad tiene dolor mixto, (4) es decir, en su mayoría presentan dolor nociceptivo (somático o visceral) y neuropático, siendo sólo el porcentaje menor (20%) el que presenta un dolor más específico. Desde un punto de vista terapéutico esta clasificación permite definir 2 tipos de dolor: respondedor a opioides, como es el caso del dolor nociceptivo (somático/visceral) y no respondedor a opioides, como es el caso del dolor neuropático, es decir, aliviado parcialmente por los opioides y requiere de fármacos coadyuvantes para su control (5). Indistintamente de que el dolor sea visceral, somático, neuropático o psicógeno, tiene dos secuencias distintas de presentación en el tiempo.

La primera es un dolor crónico continuo de fondo, sordo, que le impide dormir, moverse y realizar las tareas elementales de la vida y que es de intensidad variable. Podemos denominarlo dolor basal. La segunda se identifica por exacerbaciones transitorias (de rápida instauración) de dolor espontáneas o inducidas de elevada intensidad (EVA 7-9/10), de frecuencia variable y duración incierta y que se producen a lo largo del día y de la noche. Su tratamiento principal son las dosis de rescate (6) (dosis adicional equivalente al 50% de la habitual o al 10 % de la total diaria). Una característica relevante de este tipo de dolor es que la mayoría de los pacientes pueden sufrir crisis de dolor irruptivo. (7) A estos episodios de dolor agudo intenso transitorio, previsibles o no, se denominan crisis de dolor irruptivo. Cuando estos incidentes son provocados por el movimiento u otra causa desencadenante conocida (previsibles) hablamos de crisis de dolor incidental. El dolor irruptivo se trata y el dolor incidental se previene. El dolor basal se alivia con una pauta analgésica de opioides de horario regular y dosis fija que hay que titular en cada paciente

Uno de los principales problemas de los pacientes oncológicos en etapa avanzada es el dolor. Se insiste cada vez más en la importancia del control del mismo. Su evaluación y control constituyen a nivel internacional uno de los objetivos sanitarios más importantes debido al aumento progresivo de los casos de cáncer y de pacientes con dolor. Esta importancia se argumenta en dos hechos fundamentales: Primero, que la repercusión negativa del dolor sobre las funciones básicas del paciente (sueño, apetito, actividad física) debilita su estado general, a la vez disminuye considerablemente su calidad de vida y estado de ánimo y segundo, que los conocimientos médicos actuales y los fármacos disponibles permiten abordar su control con éxito en la mayoría de los casos. Es en relación a esto que la Organización Mundial de la Salud considera el dolor oncológico un problema de gran prioridad, por lo que insiste en que todos los sistemas de salud deben establecer programas de vigilancia del control del dolor. Es un problema que involucra a muchos protagonistas: el paciente y su familia, médicos, enfermeros y autoridades sanitarias, dado que en alguna medida todos lo sufren si no es tratado correctamente. (8)

El informe del *Nacional Institute Workshop on Cancer Pain* del año 1999 indica que "el tratamiento inadecuado del dolor y de otros síntomas del cáncer es un problema de salud

pública serio (7) Por lo cual tiene especial importancia que los diferentes profesionales que participan, estén familiarizados con su valoración y tratamiento para lograr un manejo integral de estos enfermos. La evaluación continua del dolor es de vital importancia para tomar decisiones respecto a su tratamiento en casos de cáncer, exige un conocimiento no sólo del problema físico, sino también de los componentes psicológicos, sociales y espirituales del sufrimiento del paciente (8). Del mismo modo, la evaluación semiológica del dolor hace posible la formulación de su causa, así como de los mecanismos fisiopatológicos, estructuras involucradas y vías de conducción empleadas. Por lo tanto resulta fundamental para la selección de intervenciones terapéuticas y para el control de la eficacia y eficiencia del tratamiento implementado. (9)

La evaluación del dolor oncológico debe incluir: *Intensidad del dolor*: La cual es, sin lugar a dudas, la dimensión más sobresaliente del dolor y una gran variedad de procedimientos se han desarrollado para su evaluación. *Características de dolor*: Localización, duración, ritmo, irradiación y calidad (por ejemplo, punzante, palpitante.) *Factores que alivian el dolor*: Como el movimiento, el reposo y lo que cada paciente considera le ayuda a disminuir su dolor. *Efectos del dolor en las actividades cotidianas*: El dolor de acuerdo a sus características en muchos pacientes suele ser invalidante, llegando a afectar cualquiera de sus actividades por más pequeña que esta sea y alterando directamente su calidad de vida. Por ejemplo, interfiere en el sueño, apetito, concentración etc, y *Preocupaciones que genera el dolor en el paciente*: El dolor es una causa frecuente de estrés en los pacientes, ya que si no es bien controlado está siempre presente y afecta su estado anímico y su relación con el medio que lo rodea. Al mismo tiempo le produce inquietud por no poder realizar las actividades como antes. (5)

Existen muchos métodos para valorar y medir el dolor. La medición más útil del dolor es la expresión subjetiva de los enfermos mediante las escalas para valorar la intensidad dolorosa y establecer las dosis farmacológicas para el manejo analgésico. Métodos verbales, Pueden ser de tres tipos: historia clínica, los autoinformes, y los autorregistros, que evalúan las impresiones subjetivas de los individuos y constituyen el grupo de mayor objetividad en la cuantificación de la intensidad del dolor. De los distintos tipos que existen las más

importantes son las escalas cuantitativas. Entre ellas incluye las escalas verbales, las numéricas y las analógico-visuales. (8) Existen varios instrumentos, la más utilizada la Escala Visual Análoga (EVA). Además de otros instrumentos de evaluación como las Escalas Descriptivas Simples o Escalas de Valoración Verbal, se pide al paciente que exprese la intensidad de su dolor mediante un sistema convencional, unidimensional, donde se valora desde la ausencia del dolor hasta el dolor insoportable, También existen instrumentos para evaluar los aspectos multidimensionales del dolor como el cuestionario de McGill, el Wisconsin Brief Pain Inventory (BPI), etc.

En el tratamiento del cáncer, el objetivo fundamental de la terapia farmacológica es aliviar el dolor en reposo y durante el movimiento con la menor cantidad posible de efectos colaterales, mantener al enfermo lúcido y consciente durante el día y aumentar la calidad y la cantidad de las horas de sueño durante la noche. (5) La Escalera analgésica de la Organización Mundial de la Salud (OMS), creada en el año 1984 en Ginebra y publicada en 1986 por la OMS, para describir un método o protocolo de tratamiento y control del dolor en el cáncer. (11).

Para asegurar un buen tratamiento analgésico mediante el esquema de la OMS, este se rige por ciertos principios. Se debe privilegiar la administración de la analgesia por vía oral siempre que sea posible y en los pacientes con dificultades para la deglución se puede recurrir a las formas transdérmicas (TD), y en determinadas circunstancias la vía parenteral es la preferible. (12). Dicha administración ha de ser siempre en un horario fijo, es decir, con determinados intervalos de tiempo. La dosis siguiente será administrada antes de que haya desaparecido por completo el efecto de la dosis anterior para mitigar continuamente el dolor. Las dosis de analgésicos son individualizadas para cada paciente ya que no hay una dosis estándar para los medicamentos opioides, siendo así la dosis correcta la que mitiga su dolor. Por lo tanto, se debe titular la dosis para cada paciente, intentando buscar la dosis mínima adecuada, que permita al paciente aliviar su dolor y tener un mínimo de efectos adversos.

El último de los principios, se refiere a la necesidad de la administración sistemática de fármacos que calman el dolor. Lo ideal es poner por escrito el tratamiento farmacológico del paciente en forma detallada para que pueda ser aplicado por el mismo y su familia. (13)

El tratamiento analgésico del dolor oncológico dependerá sobre todo del tipo de dolor y de la intensidad. De manera que en los dolores con EVA igual o superior a siete se debería de iniciar de entrada con el tercer escalón de la analgesia, obviando los dos escalones previos.

El método terapéutico propuesto en ‘La escalera analgésica de la OMS’ se considera eficaz en un 90% de los enfermos con cáncer y en más del 75% de los pacientes terminales. El primer escalón de la analgesia desarrollada por la OMS está formado por paracetamol y los AINES, y su uso está indicado solamente en casos de dolor oncológico leve o moderado. Este primer escalón al igual que los otros dos se puede asociar a los fármacos coadyuvantes. El segundo escalón está formado por los opioides menores, entre los que cabe destacar la codeína y el tramadol, fármaco de elección en este escalón. El tercer escalón está indicado tras el fracaso escalonado de la analgesia o bien de inicio ante la presencia de dolores muy severos (EVA>6). El opioide mayor de referencia es la morfina, otros opioides mayores empleados son el fentanilo por vía TD o transmucosa, metadona por VO, buprenorfina TD, y más recientemente la oxycodona por VO. (13)

La parte más importante del método de la OMS, y la razón de su éxito, es el uso eficiente de opiáceos orales para el dolor moderado o intenso. La morfina es el opiáceo de referencia en el “tercer escalón”. Un grupo de trabajo de expertos de la Asociación Europea de Cuidados Paliativos ha revisado y actualizado sus directrices sobre el uso de morfina en el tratamiento del dolor oncológico concluyendo que es el opiáceo de primera línea para el dolor oncológico moderado o intenso. La morfina no parece tener un efecto analgésico máximo clínicamente relevante: las dosis de morfina oral pueden variar hasta 1.000 veces o más para conseguir el mismo objetivo de alivio de dolor. (12)

Desde siempre, la morfina ha suscitado miedo tanto al público en general como a los médicos, un miedo que se debe a la idea equivocada de que los problemas asociados al

abuso de opiáceos están inexorablemente vinculados a su uso terapéutico. Los temores sobre una posible adicción, sedación excesiva y depresión respiratoria han tenido como resultado un rechazo generalizado. Sin embargo, numerosas experiencias clínicas debidamente documentadas ha demostrado que esos temores son infundados. Los pacientes que al ser tratados con morfina consiguen un alivio del dolor pueden reducir la dosis o suspenderla sin ninguna dificultad. (10)

Cabe destacar que la disponibilidad sistémica de morfina por vía oral es pequeña (20-30%) y eso contribuye en ocasiones a la dificultad de anticipar el inicio de la acción y a la gran variabilidad que existe entre individuos en términos de dosis necesarias y respuesta. Los metabolitos activos pueden contribuir a la toxicidad y algunos tipos de dolor no siempre responden bien o completamente a la morfina, en especial el dolor neuropático. No obstante, ninguna de las alternativas a la morfina ha demostrado por el momento ofrecer ventajas que la hagan superior como opiáceo oral de primera línea para el dolor oncológico. La morfina sigue siendo la primera elección. (14)

Además de los fármacos analgésicos mencionados se debe de tener en cuenta el uso concomitante de los fármacos adyuvantes, que en ocasiones resultan esenciales en el manejo del dolor oncológico, como ocurre en el caso del dolor neuropático o de las metástasis óseas. (14). Por último, cabe mencionar la existencia de otros muchos procedimientos para lograr el alivio del dolor oncológico como puede ser el uso de la radioterapia paliativa antiálgica, las técnicas neuroablativas usado en los casos más resistentes a los fármacos analgésicos, el apoyo psicológico y la psicoterapia, la acupuntura, las técnicas de relajación, y las cirugías con intención antiálgica. (15)

Es una responsabilidad del sistema nacional de salud la capacitación de personal en estos conocimientos y prácticas del manejo del dolor oncológico, fundamentalmente en el personal médico de atención primaria donde recae la mayor responsabilidad, de proporcionar una atención de calidad y ayuda en este centro Oncológico y a su entorno familiar. (16)

En la investigación realizada en el año 2004 por Píriz y Escuder Núñez Montevideo (17). Concluyeron que existe un serio problema en el tratamiento analgésico del paciente con cáncer, Se hizo uso de dos herramientas para su resolución: el conocimiento de las pautas de la OMS y el uso adecuado de la morfina. Existe un importante desconocimiento de la escalera analgésica de la OMS, conocida solo por el 27% de los mismos. La mayoría de los médicos (67%) no emplea morfina en forma habitual. El desconocimiento de la droga es mencionado en forma directa como “motivo de no empleo”. Son necesarios estudios de investigación que permitan el manejo adecuado o no del dolor oncológico que a su vez nos permitan establecer protocolos para un adecuado y oportuno tratamiento.

El presente estudio pretende identificar el nivel de conocimientos y parámetros de práctica en el manejo del dolor oncológico y determinar los puntos débiles para su mejoramiento y ajustes de capacitación en el personal médico. Además, sirve de modelo para futuras investigaciones en relación al tema, en virtud de la carencia de estudios en el ámbito local y regional respecto al manejo del dolor por el personal de salud en el Hospital Oncológico Miguel Pérez Carreño.

Por todo lo anteriormente planteado se establece como objetivo general del estudio Valorar el conocimiento y los parámetros de práctica en el manejo del dolor oncológico por el personal médico que labora del Hospital Oncológico Dr. Miguel Pérez Carreño año 2016.

Para lo cual se establecieron los siguientes objetivos específicos: Valorar el conocimiento de los médicos respecto a las pautas internacionales promulgadas por la OMS para el tratamiento del dolor en el paciente oncológico, Caracterizar la aplicación del protocolo según la OMS en el manejo del dolor oncológico, valorar el conocimiento de los médicos respecto a la morfina y a su uso en la práctica clínica, conocer cual escala de evaluación del dolor es aplicada en la práctica en los pacientes oncológicos, determinar cuál de los Aines es el más prescrito, identificar los medicamentos coadyuvantes mayormente usados como analgesia complementaria, especificar si se brinda información al paciente y se incentiva para que tome un rol activo.

MATERIALES Y MÉTODOS

El tipo de investigación es descriptivo, con un diseño no experimental, de campo y transversal.

El universo estuvo representado por el personal médico que labora en el Hospital Oncológico Miguel Pérez Carreño, fue realizado entre los meses de Junio y Septiembre del año 2016. Comprende un universo 55 médicos, conformado por 30 residentes y 25 especialistas de todas las subespecialidades.

Se utilizó la técnica de la encuesta y como instrumento se diseñó un cuestionario con 14 preguntas cerradas de opción múltiple y dicotómica; abarcan preguntas de caracterización de la población y de evaluación del conocimiento y parámetros de práctica de los encuestados en el manejo del dolor oncológico (Anexo B). Se hizo entrega del instrumento a la totalidad de los médicos, logrando recabar 30 instrumentos. En este sentido, la muestra estuvo conformada por el personal médico que participó voluntariamente en la investigación.

Se sistematizó la base de datos en Microsoft® Excel, para luego a partir del procesador estadístico Statgraphics Plus 5.1 analizar los datos con las técnicas de la Estadística descriptiva univariada a partir de tablas de distribución de frecuencias según los objetivos específicos propuestos.

Con respecto a las limitaciones del estudio debido a que no se encontró en la bibliografía médica un instrumento validado en español que evaluara el nivel de conocimientos y parámetros de práctica en el manejo del dolor crónico del personal médico, se utilizaron dos cuestionarios (validados y aceptados internacionalmente); de los cuales se escogieron las preguntas más relevantes adaptándolas al entorno del estudio de investigación, sintetizándolas en un solo cuestionario; La validez de contenido se estableció tras la revisión por parte de expertos en dolor. Se acepta que será necesario hacer un estudio para validar dicho instrumento.

RESULTADOS

TABLA N° 1
ADHESION DE LOS MÉDICOS A LAS PAUTAS PROMULGADAS POR LA OMS
PARA EL TRATAMIENTO DEL DOLOR EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO.
HOSPITAL ONCOLÓGICO “DR. MIGUEL PÉREZ CARREÑO”. AÑO 2016.

1. ¿Aplica ud el protocolo para el manejo del dolor oncológico según la OMS?	Especialista		Residentes		Total	
	F	%	f	%	f	%
Si	8	26,67	16	53,33	24	80
No	6	20	0	0	6	20

Fuente: Instrumento Aplicado por la Investigadora (Sánchez; 2016)

Un 80% de los encuestados afirmó que aplicaba el protocolo para el manejo del dolor oncológico según la OMS (24 casos) siendo la respuesta más frecuente entre los residentes (16 casos)

TABLA N° 2
APLICACIÓN DEL PROTOCOLO OMS SEGÚN LA INTENSIDAD DEL DOLOR.
PERSONAL MÉDICO QUE LABORA DEL HOSPITAL ONCOLÓGICO “DR.
MIGUEL PÉREZ CARREÑO”. AÑO 2016.

2. Según el nivel de dolor oncológico qué escalón propone ud para manejarlo	Especialista		Residentes		Total	
	F	%	f	%	f	%
Dolor severo	F	%	f	%	f	%
Escalón 1	1	3,33	0	0	1	3,33
Escalón 3	5	16,67	13	43,33	18	60
Escalón 3-4	2	6,67	0	0	2	6,67
Escalón 4	1	3,33	0	0	1	3,33
Sin contestar	5	16,67	3	10	8	26,67
Dolor moderado	F	%	f	%	f	%
Escalón 2	7	23,33	13	43,33	20	66,67
Escalón 3	1	3,33	0	0	1	3,33
Sin contestar	6	20	3	10	9	30
Dolor leve	F	%	f	%	f	%
Escalón 1	7	23,33	16	53,33	23	76,67
Escalón 2	1	3,33	0	0	1	3,33
Sin contestar	6	20	0	0	6	20
Total	14	46,67	16	53,33	30	100

Fuente: Instrumento Aplicado por la Investigadora (Sánchez; 2016)

En cuanto al manejo del dolor severo un 60% de los encuestados proponen el escalón 3 (18 casos) siendo la respuesta más frecuente en los grupos de estudio: residentes (13 casos) y

especialistas (5 casos). Hay que destacar que un 26,67% de los encuestados no contestó esta pregunta (8 casos) siendo más frecuente entre los residentes (5 casos).

Para el manejo del dolor moderado un 66,67% de los encuestados (20 casos) propusieron el escalón 2, siendo la respuesta más frecuente en ambos grupos de estudio. Hay que destacar que un 30% de los encuestados no contestó esta pregunta (9 casos) siendo más frecuente entre los residentes (6 casos).

Para el manejo del dolor leve un 76,67% de los encuestados (23 casos) propuso el escalón 1 de manejo, siendo la respuesta más frecuente en ambos grupos de estudio. Vale la pena precisar que un 20% (6 casos) no contestó esta pregunta y todos eran especialistas. (Ver tabla N° 2)

TABLA N° 3
USO DE MORFINA EN EL CONTROL DEL DOLOR ONCOLÓGICO.
PERSONAL MÉDICO QUE LABORA DEL HOSPITAL ONCOLÓGICO “DR.
MIGUEL PÉREZ CARREÑO”. AÑO 2016.

Tipo de personal	Especialista (n=14)		Residentes (n=16)		Total (n=30)	
	f	%	f	%	f	%
3. ¿Prescribe habitualmente morfina?						
Si	8	26,67	16	53,33	24	80
No	6	20	0	0	6	20
Si contestó No, ¿por qué no la emplea?	f	%	f	%	f	%
a. porque no maneja el fármaco	3	50	---	---	---	---
b. porque la reserva para el paciente terminal	0	0	---	---	---	---
c. por temor a la depresión respiratoria	5	83,33	---	---	---	---
d. por temor a la adicción	2	33,33	---	---	---	---
No accesibilidad	1	16,67	---	---	---	---
4. ¿La morfina oral/inyectable es el tratamiento a elección en el tercer escalón de Analgesia?	f	%	f	%	f	%
Si	7	23,33	12	40	19	63,33
No	7	23,33	4	13,33	11	36,67
5. ¿La morfina es el fármaco de elección en el dolor irruptivo?	f	%	f	%	f	%
Si	4	13,33	11	36,67	15	50
No	4	13,33	1	3,33	5	16,67
No contestó	6	20	4	13,33	10	33,33
Total	14	46,67	16	53,33	30	100

Fuente: Instrumento Aplicado por la Investigadora (Sánchez; 2016)

Un 80% de los encuestados (24 casos) afirmó que prescribe habitualmente morfina, siendo la respuesta más frecuente entre los residentes (16 casos) que los especialistas (8 casos). De los especialistas que negaron prescribir la morfina (6 casos) la razón más frecuente fue por temor a la depresión respiratoria (5 casos).

Un 63,33% de los encuestados (19 casos) afirmó que la morfina oral/inyectable es el tratamiento a elección en el tercer escalón de Analgesia, siendo la respuesta más frecuente entre los residentes (12 casos).

Un 33,33% de los encuestados (10 casos) no contestó si la morfina era el fármaco de elección en el dolor irruptivo, siendo la respuesta más frecuente entre los especialistas (6 casos). Entre los residentes predominaron los que afirmaron tal pregunta (11 casos).

TABLA N° 4
ESCALA DE DOLOR APLICADA EN LA EVALUACION DEL DOLOR.
PERSONAL MÉDICO QUE LABORA DEL HOSPITAL ONCOLÓGICO “DR.
MIGUEL PÉREZ CARREÑO”. AÑO 2016.

6.- Qué escala utiliza mayormente para la valoración del dolor	Especialista		Residentes		Total	
	F	%	F	%	f	%
EVA	2	6,67	11	36,67	13	43,33
Escala Numérica	5	16,67	5	16,67	10	33,33
Verbal categórica	7	23,33	0	0	7	23,33
Otra	0	0	0	0	0	0
Total	14	46,67	16	53,33	30	100

Fuente: Instrumento Aplicado por la Investigadora (Sánchez; 2016)

A nivel muestral la escala mayormente utilizada para la valoración del dolor es la escala visual análoga (EVA) con un 43,33% (13 casos) siendo la más referida por los residentes (11 casos). La segunda escala más frecuente es la escala numérica (33,33%= 10 casos), siendo utilizada en similar proporción entre especialistas y residentes. La escala verbal categórica fue la más utilizada por los especialistas (7 casos).

TABLA N° 5
VÍA DE ADMINISTRACIÓN, TIPO DE ANALGÉSICO, PRESCRIPCIÓN, USO DE ANALGESIA DE RESCATE Y ASOCIACION DE FARMACOS. PERSONAL MÉDICO QUE LABORA DEL HOSPITAL ONCOLÓGICO “DR. MIGUEL PÉREZ CARREÑO”. AÑO 2016.

7. En el manejo del dolor oncológico especifique los siguientes aspectos en cuanto a los medicamentos analgésicos empleados:						
	Especialista		Residentes		Total	
7.a Vía de administración	f	%	F	%	F	%
Oral	14	46,67	16	53,33	30	100
EV	11	36,67	13	43,33	24	80
Dérmico	3	10	2	6,67	5	16,67
Subcutáneo	0	0	1	3,33	1	3,33
7.b Más Utilizados	f	%	F	%	F	%
Analgésicos no opioides	7	23,33	11	36,67	18	60
Analgésicos no opioides + coanalgesicos.	4	13,33	4	13,33	8	26,67
Opioides débiles	11	36,67	12	40	23	76,67
Opioides fuertes	6	20	5	16,67	11	36,67
8. Cuando prescribe analgesia lo hace:	Especialista		Residentes		Total	
A demanda (cuando el paciente siente dolor)	f	%	F	%	F	%
Si	7	23,33	5	16,67	12	40
No	7	23,33	11	36,67	18	60
En forma reglada (a intervalos fijos, aun cuando el paciente no tenga dolor)	f	%	F	%	F	%
Si	7	23,33	12	40	19	63,33
No	7	23,33	4	13,33	11	36,67
9. ¿Usa medicación de rescate?	f	%	F	%	F	%
Si	11	36,67	16	53,33	27	90
No	3	10	0	0	3	10
10. Ante una respuesta insuficiente al tratamiento, ¿Se puede asociar fármacos con distintos mecanismos de acción, monitorizando la respuesta y los efectos?	f	%	F	%	F	%
Si	14	46,67	16	53,33	30	100
No	0	0	0	0	0	0
Total	14	46,67	16	53,33	30	100

Fuente: Instrumento Aplicado por la Investigadora (Sánchez; 2016)

La vía de administración de los analgésicos empleados es la oral (100%), seguida de la endovenosa (80%= 24 casos). En lo que respecta al tipo de analgésico más utilizado por familia fueron los opioides débiles los más referidos (76,67%= 23 casos), siendo los más referidos por ambos grupos de estudio: residentes (12 casos) y especialistas (11 casos) Un 60% de los encuestados (18 casos) negó que la analgesia se prescribe a demanda, siendo la respuesta más frecuente entre los residentes (11 casos). Por su parte un 63,33% (19 casos) prescribe la analgesia en forma reglada, siendo la respuesta más frecuente entre los residentes (12 casos).

Un 90% de los encuestados (27 casos) afirmó utilizar medicación de rescate, siendo la respuesta más frecuente entre ambos grupos de estudio: residentes (16 casos) y especialistas (11 casos). La totalidad de los encuestados (30 casos) afirmó que ante una respuesta insuficiente al tratamiento, se puede asociar fármacos con distintos mecanismos de acción, monitorizando la respuesta y los efectos.

TABLA N° 6
AINES PRESCRITOS PARA EL MANEJO DEL DOLOR ONCOLÓGICO.
PERSONAL MÉDICO QUE LABORA DEL HOSPITAL ONCOLÓGICO “DR.
MIGUEL PÉREZ CARREÑO”. AÑO 2016.

11. ¿Cuál de los Aines utiliza con más frecuencia?	Especialista (n=14)		Residentes (n=16)		Total (n=30)	
	F	%	f	%	F	%
1.- Paracetamol	0	0	3	10	3	10
2.- Ibuprofeno	10	33,33	9	30	19	63,33
3.- Naproxeno	0	0	0	0	0	0
4.- Ketoprofeno	10	33,33	13	43,33	23	76,67
5.- Otro ¿Cuál?	F	%	f	%	F	%
Diclofenac	2	6,67	1	3,33	3	10
Lornoxicam	1	3,33	0	0	1	1,33

Fuente: Instrumento Aplicado por la Investigadora (Sánchez; 2016)

Entre los aines mayormente utilizados se encuentran el ketoprofeno (76,67%= 23 casos), en segundo lugar el ibuprofeno (63,33%= 19 casos) y en tercer lugar el paracetamol (10%= 3 casos)

TABLA N° 7
MEDICAMENTOS COANALGÉSICOS UTILIZADOS PARA EL MANEJO DEL
DOLOR ONCOLÓGICO. PERSONAL MÉDICO QUE LABORA DEL HOSPITAL
ONCOLÓGICO “DR. MIGUEL PÉREZ CARREÑO”. AÑO 2016.

12 ¿Cuál de los fármacos coadyuvantes utiliza con más frecuencia?	Especialista (n=14)		Residentes (n=16)		Total (n=30)	
	F	%	f	%	f	%
1.-psicotrópicos	4	13,33	2	6,67	6	20
2.- antidepresivos	6	20	5	16,67	11	36,67
3.- anticonvulsivantes	8	26,67	9	30	17	56,67
4. corticosteroides	3	10	7	23,33	10	33,33

Fuente: Instrumento Aplicado por la Investigadora (Sánchez; 2016)

De los fármacos coadyuvantes más utilizados el más referido fueron los anticonvulsivantes (56,67%= 17 casos), los antidepresivos (36,67%= 11 casos) y los corticosteroides (33,33%=10 casos).

TABLA N° 8
INFORMACIÓN AL PACIENTE Y ROL ACTIVO EN CUANTO AL MANEJO
DEL DOLOR. PERSONAL MÉDICO QUE LABORA DEL HOSPITAL
ONCOLÓGICO “DR. MIGUEL PÉREZ CARREÑO”. AÑO 2016.

13. ¿Los pacientes deben recibir información acerca del control del dolor, control de síntomas y ser incentivados para tomar un rol activo?	Especialista		Residentes		Total	
	f	%	F	%	f	%
Si	14	46,67	16	53,33	30	100
No	0	0	0	0	0	0
14. El paciente debe ser su principal evaluador.	f	%	F	%	f	%
Si	12	40	16	53,33	28	93,33
No	2	6,67	0	0	2	6,67
Total	14	46,67	16	53,33	30	100

Fuente: Instrumento Aplicado por la Investigadora (Sánchez; 2016)

La totalidad de los médicos encuestados (30 casos) afirmaron que los pacientes deben recibir información acerca del control del dolor y control de síntomas y ser incentivados para tomar un rol activo. Un 93,33% de los médicos (28 casos) también afirmaron que el paciente debe ser su principal evaluador, siendo la respuesta más frecuente entre ambos grupos de estudio: residentes (16 casos) y especialistas (12 casos).

DISCUSIÓN

El tratamiento del dolor oncológico se basa en el uso racional de analgésicos y coadyuvantes según La Escalera Analgésica propuesta por la OMS. Haciendo uso de la misma como guía metodológica para el tratamiento del dolor, se obtiene el control en el 80% de los casos y el resto se combina con otras terapias.

Para la OMS el consumo de morfina (de uso médico) es un buen indicador del control del dolor asociado al cáncer en los distintos países. Es una condición esencial para el alivio del dolor, un sistema de salud pública que garantice la disponibilidad general de morfina y otros derivados opioides para su administración oral o por otras vías.

Los resultados del estudio revelan que un 80% de los encuestados afirmó tener conocimiento del protocolo para el manejo del dolor oncológico según la OMS, sin embargo el dominio sobre la escalera es insuficiente en cuanto a la aplicación del protocolo según la intensidad, los resultados arrojan que el manejo del dolor severo, un 60% de los encuestados proponen el escalón 3. Hay que destacar que un 26,67% de los encuestados no contestó esta pregunta. Para el manejo del dolor moderado un 66,67% de los encuestados propusieron el escalón 2, destacando que un 30% de los encuestados no contestó esta pregunta y para el manejo del dolor leve un 76,67% de los encuestados propuso el escalón 1 de manejo, Vale la pena precisar que un 20% no contestó esta pregunta, la mayoría no contestadas por especialistas.

La adhesión al protocolo de la OMS es bajo, a pesar de que un alto porcentaje de los encuestados responden aplican el protocolo de la OMS, al momento de aplicarla por escalones, clasificar el dolor, su adecuado tratamiento, la prescripción mayormente de opioides débiles, el no tratamiento en forma reglada, el no tratar el dolor irruptivo, la manejan de manera inadecuada.

Un 80% de los encuestados en este estudio afirmó que prescribe habitualmente morfina, siendo la respuesta más frecuente entre los residentes que los especialistas, resultados que

contrastan con los obtenidos por Píriz y Escuder Núñez (17), destacan que existe un importante desconocimiento por parte de los Médicos acerca del uso de la morfina. La mayoría de los médicos (67%) no emplea morfina en forma habitual por el desconocimiento de la droga y un 27% por los efectos secundarios que provocan.

Cabe destacar que entre los especialistas que negaron prescribir la morfina la razón fue por temor a la depresión respiratoria. Sin embargo un 63,33% de los encuestados afirmó que la morfina oral/inyectable es el tratamiento a elección en el tercer escalón de Analgesia.

Es importante valorar que un 33,33% de los encuestados no contestó si la morfina era el fármaco de elección en el dolor irruptivo. Esto puede ser debido a que no se maneja el término o se desconoce su tratamiento.

En este estudio la escala mayormente utilizada para la valoración del dolor es la escala visual análoga (EVA). La segunda escala más frecuente es la escala numérica y por ultima la escala verbal categórica aplicada mayormente por los especialistas, demostrando con ello que el conocimiento y practica de esta escala sigue siendo la más conocida y utilizada por los médicos que laboran en este hospital. Resultados semejantes a los obtenidos por el Dr J.R. González, C. Barutellb y col, (18) donde el 60% de los médicos afirman medir habitualmente el dolor en la consulta, usando la EVA (68%) seguida de escala verbal simple (EVS) (36%).

Con respecto a la vía de administración de los analgésicos empleados se puede apreciar que es la oral con un 100%, seguida de la endovenosa 80%, en lo que respecta al tipo de analgésico más utilizado por familia fueron los opioides débiles (76,67%). Resultados que son contradictorios con los obtenidos por el Dr J.R. González, C. Barutellb y col (18) que sólo se prescriben un 17% de opiáceos en pacientes con dolor crónico no oncológico y muestran resistencia frente a su uso por los efectos secundarios.

Un 60% de los encuestados negó que la analgesia se prescribe a demanda y un 63,33% prescribe la analgesia en forma reglada. Sin embargo un 90% de los encuestados afirmó

utilizar medicación de rescate. Esto nos indica que ambos grupos que prescriben a demanda o no necesitan medicamento de rescate en la mayoría de las veces.

La totalidad de los encuestados afirmó que ante una respuesta insuficiente al tratamiento, se puede asociar fármacos con distintos mecanismos de acción, monitorizando la respuesta y los efectos.

Los resultados obtenidos por Dr J.R. González, C. Barutellb y col, (18) con respecto a la participación de los pacientes en la evaluación del dolor, son comparables con los obtenidos en este estudio ya que la totalidad de los médicos encuestados afirmaron que los pacientes deben recibir información acerca del control del dolor y control de síntomas y ser incentivados para tomar un rol activo. Un 93,33% de los médicos también afirmaron que el paciente debe ser su principal evaluador.

Existen estudios comparativos sobre uso de Aines, pero no estudios que indicaran el uso de los mismos con respecto al dolor oncológico sin embargo de los objetivos planteados con obtención de resultados satisfactorios fue determinar cuál de los Aines es el más prescrito, donde el primer lugar se encuentran el ketoprofeno 76,67%, en segundo lugar el ibuprofeno 63,33% y en tercer lugar el paracetamol 10%.

De los fármacos coadyuvantes más utilizados el más referido fueron los anticonvulsivantes, los antidepressivos y los corticosteroides respectivamente.

CONCLUSIONES

Un alto porcentaje de los encuestados responden conocer y utilizar el protocolo de la OMS, sin embargo, al momento de aplicarla por escalones, clasificar el dolor, su adecuado tratamiento, la prescripción mayormente de opioides débiles, el no tratamiento en forma reglada, el no tratar el dolor irruptivo, la manejan de manera inadecuada. Por lo cual la adhesión al protocolo es baja.

El estudio reveló que la escala mayormente utilizada para la valoración del dolor es la escala visual análoga (EVA). Un alto porcentaje de los encuestados afirmó que prescribe habitualmente morfina. Los especialistas que se negaron a prescribir la morfina fueron por temor a la depresión respiratoria. Un 50% de los encuestados tratan el dolor irruptivo con morfina, la sumatoria de quienes no tratan el dolor irruptivo sumado a los que no contestaron abarca el otro 50%. Esto puede ser debido a que no se maneja el término o se desconoce su tratamiento.

La vía de administración de los analgésicos empleados predominó la vía oral, seguida de la endovenosa, en lo que respecta al tipo de analgésico más utilizado por familia fueron los opioides débiles. Un alto porcentaje de los encuestados 60% utiliza la prescripción de analgesia de forma reglada como lo establece el protocolo, sin embargo el 40% lo utiliza a demanda, solo cuando el paciente tiene dolor. El 90% utiliza medicación de rescate, tanto del grupo que lo utiliza en forma reglada como a demanda.

La totalidad de los encuestados afirmó que ante una respuesta insuficiente al tratamiento, se puede asociar fármacos con distintos mecanismos de acción, monitorizando la respuesta y los efectos. La totalidad de los médicos encuestados afirmaron que los pacientes deben recibir información acerca del control del dolor y control de síntomas y ser incentivados para tomar un rol activo y también afirmaron que el paciente debe ser su principal evaluador. De los Aines el más prescrito es el ketoprofeno, en segundo lugar el ibuprofeno y en tercer lugar el paracetamol. Los fármacos coadyuvantes más utilizados fueron los anticonvulsivantes, los antidepresivos y los corticoesteroides.

RECOMENDACIONES

Se recomienda establecer nuevos estudios con respecto al conocimiento y manejo del dolor oncológico haciendo énfasis en la aplicación del protocolo de la OMS y sus escalas. Al igual que evaluar el manejo del dolor irruptivo y el uso y prescripción de la morfina y otros opioides fuertes.

Es necesario que el sistema de salud pública garantice la disponibilidad de morfina, y otros derivados opioides factibles de utilizar por distintas vías.

Es indispensable establecer programas de capacitación que incrementen el conocimiento y las capacidades profesionales en el manejo de estos pacientes.

Es necesario establecer la enseñanza del manejo del dolor crónico desde el pregrado y seguir durante el postgrado.

REFERENCIAS

1. Golob AL, Wipf JE. Low back pain. *Med Clin North Am.* 2014; 98:405-428. PMID: 24758954 .Disponible en: www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24758954
Fecha de consulta 12 de Agosto 2016.
2. Plano V. Guidelines for Neuropathic Pain Management in Patients with cancer. A European Survey and Comparison. *Pain Practice.* Disponible: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23067004>. Fecha de consulta 13 de Enero 2016.
3. Lüllman H., Mohr K., Ziegler A. Atlas de Farmacología. Barcelona, España. Ediciones Científicas y Técnicas. 1992. Pp consultadas: 180-183.
4. Cadavid, A. y cols. Fundamentos de Medicina, *Dolor y cuidados Paliativos* (cap. 3, 5, 9, 24). Colombia: Corporación para Investigaciones Biológicas. 2005. Disponible <http://www.unisabana.edu.co/fileadmin/dolorcuidadospaliativos.pdf>. Fecha de consulta 20 de septiembre 2015.
5. Páeiele, C., Bilbeny, N., El dolor, aspectos básicos y clínicos. España: Mediterráneo (1997) (cap. 6, 17, 18) pp. consultadas 8 a 21
6. Gómez Sancho y cols. Avances en cuidados Paliativos, vol. 2, 2003. cap. 35, 36, 37. pp revisadas 6 a la 48.
7. C. Pardo a, T. Muñoz b, Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias. Monitorización del dolor. Recomendaciones del grupo de trabajo de analgesia y sedación. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0210569106745521>. Fecha de consulta 11 de nov 2015
8. Catalá E et al. Tratamiento del dolor en el paciente oncológico: visión integral. 2º edición. Ed Saned SL, 1994. Pp. consultadas 64 a la 68.

9. López R. y cols. Pontificia Universidad católica de Chile. Manual de Medicina Paliativa. Disponible en: <http://www.cuidadospaliativos.org/guias-enfermeia/medicinapaliativafinal.pdf> . Fecha de consulta 14 de Diciembre 2015
10. Furlan AD, Sandoval JA, Mailis-Gagnon A, et al. - Opioids for chronic pain: a meta-analysis of effectiveness and side effects. CMAJ 2006; Disponible: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16717269> .Fecha de consulta 14 de nov 2015.
11. J Pain Symptom Manage .Historia de los orígenes de la escalera analgésica de la OMS. Meldrum M. The ladder and the clock: cancer pain and public policy at the end of the twentieth century. 2005. Pp consultadas 2 a la 8.
12. Aliaga L, Baños JE, Barutell C, Molet J. Tratamiento del dolor. Teoría y práctica. Editorial Permanyer 2002. Pp consultadas 23 a la 33 - 115 a la 123 y 127 a 129
13. MINSAL Guía Clínica Alivio del dolor por Cáncer Avanzado y Cuidados Paliativos. (2005). Disponible en: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/72213ed52c2723d1e04001011f011398.pdf> Fecha de consulta 18 Enero 2016. Pp consultadas: 26-31-65.
14. G. W. Hanks, F. DE Conno, N. Cherny, M. Hanna y col. Morfina y opiáceos alternativos para el tratamiento del dolor oncológico.Medicina paliativa vol. 9 .2002 aráneediciones, s.l .Disponible: <http://docplayer.es/6098572-1134-248x-2002-9-1-pp-22-med-pal-madrid-medicina-paliativa-vol-9-n-o-1-22-29-2002-copyright-2002-aran-ediciones-s-l.html>
15. P. Bader, D. Echte, V. Fonteyne, K. Livadas, G. De Meerleer, A. Paez Borda, E.G. Papaioannou, J.H. Vranken. Guía clínica sobre el tratamiento del dolor © European Association 2010. Pp consultadas 1186 a la 1196.

16. Organización Mundial de la Salud, Alivio del dolor en el Cáncer, con una guía (1996) Pp. 4,11,13,24) Disponible: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/41854/1/9243544829.pdf>
17. Prof.Gabriel a Píriz Álvarez y Pedro Escuder Núñez. Publicado en la Rev Med Uruguay 2004; Recibido: 7/8/03. Aceptado: 20/2/04. Dolor oncológico: un problema no resuelto Encuesta a médicos residentes del Hospital Maciel, Montevideo-Uruguay. Disponible: <http://www.smu.org.uy/publicaciones/rmu/2004v1/art-5.pdf> Fecha de consulta Agosto 2015.
18. J.R. González-Escalada, C. Barutellb, col. Publicado en Rev Soc Esp Dolor. 2009; Creencias, actitudes y percepciones de médicos, farmacéuticos y pacientes acerca de la evaluación y el tratamiento del dolor crónico no oncológico Disponible: www.elsevier.es/es-revista-revista-sociedad-espanola-del-dolor-289creencias-actitudes-percepciones-medicos-farmacuticos-13134857. Fecha de Consulta Agosto 2015.

(ANEXO A)
OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Objetivos específicos	Variables	Dimensiones	Indicadores
Describir el conocimiento de los médicos respecto a las pautas internacionales promulgadas por la OMS para el tratamiento del dolor en el paciente oncológico	Pautas internacionales promulgadas por la OMS para el tratamiento del dolor en el paciente oncológico	Conoce	Si - No
		No conoce	
Caracterizar la aplicación del protocolo según la OMS en el manejo del dolor oncológico	Protocolo para el manejo del dolor oncológico según la OMS	Escalon 1 Analgésicos no opioides + coanalgesicos	Si - No
		Escalon 2 Opioides débiles+ coanalgesicos+ escalon 1	
		Escalon 3 Opioides potentes + coanalgesicos + escalon 1	
		Escalon 4 Métodos invasivos + escalon 1	
Identificar el conocimiento de los médicos respecto a la morfina y a su uso en la práctica clínica	Uso de la Morfina	Prescripción	Si - No Razón
		Escalón OMS	
		Dolor irruptivo	
Conocer la escala de evaluación del dolor más aplicada en la práctica en los pacientes oncológicos	Escala para la valoración del dolor	EVA	Si - No
		Escala Numérica	
		Verbal categórica	
		Otra	
Identificar los aspectos en cuanto a la vía de administración, naturaleza de los analgésicos, prescripción y uso de analgesia de rescate en el manejo del dolor oncológico	Vía de administración	Subcutáneo	Si - No
		Oral	
		Dérmico	
		EV	
	Naturaleza de los analgésicos	Analgésicos no opioides	
		Analgésicos no opioides + coanalgesicos.	
		Opioides débiles	
	Prescripción	Opioides fuertes	
		A demanda	
	Analgesia de rescate	En forma reglada	
Uso			
Determinar cuál es el Aines es el más prescrito	Medicamentos analgésicos	Respuesta insuficiente	Si - No
		Paracetamol	
		Ibuprofeno	
		Naproxeno	
		Ketoprofeno	
Otro ¿Cuál?			
Identificar los medicamentos coadyuvantes mayormente usados como analgesia complementaria	Medicamentos coanalgésicos	Psicotrópicos	Si - No
		Antidepresivos	
		Anticonvulsivantes	
		Corticosteroides	
Especificar la información al paciente y su incentivo para que tome un rol activo en cuanto al manejo del dolor	Rol del paciente	Rol activo del paciente	Si -No
		El paciente como evaluador	

(ANEXO B)

Estimado colega, el presente instrumento está diseñado con el fin de diagnosticar la situación actual en cuanto al manejo del dolor oncológico en el personal médico que labora centro asistencial Hospital Oncológico Dr. Miguel Pérez Carreño, año 2016.

Muchas Gracias.

Instrucciones:

Lea cuidadosamente cada uno de los ítems presentados en el instrumento. Responda todos los ítems para que exista mayor confiabilidad en los datos recabados. En cada ítem que se presenta Ud. debe seleccionar solamente una alternativa, marcando con una equis (X), de acuerdo a su experiencia. Le recuerdo que la información es totalmente anónima y que ante cualquier duda consulte con el encuestador.

INSTRUMENTO

Iniciales de su nombre y apellido seguido de su edad (JP35)	Profesionalización		Res
			Esp
1. ¿Aplica ud el protocolo para el manejo del dolor oncológico según la OMS?	Si	No	
Escalones para el manejo del dolor oncológico (OMS)	<small>Escalón 1: Analgésicos no opioides + coanalgesicos</small>		
	<small>Escalón 2: Opioides débiles+ coanalgesicos+ escalon 1</small>		
	<small>Escalón 3: Opioides potentes + coanalgesicos + escalon 1</small>		
	<small>Escalón 4: Métodos invasivos + escalon 1</small>		
2. Según el nivel de dolor oncológico qué escalón propone ud para manejarlo			
Dolor severo			
Dolor moderado			
Dolor leve			
3. ¿Prescribe habitualmente morfina?	Si	No	
Si contestó No, ¿por qué no la emplea? (Puede marcar más de una opción)			
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):			
4. ¿La morfina oral/inyectable es el tratamiento a elección en el tercer escalón de Analgesia?	Si	No	
5. ¿La morfina es el fármaco de elección en el dolor irruptivo?	Si	No	
6.- Qué escala utiliza mayormente para la valoración del dolor (Marque con una X)			
EVA			
Escala Numérica			
Verbal categórica			
Otra			

7. En el manejo del dolor oncológico especifique los siguientes aspectos en cuanto a los medicamentos analgésicos empleados:			
4.a Vía de administración (Solo 2)		4.b Más Utilizados (Sólo 2)	
Subcutáneo		Analgésicos no opioides	
Oral		Analgésicos no opioides + coanalgesicos.	
Dérmico		Opioides débiles	
EV		Opioides fuertes	
8. Cuando prescribe analgesia lo hace: (Marque con una X)			
A demanda (cuando el paciente siente dolor)			
En forma reglada (a intervalos fijos, aun cuando el paciente no tenga dolor)			
9. ¿Usa medicación de rescate?		Si	No
10. Ante una respuesta insuficiente al tratamiento, ¿Se puede asociar fármacos con distintos mecanismos de acción, monitorizando la respuesta y los efectos?		Si	No
11. ¿Cuál de los Aines utiliza con más frecuencia? (Marque con una X)			
1.- Paracetamol			
2.- Ibuprofeno			
3.- Naproxeno			
4.- Ketoprofeno			
5.- otro ¿Cuál?			
12 ¿Cuál de los fármacos coadyuvantes utiliza con más frecuencia? (Marque con una X)			
1.-psicotrópicos			
2.- antidepresivos			
3.- anticonvulsivantes			
4. corticosteroides			
13. ¿Los pacientes deben recibir información acerca del control del dolor y control de síntomas y ser incentivados para tomar un rol activo?		Si	No
14. El paciente debe ser su principal evaluador.		Si	No