



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE QUÍMICA

**PROPUESTA DE INTEGRACIÓN DEL FARMACÉUTICO EN EL
SERVICIO DE CUIDADOS PALIATIVOS EN UN HOSPITAL DE TERCER
NIVEL**

TESIS

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
QUÍMICO FARMACÉUTICO BIÓLOGO**

PRESENTA

JORGE ALBERTO TALAVERA SALVATIERRA



MÉXICO, D.F.

2015



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

JURADO ASIGNADO:

PRESIDENTE: Helgi Helene Jung Cook.
VOCAL: María de Lourdes Beatriz Mayet Cruz.
SECRETARIO: Silvia Rosa Allende Pérez.
1er. SUPLENTE: Hernán Isaac Cortés Andrade.
2° SUPLENTE: Sandra Rivera Roldán.

**SITIO DONDE SE DESARROLLÓ EL TEMA: INSTITUTO NACIONAL DE
CANCEROLOGÍA. AV. SAN FERNANDO NO. 22, COL. SECCIÓN XVI. MÉXICO, D.F., C.P.
14080.**

M. EN BIOÉTICA. SILVIA ROSA ALLENDE PÉREZ

ASESORA DE TESIS

JORGE ALBERTO TALAVERA SALVATIERRA

SUSTENTANTE

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
MARCO TEÓRICO	3
1. Cáncer.	3
1.1. Epidemiología.	3
1.1.1. Nivel mundial.	4
1.1.2. Nivel nacional.	4
1.2. Diagnóstico	5
1.3. Pronóstico	5
2. Cuidados Paliativos	6
2.1. Definición y filosofía	6
2.2. Bases de la terapéutica paliativa.	7
2.3. Principios Básicos.	8
3. Dolor	10
3.1. Fisiopatología.	11
3.2. Medición.	11
3.3. Diagnóstico.	11
3.4. Síndromes dolorosos por cáncer.	12
3.5. Control farmacológico del dolor por cáncer en Cuidados Paliativos.	13
3.6. Escalera analgésica de la OMS.	13
4. Opioides	14
4.1. Clasificación	14
4.2. Morfina.	15
4.3. Programas de minimización de riesgos en el uso de opioides.	16
4.4. Legislación en México.	18
5- Atención farmacéutica.	19
5.1. Elementos de la Atención Farmacéutica.	19
5.1.1. Dispensación.	19
5.1.2. Consulta farmacéutica.	20

5.1.3. Seguimiento farmacoterapéutico.	20
5.1.3.1. PRM y RNM.	20
5.1.4. Educación sanitaria.	21
6. Rol del farmacéutico en Cuidados Paliativos.	21
Justificación	22
Metodología	23
Resultados	25
Análisis de resultados	49
Conclusiones	59
Áreas de oportunidad	60
Propuesta de plan.	61
Evaluación	69
Referencias	70
Anexo 1	73
Anexo 2	74
Anexo 3	75
Anexo 4	76
Anexo 5	87
Anexo 6	79
Anexo 7	80
Anexo 8	82
Anexo 9	83
Anexo 10	85

INTRODUCCIÓN.

El dolor se define como una experiencia sensorial y emocional desagradable, relacionada con daño tisular actual o potencial, o descrito en términos de dicho daño. El dolor crónico es un problema de los pacientes con cáncer, ya que hasta un 33% de éstos continúa presentándolo después del tratamiento curativo. Los tumores son la principal causa del dolor a lo largo de la historia natural de la enfermedad aunque éste puede controlarse eficazmente hasta en un 90% de los casos de dolor por cáncer.

Los cuidados paliativos son la rama de la medicina que se encarga de prevenir y aliviar el dolor y el sufrimiento así como brindar la mejor calidad de vida posible a pacientes que padecen de una enfermedad grave y que compromete su vida, tanto para su bienestar así como el de su familia. Esto se logra gracias a la ayuda de un equipo multidisciplinario que desde los diferentes conocimientos de cada profesión, le pueden otorgar al paciente una atención integral.

Los fármacos opioides son utilizados en el servicio de Cuidados Paliativos para aliviar el dolor, siendo la morfina el medicamento de elección para este fin. Sin embargo, uno de los problemas con que se encuentra el servicio, es que este medicamento se encuentra rodeado de mitos, lo que impide el adecuado manejo del paciente oncológicos ya que la adherencia terapéutica se ve afectada por estas creencias que se encuentran presentes tanto en pacientes, como en médicos y enfermeras, eslabones indispensables en cualquier sistema de salud.

El farmacéutico es un profesional sanitario que no se ve contemplado en el sistema de salud mexicano, sin embargo, éste puede aportar a los diferentes servicios hospitalarios información referente a medicamentos, apoyar y desarrollar investigaciones donde estén involucrados éstos y basándose en datos clínicos de los pacientes, intervenir en las decisiones del equipo de salud sobre la farmacoterapia del enfermo.

El presente trabajo tiene como objetivo proponer un plan donde el farmacéutico, como integrante del equipo multidisciplinario de Cuidados Paliativos, desarrolle estrategias que les permitan a los pacientes y al equipo de salud conocer más acerca de los medicamentos opioides, disminuyendo los mitos y riesgos asociados a éstos para favorecer la prescripción y la adherencia terapéutica.

MARCO TEÓRICO

1. Cáncer

El cáncer es el resultado de una variada gama de afecciones con una característica común que es la multiplicación anárquica de células, con tendencia invasora, sin que el proceso tenga una etiología precisa, pero con un carácter maligno evidente.

El fenómeno de malignidad tiene una serie de características que lo definen:

- Hay un fallo de la organización celular normal.
- La organización histológica es anormal.
- Se produce un aumento de la proliferación celular.
- Hay una invasión de los tejidos normales.

El proceso evolutivo en el que se van superando etapas hasta la aparición de una neoplasia maligna se llama carcinogénesis. En la actualidad se acepta la existencia de 3 niveles en este proceso:

- Iniciación. Ocurre intracelularmente por la acción de agentes biológicos o físicos que alteran de forma irreversible la estructura heredable de la célula.
- Promoción. Se caracteriza por la expansión reversible de la población iniciada y la alteración reversible de la expresión genética.
- Progresión tumoral. Se caracteriza por la existencia de una neoplasia, sea benigna o maligna claramente establecida de forma irreversible.

Finalmente, se conoce como metástasis a los tumores secundarios resultados de la migración de células tumorales malignas, desde el tumor primario hacia otros lugares del organismo. La metástasis tumoral es la causa más frecuente de fracaso terapéutico en el paciente oncológico. (Muñoz, 2011).

1.1. Epidemiología

El cáncer es un problema de salud pública mundial de primer orden y representa la segunda causa de muerte en los países desarrollados, seguido de las enfermedades cardiovasculares. Sin embargo, las muertes por enfermedades cardiovasculares han disminuido, mientras que las muertes por cáncer están aumentando, y se prevé que en los próximos años será la principal causa de muerte.

1.1.1. Nivel mundial

La probabilidad de que una persona padezca cáncer es dependiente de su edad. Durante el periodo comprendido entre el nacimiento y los 39 años de edad, 1 de cada 58 hombres y 1 de cada 52 mujeres padecerán cáncer, para periodo entre 40 y 59 años de edad, de cada 13 hombres y 1 de cada 11 mujeres; y para el periodo entre los 60 y 79 años, 1 de cada 3 varones y 1 de cada 4 mujeres (Muñoz, 2011). En Estados Unidos de América, se estima que en el año 2015, cerca de 589,430 personas morirían a causa de cáncer y que 1,658,370 nuevos casos serán diagnosticados. En España, se estima que fallecen unas 80,000 personas al año por esta enfermedad.

Otros tumores tienen alta incidencia en determinadas áreas geográficas, haciendo del cáncer una enfermedad multifactorial ya que los factores dietéticos, sociales, culturales, infecciosos o de tipo ambiental afectarán el desarrollo de esta enfermedad de tal modo que el cáncer se responsabiliza del 22% de la mortalidad global. Como ejemplos, el cáncer gástrico tiene una alta incidencia en Japón, esto asociado a su dieta rica en alimentos salados y ahumados, el cáncer de cérvix es de alta incidencia en Brasil, debido a los contagios frecuentes por el virus del papiloma humano y finalmente las leucemias y los linfomas en Hiroshima, Nagasaki y Chernovil, debido al holocausto atómico y accidentes nucleares. (Muñoz, 2011)

1.1.2 Nivel nacional.

El cáncer es la tercera causa de muerte en México, y representa una de las causas de morbimortalidad más importantes. Para el año 2020, se calcula que en el mundo habrá 10.3 millones de muertes por cáncer, de las cuales 833 mil corresponderán a América Latina y el Caribe (Secretaría de Salud, 2011). El cáncer de pulmón es responsable del mayor número de muertes por cáncer en la población mexicana. En las mujeres los principales tipos de cáncer que causan la muerte de las pacientes correspondiendo al de mama, cervicouterino y de pulmón, seguidas por el de colon y cáncer gástrico. En hombres, el cáncer de próstata resulta ser el de mayor prevalencia, seguido por cáncer hepático, el gástrico y el de colon; sin embargo el

de pulmón es el de mayor causa de mortalidad debido a su alta letalidad. (Allende, 2014)

Finalmente, el INEGI reportó que en 2012 el número total de muertes por diversas causas fue de 602,354 personas y en lo que respecta a tumores malignos, el número de muertes fue de 78,352 personas, lo que equivale al 13.01% de las muertes en el país.

1.2. Diagnóstico.

El cáncer representa una amplia cantidad de situaciones patológicas, cada una de las cuales se caracteriza por un patrón biológico específico siendo indispensable diagnosticar el tipo de tumor que el paciente presenta para poder diseñar un programa terapéutico adecuado.

La clínica oncológica implica el estudio detenido de la enfermedad hasta llegar a un diagnóstico anátomo-patológico. Ante la sospecha clínica de neoplasia, se plantea en primer lugar el diagnóstico topográfico para intentar averiguar la localización anatómica del tumor. Una vez localizado, se realiza el diagnóstico patológico cuyo objetivo es certificar la malignidad de la lesión y el tipo histológico al que pertenece y por último, se lleva a cabo el diagnóstico de extensión, con el que se valoran todas y cada una de las posibles localizaciones ganglionares o viscerales del tumor. (García, 2000) Para el diagnóstico topográfico y el de extensión, se utilizan técnicas que van desde la exploración física y métodos de imagen hasta la Tomografía Axial Computarizada (TAC) y Resonancia Magnética Nuclear (RNM). El diagnóstico patológico se lleva a cabo mediante la biopsia, paso crucial en el diagnóstico oncológico. (Muñoz, 2011)

1.3. Pronóstico.

El pronóstico de la enfermedad dependerá de diferentes factores los cuales son un conjunto de síntomas, signos, hechos o fechas que informan sobre el posible futuro de un enfermo, futuro referido a la supervivencia global o respuesta terapéutica, al intervalo libre de recaída o a una complicación. El conocimiento de los factores pronósticos permite definir la historia natural de una enfermedad con mayor

precisión. Estos factores pueden dividirse en tres: 1) los relacionados al paciente que son el tipo de síntomas, edad, sexo, estado inmunitario, 2) estado psicológico y 3) estado general del paciente. Para medir el estado general del paciente se utilizan diferentes escalas, como la escala Karnofsky (Anexo 1) cuyo objetivo es determinar la capacidad de un paciente para llevar a cabo las actividades de la vida diaria y definiendo la calidad de vida más que la cantidad. (Rubin, 2003)

2. Cuidados Paliativos

2.1 Definición y filosofía.

A lo largo de la vida de los seres humanos, la enfermedad es una situación de suma importancia y en muchos casos extenuante. El dolor y sufrimiento que trae consigo constituye un tema universal que acompaña al ser humano a lo largo y ancho de la historia. Cuando un ser humano tiene que enfrentarse a una enfermedad terminal, debe afrontar una serie de cambios en su vida, al igual que su familia y deberá adaptarse a una nueva vida que posiblemente no tenga nada que ver con su situación laboral, social, familiar y espiritual anterior. (Rojas, 2011)

La medicina paliativa o los cuidados paliativos provienen del latín *pallium*, que significa “capa, tapar, encubrir y mitigar” cuando ya no es posible curar, por tanto, en alusión a su etimología, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha propuesto la siguiente definición:

“Los cuidados paliativos mejoran la calidad de vida de los pacientes y las familias que se enfrentan con enfermedades amenazantes para la vida, mitigando el dolor y otros síntomas y proporcionando apoyo espiritual y psicológico desde el momento del diagnóstico hasta el final de la vida y durante el duelo”. (Fuentes, 2014)

Los cuidados paliativos tienen las siguientes características que benefician al enfermo y a su familia:

- Alivia el dolor y otros síntomas angustiantes.
- Integra los aspectos psicológicos y espirituales en el cuidado del paciente.

- Ofrecen un sistema de apoyo para ayudar a los pacientes a vivir tan activamente como sea posible hasta la muerte.
- Ofrecen un sistema de apoyo para ayudar a la familia a adaptarse durante la enfermedad del paciente y en su propio duelo.
- Utilizan un enfoque de equipo para responder a las necesidades de los pacientes y sus familias, incluido el apoyo emocional en el duelo, cuando esté indicado.
- Mejoran la calidad de vida y pueden también influir de forma positiva en el curso de la enfermedad.

En la actualidad el modelo que se utiliza es el de cuidados paliativos al final de la vida de los pacientes; sin embargo, los cuidados paliativos deberían instaurarse desde un inicio, al momento del diagnóstico y de manera conjunta con los tratamientos curativos. (Allende, 2014).

Es necesario promover la filosofía de los cuidados paliativos la cual consiste en aliviar los síntomas, facilitar el respeto a la voluntad del paciente, permitiéndole resolver sus conflictos internos y no interfieren en el proceso natural de morir, es decir, no alarga ni corta la vida del paciente sino que afirma la vida y considera la muerte como un proceso normal. (Rojas, 2011).

2.2 Bases de la terapéutica paliativa.

La *Sociedad Española de Cuidado Paliativos* (SECPAL) recomienda tener como base terapéutica en Cuidado Paliativos los siguientes puntos:

- Atención integral. Significa contemplar al individuo como un todo completo, teniendo en cuenta las distintas dimensiones del ser humano que son: biológicas, psicológicas, sociales, culturales y espirituales.
- Enfermo y familia son la unidad a tratar. La familia forma un binomio inseparable con el enfermo, es imposible cuidar al paciente si no se tiene en cuenta a la familia, ya que es el núcleo fundamental de apoyo del enfermo.
- Promoción de la autonomía y dignidad. Las medidas terapéuticas a adoptar deben ser discutidas con el enfermo y su familia, sólo el paciente nos indicará

lo que quiere y puede en los distintos momentos de evolución de la enfermedad, aunque a veces resulte difícil reconocer lo que el paciente desea y necesita.

- Concepción terapéutica activa. Cuando un paciente enfrenta una enfermedad terminal hay muchas cosas que hacer por él y así se debe transmitir. En primer lugar, informarle de lo que le ocurre si es lo que desea, lo que lleva tiempo y dedicación. Educarlo en su cuidado, aparte de aportarle nuestros cuidados, aliviarle el dolor, darle el mayor confort posible. De esta forma, se le está proporcionando una terapéutica activa de forma que esto impide que profesionales y pacientes creen que ya no hay nada más que hacer. (Rojas, 2011).

2.3. Principios básicos.

La calidad de vida de los pacientes en fase terminal de su enfermedad puede mejorarse si se tiene en cuenta los principios básicos de los cuidados paliativos, que son:

- Control de síntomas. Los síntomas o problemas que aparecen en los enfermos en fase terminal tienen componentes físicos, emocionales, sociales y espirituales que deben ser identificados. A este conjunto de factores se le llama dolor total, término utilizado para explicar que de no ser aliviado, es capaz de convertirse en el centro de la vida de un ser humano porque contiene componentes emocionales, físicos, sociales y espirituales. (Astudillo, 1998) Antes de empezar a tratar hay que hacer una valoración sobre los síntomas, además de la causa, se debe valorar intensidad, impacto físico-emocional y factores que provoquen o aumenten cada síntoma, tomando medidas farmacológicas y no farmacológicas para el alivio de los mismos.
- Apoyo emocional y comunicación. El paciente puede presentar miedo al dolor, al futuro, al no saber. La familia puede mostrar preocupación, cansancio, incertidumbres y por último el equipo de cuidados paliativos manifiesta preocupación y cansancio, aunque de manera disimulada. La

comunicación e información con el paciente debe ser franca y sin barreras. En general, el paciente suele estar poco y mal informado, esto hace que no haya una buena comunicación. Ante la demanda de información por parte del paciente y de los familiares, el equipo deberá informar, informar e informar.

- Organización flexible. La falta de descanso disminuye la tolerancia al dolor y si éste ya existe, se ve incrementado. Uno de los objetivos del equipo de cuidados paliativos debe ser proporcionar al paciente hospitalizado un entorno que propicie el descanso y respete los periodos de sueño. No se debe olvidar que la familia constituye un binomio inseparable con el paciente, el horario de visitas debe favorecer que se sienta apoyado y unido a su núcleo familiar e incluso permitir que un familiar esté todo el tiempo con él. (Viéitez de Prado, 2001)
- Equipo interdisciplinario. Los cuidados paliativos van dirigidos al individuo teniendo en cuenta su integralidad, es esencial entender que una intervención terapéutica que tenga como objetivo a la persona, debe concebirse como capaz de actuar en toda su compleja pluridimensionalidad, función que no puede ser dispensada por una sola persona. Debe existir un equipo multidisciplinario donde interaccionen las diferentes disciplinas y profesionales. Un equipo multidisciplinario básico debe incorporar un espectro de cuidados a nivel médico, de enfermería, psicológico, social, cultural y espiritual. Sin embargo, a medida que el servicio lo requiera, el equipo puede ser mayor para cubrir las necesidades que vayan surgiendo, por lo que también pueden incluirse fisioterapeutas, farmacéuticos, terapeutas ocupacionales, trabajadores sociales, etc. Estos profesionales permiten que los límites entre ellos se borren de manera que puedan interaccionar y compartir criterios y objetivos comunes entre los que debe estar el confort y la calidad de la vida del paciente. Sin embargo, para que los profesionales involucrados puedan entenderse se debe tener un lenguaje común permitiendo a todos los miembros del equipo compartir aquellos

aspectos o problemas que consideren más importantes para ofrecer sus cuidados.

En el servicio de Cuidados Paliativos, el manejo debe estar basado en la identificación temprana de las necesidades del paciente y su familia por medio de la evaluación adecuada del estado del paciente y sus síntomas, para implementar un tratamiento integral destinado al alivio del dolor y otros problemas físicos, psicosociales y espirituales, siempre abordados por el trabajo en conjunto del equipo interdisciplinario. (Fuentes, 2014)

3. Dolor.

El dolor es una experiencia individual subjetiva influenciada por factores emocionales, cognitivos, de memoria, sociales y espirituales. Por esta razón, el dolor puede percibirse de múltiples formas. A diferencia de otras experiencias sensoriales, el dolor no proporciona información del exterior sino del propio cuerpo; es un mecanismo de defensa que alerta al individuo sobre cualquier tipo de lesión tisular y que provoca que se retire del estímulo dañino para evitar o disminuir la agresión; sin embargo, la magnitud de la agresión no siempre se relaciona con la intensidad del dolor que percibe. Su importancia clínica radica en que representa el motivo del 80-90% de las consultas médicas por lo que su definición es fundamental. La definición más aceptada es la proporcionada por la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) que lo define como “una sensación desagradable y una experiencia emocional en respuesta a una alteración real o potencial de los tejidos, o descrita en estos términos”. (Vázquez, 2014)

3.1. Fisiopatología.

La nocicepción se refiere al proceso neurológico por medio del cual se codifica un estímulo dañino. En términos anatómicos, el dolor es transmitido y modulado en tres niveles: nociceptor periférico, la médula espinal y el cerebro; por otro lado, desde el punto de vista fisiológico se divide en tres etapas: *transducción*, en la cual un estímulo nocivo externo es transformado en actividad electrofisiológica; *transmisión*,

por medio de la cual dicha información se traslada a la médula espinal, tallo cerebral y tálamo; y por último la *percepción*, en la cual las conexiones entre el tálamo y corteza cerebral integran la respuesta al dolor. (Vázquez, 2014)

3.2. Medición del dolor.

Los procedimientos desarrollados para evaluar el dolor pueden ser clasificados en tres grandes categorías:

- I. Métodos verbales. Dentro de este modelo se pueden distinguir dos tipos
 - *Modelos unidimensionales* que consisten en escalas verbales, escalas numéricas y escalas análogas visuales. Estos modelos se utilizan para conocer el tipo de dolor en el paciente, sin embargo la principal limitación de éstas reside en el riesgo elevado de una excesiva simplificación en el establecimiento del problema del dolor.
 - *Modelos multidimensionales* que incluyen todas aquellas escalas desarrolladas de manera específica para la evaluación de los distintos aspectos relacionados con el dolor. La desventaja de estas pruebas son el elevado costo y la posible confusión por parte de la persona que lo conteste.
- II. Métodos conductuales. Existen muchas conductas claramente indicadoras de la experiencia dolorosa como son quejas, muecas posturas corporales y diversas expresiones faciales. El evaluador debe observar si se han puesto en manifiesto, conjuntamente con su duración, frecuencia e intensidad.
- III. Métodos fisiológicos. La medición de la respuesta fisiológica al dolor como índice puede llevarse a cabo mediante estudios de activación emocional ante el dolor, patrones electromiográficos, determinar péptidos opioides endógenos que disminuyen durante el dolor, determinación de catecolaminas, cortisol y hormona antidiurética, entre muchos otros más. (Gómez,2011)

3.3. Diagnóstico.

La evaluación del dolor es una práctica de suma importancia y requiere un proceso estructurado, una buena habilidad para escuchar y gran ojo clínico por lo que es

conveniente utilizar un proceso con las características a evaluar que incluyen los siguientes rubros:

- ✓ Antigüedad. Describe el patrón temporal del dolor, es decir, cuándo y cómo se inició, la duración, variaciones y horarios específicos.
- ✓ Localización. El sitio del dolor ayuda a establecer la causa del mismo y determinar si es un dolor de origen somático o visceral.
- ✓ Irradiación o Propagación. El dolor puede permanecer circunscrito a su sitio de origen o extenderse en zonas más o menos lejanas.
- ✓ Carácter. Es el conjunto de rasgos o características con que se presenta el dolor y que permite distinguir su mecanismo o fisiopatología.
- ✓ Intensidad. Debido a que el dolor es subjetivo, la medición de la intensidad dependerá casi por completo de la percepción del paciente, por lo que son útiles escalas y cuestionarios para determinar la intensidad del dolor.
- ✓ Atenuación o agravamiento. Suelen existir factores que mejoran o agravan el dolor y que los pacientes aprenden a identificar; por tanto, para formular un diagnóstico correcto es importante investigar sobre el contexto en el que se inicia o alivia el dolor, evaluar la actitud del paciente ante éste y, de ser posible, explorar maniobras de provocación pertinentes. (Vázquez, 2014).

3.4. Síndromes dolorosos en cáncer.

Los síndromes dolorosos asociados al cáncer pueden agruparse en dos grandes grupos: *Síndromes dolorosos agudos*, habitualmente derivados de las maniobras terapéuticas y los *síndromes dolorosos crónicos*, habitualmente derivados de la propia enfermedad oncológica o del tratamiento quimioterapéutico.

Los síndromes dolorosos crónicos pueden dividirse en:

Dolor somático que se presenta cuando existe una lesión en regiones inervadas por el sistema nervioso somático (localizado en la superficie corporal).

Dolor neuropático. Aparece como consecuencia directa de una lesión o enfermedad que afecta al sistema somatosensorial. Este daño nervioso puede tener múltiples causas como las isquemias, infecciones, traumatismos, cáncer o sustancia

químicas. Se identifican tres síntomas principales para referir un dolor neuropático: dolor espontáneo, dolor provocado y sensaciones que no inducen dolor.

Dolor visceral. Tiene su origen en las vísceras del cuerpo, donde existen receptores sensibles a estímulos como isquemias, distensión de una víscera hueca o espasmos. Otro aspecto a resaltar es que la mayoría de las veces el dolor visceral se percibe en alguna parte del cuerpo alejada del sitio donde se originó.

Dolor psicogénico. Es un síntoma de conversión psíquica consecuencia de un mecanismo de defensa que traduce un malestar psicológico en una sensación física dolorosa. El paciente lo describe de una forma exagerada y en discordancia con la ausencia de signos clínicos y la invalidez provocada. Suele acompañarse por alteraciones del sueño, irritabilidad y ansiedad.

3.5. Control farmacológico del dolor por cáncer en Cuidados Paliativos.

Se considera que las dos terceras partes de los pacientes con neoplasias malignas en el planeta son incurables, el dolor es el síntoma más frecuente, este reduce la calidad de vida, destruye las oportunidades laborales, devasta las familias, produce pérdidas financieras e incrementa los costos de la salud por lo que el alivio de este síntoma por acciones farmacológicas es sumamente importante para mejorar la calidad de vida del paciente. (Infante, 2004)

3.6. Escala analgésica de la OMS.

Este método se basa en el uso sistemático de agentes opioides, no opioides y adyuvantes administrados con horario y en una secuencia. Con estas medidas se permite aliviar el dolor en un 85 a 90% de los pacientes. (Anexo 2)

El primer peldaño consiste en usar un medicamento no opioide. Si no hay mejoría, habrá que subir un peldaño, que indica el añadir un opioide contra el dolor leve a moderado. Si la combinación anterior no mejora al paciente, se llega al último peldaño, donde debe utilizarse un opioide para el dolor moderado a severo. Cuando esté indicado, se administrarán fármacos coadyuvantes. Si algún medicamento deja de ser eficaz, no se debe recurrir a otro de potencia análoga, por ejemplo, pasar de

codeína a dextropropoxifeno, sino prescribir un producto que sea más potente como la morfina o la metadona (Bautista, 2010)

4 Opioides.

La palabra opio es un vocablo griego que significa jugo. El opio se extrae de la amapola, nombre popular del *Papaver somniferum*, una de las especies de la familia *Papaveraceae* cuyas preparaciones curativas se utilizan desde hace mucho siglos. Los opioides se utilizan como analgésicos en el tratamiento del dolor oncológico y del dolor no oncológico.

4.1. Clasificación.

Los opioides se denominan analgésicos centrales y se clasifican en tres subcategorías:

a) Naturaleza química.

- Opioides naturales. Son alcaloides que se derivan del opio y de acuerdo con su origen químico pueden dividirse en fenantrenos y bencilisoquinolina.
- Opioides semisintéticos. Se producen mediante la modificación parcial de un alcaloide de origen natural.
- Opioides sintéticos. Tienen como característica un núcleo fenantreno de la morfina, pero todos se sintetizan.

b) Unión con receptores (funcional)

Esta clasificación está determinada por la capacidad de unión intrínseca de cada uno de ellos con su receptor. Esta clasificación se divide en cuatro grupos.

- Agonistas puros. (Morfina). Tienen un comportamiento agonista selectivo sobre receptores Mu (μ), receptor que se encarga de la analgesia y la sedación.
- Agonistas-antagonistas. (Nalorfina). Estos opioides tienen la capacidad de actuar en más de un tipo de receptor opioide, como en el μ y el κ (kappa), con la particularidad de que en este último, encargado de modular la analgesia, la sedación y la disnea, se comportan como agonistas, en tanto

que en el otro receptor se comportan como agonistas parciales o como antagonista.

- Agonistas parciales. (Buprenorfina). Tienen acción sobre los receptores μ , pero con menor eficacia comparados con los agonistas puros. Cuando se administra en forma exclusiva producen analgesia, pero tienen un límite que se conoce como efecto techo.
- Antagonistas puros. (Naloxona) Son opioides que muestran gran afinidad por los receptores opioides, pero carecen de actividad intrínseca. Dicha afinidad es por los tres tipos principales de receptores, aunque es mayor sobre los receptores μ que sobre los receptores κ y δ (delta). Además, impiden y revierten la acción de los agonistas y no producen analgesia.

c) Potencia analgésica. Es la clasificación más sencilla ya que divide a los opioides en débiles y fuertes, basado en su utilidad para el control de moderado a severo. (Allende, 2014), (Ramírez, 2010).

4.2. Morfina

De los más de 20 alcaloides que se encuentran en el opio, la morfina representa el mayor porcentaje de ellos siendo ésta la más empleada en el mundo. (Godínez, 2010).

Este fármaco posee una biodisponibilidad del 30% y unión a proteínas del 30-40%. Se metaboliza por vía hepática y su tiempo de vida media es de 2 – 4 horas y la dosis letal para los seres humanos es de 120-250 mg (DrugBank, 2015).

La morfina es el opioide estándar al llegar al tercer peldaño en la escalera analgésica de la OMS y el medicamento que puede encontrarse en gran variedad de formulaciones entre ellas las orales, inyectables y rectales (Hanks, 2011). A comparación de otros medicamentos analgésicos opioides, no tiene un techo terapéutico, por lo que no existe una dosis máxima y los efectos serán dependientes de la dosis. La mayoría de las veces la dosis máxima vendrá determinada por los efectos adversos pudiendo ser muy variable de unos individuos a otros (Oruezábal, 2004).

En la mayoría de los países dicho consumo de morfina dista mucho de ser suficiente como para aliviar el dolor de los enfermos de cáncer. La mayoría de los pacientes con cáncer que se encuentren en las últimas fases de su enfermedad, van a necesitar morfina para controlar el dolor y por este motivo, el consumo de ésta es un indicativo inapelable de la calidad del control del dolor en dicho paciente y por tanto, de su calidad de vida. En México, la morfina disponible para cada individuo en el año 2012 fue de tan solo 0.5 mg de este medicamento siendo una cantidad inferior de lo que consumió Argentina en el mismo año (10.1 mg per capita) (Pain & Policy Studies Group, 2013) y mucho menor a las dosis recomendadas en las guías internacionales de prescripción médica para el alivio del dolor por cáncer que de manera inicial indican 30 mg de morfina cada 12 horas cuando se toma en tabletas. (Oruezábal, 2004).

Un motivo importante por el cual la morfina es tan poco usada es la existencia de una serie de mitos que envuelven a este medicamento y que, aunque no tienen ningún fundamento, ayudan a que su uso sea muy restringido. (Gómez, 1998). Entre los mitos más comunes se encuentran los siguientes: “la morfina presenta efectos adversos intolerables”, “la morfina produce depresión respiratoria frecuente”, “la morfina produce adicción”, “la morfina por vía oral es inefectiva”, “Si tiene morfina en casa, se la robarán”, “la morfina provoca euforia” y “el uso de morfina se restringe a pacientes terminales” (Gómez, 1998).

4.3. Programas de minimización de riesgos en el uso de opioides.

El término significa un programa estratégico de seguridad para alcanzar metas y objetivos específicos que permitan minimizar los riesgos conocidos de los medicamentos opioides mientras se preservan sus beneficios, cubriendo los puntos siguientes:

- Educación orientada y dirigida a comunicar los riesgos y las medidas de seguridad mediante entrenamientos específicos o boletines informativos.
- Sistemas de control de calidad para procesos que reduzcan el riesgo. Son entrenamientos con evaluación, consentimiento informado a los pacientes, entre otros.

- Sistemas de acceso que guíen el uso, la prescripción y la dispensación de los medicamentos a las poblaciones adecuadas, procurando que el acceso les confiera mayores beneficios y minimizar los riesgos particulares.

Entre los posibles riesgos que existen al prescribir y utilizar este tipo de medicamentos se encuentran la prescripción a un paciente que no requiere medicamentos opioides o viceversa, que estos medicamentos se utilicen para fines recreativos o que no se administren de manera adecuada ocasionando serios problemas de salud como adicciones, sobredosis accidentales y muerte. (FDA, 2014).

De manera internacional hay organismos que favorecen la creación de planes de minimización de riesgos para medicamentos opioides y también hay quienes proponen planes a seguir para lograr que el riesgo en estos medicamentos disminuya. La OMS es un organismo, que mediante la International Narcotics Control Board (INCB), realiza análisis situacionales del uso de narcóticos en diferentes países y propone crear programas para asegurar la disponibilidad del medicamento y le da sugerencias al gobierno de seguir ciertas medidas para el uso racional de estos medicamentos, a su vez identifica problemas que se deben resolver para asegurar el acceso a los analgésicos opioides. (OMS, 2013).

Por otro lado la Food and Drug Administration (FDA) en julio de 2012 emitió un documento llamado “FDA Works to reduce Risk of Opioid Pain Relievers” donde establece que los medicamentos opioides deben tener un programa de minimización de riesgos que lleva por título “Extended-Release (ER) and Long-Acting (LA) opioid Analgesics Risk Evaluation and Mitigation Strategy (REMS)”. Entre los medicamentos que pertenecen al programa se encuentran la morfina, buprenorfina, fentanilo y oxicodona. El documento propone llevar a cabo cursos de entrenamiento y educación para la prescripción de estos analgésicos y generar información para los pacientes que incluya una lista de lo que debe o no se debe hacer e información suficiente para ponerse en contacto con el médico prescriptor en caso de alguna emergencia o duda que llegara a tener. Como resultado del documento anterior, la FDA publicó en agosto de 2014 un documento llamado

“Blueprint for Prescriber Education for Extended-Release and Long-Acting opioid Analgesics” donde indica ciertos puntos que los prescriptores de analgésico opioides deben tomar en cuenta para minimizar los riesgos asociados a estos medicamentos. Entre las medidas que propone la FDA se pueden mencionar los siguientes: 1) conocer los riesgos de estos medicamentos y ponderarlo con los beneficios obtenidos, 2) conocer el historial clínico del paciente con el fin de conocer si existe abuso de sustancias o desórdenes psiquiátricos, 3) información general de estos analgésicos y tablas que incluyen información específica sobre morfina en diferentes formas farmacéuticas (FDA, 2014).

Con este documento, la FDA pretende fomentar la prescripción segura de los analgésicos opioides con el fin de disminuir las muertes y los efectos adversos graves en los pacientes que estén en tratamiento bajo este esquema de medicación.

4.4. Legislación en México.

En México, muchos de los medicamentos opioides se encuentran clasificados dentro del rubro de estupefacientes y psicotrópicos. La disponibilidad de estupefacientes depende de la política nacional, que debe estar acorde con las convenciones internacionales sobre estupefacientes. El uso médico de los opioides en México se encuentre reglamentado en la Ley General de Salud, donde se establece lo siguiente:

Los estupefacientes y psicotrópicos se encuentran clasificados según el artículo 226, fracción I, como medicamentos del grupo I y del grupo II. Para los medicamentos pertenecientes al grupo I, su venta y suministro requiere de un recetario especial con código de barras o un permiso especial, expedido por la Secretaría de Salud. Las recetas serán formuladas por los profesionales autorizados en los términos del artículo 240 de la Ley General de Salud, para tratamientos no mayores de treinta días y la cantidad máxima de unidades prescritas por día se deberá ajustar a las indicaciones terapéuticas del producto, siendo el caso de la morfina, la oxycodona y el fentanilo, mientras que los medicamentos del grupo II por ejemplo la buprenorfina, el médico tratante podrá prescribir dos

presentaciones del mismo producto como máximo, especificando su contenido. Esta prescripción tendrá vigencia de treinta días a partir de la fecha de elaboración de la misma. En ambos grupos se precisa retener la receta en la farmacia que le surte y ser registrada en los libros de control que a tal efecto se lleven. (LGS, 2014).

5. Atención farmacéutica.

Tradicionalmente, el médico ha asumido la responsabilidad del tratamiento farmacológico de sus pacientes. Sin embargo, la evolución y diversificación de los sistemas de atención para la salud en nuestro país, aunado a los variados estilos de vida del paciente hacen difícil que el médico asuma solo esta tarea cada vez más compleja.

La Atención farmacéutica engloba todas las actividades que realiza el profesional farmacéutico orientadas al paciente con el propósito de conseguir el máximo beneficio posible en términos de salud mediante un mejor control y seguimiento de la farmacoterapia. El objetivo principal es identificar, prevenir y resolver las desviaciones que provocan que no se alcance los objetivos terapéuticos, evaluando los problemas de salud de los pacientes desde la perspectiva de necesidad, efectividad y seguridad de sus medicamentos. (Suplemento Farmacopea de los Estados Unidos Mexicanos, 2010).

Se puede definir a la atención farmacéutica como:

“Práctica farmacéutica que implica la relación directa entre el profesional farmacéutico y el paciente (o persona que lo asiste), con el propósito de identificar, resolver y prevenir cualquier problema relacionado con el uso de sus medicamentos, contribuyendo así, a su educación para la salud y fomentando el uso racional de los medicamentos, en beneficio de la salud del paciente y la población”.

5.1 Elementos de la Atención Farmacéutica.

5.1.1 Dispensación. Acto profesional cuyos objetivos son la entrega de insumos para la salud en las condiciones óptimas y de acuerdo con la normativa vigente y la protección del paciente frente a la posible aparición de Problemas

Relacionados con Medicamentos (PRM). Además implica la información al paciente sobre la medicación que va a utilizar, la detección de situaciones en la que hay un riesgo de sufrir problemas relacionados con medicamentos y tomar decisiones benéficas para el paciente.

5.1.2. Consulta o indicación farmacéutica. Es el servicio profesional por el que el farmacéutico se responsabiliza de la selección de un medicamento que no necesita receta médica, con el objetivo de aliviar un síntoma a instancias del paciente o su derivación al médico cuando el problema de salud necesite de su actuación.

5.1.3. Seguimiento farmacoterapéutico. Servicio profesional que tiene como objetivo la detección de problemas relacionados con medicamentos (PRM), para la prevención y resolución de resultados negativos asociados a la medicación (RNM). Este servicio implica un compromiso, y debe proveerse de forma continuada, sistematizada y documentada, en colaboración con el propio paciente y con los demás profesionales del sistema de salud, con el fin de alcanzar resultados concretos que mejoren la calidad de vida del paciente. Con este servicio se busca alcanzar la máxima efectividad y seguridad de los medicamentos que el paciente va a utilizar o ya está utilizando.

5.1.3.1. PRM y RNM.

Los PRM son aquellas situaciones que en el proceso de uso de medicamentos causan o pueden causar la aparición de un RNM. Entre otros pueden ser administración errónea del medicamento, conservación inadecuada del medicamento, contraindicación, dosis, pautas o duración inadecuada, duplicidad terapéutica, errores en la prescripción, incumplimiento, interacciones medicamento-alimento o medicamento-medicamento, otros problemas de salud que afecten al tratamiento, probabilidad de efectos adversos y problemas de salud deficientemente tratados.

Los RNM que se clasifican de la siguiente manera:

Necesidad.

RNM 1. Problema de salud no tratado. El paciente sufre un problema de salud asociado a no recibir una medicación que necesita.

RNM 2. Efecto de medicamento innecesario. El paciente sufre un problema de salud asociado a la falta de efecto de la medicación.

Efectividad.

RNM 3. Inefectividad no cuantitativa. El paciente sufre un problema de salud asociado a un manejo inadecuado de un medicamento.

RNM 4. Inefectividad cuantitativa. El paciente sufre un problema de salud asociado a la falta de efecto de la medicación.

Seguridad.

RNM 5. Inseguridad no cuantitativa. El paciente sufre un problema de salud asociado a un manejo inadecuado de un medicamento.

RNM 6. Inseguridad cuantitativa. El paciente sufre un problema de salud asociado al riesgo de la medicación.

5.1.4. Educación para la salud. Proporciona a la población los conocimientos sobre las causas de las enfermedades y los daños provocados por los efectos nocivos del ambiente. Se refiere a la orientación y capacitación de la población en materia de riesgos de automedicación, prevención de farmacodependencia y uso adecuado de los servicios de salud. (Suplemento Farmacopea de los Estados Unidos Mexicanos, 2010)

6. El rol del farmacéutico en Cuidados Paliativos.

El rol del farmacéutico en cuidados paliativos aún no ha sido totalmente definido, aunque en países como Australia y Estados Unidos el farmacéutico realiza acciones

clínicas, administrativas, educacionales y suministro de medicamentos. Sin embargo, de manera general las actividades propuestas por diversos organismos especialistas en cuidados paliativos mencionan las siguientes funciones del farmacéutico en este servicio (ASHP, 2010).

- Monitoreo de medicamentos prescritos y no prescritos para su uso seguro y efectivo.
- aconsejar y educar al equipo multidisciplinario acerca de formas farmacéuticas, vías de administración, toxicidad, recomendar alternativas farmacoterapéuticas, interacciones, estabilidad, costos y disponibilidad de los medicamentos en el hospital.
- Garantizar la seguridad y disposición legal de los medicamentos después de la muerte del paciente, asistiendo a los familiares a como desechar los medicamentos.
- Seguimiento farmacoterapéutica para identificar y notificar PRM para evitar RNM.
- Realizar análisis costo-beneficio, costo-utilidad y costo-efectividad de los diferentes tratamientos y darle al paciente opciones diferentes.
- Educar a los pacientes y a los familiares acerca de la manera más eficiente y manejo al usar sus medicamentos así como asegurarse que este binomio haya entendido y sigan las indicaciones prescritas por su médico.
- Dar a conocer al equipo multidisciplinario los cambios en la normatividad vigente y para hacer los cambios que apliquen al servicio.

Justificación.

El servicio de Cuidados Paliativos del Instituto Nacional de Cancerología trata de identificar cuáles son las barreras más importantes que limitan la prescripción, administración y uso de la morfina en pacientes oncológicos. Así mismo desea conocer los diferentes mitos existentes entre el grupo de profesionales de la salud y pacientes a fin de proponer la integración del farmacéutico en el servicio como un miembro del equipo multidisciplinario, quien será el profesional de salud responsable de ejecutar y diseñar las estrategias necesarias para erradicar los mitos

presentes en estos grupos y a través de las actividades a realizar pueda mejorar la seguridad del paciente en materia de medicamentos.

Metodología.

Se realizó un estudio observacional, transversal, descriptivo y prospectivo en el Instituto Nacional de Cancerología. La población diana estuvo conformada por el personal médico, enfermería y pacientes.

Tamaño de muestra

La aplicación del cuestionario se realizó del 18 al 22 de Agosto del 2014 en 2 turnos del hospital (matutino y vespertino). El tamaño de muestra incluyó a todo el personal médico, de enfermería y pacientes que quisieran participar durante el periodo de aplicación del cuestionario obteniéndose una población accesible conformada por 72 médicos, 61 enfermeras y 138 pacientes obteniendo un total de 271 encuestas.

El cuestionario variaba según el grupo de estudio: Para médicos cubría 5 rubros: datos personales, prescripción de morfina, razones para prescribir o no morfina, mitos sobre morfina y finalmente una pregunta abierta sobre qué información le gustaría saber sobre opioides, así como el medio por el cual quisiera ser informado, pudiendo escoger entre 6 opciones: trípticos, sesiones informativas, videos, folletos, página web u otro, este último se tenía que especificar que otro medio prefería para recibir la información. (Anexo 3).

Para enfermería cubría 4 rubros: datos personales, mitos sobre morfina, una pregunta abierta sobre problemas relacionados a la administración de morfina y finalmente una pregunta abierta sobre que qué información le gustaría saber sobre opioides, así como el medio por el cual quisiera ser informado, pudiendo escoger entre 6 opciones: trípticos, sesiones informativas, videos, folletos, página web u otro, este último se tenía que especificar que otro medio prefería para recibir la información (Anexo 4).

Para pacientes cubría 5 rubros: datos personales, percepción del dolor, clasificación de la morfina entre droga, medicamento o no saber clasificarla, mitos sobre morfina

y una pregunta abierta sobre lo que desearía expresarle al médico sobre el dolor (Anexo 5).

Los cuestionarios fueron validados por el área de investigación y por la jefatura del servicio de cuidados paliativos.

Del personal médico y de enfermería que rechazó realizar la encuesta fue del 24% y 30%, respectivamente. Las causas fueron carga de trabajo y desinterés; en cuanto al rechazo a contestar por parte de los pacientes un 23% expresaron que su estado de salud no estaba tan deteriorado como para estar interesado en analgésicos, mientras que otros expresaban no querer responder por miedo a represalias por parte del personal médico.

La mayor parte de los cuestionarios fueron aplicados de manera personal mediante la lectura inicial del motivo del estudio (Anexo 6) puntualizando los objetivos del mismo, participación voluntaria y confidencialidad de los datos recabados, sin embargo algunos solicitaron que se les proporcionara el cuestionario para contestarlo en sus áreas de trabajo y entregarlos posteriormente.

Una vez recabados los datos de los cuestionarios se hicieron gráficas para conocer que mitos prevalecen en los diferentes grupos de estudio. En el caso de los médicos saber cuáles son las principales razones por las que prescriben o no morfina y en enfermería los problemas más habituales desde su punto de vista al administrar estos medicamentos. Finalmente, se revisó lo que los pacientes quieren expresar sobre su dolor al médico y en el caso de médicos y enfermeras, averiguar que dudas tienen sobre los medicamentos opioides y de qué manera quieren que se resuelvan.

RESULTADOS

Los resultados obtenidos del personal médico encuestado mostraron que el 42% son mujeres y el 58% son hombres (Figura 1). De éstos la experiencia se distribuye de la siguiente manera: de 0-3 años (32%) de 4-7 años (28%) de 7-10 años 15%, de 10-20 años (17%) y más de 20 años (8%).(Figura 2).

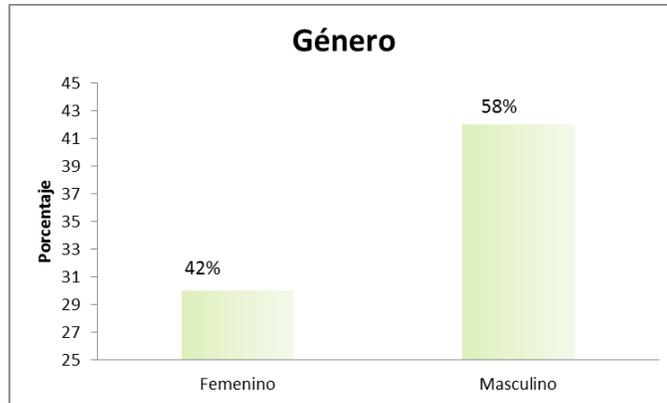


Figura 1. Género.



Figura 2. Experiencia.

De los diferentes servicios con que cuenta el INCAN solamente 11 fueron los servicios participantes teniendo con mayor porcentaje de encuestados al personal de Oncología Médico (14%), seguido de Radiología (13%) y Cirugía (7%) como se muestra en la Figura 3. Respecto a la edad, El mayor número de encuestados rondó las edades entre 26-32 años (46%), seguido de el rubro entre 33-45 años (33%), luego el de más de 45 años (15%)y finalmente aquellos entre 20-25 años (6%). Cabe mencionar que aquellos médicos de entre 20-25 años aún no son médicos titulados, sino que se encontraban realizando su servicio social en el instituto, dado que es una institución-escuela.

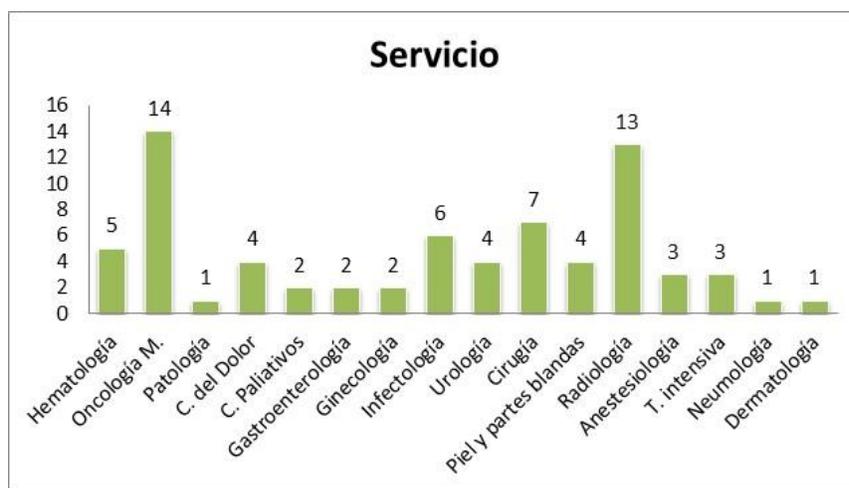


Figura 3. Servicio.

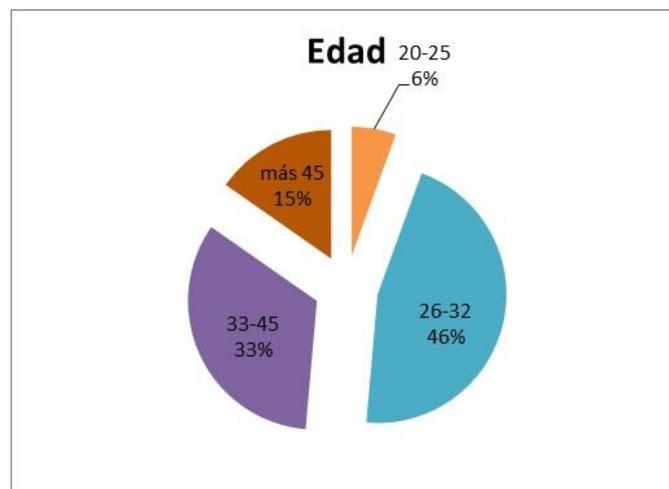


Figura 4. Edad.

Del personal encuestado, sólo el 25% prescribe morfina mientras que el 72% restante no la prescribe (Figura 5). Se enlistaron algunas razones por las cuales los médicos en general no recetan morfina a sus pacientes y de igual manera éstas fueron codificadas con letras como se muestra en la Figura 6. Los resultados de las razones para no prescribir morfina son los siguientes: a) 12% Es el último recurso analgésico para el tratamiento del dolor, b) 11% La morfina se usa sólo en pacientes terminales, c) 21% El paciente no refiere dolor intenso, d) 39% No cuento con la receta adecuada para su prescripción, e) 0% el costo del tratamiento con morfina es elevado f) 0% he tenido malas experiencias con el tratamiento con morfina g) 42% no soy médico especialista en dolor, h) 48% refiero a mis pacientes a clínica del dolor o a cuidados paliativos i) 33% utilizo otros medicamentos para el tratamiento del dolor, no respondió 6%.

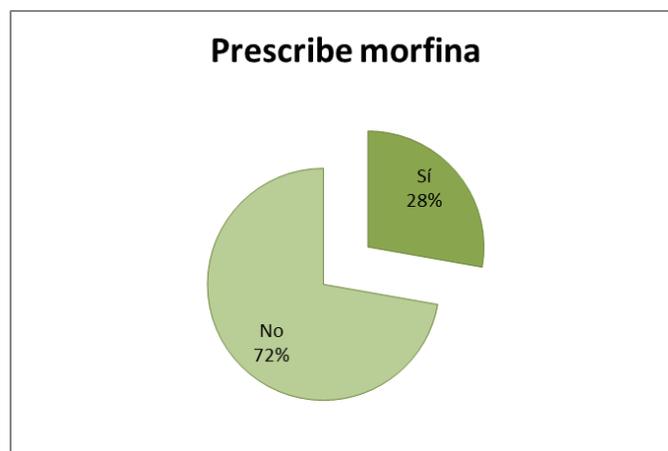


Figura 5. Prescriptores de morfina.

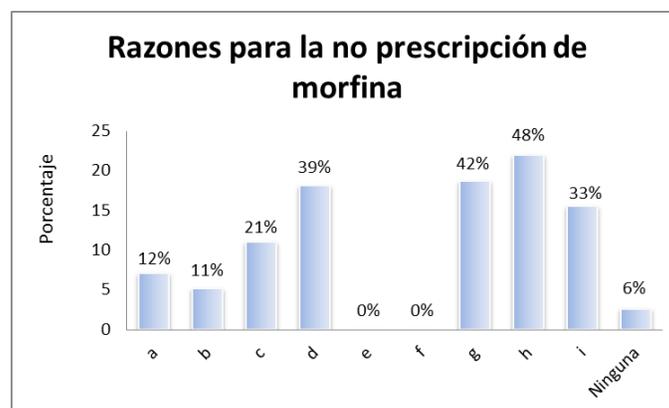


Figura 6. Razones para no prescribir morfina:

En la parte que corresponde a los mitos de la morfina, los resultados fueron los siguientes. Los médicos encuestados consideran en un 81% que el uso de morfina en casa es un factor de riesgo de abuso mientras que el 19% restante piensa que no lo es (Figura 7). Para el mito “la morfina por vía oral desarrolla tolerancia rápidamente” los encuestados consideran que este mito es verdadero en un 27%, un 65% no está de acuerdo y un 8% no lo sabe (Figura 8).



Figura 7. El uso de morfina en el hogar es un factor de riesgo de abuso.

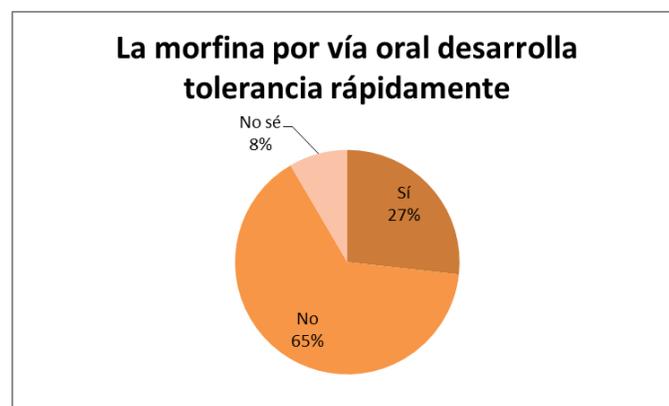


Figura 8. La morfina administrada por vía oral desarrolla tolerancia rápidamente.

En el mito “la morfina es buen analgésico por vía oral” el 28% de los encuestados dijo que sí, el 68% que no y un 4% no lo sabe (Figura 9). Para el mito “la sedación y disminución de la capacidad mental es frecuente al usar morfina” El 50% del personal médico encuestado respondió que sí, el 47% que no y el 3% que no lo sabe (Figura 10).

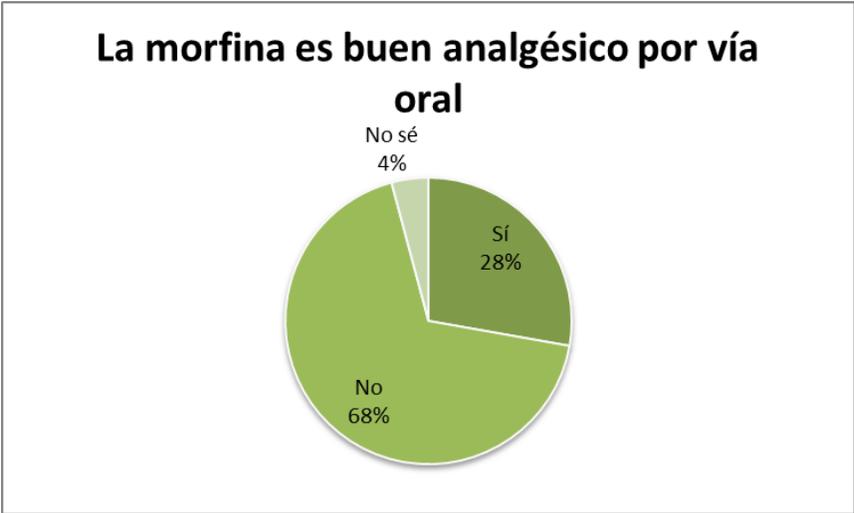


Figura 9. La morfina es buen analgésico por vía oral.



Figura 10. La sedación y disminución de la capacidad mental es frecuente al usar morfina.

La Figura 11 corresponde al mito “la morfina produce euforia” donde el 26% de los médicos encuestados respondió que sí la produce, el 63% que no la produce y 11% que no lo sabe. En el mito “La morfina produce problemas de respiración” el 57% de los médicos entrevistados dijeron que es cierto, el 50% que no lo es y el 3% no lo sabe. (Figura 12).

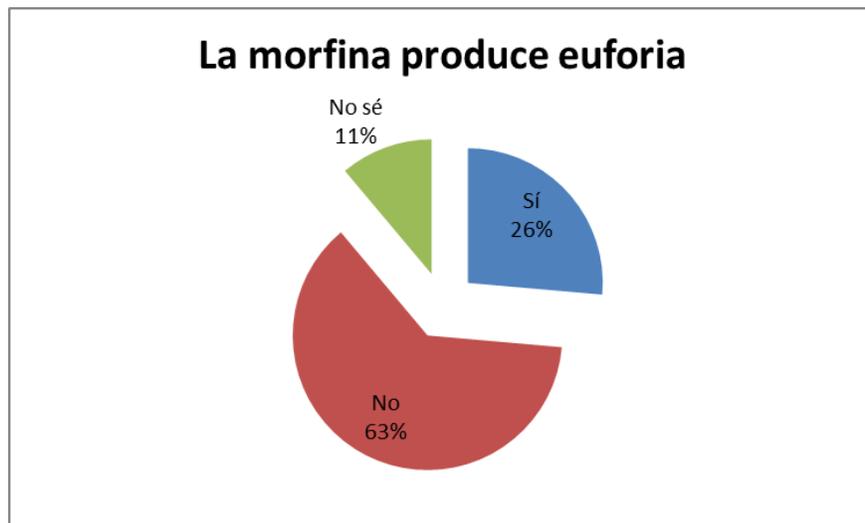


Figura 11. La morfina produce euforia.



Figura 12. La morfina produce problemas de respiración.

El mito “la morfina tiene efecto inmunosupresor” el 15% de los médicos encuestado piensa que sí, el 78% piensa que no y el 7% no lo sabe (Figura 13). Finalmente, las herramientas preferidas por los médicos para la difusión de la información sobre medicamentos opioides fueron las sesiones informativas con un 37% y las páginas web con un 25% (Figura 14)

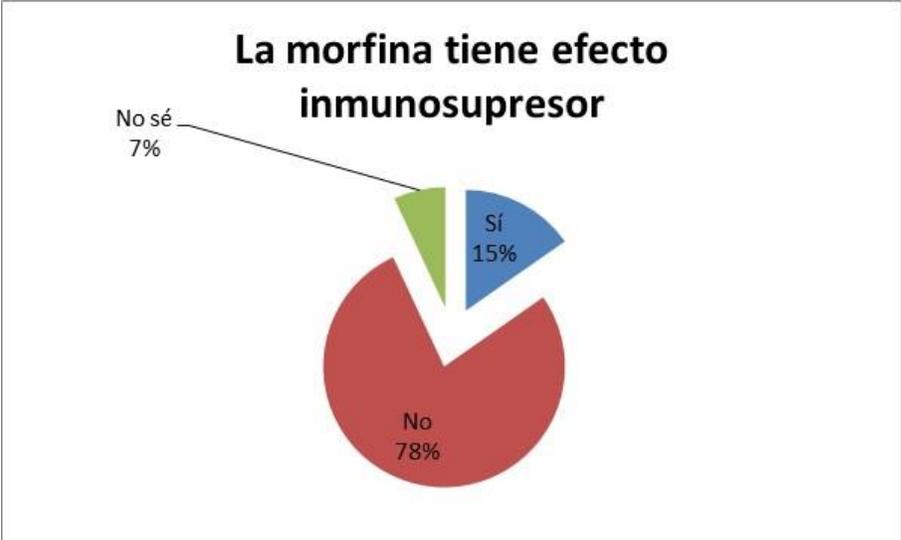


Figura 13. La morfina tiene efecto inmunosupresor.

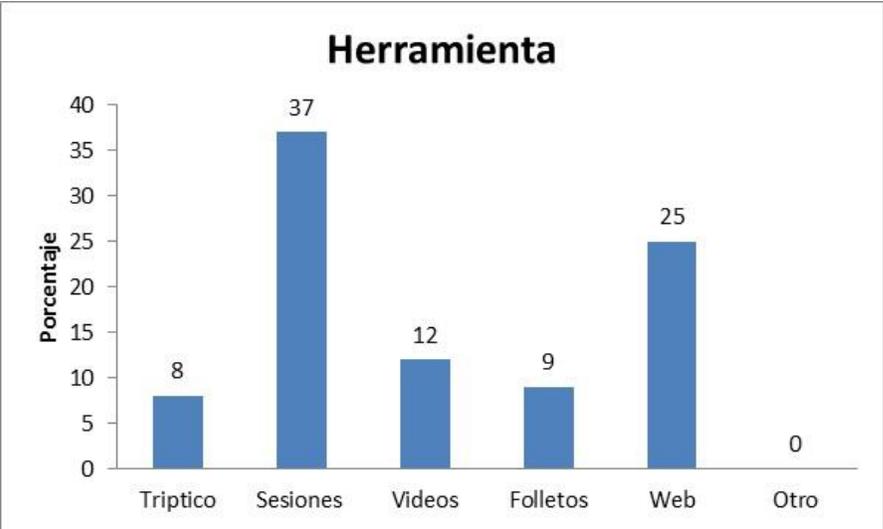


Figura 14. Herramientas para comunicar lo que se quiere saber de opioides

Tabla 1. ¿Qué quiere saber sobre el uso de opioides? Las cuatro respuestas más frecuentes fueron saber sobre efectos adversos de estos medicamentos, contraindicaciones, dosis adecuadas e interacciones medicamentosas.

Respuestas más frecuentes.	
Efectos adversos	Contraindicaciones
Dosis adecuadas	Interacciones medicamentosas

Relación de preguntas.

Este apartado presenta la relación de médicos prescriptores contra las razones por las cuales no prescribe morfina. La Figura 15 muestra las razones para no prescribir morfina más frecuentes en los médicos prescriptores encuestados. Dichas razones fueron codificadas mediante letras, cuyo significado es el siguiente: c) El paciente no refiere dolor intenso (13), d) No cuento con la receta adecuada para su prescripción (4), h) Refiero a mis pacientes a clínica del dolor o a cuidados paliativos (1) e i) Utilizo otros medicamentos para el tratamiento del dolor (2).

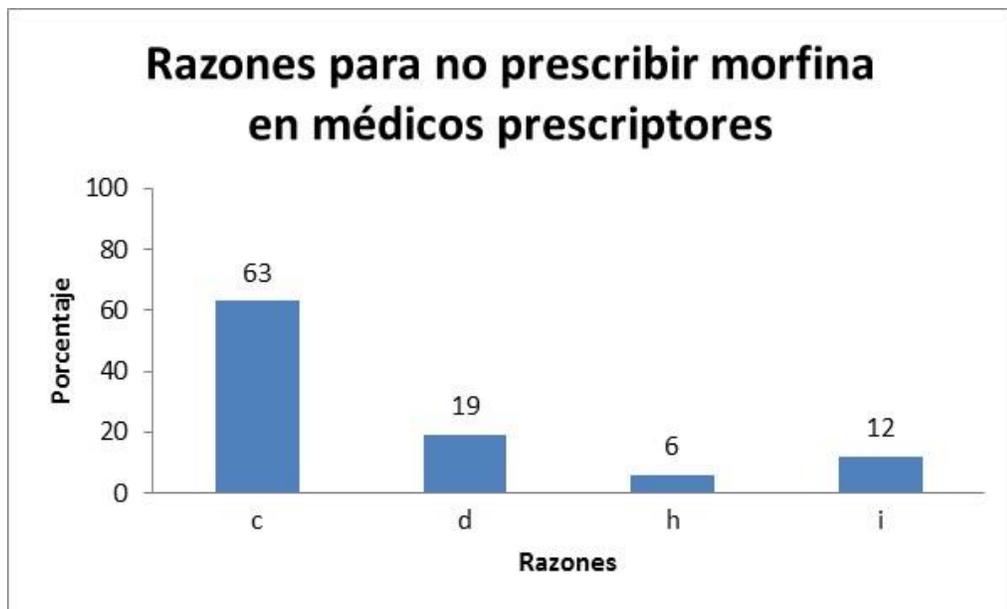


Figura 15. Razones para no prescribir morfina en médico prescriptores

En la Figura 16 se muestran las razones para no prescribir morfina más frecuentes en los médicos no prescriptores encuestados. Dichas razones fueron codificadas mediante letras, cuyo significado se describe a continuación:

g) No soy médico especialista en dolor (15), h) Refiero a mis pacientes a clínica del dolor o a cuidados paliativos (11) e i) Utilizo otros medicamentos para el tratamiento del dolor (2).

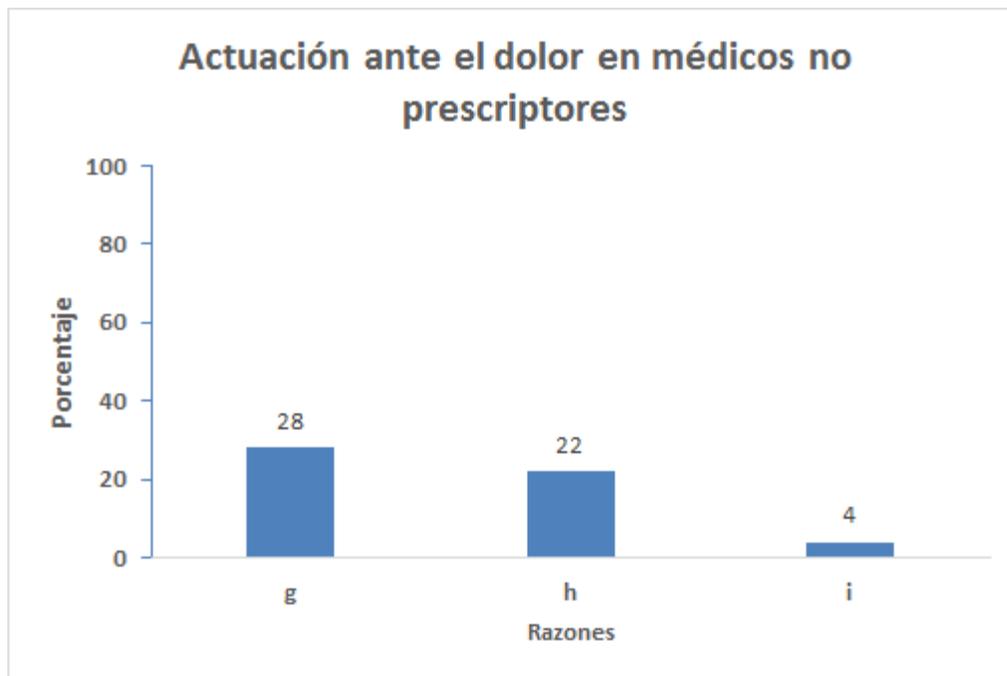


Figura 16. Actuación ante el dolor en médicos no prescriptores.

El personal de enfermería encuestado fueron en su mayoría del género femenino, lo que corresponde al 82% de enfermeras encuestadas mientras que el 18% corresponde al género masculino (Figura 17). En cuanto a la experiencia con la que cuentan los encuestados se distribuye de la siguiente manera: 0-3 años de experiencia (15%), de 4-7 años de experiencia (18%), 7-10 años de experiencia (18%), de 10-20 años de experiencia (23%) y el de mayor porcentaje corresponde a aquellos con más de 20 años de experiencia (26%). (Figura 18).

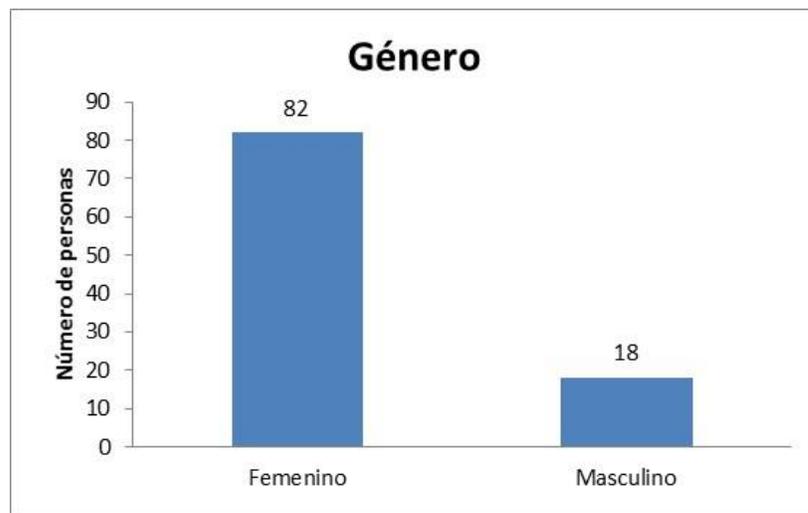


Figura 17. Género.

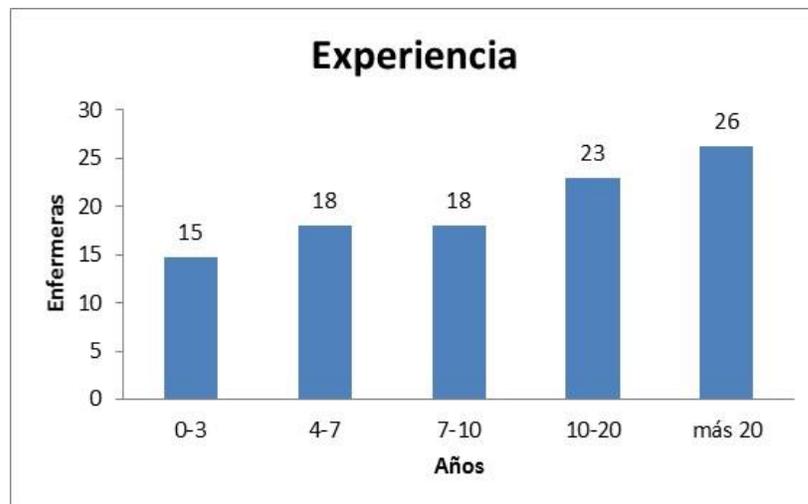


Figura 18. Experiencia

Respecto a la edad en su mayoría se encuestó personal de entre 33-45 años (36%), seguido del personal cuya edad rondaba entre de los 26-32 años (35%), seguido de aquellos de más de 45 años (21%) y finalmente aquellos entre 20-25 años (8%) (Figura 19). De los diferentes servicios en el hospital, fueron 11 los que participaron teniendo con mayor porcentaje al personal de Hematología (25%), siguiendo a Oncología (18%) y Cirugía (18%). (Figura 20).

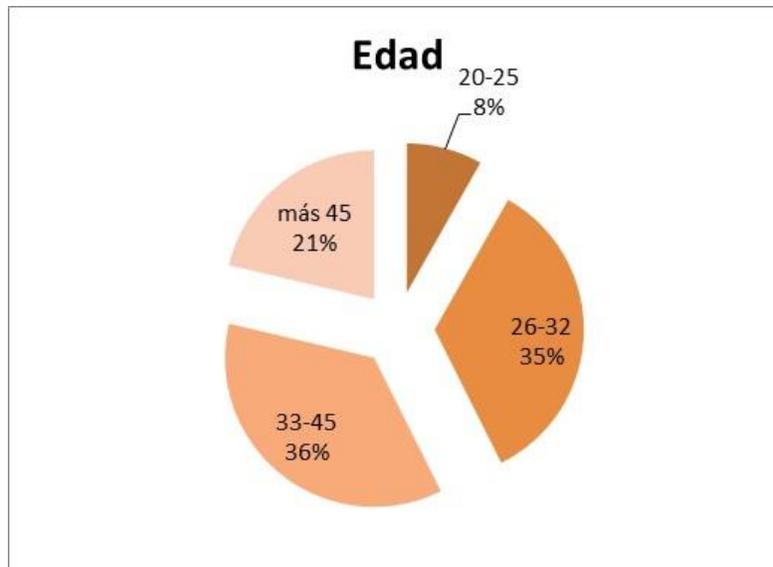


Figura 19. Edad.

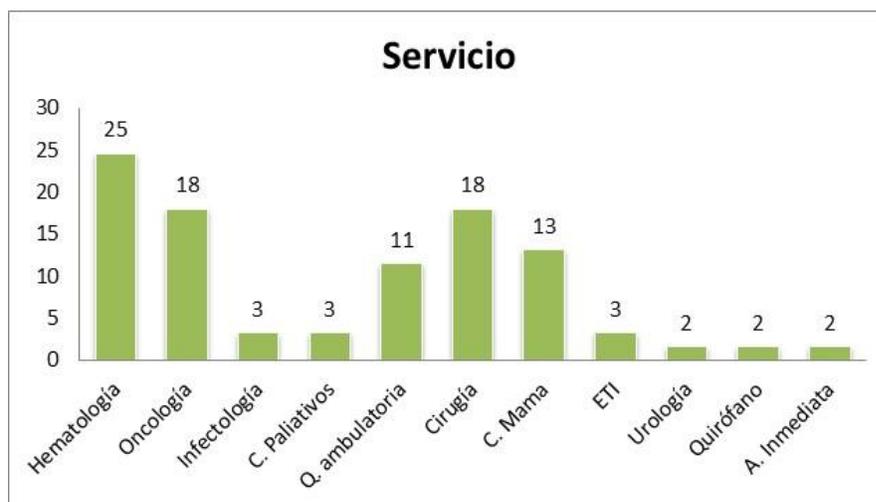


Figura 20. Servicios encuestados.

Para el mito “uso de la morfina en el hogar es un factor de riesgo de abuso” del personal encuestado, el 64% consideran a la morfina como un factor de riesgo de abuso mientras que el 34%, cree que no lo es. Un 2% de los encuestados no sabría decir si es o no un factor de riesgo. (Figura 21). En la Figura 22 “la morfina es un buen analgésico por vía oral” el 56% de los encuestado contestó que no y el 44% contestó que sí.



Figura 21. La morfina en el hogar es un factor de riesgo de abuso.

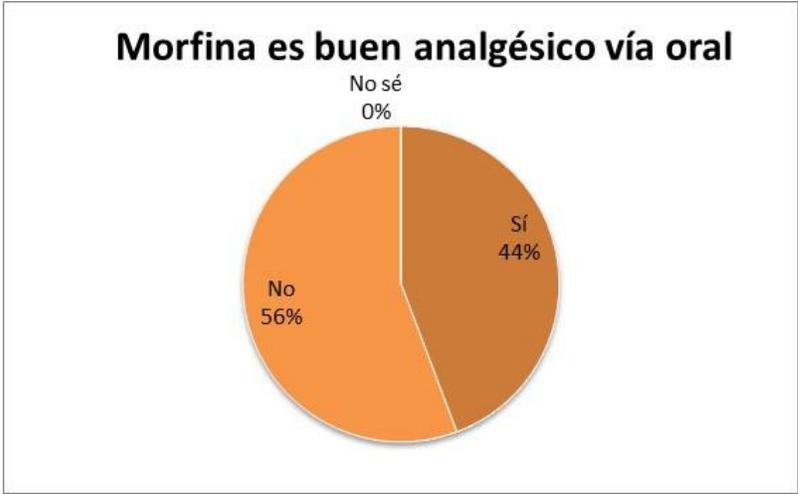


Figura 22. La morfina es un buen analgésico por vía oral.

En el mito “la morfina produce euforia” el 15% de los encuestados creen que sí mientras que el 83% no cree que esto sea así. Sólo el 2% de los encuestados no lo sabe. (Figura 23). En cuanto al mito “la sedación y disminución de la capacidad mental son frecuentes en el uso de morfina” el 39% del personal encuestado consideran que estas dos condiciones clínicas son frecuentes cuando se usa morfina, mientras que el 59% no lo cree así. Un 2 % del personal no supo que responder

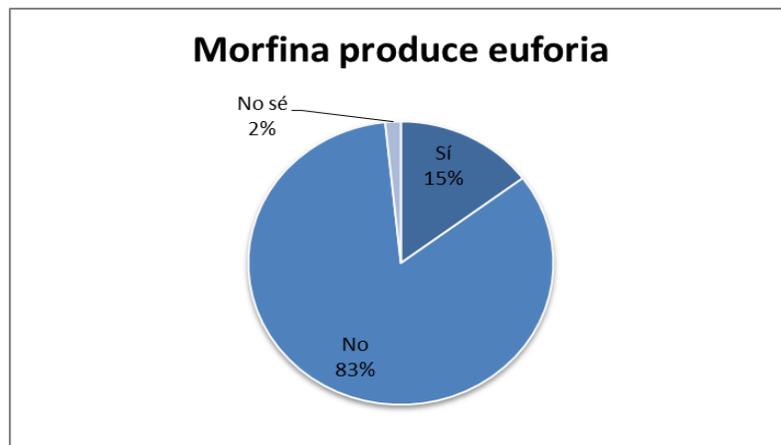


Figura 23. La morfina produce euforia.

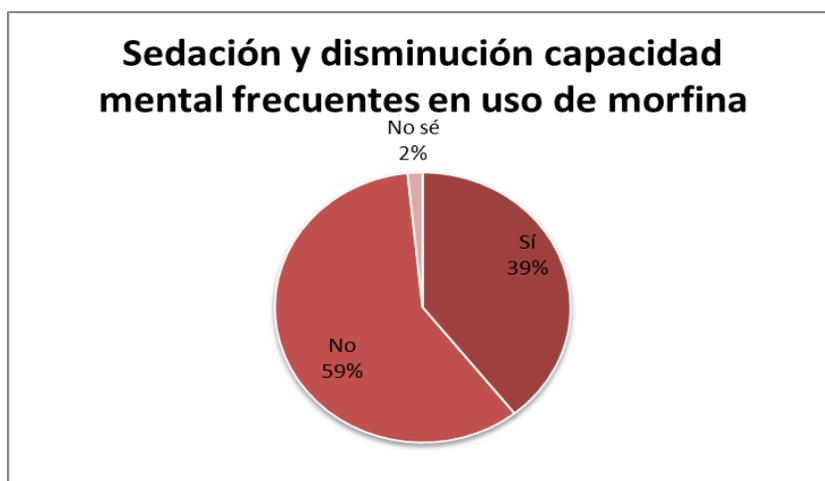


Figura 24. La sedación y disminución de la capacidad mental son frecuentes en pacientes con uso de morfina.

El mito “la morfina produce problemas de respiración” el personal de enfermería está de acuerdo con este mito en un 33% y el 67% no está de acuerdo (Figura 25). El mito referente a que “la morfina por vía oral genera tolerancia rápidamente” está presente en el 30% de los encuestados mientras que en el 67% no lo está y el 3% del personal no lo sabe. (Figura 26).

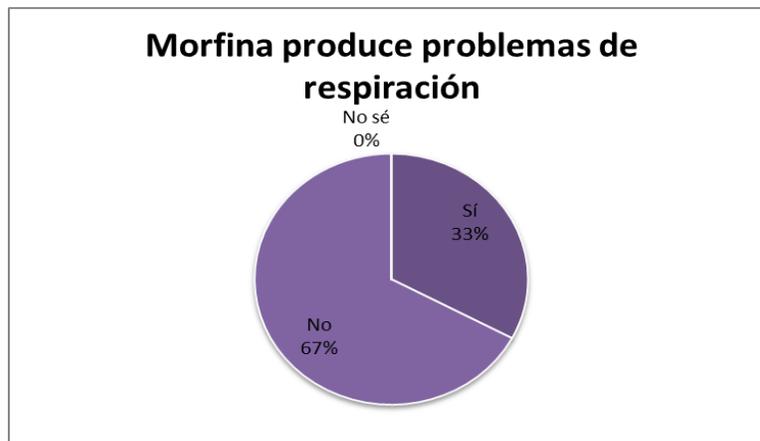


Figura 25. La morfina produce problemas de respiración.



Figura 26. La morfina por vía oral genera tolerancia rápidamente.

En la Figura 27 el mito “por un efecto inmunosupresor, la morfina acorta la vida del paciente” el 10% de los encuestado manifestó que sí lo hace, mientras que el 90% dijo que esto no es cierto.

De las herramientas que las enfermeras prefieren para la difusión de la información sobre opioides fueron las sesiones (35%), las páginas web (19%) y los trípticos (17%) (Figura 28).

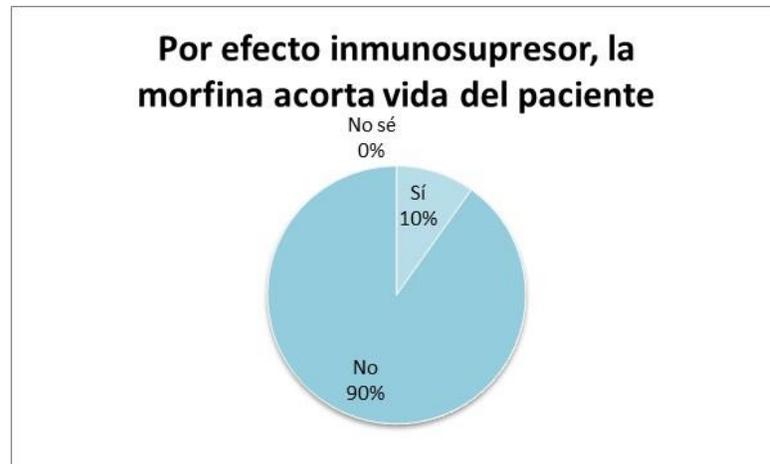


Figura 27. Por un efecto inmunosupresor, la morfina acorta la vida del paciente.

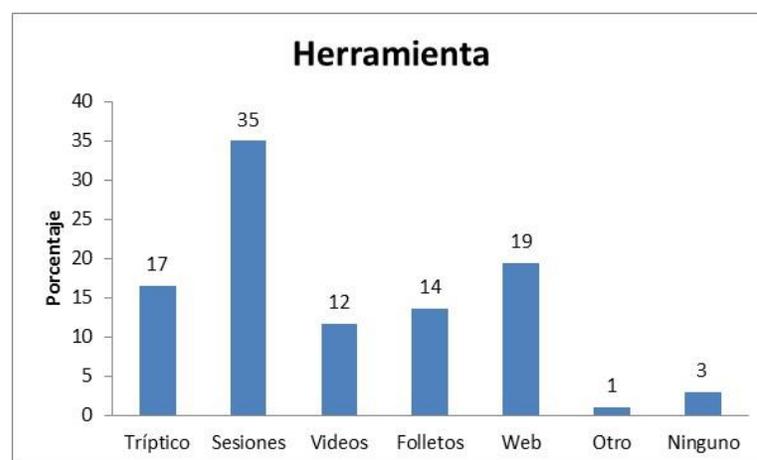


Figura 28. Herramientas para comunicar lo que se quiere saber de opioides.

Tabla 2. Mencione algunos problemas que haya tenido antes, durante y después de la administración de morfina. Las 4 respuestas más comunes por parte de este personal fueron el estreñimiento, la depresión respiratoria y la somnolencia en los pacientes.

Problemas más frecuentes.	
Estreñimiento	Somnolencia
Depresión respiratoria	Poca capacitación para pacientes de primera vez

Tabla 3. ¿Qué le gustaría saber sobre opioides? Las 3 respuestas más frecuentes a esta pregunta por parte del personal de enfermería fueron desmentir mitos, farmacología de opioides y equivalencia analgésica.

Respuestas más frecuentes.	
Desmentir mitos sobre morfina	Equivalencia analgésica
Farmacología de opioides	

Los pacientes encuestados en el análisis situacional fueron mayormente pacientes del género femenino (71%) mientras que el resto fueron del género masculino (29%) (Figura 29). La escolaridad de los pacientes fue otro rubro a evaluar, como se muestra en la Figura 30. La población predominante del estudio fueron personas que cursaron hasta la secundaria. (C.T. Carrera técnica, SE, sin estudios).

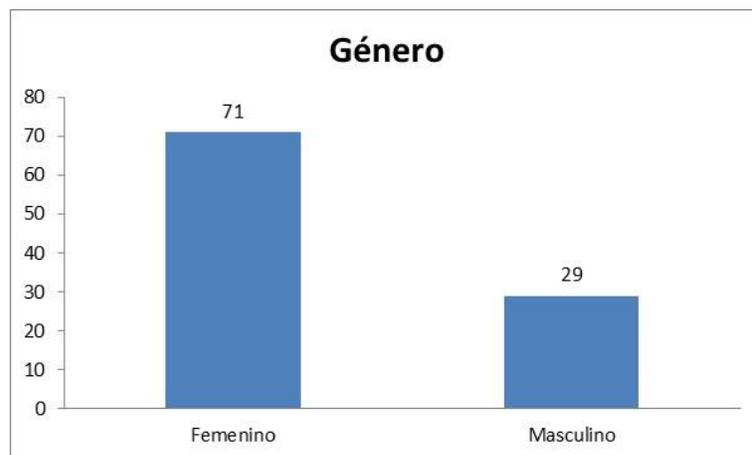


Figura 29. Género.

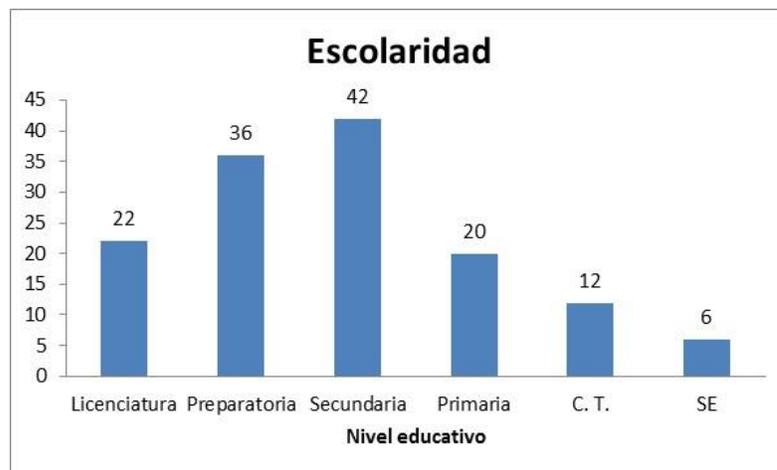


Figura 30. Escolaridad.

De los pacientes encuestados, el 57% no ha presentado dolor durante su padecimiento pero el 43% sí (figura 31). De los pacientes encuestados solamente el 22% presentaba dolor en el momento en que se realizó la encuesta y un 78% no lo presentaba (figura 32).

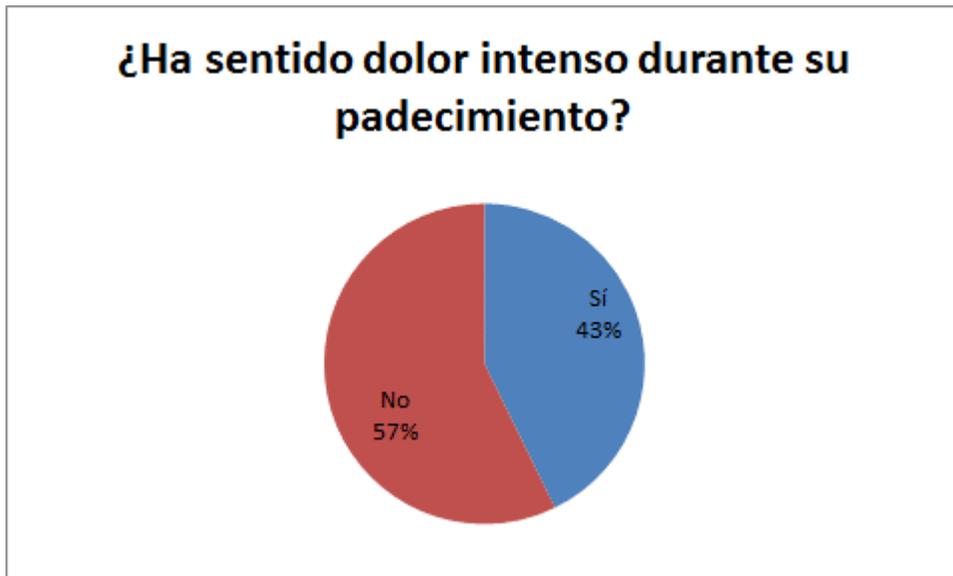


Figura 31. ¿Ha sentido dolor intenso durante su padecimiento?

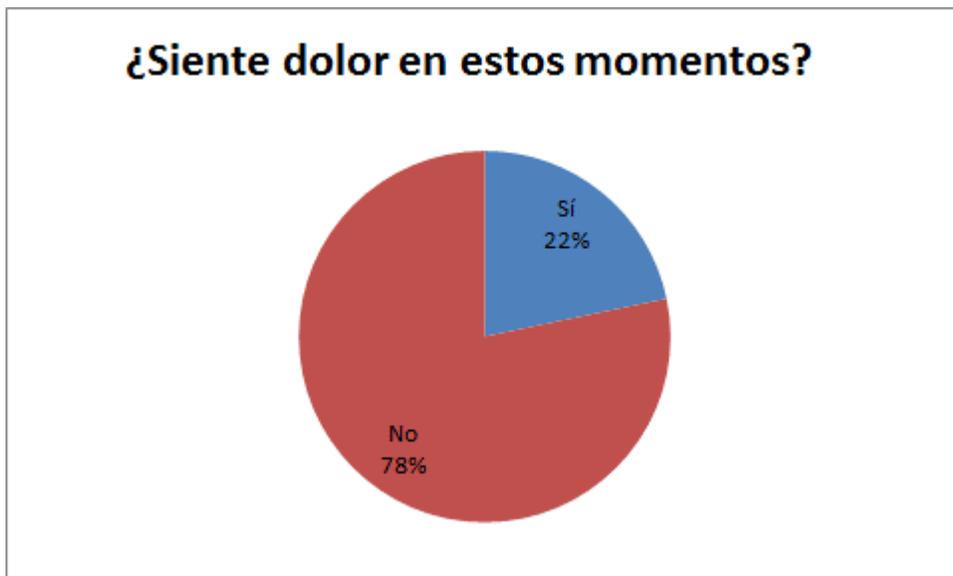


Figura 32. ¿Siente dolor en estos momentos?

Los pacientes creen en un 90% que no es bueno aguantarse el dolor aunque existe aún un 10% de personas que creen que sí (figura 33). Según la escala visual análoga (EVA) del dolor se encontró que el 33% de los pacientes acude al médico al tener un dolor de nivel 10 (duele muchísimo), un 27% cuando el dolor es de nivel 8 (duele mucho), el 20% cuando están en el nivel 6 (duele aún más), un 13% cuando está en el nivel 4 (duele un poquito más) y un 7% cuando está en nivel 2 (duele un poquito) (figura 34)

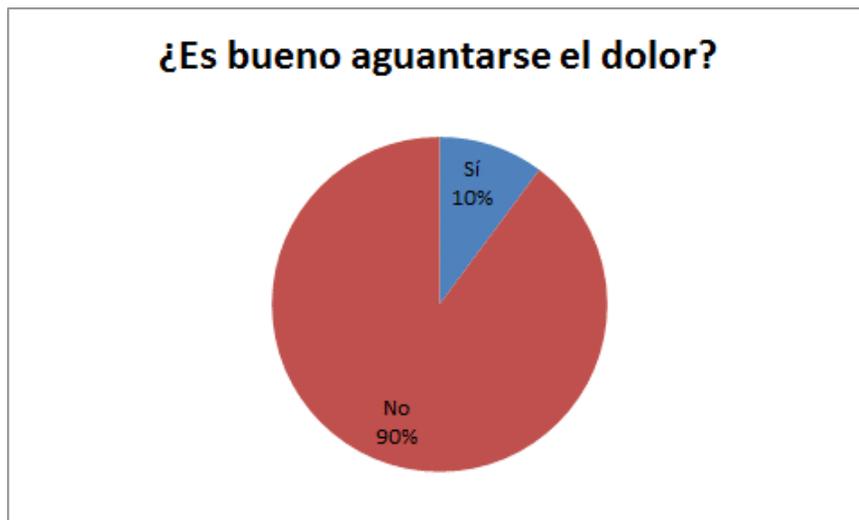


Figura 33. ¿Es bueno aguantarse el dolor?

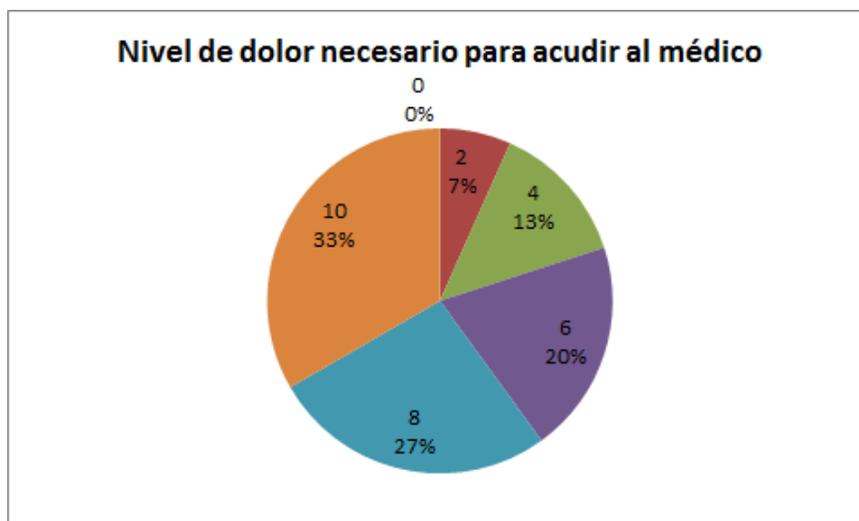


Figura 34. Nivel de dolor necesario para acudir al médico.

A los pacientes se les preguntó que entienden por la palabra morfina a lo que el 57% de la población encuestada piensa que es una droga, asumiendo droga como sustancia ilícita, el 28% piensa que es un medicamento y el 15% no sabe qué es (figura 35). En cuanto a mitos los paciente piensan lo siguiente. “Si uso morfina, me volveré adicto” el 42% piensa que la morfina sí causa adicción mientras que el 46% piensa que no. El 12% restante no sabe si la morfina causa adicción. (figura 36)

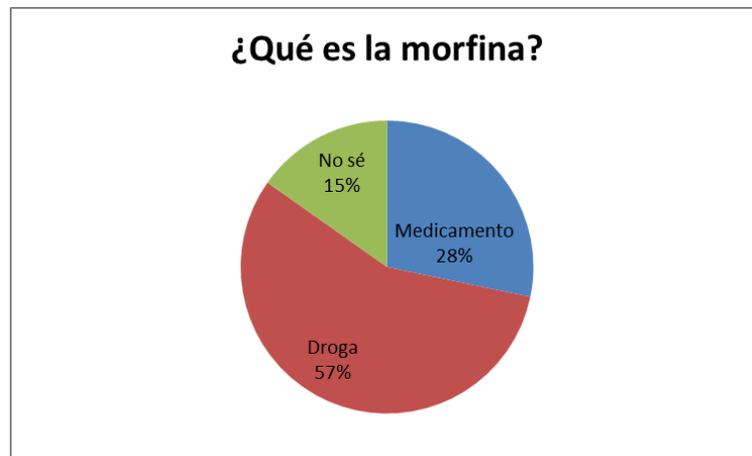


Figura 35. ¿Qué es la morfina?

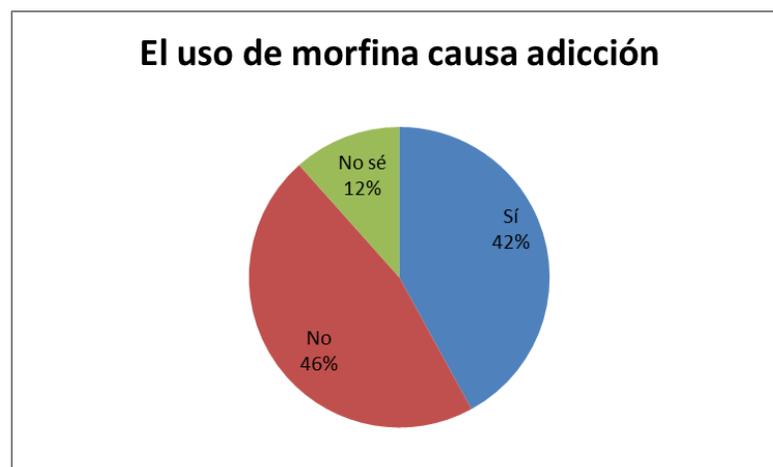


Figura 36. Si uso morfina, me volveré adicto.

En el mito “después de la morfina no hay otro medicamento que me pueda aliviar el dolor” los pacientes encuestados contestaron que sí es cierto con un 46%, 35% piensan que no es cierto y 19% no lo sabe (figura 37). El mito “La morfina sólo está indicada en pacientes terminales” El 54% de las personas encuestadas piensan que sí, el 30% que no y un 10% no lo sabe (figura 38).

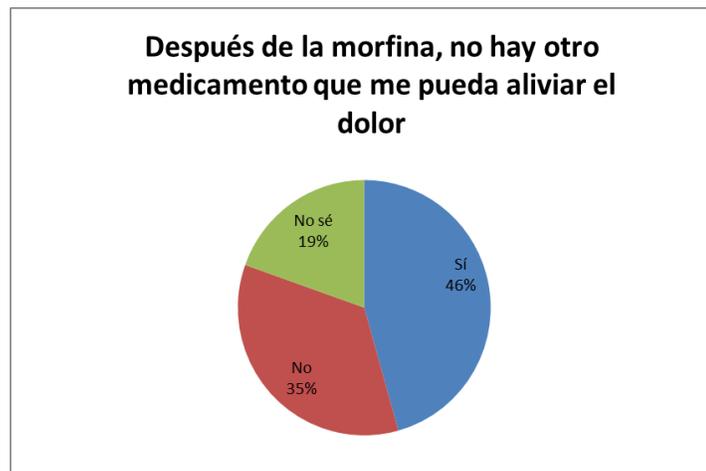


Figura 37. Después de la morfina, no hay otro medicamento que me pueda aliviar el dolor.

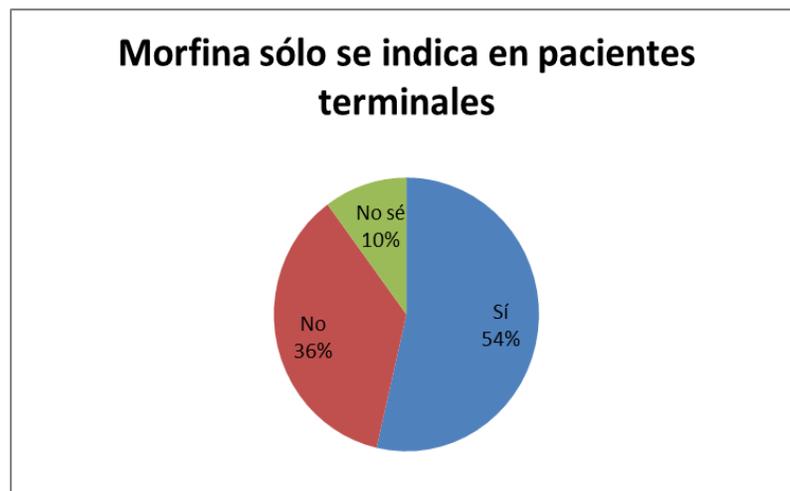


Figura 38. La morfina sólo está indicada en pacientes terminales.

Para el mito “el tratamiento con morfina es caro” el 65% de los pacientes piensa que sí, el 6% piensa que no y un 29% no lo sabe (figura 39). En la pregunta, ¿utilizaría morfina como tratamiento para el dolor? El 61% de los encuestados sí lo tomaría, el 35% dice que no y un 4% que no lo sabe (figura 40).

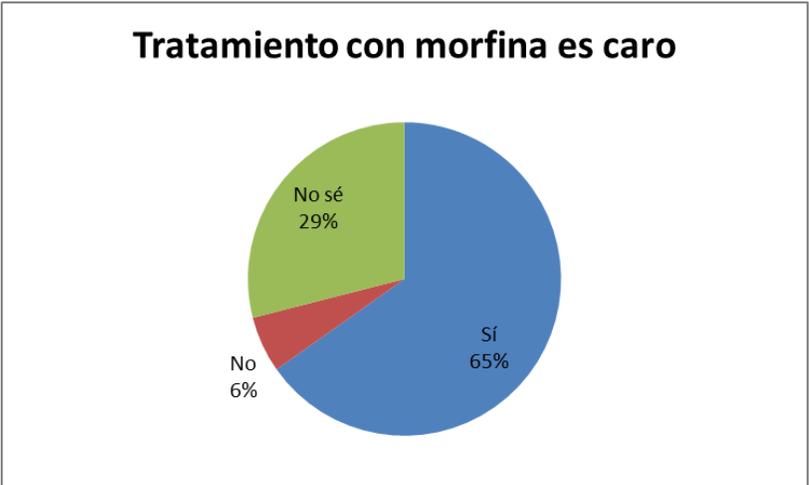


Figura 39. El tratamiento con morfina es caro.

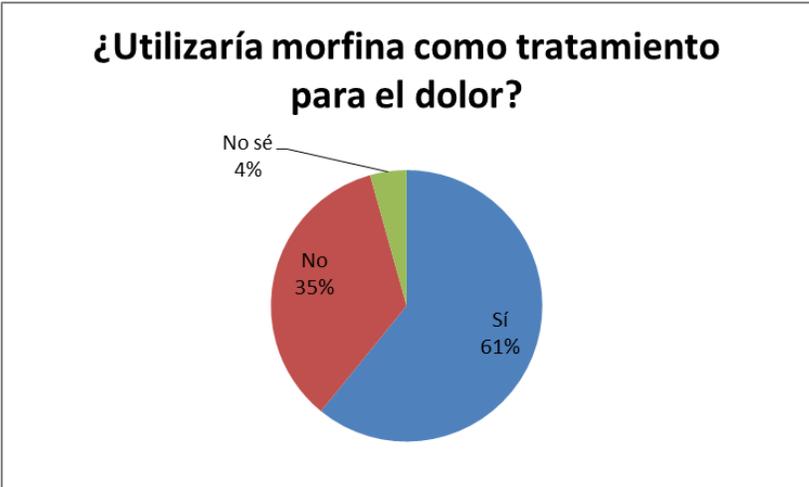


Figura 40. ¿Utilizaría morfina como tratamiento para el dolor?

La pregunta “al usar morfina, ¿se puede cambiar de tratamiento?” el 32% de los encuestados piensa que sí, el 41% piensa que no y el 27% no lo sabe (figura 41).



Figura 41. Al usar morfina, ¿se puede cambiar de tratamiento?

Tabla 4. ¿Qué le gustaría decirle a su médico sobre su dolor? Las cuatro respuestas más frecuentes fueron las siguientes.

Respuestas más frecuentes.	
Efectos adversos sobre la medicación para el dolor	Explicar plan a seguir
Opciones de tratamiento	Mayor paciencia al explicar

Análisis de resultados.

Los resultados muestran la percepción de los pacientes encuestados sobre el uso de morfina y otros analgésicos para el manejo del dolor siendo la mayoría mujeres (71%). En general, la población encuestada no tiene estudios más allá de la secundaria (42%). De acuerdo con los resultados, a mayor nivel de estudios se tenían menos prejuicios con respecto al uso de la morfina que aquellos que tenían estudios inferiores a preparatoria. Al ser la población en su mayoría personas con nivel de estudios la secundaria podemos decir que los prejuicios en nuestra población de estudio con respecto a la morfina y otros analgésicos son altos, por lo que tendrían mayor problema al momento de aceptar un tratamiento con estos fármacos y de aceptarlo no se asegura el apego al tratamiento al 100%. Los pacientes encuestado han sentido dolor intenso durante alguna etapa de su enfermedad lo cual es normal dependiendo del tipo de cáncer y del tipo de tratamiento que lleve, sin embargo en la siguiente pregunta se observa que sólo el 22% de los pacientes no tenían el dolor controlado por lo que el dolor en la gran mayoría de los pacientes o ya no está presente por la suspensión del tratamiento que ocasionaba dolor o bien se encuentran bien controlados de este síntoma mediante algún tipo de analgésico. Mediante la pregunta “¿es bueno aguantarse el dolor? Se observó que sólo un 10% contestó que sí, por lo que los pacientes no dudan en acudir al médico cuando presentan algún tipo de dolor, sin embargo para que acudan con él se requiere un dolor de nivel 10, es decir el máximo tolerado, situación que no favorece al paciente ya que este dolor pudo haber iniciado con menos intensidad y fue aumentado la misma mermando la calidad de vida del paciente.

¿Qué es la morfina?

Poco más de la mitad de los encuestados considera que la morfina es una droga y el 28% de ellos lo clasifican como medicamento. La palabra “droga” es relacionada con “narcotráfico” y “adicción” por la población en general, esto es un verdadero factor de riesgo para que los pacientes decidieran no utilizar este medicamento y una vez más, no apegarse correctamente al tratamiento. Así mismo, podemos ver

que pocos pacientes asocian la morfina con la palabra medicamento lo que nos lleva a pensar que esta es una de las principales barreras que afecta no sólo al servicio de Cuidados Paliativos, sino a todo un Sistema de Salud para favorecer la prescripción por parte de los médicos especialistas y no especialistas en dolor, por parte de enfermería la ministración de este medicamento y por parte del paciente, quien no tendrá confianza en el tratamiento asignado.

Si utilizo morfina, me puedo volver adicto.

La creencia de que la morfina causa o no adicción es un tema nada polarizado en el estudio, 42% piensa que sí y 46% piensa que no habiendo una diferencia del 4% entre estas dos ideas. La realidad es que menos del 1% de los pacientes con dolor por cáncer se vuelve adicta a la morfina y la única precaución que se debe tomar al retirar el tratamiento es suspenderlo poco a poco.

Después de la morfina no hay otro medicamento que pueda aliviar el dolor.

Los pacientes encuestados consideran que la morfina es el último recurso analgésico contra el dolor, sin embargo la morfina es el opioide de elección para tratar dolores de severos a fuertes según la escalera analgésica de la OMS más no el más potente. Existen fármacos de la misma familia más potentes que la morfina como lo son la buprenorfina (30 veces más fuerte) y el fentanilo (100 veces más fuerte). Los encuestados asocian a la morfina como el analgésico más fuerte que se puede utilizar (46%) en el tratamiento del dolor.

La morfina sólo está indicada en pacientes terminales.

Durante cualquier etapa de la enfermedad, los pacientes pueden presentar dolor intenso. Las indicaciones de la morfina son múltiples, tanto en pacientes terminales como en pacientes con dolor crónico, sin embargo el estudio reveló que el 54% de los encuestados creen que la morfina es exclusivo para tratar a pacientes terminales, esto es un factor de riesgo no sólo para el apego terapéutico sino también para la salud emocional del paciente, dando lugar a otras patologías como depresión, angustia e incluso ideas suicidas.

¿El tratamiento con morfina es caro?

Un alto porcentaje de pacientes encuestados refiere que el tratamiento con morfina es caro (64%) contrastando totalmente con aquellos que no lo creen (6%). De entre los diferentes analgésicos opioides que se pueden dar como opción para el tratamiento del dolor moderado-severo contamos con la buprenorfina, el tramadol y la morfina. La buprenorfina y la morfina se clasifican como opioides potente, mientras que el tramadol es un opioide débil. Descartando los efectos secundarios que pueden ser manejados fácilmente por otros medicamentos, en la siguiente tabla se muestra el costo por unidad, a un mes y a tres meses de adquirir estos tres medicamentos.

Tabla 4. Analgésicos opioides usados en el tratamiento de dolor moderado-severo.

Medicamento	Posología	Forma farmacéutica	Contenido	Precio unitario	Un mes de tratamiento	Tres meses de tratamiento
Buprenorfina	0.2 mg cada 8 horas.	Tableta sublingual	1 caja con 10 tabletas de 0.2 mg*	\$541.94	9 cajas (\$4,877.46)	27 cajas (\$14,632.38)
Tramadol	50 mg cada 6 horas.	Cápsula	1 caja con 10 cápsulas de 50 mg*	\$300.00	12 cajas (\$3,600.00)	36 cajas (\$10,800.00)
Morfina	10 mg cada 4 horas.	Tableta	1 frasco con 20 tabletas de 10 mg*	\$57.00	9 frascos (\$513.00)	27 frascos (\$1,539.00)

* Costos vigentes hasta el año 2014 en el Instituto Nacional de Cancerología.

De los tres opioides que se pueden prescribir para el tratamiento del dolor moderado-severo, se puede apreciar que la morfina es el medicamento de elección para los pacientes, no sólo por ser el estándar de tratamiento en este tipo de dolor dado que es un agonista puro de los receptores μ responsables de la analgésica supraespinal sino también por su bajo costo, ya que para el tratamiento de 3 meses,

entre la morfina y el tramadol se puede apreciar un ahorro de \$9,261.00 pesos mientras que entre la morfina y la buprenorfina, el ahorro es de \$13,093.38 pesos. De la misma forma, si se compara el precio de una tableta de buprenorfina sublingual (\$54.20), 1 cápsula de tramadol (\$30.00) y 1 tableta de morfina (\$2.85), la morfina sigue siendo la más barata por unidad por lo que ésta es un medicamento que tiene grandes efectos en el alivio del dolor por un costo relativamente bajo en comparación con los demás opioides que pueden prescribirse para el tratamiento del mismo síntoma.

¿Utilizaría morfina como tratamiento para un dolor?

Los pacientes refirieron en un 61% que sí tomarían morfina como opción terapéutica para el alivio del dolor mientras que el 35% de estos no lo haría. Pese a que el público acepta a la morfina como tratamiento, hay un alto porcentaje que no lo haría pudiéndose deber a los prejuicios que tienen sobre este medicamento. Del 61% de los que contestaron que sí, cerca de la mitad consideró usar el tratamiento solamente cuando el médico lo prescriba y sea la última opción terapéutica para tratar el dolor, indicándonos que pese a ser un tratamiento altamente aceptado, se tienen ciertas reservas fundamentadas en el miedo y la poca información que existe para esta población con respecto al uso de opioides.

Al usar morfina, ¿se puede cambiar de tratamiento?

Esta pregunta se planteó con la intención de reforzar la idea de que la morfina es el último recurso para la analgesia. El resultado fue que efectivamente, la población asume a la morfina como el último recurso analgésico ya que el 41% de los encuestados piensan que una vez que se indica el tratamiento de morfina, no se puede cambiar de tratamiento, un 32% dice que sí debe existir algo más fuerte y un 27% desconoce acerca del tema.

La pregunta abierta dio como resultado que la comunicación de los pacientes con el médico es poco efectiva, ya que ellos pocas veces dicen todo lo que siente en cuanto al dolor que presentan. Los pacientes refieren que como medida de calidad y atención hacia ellos el médico debería explicar ampliamente los tratamientos y el

plan a seguir, así como mayor comprensión y entendimiento por parte del personal médico.

El personal de enfermería encuestado fue de 61 personas siendo el 82% del género femenino y el 18% pertenecientes al género masculino. La edad predominante en este sector rondaba principalmente de los 33-45 años (36%) y la mayoría contaba con más de 20 años de experiencia (26%), por lo que se esperaba que no hubiera mitos sobre la morfina, dada la experiencia del personal y el contacto continuo con el paciente.

El personal médico encuestado constó de 72 personas siendo el 58% del género masculino y el 42% del género femenino. Las edades entre 26-32 años fueron las más comunes de este grupo con un 46% y la mayoría contaba con una experiencia que no superaba los 3 años (32%) por lo que se esperaba que la mayoría de los médicos entrevistados tuviera una mala perspectiva sobre el uso de morfina.

Se entrevistaron a enfermeras de distintos servicios esperando que éstas no hubieran tenido contacto con la morfina u otros analgésicos opioides y aquellas que sí han tenido contacto, esto con la finalidad de tener diferentes puntos de vista; sin embargo no pudo ser así, ya que las enfermeras refirieron que el sistema del hospital les permite rotar por distintos servicios ya sea cuando se requiere cubrir a algún compañero por vacaciones o falta o bien, en el caso de las enfermeras más jóvenes la rotación propia por los diferentes servicios del hospital. Pese a esto, los tres servicios con mayores entrevistas fueron hematología, oncología médica y cirugía, de éstos, sólo oncología médica no utiliza morfina en sus pacientes ya que generalmente los servicios de enfermería que se ofrecen en este servicio es el de la medición de signos vitales, peso, talla y exploración de los pacientes. En el caso del servicio de hematología y cirugía, sí se tiene contacto con este tipo de medicamentos dado que los pacientes se encuentran hospitalizados, facilitando la interconsulta de estos servicios con clínica del dolor y cuidados paliativos, especialistas encargados de controlar el dolor que llegue a presentar el paciente.

En cuanto al personal médico, se entrevistaron prácticamente de los mismos servicios, sin embargo, se obtuvo mejor respuesta de oncología médica, cirugía y

radiología. En radiología, no se tiene uso de morfina ya que no lo requieren para realizar sus labores, en cambio en los otros servicios sí se utilizan, tanto en pacientes hospitalizados como en pacientes ambulatorios, lo que nos asegura una heterogeneidad en las respuestas.

De los 72 médicos encuestados el 28% prescribe morfina y el 72% no la prescribe. De los médicos que prescriben morfina, el 63% refiere que no la prescribe hasta que el paciente refiere dolor intenso. Aunque esto indica que los médicos prescriptores de morfina saben que es el medicamento de elección para aliviar el dolor moderado-severo, esto también significa la falta de información que se tiene sobre otros usos del mismo, ya que puede utilizarse para el tratamiento del dolor agudo ocasionado por un proceso quirúrgico o por quemaduras graves. El 19% de estos médicos mencionan que no cuentan con la receta adecuada para su prescripción, siendo que este tipo de recetas puede pedirse directamente con los jefes de cada servicio o pueden solicitarlo a la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS). Los requerimientos para obtenerla están en la página de la COFEPRIS en el apartado de Trámites/Otros trámites, donde se encuentra una guía de como solicitarlas. Sin embargo, esta información no tiene difusión alguna y dentro del hospital no hay ningún aviso de donde poder acudir para solicitar los recetarios con código de barras.

El uso de morfina en el hogar puede ser un factor de riesgo de abuso.

El 81% de los médicos indican que el uso de morfina en el hogar es un factor de riesgo de abusar del uso de opioides mientras que el personal de enfermería está de acuerdo con este mito en un 64%. Es importante considerar la definición de algunos términos clave antes de aclarar este mito.

Dependencia física. Es la propiedad farmacológica de un medicamento que se caracteriza por generar un síndrome de abstinencia cuando se interrumpe en forma repentina su uso o cuando se administra un antagonista. Los síntomas del síndrome de abstinencia se presentan entre las 48 y 72 horas posteriores al retiro del medicamento o droga. Se caracteriza por ansiedad,

inquietud, irritabilidad, midriasis, etc. Y los síntomas duran alrededor de una semana.

Tolerancia. Es el estado fisiológico en que la persona necesita mayores dosis de una sustancia para obtener el mismo efecto.

Adicción. Perfil conductual de abuso de alguna sustancia o producto psicoactivo, se caracteriza por el consumo compulsivo, es decir, el deseo irrefrenable por la droga. El consumo compulsivo de la droga origina daño o quebranto físico, psíquico y social para el usuario, que persiste en su consumo a pesar de tales desventajas.

Entonces, la dependencia física es una consecuencia esperada después de iniciar el tratamiento con opioides y no significa adicción. Al tomar la decisión de suspender un tratamiento crónico con un opioide debe hacerse de forma gradual, pues al hacerlo de forma súbita irremediablemente se presentará el síndrome de abstinencia. La tolerancia representa una respuesta normal del organismo ante el medicamento y no es igual a una adicción. En pacientes con cáncer, con frecuencia se requiere aumentar la dosis del fármaco a través de tiempo, pero esto es consecuencia de la progresión de la enfermedad más que de un fenómeno de tolerancia como tal.

La adicción es un fenómeno excepcional si el opioide se utiliza de forma correcta en el tratamiento del dolor crónico. Menos del 1% de pacientes en tratamiento crónico con opioides para tratamiento de dolor presentan algún comportamiento adictivo (Herndon, 2003). En un análisis de 11 882 pacientes, sin antecedentes de abuso de drogas, que tomaban morfina para control del dolor de diversas causas, se encontraron problemas de adicción en un solo caso por lo que la entrevista inicial que realiza el médico en Cuidados Paliativos a todos los pacientes de primera vez, es fundamental para descubrir si el paciente tiene un historial de adicciones y darle un seguimiento más controlado durante el tratamiento con opioides.

La morfina no es un buen analgésico cuando se administra por vía oral.

Un 68% de los médicos entrevistados refiere que no es un buen analgésico por vía oral y el 56% del personal de enfermería menciona estar de acuerdo con esta aseveración siendo esto algo que comienza a marcar las diferencias entre ambos grupos, ya que el personal de enfermería es quien está en contacto con el paciente la mayor parte del tiempo, por lo que puede ver los efectos terapéuticos más de cerca que los médicos. En cuanto a este mito, es verdad que la morfina por vía oral no cuenta con una buena absorción, por eso hay que dar del doble al triple de la cantidad que se usaría por vía parenteral. Sin embargo, esto nada tiene que ver con que sea un mal analgésico por vía oral, sólo se requiere un intervalo de dosificación más corto y dosis más altas para alcanzar el efecto deseado.

La morfina por vía oral rápidamente desarrolla tolerancia.

El 21% de los médicos encuestados respondió que sí, mientras que el 65% respondió que no, en cuanto a enfermería un 30% respondió que sí y un 67% respondió que no. La morfina produce el llamado fenómeno de tolerancia refiriéndose a que habrá que aumentar la dosis paulatinamente para conseguir el mismo efecto del analgésico. Aún con esto, la morfina no tiene el llamado “efecto techo” (dosis máximas a partir de la cual el medicamento ya no es más efectivo), pudiendo aumentarse la dosis de manera casi indefinida, además que está bien definido que entre más largo sea el tratamiento con morfina, menor es el efecto de tolerancia. La mayoría de las veces en que la dosis de morfina debe ser aumentada es por alguno de los siguientes motivos: progresión de la enfermedad, aumento del dolor por lo que si con cierta dosis éste no se encuentra controlado, el paciente deberá acudir al médico, quien tendrá que hacer nuevamente la evaluación del dolor y reajustar la dosis del opioide. Factores que modifican el umbral del dolor como lo son el cansancio, la angustia, aburrimiento, miedo, etc., pueden hacer del dolor un síntoma difícil de controlar, incluso a dosis muy altas de morfina y finalmente un paciente con un historial de abuso de drogas. Como podemos apreciar ni los médicos ni las enfermeras piensan en su mayoría que este mito sea cierto, sin embargo aún existe un buen porcentaje de profesionales de la salud que aún lo cree

y esto podría afectar a la prescripción de este medicamento o llegar a pensar que el medicamento no es efectivo y no considerarlo como una opción para el alivio del dolor moderado-severo en pacientes con cáncer.

La morfina produce euforia

El 63% de los médicos encuestados asegura que la morfina no produce euforia y un 26% lo afirman mientras que del personal de enfermería 15% están de acuerdo con este mito y un 83% no lo está. Generalmente se confunde la euforia con la sensación de bienestar que experimenta el enfermo al ser aliviado de su dolor. Una vez más, la diferencia entre médicos y enfermeras está presente ya que este mito está aceptado en un 20% más en médicos que en enfermería, quienes aseguran que esta característica en los pacientes no es real. Esto dado que las enfermeras pasan más tiempo con el paciente que el médico y saben diferenciar entre una euforia y el alivio que ocasiona ya no sentir dolor.

La sedación y la disminución de la capacidad mental son frecuentes al usar morfina

De los médicos encuestados, el 50% contestó que sí y un 42% contestó que no, en tanto que enfermería el 39% contestó que sí y el 59% que no. Esto se puede explicar por la cercanía que tiene enfermería con el paciente, siendo un contacto directo, se pueden apreciar cierto alivio de los síntomas y ciertas reacciones secundarias del medicamento, sin embargo dependerá mucho del tiempo en que el personal de enfermería dedique a cada paciente, posiblemente no permanecen mucho tiempo con ellos para poder definir si ven el efecto o no lo ven. Lo cierto es que inicialmente la morfina causa somnolencia al inicio del tratamiento dada su afinidad los receptores kappa, pero este efecto decrece al pasar unos días ya que el cuerpo desarrolla rápidamente resistencia a los efectos sedativos. Aunque la morfina aparece en la bibliografía como uno de los fármacos más usados para la sedación en la agonía, no debe utilizarse para tal fin ya que se disponen de fármacos con mejor perfil sedante como el fenobarbital y propofol (González, 2007). Las dosis altas pueden provocar que disminuya la capacidad mental del paciente que

mediante una buena titulación del medicamento y un buen control en la dosis terapéutica de la misma, no se presenta.

La morfina produce problemas de respiración.

El 57% de los médicos encuestados menciona que sí existen problemas de respiración desencadenados por el uso de morfina, mientras que un 40% piensa lo contrario en cambio en enfermería el 33% del personal está de acuerdo con esta aseveración, mientras que el 67% restante no está de acuerdo. Esta diferencia puede deberse al grado de experiencia en el manejo de medicamentos situación que día a día el personal de enfermería enfrenta. El miedo a la depresión respiratoria es tal vez la mayor barrera para el uso eficaz de opioides en el tratamiento del dolor. La American Pain Society señala que la depresión respiratoria por consumo de opioides es un suceso raro, de corta duración y es más común en pacientes vírgenes a opioides. Se debe recordar que el dolor es un antagonista fisiológico de la depresión respiratoria, es decir, mientras un paciente tenga dolor, nunca dejará de respirar mientras se va cuidadosamente titulando la dosis de morfina. En el caso de los pacientes oncológicos la mayoría ya ha estado tomando opioides débiles para controlar el dolor crónico y en este grupo la depresión respiratoria es muy rara. De cualquier manera se dispone de un antagonista puro de la morfina: la naloxona, un fármaco que puede ser utilizado como antídoto específico para la intoxicación por opioides desde 1960. Para suprimir los efectos tóxicos de los agonistas opioides, en la clínica se utilizan dos aplicaciones fundamentales: a) reversión inmediata de la depresión del sistema nervioso central y b) prevención de los efectos secundarios de los opiáceos en personas con dependencia que han decidido someterse a tratamiento de deshabitación.

Por un efecto inmunosupresor, la morfina acorta la vida del paciente.

Los médicos entrevistados afirman en un 15% que la morfina acorta la vida del paciente mediante este mecanismo y un 75% no está de acuerdo. Entre el personal de enfermería un 10% contestó sí para este mito mientras que el 90% restante negó tal afirmación. Los datos son muy similares, sin embargo para tener una perspectiva

sobre este tema, la cercanía o no con el paciente nada tiene que ver, sino la cercanía de documentos veraces y actualizados para disipar las dudas en los temas más complejos. Existe evidencia experimental para sugerir que la morfina tiene un papel ampliamente inhibitorio sobre los mecanismos de la respuesta inmune. Aunque su mecanismo de acción no está bien definido, posiblemente el efecto sea a causa de: acción sobre el eje hipotálamo-hipófiso-suprarrenal, supresión de producción de IFN- γ y TNF- α por las células mononucleares humanas o bien, porque a altas dosis los opioides exógenos compiten con los endógenos, lo que produciría una inmunosupresión. La morfina actúa ejerciendo una influencia significativa sobre la actividad de las células NK, la proliferación linfocitaria y la capacidad fagocítica de polimorfonucleares y monocitos. Así mismo, esta sustancia puede alterar el balance Th1/Th2 (linfocitos T ayudadoras 1/ T ayudadoras 2), inhibiendo la respuesta inmune mediada por células. Sin embargo, aún no se pueden dar recomendaciones definitivas para la aplicación de los opioides en las más variadas situaciones de la práctica clínica con relación a las consecuencias inmunológicas de esos fármacos. Cabe señalar que al parecer, cada sustancia opioide tiene un efecto diferente, por lo que estudios adicionales con otros opioides deben ser realizados.

Conclusiones.

Entre los mitos más frecuentes encontrados en pacientes fueron “la morfina es sólo está indicada en pacientes terminales” y “Si utilizo mucha morfina, disminuye su efecto” situación que puede derivar en problemas de salud para los pacientes con cáncer, siendo esto un problema que también debe concernir a la Institución ya que a pesar de aceptar los tratamientos indicados por su médico, la adherencia terapéutica se ve afectada al no ser seguida de manera adecuada o ser totalmente omitida, recurriendo a opciones alternativas que no son las más seguras y/o eficaces para controlar el dolor por cáncer, no cumpliendo con la visión que tiene el Instituto, refiriéndose a ser líderes en la generación de estrategias para controlar el cáncer y reducir su impacto como problema de salud. De igual modo, el personal médico asume como verdaderos los siguientes mitos “La sedación y la disminución

de la capacidad mental son frecuentes al usar morfina”, “el uso de morfina en el hogar puede ser un factor de riesgo de abuso” y “la morfina produce problemas de respiración” esto puede ocasionar una inadecuada prescripción médica o evitar la prescripción por lo que debe conocer los diferentes tratamientos para el dolor así como tener bases para evaluar correctamente el dolor que presentan los pacientes oncológicos evitando así la toma de medicamentos innecesarios e ineficaces para el padecimiento que el paciente presenta. En cuanto al personal de enfermería, los mitos más frecuentes fue “el de ser un factor de riesgo de abuso” por lo que debe conocer los efectos secundarios de los medicamentos que ministran para evitar los prejuicios que puedan afectar el logro del objetivo terapéutico.

Áreas de oportunidad.

Los aspectos expuestos en los capítulos anteriores permitieron la elaboración de la propuesta de integración del farmacéutico en el servicio de Cuidados Paliativos en el Instituto Nacional de Cancerología. Las áreas de oportunidad encontradas en los tres grupos estudiados fueron las siguientes.

Pacientes. Conocer la información necesaria para tener más confianza en un medicamento que está rodeado de numerosos mitos que trae como consecuencia la falta de adherencia al tratamiento y la desconfianza en el personal médico así como la necesidad de conocer las precauciones que se deben tener al tomar medicamentos. Así mismo, al ser un paciente con numerosos medicamentos, la probabilidad de tener interacciones farmacológicas y con alimentos es mayor.

Médicos. Disminución de mitos sobre la morfina que predominan y la prevalencia de la necesidad de seguir aprendiendo sobre este tipo de analgésico así como conocer toda la información referente a este medicamento desde la parte farmacológica como las reacciones adversas y hasta la parte administrativa como las presentaciones y costos vigentes en la farmacia del hospital.

Enfermería. Existen síntomas que se perciben como problemas cuando en realidad son efectos secundarios del medicamento. Este rubro también quiere seguir aprendiendo sobre esta familia de medicamentos así como desmentir los mitos que existen en torno a ellos.

Con estas áreas de oportunidad se efectuaron el objetivo general y objetivos particulares.

Propuesta de Plan.

Objetivos.

El análisis situacional permitió la identificación de áreas de oportunidad susceptibles a ser explotadas para obtener un gran beneficio para los pacientes, lo que permite crear el objetivo general del farmacéutico, el cual es el siguiente.

Ofrecer información oportuna, veraz y de calidad a pacientes, médicos y enfermeras sobre medicamentos así como interactuar con los diferentes servicios de Cuidados Paliativos para dar una atención integral al paciente

De este objetivo general se desprenden los objetivos particulares:

- Desmentir los mitos en torno a los medicamentos opioides especialmente sobre la morfina.
- Informar al paciente sobre las medidas y precauciones que debe seguir al tomar medicamentos, incluyendo los analgésico opioides.
- Informar al personal médico prescriptor y no prescriptor la farmacología de los analgésicos opioides, así como las interacciones farmacológicas y con alimentos que existen.
- Informar al personal médico prescriptor y no prescriptor lo referente al marco legal de estos medicamentos.
- Informar al personal de enfermería los efectos secundarios más frecuentes de los analgésicos opioides y que medicación es la adecuada para su control.
- Informar al personal médico, de enfermería y pacientes la farmacoeconomía de los opioides.
- Realizar el seguimiento farmacoterapéutico de pacientes hospitalizados y de consulta externa.
- Apoyo y desarrollo de investigación en medicamentos.

A partir de éstos, se presentan las actividades que formarán parte del plan a seguir por el farmacéutico dentro del área y fuera de ella, sus objetivos y la justificación de cada una de las actividades; así como los recursos para poder desarrollarlas.

Actividades.

1. Desmentir los mitos entorno a la morfina y analgésicos opioides mediante trípticos informativos.

Objetivos.

Elaborar un tríptico informativo que se entregará a los pacientes que utilicen morfina ya sea pacientes hospitalizados o de consulta externa y que además se encuentren a cargo de Cuidados Paliativos. El farmacéutico se presentará y explicará la importancia del medicamento en el tratamiento del paciente.

Justificación.

Los pacientes oncológicos a los que se les prescribe morfina pueden llegar a tener ideas erróneas respecto a los medicamentos opioides por lo que informarlos es de suma importancia si se quieren alcanzar los objetivos farmacoterapéuticos que se proponen en la consulta.

Recursos.

Tríptico informativo el cual incluirá los mitos con sus respectivas realidades más frecuentes que se encontraron en la investigación. También incluirá el teléfono del servicio de Cuidados Paliativos para obtener mayor información.

2. Seguimiento farmacoterapéutico en consulta externa.

Objetivos.

El farmacéutico estará presente en consulta con el médico para crear un “expediente farmacéutico” que consta de cinco rubros: 1) Información general del paciente antes de recibir la información sobre su medicación con analgésicos opioides y folio de control interno, 2) Pregunta que mide la seguridad del paciente en cuanto a su medicación, en una escala del 1-5, 3) Necesidades del paciente, donde se conocen las expectativas y preocupaciones del paciente en cuanto a su medicación, así como los mitos que puede tener respecto a la medicación con opioides, 4) Alergias y otras enfermedades, 5) Otros medicamentos, por si el paciente está tratando alguna enfermedad ya descrita en el punto anterior.

6) Cuestionario para evaluar la adherencia al tratamiento del paciente con medicaciones anteriores, 7) Pregunta que mide la seguridad del paciente después

de recibir la información sobre su medicación con analgésicos opioides por parte del farmacéutico y 8) Pregunta si se requiere una cita subsecuente. También se hará el registro de la fecha de la receta de medicamento controlado y se calculará el día en que el paciente debe volver para obtener una nueva receta, si el paciente vuelve antes o después de dicha fecha, se notificará la causa (de haberla) al médico tratante. Esto se dirá antes de que el paciente entre a consulta, contando que sea un paciente subsecuente para el servicio.

Justificación.

Conocer las necesidades del paciente en cuanto a la información que quiere o no quiere recibir es de suma importancia. Partiendo de estas necesidades, se crea un plan personalizado puesto que cada paciente tendrá conocimientos, expectativas y preocupaciones diferentes respecto a sus medicamentos. El registro en una bitácora electrónica de los días que el paciente debe volver ayudará a identificar a los pacientes con una posible adicción o bien, con conductas ilícitas en el uso de medicamentos, así como los remanentes de medicamento que pueda llegar a tener.

Recursos.

Formato en el Anexo 7 y Anexo 8.

3. Uso del diario de síntomas.

Objetivos.

Los pacientes del servicio de Cuidados Paliativos cuentan con un cuaderno de síntomas, en el que día a día reportan y califican los diferentes síntomas asociados a su enfermedad en una escala del 1 – 10. Dada la existencia de este recurso, se planea crear una sección que se llame “Medidas y Precauciones sobre Medicamentos” que será llenada y explicada por el farmacéutico donde se incluirán los medicamentos que tengan alguna medida o precaución especial como el consumo en ciertos momentos del día (antes de comer, antes de desayunar, en ayunas) o si debe tomarse o no con ciertos alimentos o alcohol. Esto incluirá el nombre del medicamento y las diferentes medidas y precauciones que se deben tener para la administración de este medicamento. Si llegara a haber algún paciente

analfabeta, se crearán sellos donde las indicaciones sean claras y fáciles de relacionar así como la imagen del medicamento que debe tomar.

Justificación.

Se utilizarán los recursos ya existentes para no generar grandes costos al hospital, ni tener que recurrir a la creación de formatos especiales sólo para que sean llenados por el farmacéutico. La inserción de imágenes se utiliza para los pacientes que no sepan leer ni escribir, que si bien no poseen estos recursos no por eso se debe mermar su derecho a la salud ni a la información.

Recurso.

Ejemplo de etiqueta de medicamentos en el cuaderno de Cuidados Paliativos.

4. Seguimiento subsecuente.

Objetivos.

De necesitar una cita subsecuente con el farmacéutico, los pacientes contestarán una serie de preguntas que estarán en el formato “Cita subsecuente” que consta de cuatro rubros: 1) Datos personales del paciente donde solamente se incluye la fecha, el expediente y el folio que se le dio previamente al paciente, 2) Preguntas que evalúan cómo se siente con la medicación, si nota los efectos, como lo utiliza, si presenta alguna dificultad en la administración de los medicamentos, si nota algo extraño relacionado con el medicamentos, si tiene algunas dudas sobre los medicamentos que está utilizando, esto con la finalidad de saber si existe o no apego terapéutico por la causa que el paciente indique, ya sea que no quiere tomar el medicamento, si no lo encuentra efectivo, si no lo utiliza de manera adecuada, etc. También saber si tiene alguna duda con los medicamentos que utiliza, resolver las dudas para así, favorecer la adherencia. Finalmente, se registra el plan a seguir con ese paciente, las nuevas dudas que tenga y si requiere de otra visita. Si dentro del quehacer farmacéutico no se encuentra la posibilidad de ayudar a que exista la adherencia terapéutica ya que el problema va más allá de un problema relacionado con los hábitos de toma de medicamentos o educación sobre medicamentos, se derivará al área médica para que el paciente sea evaluado por el servicio competente.

Justificación.

El paciente debe tener un seguimiento de cada intervención que tiene, ya sea médica, de enfermería y en este caso farmacéutica. Así, tanto el paciente como el farmacéutico pueden evaluar la calidad de la información brindada por el servicio y de existir un problema, solucionarlo antes de que afecte la salud del paciente. Todo plan de seguimiento que se manejará con el paciente será documentado en este mismo formato. Estos datos podrán ser consultados por otros servicios farmacéuticos por cualquier servicio de Cuidados Paliativos para conocer con mayor profundidad al paciente y poder definir mejor el plan terapéutico a seguir.

Recursos.

Formato de “evaluación subsecuente” (Anexo 9)

5. Información dirigida a médicos que prescriben analgésicos opioides.

Objetivos.

Fomentar la prescripción de medicamentos opioides, entre ellos morfina, y así cambiar las razones por las cuales los médicos prescriptores no prescriben morfina.

Justificación.

Los médicos prescriptores podría no estar evaluando correctamente el dolor que presenta el paciente oncológico, por lo que se utilizan medicamentos que el paciente no necesita o que no son eficaces para el tratamiento del dolor, generando gastos innecesarios. Así mismo, referir a los pacientes a las Clínicas del Dolor y Cuidados Paliativos para la prescripción de morfina crea una sobrepoblación en estos servicios, minimizando el tiempo de consulta que se le asigna a cada paciente que ya se encuentra dentro del servicio. Finalmente, ciertos médicos no cuentan con la receta adecuada para su prescripción, por lo que conocer el marco jurídico de estos medicamentos es esencial para generar una política de prescripción segura y adecuada a nivel institucional.

Recursos.

Sesiones informativas, exposiciones, trípticos o manuales creados por el farmacéutico y el equipo de Cuidados Paliativos.

6. Información dirigida a personal que no prescribe analgésicos opioides.

Objetivos.

Acercar la información sobre los analgésicos opioides a médicos que no los prescriben, a médicos especialistas en dolor y personal de enfermería se propone la colaboración del farmacéutico junto con el personal médico de Cuidados Paliativos la educación sanitaria en temas relacionados a estos medicamentos como indicaciones, buena prescripción, reacciones adversas, vías de administración, riesgos y posibles complicaciones.

Justificación.

Una de las razones por las cuales los médicos encuestados no prescriptores no prescriben morfina, es que no son médicos especialistas en dolor por lo que vemos una problemática, ¿qué pasa con los pacientes que presentan un dolor severo y que son atendidos por este sector de médicos? Esta pregunta es razón suficiente para pensar en la implementación de estrategias educativas e informativas para que estos pacientes tengan acceso al adecuado manejo del dolor.

Recursos.

Sesiones informativas, exposiciones, trípticos o manuales creados por el farmacéutico y el equipo de Cuidados Paliativos.

7. Marco legal entorno a medicamentos controlados para médicos prescriptores y no prescriptores.

Objetivos.

Distribuir información sobre medicamentos controlados que se encuentra en documentos legales mexicanos con el fin de que los médicos que quieran contar con esta información conozcan las leyes establecidas, indicando donde se encuentra la información sobre medicamentos controlados, como solicitar el recetario para prescribirlos y el adecuado llenado de las mismas. Así mismo, se instaurará una revisión de la receta de medicamentos controlados que se les dan a los pacientes al momento de la consulta para verificar y asegurar que todo se encuentra en orden para su envío a farmacia.

Justificación.

La regulación de estos medicamentos está establecida en la Ley General de Salud y en el Reglamento de Insumos para la Salud cuyo contenido es poco difundido en el ámbito hospitalario ya que muchos de los médicos prescriptores y no prescriptores indican que no cuentan con la receta adecuada para su prescripción, cuando existe el proceso para solicitar dichos recetarios. La falta de difusión de información crea confusiones y puede ser un gran obstáculo para que los médicos no prescriban medicamentos controlados, además de afectar al paciente ya que cuando se prescribe un medicamento controlado y la receta no contiene los datos estipulados en la ley para poder canjearla por el medicamento, afecta el tiempo que invirtieron el paciente y su o sus acompañantes para obtener el mismo al ser rechazados y tener que ir a obtener una nueva receta. Esto resta tiempo al médico, al paciente involucrado y a otros pacientes que requieran atención médica por lo que es importante generar servicios de información y revisión del correcto llenado de estos recetarios.

Recursos.

Para médicos. Creación de una circular donde de manera resumida vengan los requerimientos para llenar la receta controlada que se usa en el Instituto Nacional de Cancerología así como preguntas frecuentes relacionadas con el tema.

Para pacientes. En la consulta se revisarán que estén correctos los datos del paciente, los datos de la prescripción y los datos del médico antes de que el paciente vaya a la farmacia, si llegara a existir algún error, el farmacéutico le notificaría al médico prescriptor y en ese momento se realizaría una nueva receta.

8. Pacientes hospitalizados.

Objetivo.

Detectar, prevenir y dar resolución a Problemas Relacionados con los Medicamentos (PRM) mediante la revisión de los análisis clínicos del paciente y de ser necesario, consultar con el médico algún posible cambio en la dosis de ciertos medicamentos.

Justificación.

Los pacientes hospitalizados pueden ser vistos por diferentes servicios del hospital y en el caso de pacientes oncológicos nos enfrentamos a diversas situaciones ya que éstos pueden estar llevando un esquema de quimioterapia aunado a los medicamentos que puedan estar tomando para el control de diferentes síntomas, ya sea ocasionados por la quimioterapia o por la propia enfermedad o bien, tener una infección concomitante, lo que conlleva a agregar antibióticos a la terapia ya descrita por lo que estos pacientes deben tener un seguimiento estrecho de las interacciones medicamentosas, interacciones fármaco-alimento cuando aplique y revisión de estudios clínicos para el ajuste de dosis de la terapia.

Recursos.

Formato de seguimiento farmacoterapéutico (Anexo 10)

Expediente electrónico.

9. Apoyo y desarrollo en la investigación sobre medicamentos.

Objetivo.

Que el farmacéutico apoye o proponga, con sus conocimientos sobre medicamentos, investigaciones que puedan desarrollarse en el servicio de Cuidados Paliativos.

Justificación.

La investigación tiene como objetivo la generación de conocimiento. Esto es importante en el área de Cuidados Paliativos, ya que los pacientes que llegan a ésta son pacientes polimedicados y con altas probabilidades de tener enfermedades concomitantes, variables que indudablemente afectarán a alcanzar los objetivos terapéuticos por lo que investigaciones relacionadas con el uso racional de medicamentos, PRMs y errores de medicación pueden ser temas de futuras investigaciones.

Recursos.

El servicio de investigación en Cuidados Paliativos en conjunto con el farmacéutico y el equipo multidisciplinario.

Evaluación.

Las actividades que tengan que ver con educación sanitaria al personal de salud serán evaluadas mediante un cuestionario de satisfacción. La información que se le otorgue al paciente en la consulta o bien en el área de hospitalización se evaluará en ese momento, preguntándole que entendió de la información y de ser necesario, el farmacéutico aclarará las dudas o lo que el paciente no haya entendido y se asegurará que todo haya quedado claro. La evaluación al personal sanitario constará de las siguientes preguntas:

1. ¿La información presentada es comprensible?
2. ¿Pudo leer con claridad y sin problemas la información?
3. ¿La información le permitió resolver dudas específicas sobre el tema?
4. ¿Tuvo fácil acceso al material informativo?
5. ¿Tiene alguna sugerencia o comentario para mejorar el material informativo?

En el caso del seguimiento farmacoterapéutico, el impacto de la atención farmacéutica se determina bajo las siguientes variables: perspectiva inicial (PI) y perspectiva final (PF) indicativos de la información que posee el paciente respecto a su medicación. La PI se conocerá mediante la pregunta 1 y el PF mediante la pregunta 6 que se encuentran en el formato del Anexo 5. La evaluación se lleva a cabo en tres fases, la primera fase al momento de ingreso al servicio sobre temores y dudas del paciente con la medicación, la segunda en la cita subsecuente al servicio evaluando su nuevo estatus respecto a dudas; y finalmente la tercera fase corresponderá a la evaluación de la adherencia terapéutica. Esto se lleva a cabo mediante la fórmula siguiente

$$\text{Impacto de la atención farmacéutica}(\%) = \left(1 - \frac{PF}{PI}\right) 100$$

Se considerará un impacto favorable si el resultado es igual o mayor a 60%.

REFERENCIAS.

- ALLENDE, S., Verástegui, E. "El ABC en Medicina Paliativa" 1ª edición. México. Médica Panamericana. 2014. pp. 14-17.
- ALLENDE, S., Verástegui, E. "El ABC en Medicina Paliativa" 1ª edición. México. Médica Panamericana. 2014. pp. 1-2.
- American Society of Health-Systems Pharmacist. ASHP statement on the pharmacist's role in hospice and palliative care. "American Journal of Health-System Pharmacist". 59(18): 1770-1773. 2002.
- ASTUDILLO, W. Principios básicos para el control del dolor total. "Revista de la Sociedad Española del Dolor" (6):20-40, 1998.
- BAUTISTA, S. (2010). Manejo del dolor por cáncer: breve análisis del uso de opioides en el dolor por cáncer. En GODÍNEZ, N "Opioides. Uso clínico en el Alivio del Dolor" pp. 165-166. 1ª edición. México. PyDesa (2010).
- DRUGBANK OPEN DATA DRUG & DRUG TARGET DATABASE "MORPHINE DB00295" Canadian Institutes of Health Research [en línea] <<http://www.drugbank.ca/drugs/DB00295>> Consultado el 20 de enero de 2015 a las 17:00 hr.
- Food & Drug Administration. Extended-Release (ER) and Long-acting (LA) opioid analgesics risk evaluation and mitigation strategy (REMS). Estados Unidos de América. 2014.
- Food & Drug Administration. FDA Blueprint for Prescriber Education for Extended-Release and Long-Acting Opioid Analgesics. Estados Unidos de América. 2014.
- FUENTES, E., (2014). Introducción a los Cuidados Paliativos. En ALLENDE, S., Verástegui, E. "El ABC en Medicina Paliativa" pp. 1-9. 1ª edición. México. Médica Panamericana (2014).
- FUENTES, E., (2014). Introducción a los Cuidados Paliativos. En ALLENDE, S., Verástegui, E. "El ABC en Medicina Paliativa" pp. 9. 1ª edición. México. Médica Panamericana (2014).
- GARCÍA, J. "Oncología clínica básica" España. Arán. 2000. pp. 119-121

- GILBAR, P. SHPA Standards of Practice for the Provision of Palliative Care Pharmacy Services. "Journal of Research in Pharmacy Practice". 36(4): 306-308. 2006.
- GODÍNEZ, N "Opioides. Uso clínico en el Alivio del Dolor". 1ª edición. México. PyDesa. 2010. pp.47-48
- GÓMEZ, M. (2011). Dolor. En SÁNCHE, R. "Cuidados Paliativos: avances sin final". (187-194) España: Formación Alcalá.
- GÓMEZ, M. "Medicina Paliativa. La respuesta a una necesidad". 1ª edición. España. Arán. 1998. pp 297-302.
- GONZÁLEZ, M. "Tratado de medicina paliativa y tratamiento de soporte del paciente con cáncer" pp. 805. 2ª edición. Madrid. Médica Panamericana. (2007).
- HANKS, G. Morphine and alternative opioids in cancer pain: the EAPC recommendations. "British Journal of Cancer".84(5), 587-593. 2001.
- INFANTE, G. Tratamiento farmacológico del dolor por cáncer. "Revista Digital Universitaria" 5 (7): 2-10-8-10. 10 de agosto 2004.
- LEY GENERAL DE SALUD. Capítulo V. Estupefacientes. Artículo 234, 241, 241. Sección Control Sanitario de Productos y Servicios y de su Importación y Exportación. Diario Oficial de la Federación. México. Última actualización: 6- abril-2014.
- MORONES, S., (2014). Tratamiento del dolor. En ALLENDE, S., Verástegui, E. "El ABC en Medicina Paliativa" pp. 234-237 1ª edición. México. Médica Panamericana.
- MUÑOZ, Á., (2011). El cáncer. Definición. Epidemiología. Etiología. Historia natural de la enfermedad. Clasificación. Pronóstico. En SÁNCHE, R. "Cuidados Paliativos: avances sin final". (29-63) España: Formación Alcalá.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. International Narcotics Control Board Report 2013. Vienna. 2013. pp. 37.
- ORUEZÁBAL, M. "Cuidados Paliativos del Paciente Oncológico" pp 54. 2ª edición. Madrid. Visión libros (2004).

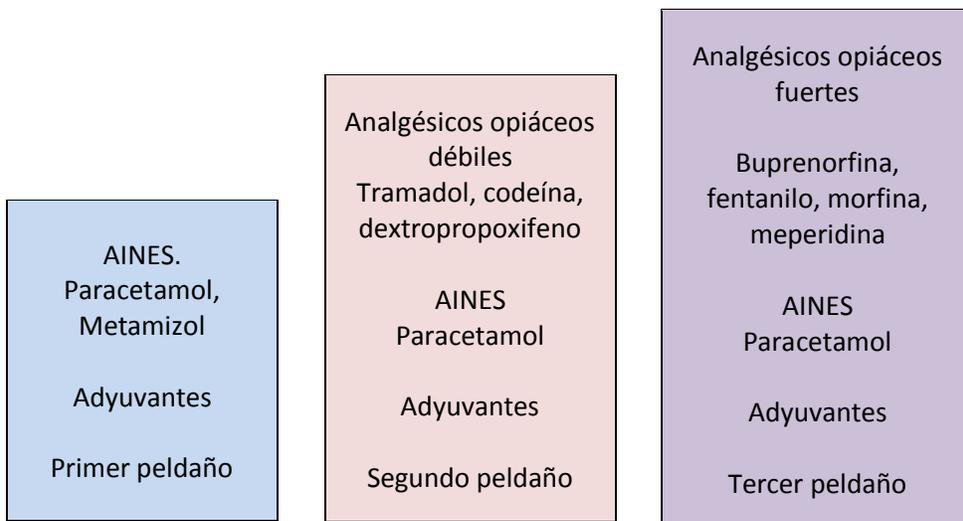
- PAIN & STUDY POLICIES GROUP. WHO Regional Office for the Americas (AMRO). [en línea]. <[http://www.painpolicy.wisc.edu/sites/www.painpolicy.wisc.edu/files/AMRO_morphine_2011%20\[Compatibility%20Mode\].pdf](http://www.painpolicy.wisc.edu/sites/www.painpolicy.wisc.edu/files/AMRO_morphine_2011%20[Compatibility%20Mode].pdf)>. Fecha de visita. 10 noviembre 2014.
- RAMÍREZ, A. (2010). Clasificación de los opioides. En GODÍNEZ, N “Opioides. Uso clínico en el Alivio del Dolor” pp. 23-26. 1ª edición. México. PyDesa.
- ROJAS, P (2011). Cuidados Paliativos. Principios y Filosofía. En SÁNCHE, R. “Cuidados Paliativos: avances sin final”. (11-12) España: Formación Alcalá.
- ROJAS, P (2011). Cuidados Paliativos. Principios y Filosofía. En SÁNCHE, R. “Cuidados Paliativos: avances sin final”. (14-16) España: Formación Alcalá.
- RUBIN, P. “Oncología clínica: enfoque multidisciplinario para médicos y estudiantes” 8va edición. España. Elsevier. 2002.
- SECRETARIA DE SALUD. “Perfil epidemiológico de los tumores malignos en México” pp 26. México (2011)
- VÁZQUEZ, S., (2014). Bases conceptuales del dolor. En ALLENDE, S., Verástegui, E. “El ABC en Medicina Paliativa” pp. 203-204 1ª edición. México. Médica Panamericana (2014).
- VÁZQUEZ, S., (2014). Bases conceptuales del dolor. En ALLENDE, S., Verástegui, E. “El ABC en Medicina Paliativa” pp. 221-222 1ª edición. México. Médica Panamericana (2014).
- VIÉITEZ DE PRADO, J. Cuidados Paliativos en Oncología. “”Medicina- Programa de Formación Médica Continuada Acreditado” 58 (8): 3108-3116. 2001.

Anexos

Anexo 1. Escala de Karnofsky. Un índice menor a 50 indica que la muerte del paciente puede ser menor a seis meses.

Capaz de realizar actividades y trabajar. No requiere una atención especial.	100 No hay quejas; no hay evidencia de enfermedad.
	90 Capaz de mantener una actividad normal; mínimos síntomas o signos de enfermedad.
	80 Actividad normal con algún esfuerzo; algunos signos o síntomas de enfermedad.
Incapaz de trabajar, capaz de vivir en casa y atender por sí mismo sus necesidades personales. Necesita una asistencia variable.	70 Cuida de sí mismo; incapaz de mantener una actividad normal o realizar tareas activas.
	60 Requiere asistencia ocasional, pero es capaz de atender por sí mismo la mayor parte de sus necesidades personales.
	50 Requiere una asistencia considerable y frecuentes cuidados médicos.
Capaz de realizar actividades y trabajar. No requiere una atención especial.	40 Discapacitado. Requiere cuidados y asistencia especiales.
	30 Gravemente discapacitado. Está indicado su ingreso hospitalario aunque su muerte no es inminente.
	20 Muy enfermo; es necesaria la hospitalización y tratamiento de soporte activo.
	10 Moribundo. El desenlace fatal se acerca rápidamente.

Anexo 2. Escalera Analgésica de la OMS.



Anexo 4. Cuestionario para el personal de enfermería.

Servicio al que pertenece (Ej. Hematología)

Sexo M F

Edad () 20-25, () 26-32, () 33-45, () más de 46.

Años de experiencia () 0 - 3, () 4 – 7, () 7 – 10, () 10 – 20, () más de 20.

1. Conteste sí o no a las siguientes aseveraciones.

1. El uso de la morfina en el hogar puede ser un factor de riesgo de abuso. Sí No

2. La morfina es un buen analgésico cuando se administra por vía oral. Sí No

3. La morfina por vía oral rápidamente desarrolla tolerancia. Sí No

4. La morfina produce euforia. Sí No

5. La sedación y la disminución de la capacidad mental son frecuentes al usar morfina Sí No

6. La morfina produce problemas de respiración Sí No

7. Por un efecto inmunosupresor, la morfina acorta la vida del paciente Sí No

8. Mencione algunos problemas que haya tenido antes, durante y después de la administración de morfina.

9. ¿Qué le gustaría saber sobre el uso de opioides?

10. ¿De qué manera? Seleccione una o varias opciones.

() Trípticos () Sesiones informativas () Videos () Folletos () Página web

() Otro. Especifique.

Anexo 5 (Vista Anterior). Cuestionario para los pacientes.

Expediente _____ Folio _____
Escolaridad _____ M F Edad _____

1. ¿Ha sentido dolor intenso durante su padecimiento? Sí No

2. ¿Siente dolor en estos momentos? Sí No

3. ¿Usted cree que es bueno aguantarse el dolor? Sí No

4. Para usted, ¿qué es la morfina? Medicamento Droga No sé

5. Según la siguiente escala, ¿qué magnitud de dolor debe tener para acudir al médico?

Conteste Sí, No o No sé a las siguientes afirmaciones sobre la morfina.

6. Si utilizo morfina, me volveré adicto Sí No No sé

7. Si utilizo mucha morfina, disminuye su efecto Sí No No sé

8. Después de utilizar morfina, no hay otro medicamento que pueda aliviarme el dolor Sí No No sé

9. La morfina sólo está indicada en pacientes terminales Sí No No sé

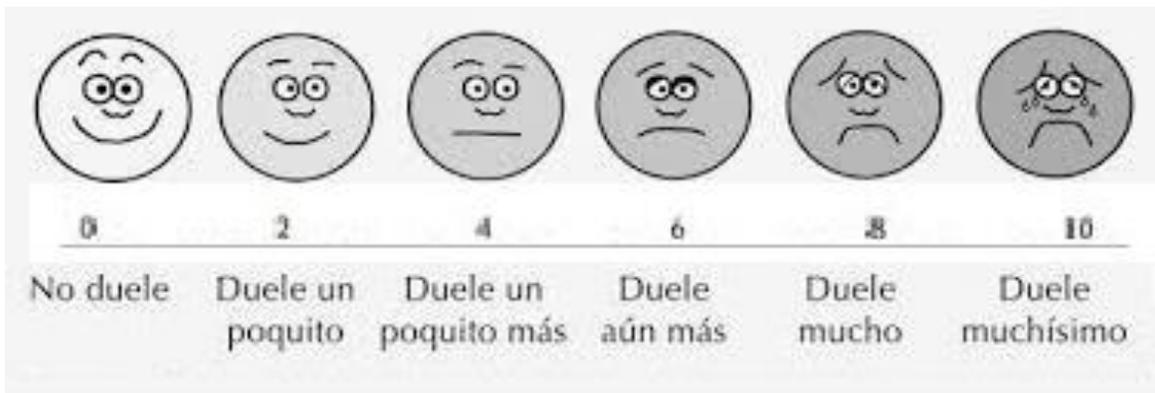
10. El tratamiento con morfina es caro Sí No No sé

11. ¿Tomaría en cuenta el uso de morfina como tratamiento para un dolor intenso? Sí No No sé

12. Después de consumir morfina, ¿Se puede cambiar de tratamiento? Sí No No sé

13. ¿Qué le gustaría decirle a su médico respecto a su dolor?

Anexo 5 (Vista Posterior). Escala Visual Análoga para medir el dolor.



Anexo 6. Carta de motivos del estudio.

Carta de motivos del estudio.

La presente investigación es conducida por el equipo de Atención Farmacéutica del servicio de Cuidados Paliativos. La meta de este estudio es conocer su opinión respecto al uso de analgésicos. Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas en una encuesta. Esto tomará aproximadamente 5 minutos de su tiempo.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas serán codificadas usando un número consecutivo.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él.

Desde ya le agradecemos su participación.

Anexo 7. (Vista Anterior). Análisis de Situación Personal del Paciente.

EVALUACIÓN DE LA SITUACIÓN PERSONAL DEL PACIENTE.

Fecha.

Nombre.

Folio.

Expediente.

Edad.

Sexo.

Teléfono.

1. Del 1 al 5, ¿Qué tan seguro se siente de usar la medicación indicada?

NECESIDADES DEL PACIENTE.

Expectativas y preocupaciones.

Mitos: Paciente terminal Alto costo Adicción Efectos secundarios

Estudios de laboratorio.

Renal. Clcreat:

Estado hidroeléctrico. Na:

K:

Hígado.

Amoniaco

Albúmina

Glucosa

Bilirrubinas

Urobilinógeno

Protrombina

Alergias.

Enfermedades y medicamentos concomitantes.

Cuestionario (adherencia)

1. ¿Se olvida alguna vez de tomar los medicamentos? Sí No

2. ¿Toma los medicamentos a las horas indicadas? Sí No

3. Cuando se encuentra bien, ¿deja alguna vez de tomar la medicación? Sí No

4. Si alguna vez le sientan mal, ¿deja de tomar la medicación? Sí No

5. Del 1 al 5, ¿Qué tan seguro se siente de usar la medicación indicada?

¿Requiere cita subsecuente? Sí No

Anexo 8. Ejemplo de bitácora electrónica.

	A	B	C	D	E	F	G	CQ	CT	CW	CX	CY	CZ
1													
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													
16													
17													
18													
19													
20													
21													
22													
23													
24													
25													
26													
27													
28													
29													
30													
31													
32													
33													
34													
35													
36													
37													
38													
39													
40													
41													

Anexo 9. (Vista Anterior) Subsecuente del servicio.

EVALUACIÓN SUBSECUENTE

Fecha.

Expediente

Folio

Estudios de laboratorio.

Renal. C/creat:

Estado hidroeléctrico. Na:

K:

Hígado.

Amoniaco

Albúmina

Glucosa

Bilirrubinas

Urobilinógeno

Protrombina

Del 1 al 5 ¿Cómo le va con la medicación?

¿Nota el efecto? Sí No

¿Cómo lo utiliza?

¿Alguna dificultad en la administración del medicamento?

¿Nota algo extraño relacionado con el medicamento?

¿Tiene alguna duda sobre los medicamentos que utiliza ahora? Sí No

Plan de acción

Anexo 10. (Vista posterior). Seguimiento farmacoterapéutico en pacientes hospitalizados.

Estudios realizados

Estudio	Fecha de resultado	Resultados y acciones a tomar.	Resultados y acciones a tomar.	Observaciones

Estado hidroeléctrico. Na:

K:

Amoniaco

Albúmina

Glucosa

Bilirrubinas

Urobilinógeno

Protrombina