




Conocimiento y prescripción de opioides en dolor oncológico: encuesta a médicos residentes y posgrados en el Hospital Universitario

Natalia Bernardi-De-Vecchi^{1,2*} , Gonzalo Pazos-Malcuori^{1,2} , Gonzalo Silveira-Masaguez³ 

¹Unidad Académica Clínica Médica B, Hospital de Clínicas, Facultad de Medicina, Universidad de la República, Montevideo, Uruguay

²Unidad de Cuidados Paliativos, Hospital de Clínicas, Facultad de Medicina, Universidad de la República, Montevideo, Uruguay

³Unidad Académica Clínica Médica 1, Hospital Maciel, Administración de los Servicios de Salud del Estado, Facultad de Medicina, Universidad de la República, Montevideo, Uruguay

Recepción: 24-08-2025

Aceptación: 01-11-2025

*Correspondencia: Natalia Bernardi. nbernardi79@gmail.com

Resumen

Introducción: a 40 años de la difusión de las pautas de la OMS para el control del dolor oncológico, este continúa siendo un desafío. Una encuesta realizada a médicos residentes en el año 2004 encontró carencias en el conocimiento de las pautas analgésicas y en la prescripción de morfina. La implementación del Plan Nacional de Cuidados Paliativos desde el 2013 ha llevado a la creación de unidades en hospitales públicos, principales lugares de formación de médicos residentes y posgrados. Actualizar el estado del arte sobre el nivel de capacitación en DO en médicos egresados en nuestro país es relevante.

Objetivos: describir el conocimiento de médicos residentes y posgrados en último año de formación en el tratamiento del dolor oncológico y conocer la prescripción de morfina en su práctica clínica.

Metodología: estudio descriptivo transversal, a médicos residentes y posgrados en el hospital universitario en su último trimestre. Se compararon resultados con encuesta del 2004. Se utilizó test de Chi cuadrado para comparación (nivel de significancia estadística p menor a 0,05).

Resultados: respondieron 82 encuestados, 69% especialidades médicas. El 96% refirió conocer la escalera analgésica de la OMS, el 79% reportó indicar analgesia reglada. El 74% reportó prescribir morfina. La causa más frecuente para su no prescripción fue no manejar el fármaco; de los no prescriptores, ninguno refirió por temor a la adicción.

Conclusiones: se consigna un aumento significativo del manejo del dolor por cáncer y de la prescripción de morfina. Consideramos que esta mejoría es multifactorial, derivada principalmente del fortalecimiento y creación de unidades en hospitales públicos a través de la implementación del Plan Nacional de Cuidados Paliativos.

Palabras clave: Dolor oncológico. Prescripción de opioides. Morfina. Médicos residentes.

Introducción

El cáncer es la principal causa de morbimortalidad a nivel mundial¹. En Uruguay, el cáncer representa la segunda causa de muerte, siendo responsable del 24,4% del total de muertes, luego de la patología cardiovascular (27,3%)².

El dolor por cáncer es frecuente, estando presente desde el inicio de la enfermedad en alrededor del 50% de los pacientes; la prevalencia y la intensidad del dolor suelen incrementarse a medida que progresa la enfermedad, alcanzando una prevalencia del 64-75% en etapas avanzadas³. Entre el 60 y el 90% de los pacientes con cáncer avanzado experimentan dolor de intensidad moderada a severa. En el entorno de la comunidad, el promedio de dolor reportado es de 6,6 en la escala visual analógica (EVA) y el 90% de los pacientes reportan dolor mayor a 5⁴.

El inadecuado alivio del dolor por cáncer se ha objetivado desde hace décadas, por lo que la OMS lo reconoce en el año 1982 como un problema internacional e inicia un programa con el objetivo de mejorar el alivio del dolor por cáncer a nivel mundial⁵. Del trabajo de un grupo multidisciplinario de expertos, en 1986 se publica la primera versión de las guías del manejo del dolor por cáncer⁵. Posteriormente, un comité de expertos de la OMS incorpora actualizaciones en el manejo del dolor, por lo que en 1996 se publica la segunda edición revisada sobre alivio del dolor por cáncer, acompañada de una guía de disponibilidad de opioides⁶.

La publicación de dichas pautas supuso un gran avance en la difusión de las estrategias de control analgésico en la enfermedad oncológica. Se planteó una estrategia racional de incremento en potencia analgésica en función de la severidad del dolor y de la respuesta a las fases de tratamiento previas (escalera analgésica). Hizo hincapié especial en la idoneidad de la vía de administración oral, en la analgesia reglada asociada a un diseño adecuado de las dosis de rescate, la atención individualizada del dolor, la titulación progresiva y la revisión periódica de la analgesia. Siguiendo dichas guías, se plantea que se puede alcanzar un control adecuado del dolor en el 70-80% de los casos, con múltiples estudios de validación.

En 1995 se publica un estudio prospectivo sobre la experiencia de la aplicación de las guías de la OMS en un servicio de dolor de anestesiología asociado a un programa de Cuidados Paliativos, en el cual se evalúa el tratamiento de 2.118 pacientes oncológicos en etapas avanzadas en un período de 10 años. Dicho estudio demostró alivio rápido del dolor con el tratamiento inicial propuesto por las guías de la OMS en la mayoría de los pacientes, con una reducción marcada del dolor luego de la primera semana de tratamiento, hallazgo clínicamente relevante y estadísticamente

significativo⁷. Asimismo, fue posible mantener un adecuado alivio del dolor en el 76% de los pacientes. También demostró, acorde a los resultados de Ventafridda et al., que el adecuado control del dolor puede ser alcanzado aun en la enfermedad por cáncer en etapas avanzadas⁸.

Tanto la Asociación Europea de Cuidados Paliativos como la Sociedad Americana de Dolor reconocen el problema a nivel mundial del dolor por cáncer, lo cual contrasta con la creciente disponibilidad de diferentes opioides, nuevas preparaciones de opioides y desarrollo de procedimientos intervencionistas de los últimos 20 años.

Según el documento marco del alivio del dolor por cáncer de la OMS, existen tres principales barreras o dificultades: falta de políticas nacionales sobre el alivio de dolor por cáncer y sobre atención paliativa; restricciones legales y falta de disponibilidad de analgésicos opioides; y la falta de formación en profesionales de la salud⁶.

El Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG) plantea que las principales barreras son la reticencia de los médicos a prescribir opioides por desconocimiento o temor a efectos secundarios y la reticencia de los enfermeros a comunicar el dolor y a administrar analgésicos⁹. Otros autores, como Webster et al., plantean la existencia de "opiofobia" como causa de la no prescripción de opioides por parte del personal médico¹⁰.

Jacobsen et al. realizan una revisión sistemática en el año 2007 e identifican como barreras principales para el adecuado control del dolor por cáncer entre los profesionales de la salud: el inadecuado conocimiento, la pobre evaluación del dolor, la prescripción de opioides en forma inadecuada y el pobre manejo de efectos secundarios de los analgésicos opioides¹¹.

A nivel nacional y regional, existen escasas publicaciones respecto a la formación de los profesionales de la salud en dolor oncológico. En el año 2004 se publicó una encuesta en un hospital general de adultos y agudos de Montevideo realizada a 51 residentes de Medicina Familiar y Comunitaria, Medicina Interna y Cirugía con el objetivo de valorar el conocimiento respecto a las pautas internacionales de la OMS y el uso de la morfina en la práctica clínica¹². De esta encuesta surge que el 27% de los residentes conocía la escalera analgésica propuesta por la OMS, y el 41% indicaba analgesia a demanda. En cuanto a los fármacos de la escalera analgésica, el 69% de los residentes contestó correctamente sobre el primer escalón, el 35% sobre los opioides menores y el 53% contestó correctamente sobre los fármacos del tercer escalón.

Con respecto al uso de la morfina, la mayoría de los residentes (67%) no la prescribía en forma habitual. En cuanto a los motivos expuestos para no emplear

morfina, se destaca: reserva el fármaco para el paciente terminal en el 31% de los encuestados, no manejar el fármaco (27%) y temor a la depresión respiratoria (22%). En cuanto al intervalo de administración de la morfina de liberación inmediata, solamente el 25% contestó correctamente. El 63% de los residentes encuestados desconocía que la morfina no tiene dosis máximas. Los efectos secundarios de la morfina mencionados fueron: depresión respiratoria (69%), intolerancia digestiva alta (43%), estreñimiento (31%), adicción (25%). De los médicos residentes encuestados, el 43% refirió no haber leído ningún artículo sobre Cuidados Paliativos (CP) y/o dolor en los últimos tres años; el 29% refiere haber leído un artículo y el 28% ha leído entre dos y cinco artículos.

Estos datos demuestran la escasa formación profesional de las especialidades clínicas en el tema y los factores culturales que pesan sobre los médicos al momento de tratar al paciente con dolor por cáncer.

La misma encuesta realizada a 70 médicos residentes de Costa Rica en el año 2014 destaca mejores cifras que la encuesta en Uruguay; un 54,3% conocía la escalera analgésica, el 82,9% prescribía morfina y 64,2% planteó que debe hacerse de forma reglada¹³.

Por último, en el año 2016, en nuestro medio se realizó en el ámbito de la Pediatría una encuesta similar a 131 residentes de pediatría, de los cuales el 70% relató conocer la escalera analgésica. Respecto a la prescripción de morfina, el 61% no la prescribió, expresando "no haberla necesitado" en el 49% de los casos¹⁴.

En nuestra experiencia de 5 años de la Unidad de Cuidados Paliativos (UCP) del Hospital de Clínicas, de los 1.207 pacientes asistidos entre el 2014-2019, el 90% corresponden a patología oncológica, de derivación tardía y con estancias largas previamente a nuestra derivación. De estos, el 66% presentaba dolor no controlado al contacto con el paciente, lo cual permite deducir un inadecuado abordaje en la estrategia terapéutica planteada previo al contacto con la UCP¹⁵.

Desde el año 2013, se lleva adelante el Plan Nacional de Cuidados Paliativos (PN-CP) como política ministerial. La implementación de dicho plan ha llevado a la creación de Unidades Docentes Asistenciales en hospitales públicos, así como al fortalecimiento de las ya existentes, siendo los principales lugares de formación de estudiantes de la carrera de grado de Medicina que luego serán médicos residentes y posgrados (MRYP). Se han ampliado las ofertas educativas de capacitación de aspectos básicos en CP para el personal de salud; se ha llevado adelante la tarea del fortalecimiento de la enseñanza de los CP nivel de estudiantes del segundo trienio de la carrera Doctor en Medicina, multiplicando la oferta educativa tanto de forma curricular en las clínicas médicas como a través

de la materia optativa; también en lugares de práctica clínica de estudiantes de sexto año y practicantes internos en el último año de su formación.

La formación profesional durante los años de posgrado resulta clave para lograr un adecuado tratamiento del dolor en pacientes con cáncer, por lo que nos propusimos relevar la situación actual respecto al conocimiento relativo al abordaje de dolor por cáncer.

Objetivo general

Describir el grado de conocimiento de médicos residentes y postgrados en el último año de formación respecto a las pautas de la OMS para el tratamiento del dolor oncológico.

Objetivos específicos

- Describir el autorreporte en la prescripción de morfina en la práctica clínica.
- Comparar el conocimiento del dolor oncológico entre las especialidades médicas y quirúrgicas.
- Comparar los resultados con la encuesta publicada en 2004 realizada a residentes en otro centro de formación.

Metodología

Estudio descriptivo, transversal, con modalidad de encuesta, realizado en el Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela. La población estudiada fue médicos residentes y postgrados de tercer y cuarto año de 18 especialidades médicas y quirúrgicas, en el último trimestre de su formación y que cursan en el hospital universitario. Las especialidades médicas encuestadas fueron: Medicina Interna, Oncología, Geriatria, Hematología, Gastroenterología, Endocrinología, Cardiología, Neurología, Nefrología, Medicina Intensiva y Anestesia. Las especialidades quirúrgicas fueron: Cirugía General, Urología, Otorrinolaringología, Oftalmología, Neurocirugía, Traumatología y Ginecología. Se excluyó a los residentes de especialidades no clínicas.

Se realizó en forma de encuesta anónima mediante un formulario en papel autoadministrado. El periodo de recolección, de participación voluntaria y anónima, fue de enero a marzo del 2024. Se les solicitó a los MRYP al inicio de la encuesta, que los resultados pudieran ser comunicados en presentaciones y publicaciones científicas.

La encuesta constó de dos bloques: conocimientos en cuidados paliativos y en dolor oncológico, analizándose este último para el presente trabajo. Incluyó variables patronímicas (edad, sexo, año de residencia) y preguntas abiertas y cerradas. Se incorporaron las 13 variables utilizadas por la encuesta publicada en 2004, añadiéndose preguntas vinculadas al desempeño profesional, percepción de la formación, vía de

administración de fármacos para el dolor, dosis máxima de tramadol, mitos y miedos relacionados con la no prescripción de opioides, completando un total de 20 preguntas (**Anexo 1**).

Se realizó una prueba piloto para evaluar la comprensión del cuestionario. El estudio fue aprobado ante el comité de ética del Hospital de Clínicas.

La base de datos se realizó en el programa FileMaker Pro 18 Advanced y se procesaron utilizando el programa estadístico SPSS 21. Las variables cuantitativas se expresaron en medidas de tendencia central y dispersión según su distribución, y las cualitativas en proporciones. Para valorar sus diferencias, se utilizaron las pruebas exacta de Fisher y Chi cuadrado según

correspondiera. Se definió un nivel de significancia de $p < 0,05$ con un intervalo de confianza del 95%.

Resultados

Del total de 91 médicos residentes y posgrados (MRyP) de tercer y cuarto año cursando el último mes de su formación en el programa de residencias en el hospital universitario, respondieron 82, lo que corresponde al 90% del total.

El 59% de los encuestados fueron de sexo femenino, con una media de edad de 31,7 años (desvío estándar 2,44). En cuanto a la distribución por especialidades, el 71% correspondió a especialidades médicas y el 29% a quirúrgicas. En cuanto al año de especialidad, el 71% cursaba su tercer año y el 29% el cuarto (**Tabla 1**).

Tabla 1. Características basales de la muestra analizada.

n=82	90% respuestas (82/91)	
Sexo femenino		60%
Edad (años) (media, SD)		31,7 (2,44)
Tercer año		71%
Cuarto año		29%
Especialidades médicas	67% (55/82)	<ul style="list-style-type: none"> •Medicina Interna (14) •Anestesia (9) •Oncología (7) •Geriatría (5) •Gastroenterología (5) •Medicina Intensiva (4) •Neurología (3) •Nefrología (3) •Hematología (1) •Infectología (1) •Cardiología (1)
Especialidades quirúrgicas	33% (27/82)	<ul style="list-style-type: none"> •Urología (7) •Cirugía general (5) •Otorrinolaringología (4) •Oftalmología(4) •Ginecología (3) •Neurocirugía (2) •Traumatología (2)

El 70% de los residentes refirió trabajar mayormente en relación con su especialidad, mientras que el 30% se desempeñaba mayormente como médico generalista. El 30% declaró haber realizado algún curso de dolor.

El 92% de los MRyP encuestados refirió enfrentarse frecuentemente o muy frecuentemente a pacientes con dolor; el 5% de los residentes manifestó enfrentarse poco frecuentemente. Dos MRyP no respondieron.

El 9% consideró tener herramientas suficientes y desempeñarse de forma adecuada, el 68% expresó poseer algunas herramientas pero necesitar más, el 19% consideró tener escasas herramientas y el 2,5% indicó no tener ninguna.

De los médicos encuestados, el 94% conocía la escalera analgésica de la OMS. El 94% respondió correctamente los AINES/paracetamol como fármacos del primer escalón; el 82% indicó opioides menores o débiles (tramadol o codeína) para el segundo escalón; y el 67% respondió correctamente los fármacos del tercer escalón (opioide fuertes, opioides mayores, morfina, fentanilo o metadona). El tercer escalón presentó el 24% de respuestas erróneas y el 10% de respuestas

en blanco. El 66% respondió correctamente los tres escalones (**Tabla 2**).

En cuanto a la vía de administración recomendada, el 80,5% señaló la vía oral como vía de elección en el paciente con dolor crónico, indicando como alternativa la vía subcutánea; el 26% seleccionó la vía intravenosa y el 7% la intramuscular como vía de elección. El 6% respondió que la vía subcutánea debe reservarse para pacientes terminales.

De los 82 médicos encuestados, el 74% prescribía morfina. En el 26% restante, las causas de no prescribirla fueron: el 55% por no manejar el fármaco y el 45% por no haberla necesitado en su práctica. Ninguno reportó temor a adicción o depresión respiratoria.

Respecto a la prescripción, el 79% refirió indicar analgesia reglada. El intervalo correcto de administración de morfina de acción rápida (cada 4 horas) fue respondido en el 59%. En cuanto a las presentaciones disponibles, el 92% conocía la vía subcutánea, el 80% la suspensión oral, el 72% los comprimidos orales y el 80% la intravenosa. El 21% respondió erróneamente la vía transdérmica como forma de administración de la morfina.

Tabla 2. Comparativa en respuestas de la encuesta publicada en 2004 con relación a la encuesta del 2019.

	Encuesta 2004 (n=51)	Encuesta 2019 (n=82)	Valor p
Conocimiento escalera analgésica	27% (14/51)	94% (77/82)	<0,0001****
Contesta tres escalones correctamente	Sin Dato	65% (53/82)	---
Prescribe morfina	33% (17/51)	74% (61/82)	<0,0001****
Razón más frecuente porque no la prescribe	Reserva el fármaco para el paciente terminal. 47% (16/34)	Por no manejar el fármaco. 52% (11/21)	---
Conoce no existencia de dosis máximas de morfina	37% (19/51)	73% (60/82)	0,0001****
Conoce intervalo cada 4 horas	25% (13/51)	58,5% (48/82)	0,0002***
Estreñimiento como efecto adverso (EA) frecuente de la morfina	31% (16/51)	78% (64/82)	<0,0001****
Intolerancia digestiva alta como EA frecuente de la morfina	43% (22/51)	60% (49/82)	0,0618
Depresión respiratoria como EA frecuente de la morfina	69% (35/51)	17% (14/82)	<0,0001****
No ha leído artículos de dolor en los últimos 3 años	43% (22/51)	57% (47/82)	0111

La comparación de proporciones fue realizada mediante test de Fisher o Chi cuadrado según correspondiera.

Tabla 3. Comparativa en respuestas de acuerdo a si realizan residencia de especialidades médicas o quirúrgicas.

	Especialidades médicas (% de respuestas afirmativas sobre respuestas) (n=57)	Especialidades quirúrgicas (% de respuestas afirmativas sobre respuestas) (n=25)	Valor p
Conoce escalera analgésica de la OMS (% , n)	100% (57/57)	80% (20/25)	0,0014**
Contesta correctamente los tres escalones	81% (46/57)	35% (7/20)	0,0001***
Prescribe morfina	84% (48/57)	52% (13/25)	0,0021*
Indica analgesia reglada	81% (46/57)	76% (19/25)	0,629
Considera que posee herramientas para el manejo del dolor	7% (4/57)	8% (2/25)	0,999

La comparación de proporciones fue realizada mediante test de Fisher o Chi cuadrado según correspondiera.

En cuanto a la dosis máxima de morfina, el 73% indicó correctamente que no tiene dosis máxima y el 27% no lo recordó. Para la dosis máxima de tramadol, el 35% contestó correctamente (400 mg/día), el 21% contestó erróneamente y el 35% dejó la pregunta en blanco.

Los efectos adversos de opioides más mencionados fueron estreñimiento (79%) e intolerancia digestiva alta referida (náuseas o vómitos) (60%).

Los fármacos coadyuvantes mencionados fueron gabapentinoides (35%) y corticoides (33%), con el 29% respondiendo erróneamente "fármacos analgésicos".

Finalmente, el 57% refirió no haber leído ningún artículo de CP o dolor en los últimos 3 años; el 12% había leído uno; el 20% entre dos y cinco; y el 10%, más de cinco.

Consultados acerca del interés de recibir un curso básico de CP y dolor durante su formación de postgrado, el 96% contestó afirmativamente.

En comparación con las respuestas por especialidad médica o quirúrgica, se observa una diferencia estadísticamente significativa en las respuestas de los residentes de especialidades médicas en el conocimiento de la escalera analgésica, en los fármacos de los tres escalones, así como en la prescripción de morfina. En la **Tabla 3** se resumen las diferencias en cuanto a la percepción de conocimiento en manejo del dolor entre residentes de especialidades médicas y quirúrgicas.

Discusión

La encuesta realizada a médicos residentes se basa principalmente en el manejo de las pautas analgésicas de la OMS. Aunque dichas guías llevan 40 años de

vigencia, se consideran una estrategia costo-efectiva para proveer alivio del dolor por cáncer y mantienen su rol como piedra angular del tratamiento del dolor por cáncer a nivel mundial. Sin embargo, aún existe un inadecuado manejo del dolor por cáncer, por lo cual analizamos las tres principales barreras o dificultades planteadas por la OMS en el contexto actual de nuestro país.

En cuanto a la falta de políticas nacionales sobre el alivio de dolor por cáncer y la atención paliativa, si analizamos el contexto actual de nuestro país, desde 2013 se desarrolla el Plan Nacional de Cuidados Paliativos como parte de una política nacional a través de un programa estratégico coordinado a nivel ministerial¹⁶, por lo cual la primera barrera no parece estar presente en este momento. Con su implementación, la cobertura nacional de los CP aumentó del 18% al 75%, siendo actualmente el país con mayor grado de desarrollo de los Cuidados Paliativos de América Latina¹⁷. Desde la Facultad de Medicina (UdelaR), se crearon Unidades Docente Asistenciales en los principales hospitales escuela como estrategia de fortalecimiento del Plan Nacional de CP, con el objetivo de optimizar la asistencia y formar los recursos humanos necesarios para cubrir la demanda.

En cuanto a la segunda barrera planteada por la OMS (restricciones legales y falta de disponibilidad de analgésicos opioides), en Uruguay no existen barreras legales para la prescripción de opioides, tanto débiles como fuertes, ya que todos los médicos pueden tener acceso a recetario de psicofármacos y estupefacientes sin restricciones. Por otra parte, nuestro país cuenta con el Formulario Terapéutico de Medicamentos (FTM), obligatorio para todos los prestadores del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), en el cual

están presentes una amplia gama de analgésicos y distintas presentaciones que permitirían un adecuado abordaje farmacológico del dolor. La encuesta nacional de CP llevada a cabo por el MSP evidenció que la mayoría de las instituciones sanitarias que cuentan con CP tienen una buena disponibilidad de opioides en diversas presentaciones; cuentan con dos opioides del segundo escalón (tramadol y codeína) y tres opioides mayores (morfina, fentanilo y metadona)¹⁷.

La principal barrera identificada en nuestro país hasta el momento es la escasa formación en profesionales de la salud, con carencias en la formación de dolor tanto a nivel de la carrera de grado como en el programa de residencias médicas, tal como se consignó en la encuesta realizada a médicos residentes en el 2004. Los datos demostraban por un lado la escasa formación profesional de las especialidades clínicas en el tema y los factores culturales que pesan sobre los médicos al momento de tratar al paciente con dolor por cáncer, derivando en insuficiente tratamiento analgésico y la perpetuación del dolor.

Por otra parte, el autorreporte de lectura sobre el tema durante su residencia reflejaba la escasa importancia otorgada, tanto en lo formal como en lo individual, a la formación en dolor y cuidados paliativos, lo cual contrasta con la alta prevalencia de estas condiciones en la práctica clínica.

En comparación con la encuesta del año 2004, se observa una mejoría sustancial respecto al grado de conocimiento autorreportado de las pautas de la OMS en todos los aspectos evaluados; el conocimiento de la escalera analgésica se triplicó, actualmente siendo conocida por la casi totalidad de los MRyP (de 27% a 95%), el conocimiento del intervalo correcto de la morfina cada 4 horas y del estreñimiento como efecto adverso frecuente se duplicaron. Se destaca que la depresión respiratoria, reportada erróneamente como efecto adverso frecuente, disminuyó de 69% a 17,5%.

Se consigna, asimismo, un aumento notorio de la prescripción de la morfina por parte de los MRyP respecto al año 2004: de un 33% de médicos que prescribían morfina a un 74% que la autorreporta actualmente. Entre los no prescriptores, la causa más frecuente reportada en la actualidad fue "no manejar el fármaco", a diferencia de 2004, cuando la razón principal era "reservar la morfina para el paciente terminal".

Este cambio sustancial podría explicarse por diversos factores: la implementación progresiva del Plan Nacional de CP, la creación de unidades y/o el fortalecimiento de unidades docentes en hospitales escuela, la multiplicación de ofertas formativas curriculares y el aumento del desarrollo profesional médico continuo. Todo esto ha favorecido la difusión de la disciplina

entre estudiantes de grado, muchos de los cuales eran residentes y posgrados al momento de esta segunda encuesta.

Si bien el 92% de los médicos residentes refiere enfrentarse frecuentemente y muy frecuentemente a pacientes con dolor en su práctica profesional, la formación en dolor y cuidados paliativos aún no se encuentra integrada a la currícula de la mayoría de las residencias médicas y quirúrgicas.

Esto concuerda con que, en la actual encuesta, el 57% refiere no haber leído un artículo de dolor y/o CP en los últimos 3 años, lo que corresponde al desarrollo de la totalidad de su residencia en la mayoría de las especialidades.

Específicamente, el trabajo encontró un mayor grado de conocimiento sobre el tratamiento de dolor por cáncer en los residentes de especialidades médicas con respecto a las quirúrgicas, con significancia estadística. Esta diferencia ya se encontraba presente en la encuesta del 2004. Consideramos que debería ser tenida en cuenta para la planificación de intervenciones educativas y priorizar en la formación de las residencias quirúrgicas.

Cabe preguntarse si el aumento sustancial de las respuestas correctas en la actual encuesta pudiera explicarse por modificaciones en los programas de formación de especialistas que hubieran incorporado contenidos de dolor por cáncer. Tanto los programas de formación de especialidades médicas de oncología médica como de anestesia de la Escuela de Graduados de la Universidad de la República integran desde hace 20 años contenidos básicos en el manejo del dolor oncológico^{18,19}. Se destaca que, en 2019, el programa de formación de especialistas en medicina interna fue modificado, añadiendo un cuarto año de posgrado con contenidos básicos de cuidados paliativos; sin embargo, esta modificación -realizada el mismo año de la encuesta- no estaba implementada al momento de su ejecución²⁰.

Por otra parte, este trabajo no cuantificó la formación específica que los residentes pudieran obtener en CP a través de diplomaturas, maestrías o cursos fuera de los programas de formación de especialistas. De todas formas, consideramos que la búsqueda específica en la formación en la disciplina por parte de los residentes y posgrados responde, en parte, a la necesidad laboral creciente generada por la mayor cobertura nacional de la atención paliativa, derivada de la implementación del PN-CP.

Se plantean como fortalezas del presente trabajo su realización en el último año del programa de especialidad —lo que aporta información sobre el máximo nivel de conocimiento adquirido en dolor por cáncer

durante la formación profesional— así como su ejecución en 18 especialidades médicas y quirúrgicas, incluyendo tanto residentes como posgrados.

Finalmente, este trabajo de investigación se propuso valorar el grado de conocimiento autorreportado de los profesionales médicos, pero no lo compara con el grado de satisfacción ni con la mejoría clínica de los pacientes con dolor por cáncer. Queda por dilucidar el efecto real que tienen las estrategias educativas en los profesionales de la salud, ya que no necesariamente se traducen en una mejoría en el manejo del dolor en los pacientes.

Conclusiones

Se constató una mejoría significativa en la autopercepción del conocimiento y en las respuestas correctas sobre el manejo de las pautas analgésicas de la OMS en residentes y posgrados del hospital universitario, uno de los principales centros de formación de posgrados. Dicho cambio es acorde al aumento del reporte de prescripción de morfina en médicos residentes y posgrados en comparación con la encuesta de 2004, diferencia que continúa determinada por las especialidades médicas en relación con las quirúrgicas.

Esta mejoría sustancial en el manejo de las pautas analgésicas de la OMS y el aumento de la prescripción de morfina no se acompañaron de un aumento de lectura del tema en el último trienio, que continúa siendo escasa.

Si bien consideramos que este cambio responde a múltiples factores, y dado que no existieron modificaciones sustantivas en los programas de especialidades al momento de la encuesta, entendemos que la implementación progresiva del Plan Nacional de Cuidados Paliativos, con la creación de nuevas Unidades Docentes Asistenciales en los hospitales escuela, tuvo un impacto fundamental tanto en la difusión del conocimiento sobre el abordaje del dolor oncológico entre los médicos residentes, como en el aumento de la prescripción de morfina.

Perspectivas

Los hallazgos en cuanto a la percepción de formación en esta temática, sumados a la alta prevalencia de dolor por cáncer, son aspectos a tener en cuenta a la hora de incorporar estrategias educativas en especialidades médicas y quirúrgicas.

Se destaca que, desde hace años, como fue anteriormente mencionado, se han puesto en marcha progresivamente múltiples estrategias en formación básica de CP para estudiantes del segundo trienio de la carrera de grado de doctor en Medicina. Asimismo, desde hace 5 años, se llevan adelante pasantías trimestrales de residentes de Geriátrica y Medicina Interna por la Unidad Cuidados Paliativos del Hospital

Universitario. Por otra parte, a la luz de los resultados de dicha encuesta y en el contexto de la implementación de la modificación del 2019 del programa de especialistas de Medicina Interna, recientemente se llevó a cabo el primer curso básico de CP obligatorio para todos los residentes y posgrados avanzados de Medicina Interna en el Hospital Universitario. Sería de interés realizar una nueva evaluación para conocer el grado de autopercepción del conocimiento en residentes y posgrados tras la implementación de este cambio.

Se plantea como desafío para los próximos años continuar trabajando en la homogeneización y consolidación de la enseñanza del manejo del dolor oncológico y aspectos básicos de cuidados paliativos, tanto en la carrera de grado de doctor en medicina como en las especialidades médicas y quirúrgicas que asisten a pacientes con enfermedades crónicas avanzadas y complejas. A la luz de los resultados, urge priorizar estrategias educacionales en el manejo del dolor oncológico en las especialidades quirúrgicas.

Agradecimientos

A todos los residentes y posgrados que son el motor del hospital universitario. A Carolina de los Santos por ayudarnos en el primer empujón. A cada uno de los integrantes del equipo de Cuidados Paliativos del Hospital de Clínicas, por darlo todo, siempre.

Financiación

Esta investigación no recibió ninguna subvención específica de agencias de financiamiento de los sectores público, comercial o sin fines de lucro.

Contribución de autoría

Natalia Bernardi De Vecchi: concepción, diseño, ejecución, análisis, interpretación de los resultados, redacción y revisión crítica.

Gonzalo Pazos Malcuori: ejecución, análisis, redacción y revisión crítica.

Gonzalo Silveira Masaguez: análisis, interpretación de los resultados, redacción y revisión crítica.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no presentar conflicto de interés.

Declaraciones éticas

Este trabajo fue aprobado por el comité de ética del Hospital de Clínicas. Todos los autores declaramos que conocemos, participamos y estamos de acuerdo con el contenido del manuscrito. El artículo no está presentado simultáneamente en otros medios ni ha sido publicado anteriormente. Asimismo, declaramos que el trabajo ha sido elaborado respetando las recomendaciones

internacionales y nacionales sobre investigación clínica, las normas éticas sobre investigación .

Uso de IA

Los autores declaran que no se utilizaron herramientas de inteligencia artificial en ninguna fase de la elaboración del manuscrito.

Disponibilidad de datos

El conjunto de datos que apoya los resultados de este estudio no se encuentra disponible.

Aprobado por el Consejo Editorial de la Revista Médica del Uruguay.

Referencias

1. Stewart BW, Wild C, International Agency for Research on Cancer, World Health Organization, editors. World cancer report 2014. Lyon: International Agency for Research on Cancer; 2014. 630 p.
2. Registro Nacional de Cáncer. Registro Nacional de Cáncer – Área Vigilancia Epidemiológica . Área de Capacitación Técnico Profesional MF-BD 01/05. Comisión Contra el Cáncer 2019. Pág. 26. Disponible en: <https://www.comisioncancer.org.uy/aucdocumento.aspx?46,500> [citado 20 agosto 2025].
3. van den Beuken-van Everdingen MHJ, de Rijke JM, Kessels AG, Schouten HC, van Kleef M, Patijn J. Prevalence of pain in patients with cancer: a systematic review of the past 40 years. *Ann Oncol*. 2007 Sep;18(9):1437–49.
4. Breivik H, Cherny N, Collett B, de Conno F, Filbet M, Foubert AJ, et al. Cancer-related pain: a pan-European survey of prevalence, treatment, and patient attitudes. *Ann Oncol*. 2009 Aug;20(8):1420–33.
5. World Health Organization, editor. Cancer pain relief. Geneva: World Health Organization; 1986. 74 p.
6. Weltgesundheitsorganisation, editor. Cancer pain relief: with a guide to opioid availability. 2nd ed. Geneva: World Health Organization; 1996. 63 p.
7. Zech DFJ, Grond S, Lynch J, Hertel D, Lehmann KA. Validation of World Health Organization Guidelines for cancer pain relief: a 10-year prospective study. *Pain*. 1995 Oct;63(1):65–76.
8. Ventafridda V, Tamburini M, Caraceni A, De Conno F, Naldi F. A validation study of the WHO method for cancer pain relief. *Cancer*. 1987 Feb 15;59(4):850–6.
9. Von Roenn JH, Cleeland CS, Gonin R, Hatfield AK, Pandya KJ. Physician attitudes and practice in cancer pain management. A survey from the Eastern Cooperative Oncology Group. *Ann Intern Med*. 1993 Jul 15;119(2):121–6.
10. Webster F, Bremner S, Oosenbrug E, Durant S, McCartney CJ, Katz J. From opiophobia to overprescribing: a critical scoping review of medical education training for chronic pain. *Pain Med*. 2017 Aug 1;18(8):1467–75.
11. Jacobsen MS, Sjogren P, Møldrup C, Christrup L. Physician-related barriers to cancer pain management with opioid analgesics: a systematic review. *J Opioid Manag*. 2007 Jul 1;3(4):207–14.
12. Píriz Álvarez G, Estragó V, Pattarino C, Sandar T. Dolor oncológico: un problema no resuelto. *Rev Méd Urug*. 2004 Mar;20(1):32–43.
13. Vargas-Bermúdez A. Manejo no adecuado del dolor por cáncer en Costa Rica: ¿un problema de formación académica? *Acta Méd Costarric*. 2014 Jun;56(2):59–64.
14. Notejane M, Le Pera V, Bernadá M. Conocimientos relativos al abordaje del dolor en niños: encuesta a posgrados y residentes. *Arch Pediatr Urug*. 2016 Dec;87(4):323–31.
15. 66° Aniversario del Hospital de Clínicas. *An Fac Med*. 2019 Dec;6(2):84–123.
16. Ministerio de Salud Pública. Plan Nacional de Cuidados Paliativos. Montevideo: MSP; 2013. 53 p. Disponible en: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/tematica/cuidados-paliativos> [citado 20 agosto 2025].
17. Ministerio de Salud Pública. Encuesta anual sobre el desarrollo de los cuidados paliativos en Uruguay – análisis del año 2023. Montevideo: MSP; 2024. 41 p. Disponible en: https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/publicaciones/MSP_ENCUESTA_ANUAL_DESARROLLO_CUIDADOS_PALIATIVOS_URUGUAY_2023.pdf [citado 20 agosto 2025].
18. Universidad de la República. Facultad de Medicina, Escuela de Graduados. Programa de formación de especialistas en Oncología Médica. Montevideo: UdelaR; 2012. Disponible en: http://www.egradu.fmed.edu.uy/sites/www.egradu.fmed.edu.uy/files/Programa_de_postgrados/3-Especialidades/ONCOLOGIA%20MEDICA%202012.pdf [citado 20 agosto 2025].
19. Universidad de la República. Facultad de Medicina, Escuela de Graduados. Programa de formación de especialistas en Anestesiología. Montevideo: UdelaR; 2002. Disponible en: http://web.fmed.edu.uy/sites/www.egradu.fmed.edu.uy/files/Programa_de_postgrados/3-Especialidades/ANESTESIOLOGIA%202012.pdf [citado 20 agosto 2025].
20. Universidad de la República. Facultad de Medicina, Escuela de Graduados. Programa de formación de especialistas en Medicina Interna. Montevideo: UdelaR; 2019. Disponible en: https://www.medicab.hc.edu.uy/images/materiales/PROGRAMA_POSGRADO_MEDICINA_INTERNA.pdf [citado 20 agosto 2025].

Knowledge and prescription of opioids in cancer pain: survey of resident and postgraduate physicians at the University Hospital

Abstract

Introduction: forty years after the dissemination of the WHO guidelines for cancer pain management, it remains a challenge. A survey conducted among resident physicians in 2004 found gaps in knowledge of analgesic guidelines and in morphine prescribing. The implementation of the National Palliative Care Plan in 2013 led to the creation of units in public hospitals, the main training sites for resident and postgraduate physicians. Updating the state of the art regarding the level of training in cancer pain (CP) among physicians graduating in our country is relevant.

Objectives: to describe the knowledge of resident and postgraduate physicians in their final year of training regarding cancer pain management, and to assess morphine prescribing in their clinical practice.

Methodology: cross-sectional descriptive study of resident and postgraduate physicians at the university hospital in their final trimester. Results were compared with the 2004 survey. The chi-square test was used for comparisons (statistical significance set at $p < 0.05$).

Results: eighty-two respondents completed the survey; 69% belonged to medical specialties. Ninety-six percent reported knowing the WHO analgesic ladder, and 79% reported prescribing scheduled analgesia. Seventy-four percent reported prescribing morphine. The most frequent reason for not prescribing it was not being familiar with the drug; among non-prescribers, none reported fear of addiction.

Conclusions: a significant increase in cancer pain management and morphine prescribing is reported. We consider that this improvement is multifactorial, mainly resulting from the strengthening and creation of units in public hospitals through the implementation of the National Palliative Care Plan.

Keywords: Cancer pain. Opioid prescribing. Morphine. Resident physicians.

Conhecimento e prescrição de opioides na dor oncológica: pesquisa com médicos residentes e pós-graduandos no Hospital Universitário

Resumo

Introdução: quarenta anos após a divulgação das diretrizes da OMS para o controle da dor oncológica, esta continua sendo um desafio.

Uma pesquisa realizada com médicos residentes em 2004 encontrou deficiências no conhecimento das diretrizes analgésicas e na prescrição de morfina. A implementação do Plano Nacional de Cuidados Paliativos a partir de 2013 levou à criação de unidades em hospitais públicos, principais locais de formação de médicos residentes e pós-graduandos.

Atualizar o estado da arte sobre o nível de capacitação em dor oncológica (DO) entre médicos recém-egressos em nosso país é relevante.

Objetivos: descrever o conhecimento de médicos residentes e pós-graduandos em seu último ano de formação sobre o tratamento da dor oncológica e avaliar a prescrição de morfina em sua prática clínica.

Metodologia: estudo descritivo transversal com médicos residentes e pós-graduandos do hospital universitário em seu último trimestre. Os resultados foram comparados com a pesquisa de 2004. Utilizou-se o teste do qui-quadrado para comparação (significância estatística estabelecida em $p < 0,05$).

Resultados: oitenta e dois participantes responderam ao questionário; 69% eram de especialidades médicas. Noventa e seis por cento referiram conhecer a escada analgésica da OMS, e 79% relataram prescrever analgesia programada. Setenta e quatro por cento relataram prescrever morfina. O motivo mais frequente para não prescrevê-la foi não dominar o fármaco; entre os que não prescrevem, nenhum mencionou temor de dependência.

Conclusões: observa-se um aumento significativo no manejo da dor por câncer e na prescrição de morfina. Consideramos que essa melhora é multifatorial, resultando principalmente do fortalecimento e da criação de unidades em hospitais públicos por meio da implementação do Plano Nacional de Cuidados Paliativos.

Palavras-chave: Dor oncológica. Prescrição de opioides. Morfina. Médicos residentes.

Anexo. Encuesta: Cuidados Paliativos y Manejo del Dolor



Anexo

Encuesta: Cuidados Paliativos y manejo del Dolor

Hemos desarrollado esta encuesta desde la unidad de cuidados Paliativos del Hospital de Clínicas, para valorar aspectos de conocimiento sobre Cuidados Paliativos y abordaje del Dolor oncológico para **médicos residentes y posgrados**. Su participación es voluntaria. La encuesta es anónima, de 15 minutos de realización aproximadamente. Por favor, le pedimos que responda las preguntas **sin consultar bibliografía, ya que nuestro objetivo es valorar el conocimiento adquirido en nuestra disciplina al finalizar la carrera de posgrado. Los resultados podrán ser comunicados en presentaciones y publicaciones científicas.**

1- ¿Aceptó participar de la encuesta? Sí ___ No ___

2- ¿Autorizó la publicación de los resultados? Sí ___ No ___

Edad: ___ Sexo: ___ Especialidad: _____ Año: 3ro 4to 5to

3- Tu actividad como médico la desempeñas mayormente (marque con una cruz):

- Como médico general _____

- En relación con tu especialidad _____



Módulo A: cuidados paliativos

4- ¿Realizaste alguna pasantía/optativa de Cuidados Paliativos (CP)?

Sí No

Si tu respuesta es Sí, ¿Cuál? Optativa _ Pasantía _ Ambas _

-Número de teóricos/talleres CP recibidos en la carrera ____
No recuerdo ____

¿Recuerdas sobre qué temas? _____

5- ¿Con qué frecuencia como estudiante/ interno te enfrentaste a pacientes con necesidades de atención paliativa?

a-Nunca b- Poco frecuente c-Frecuentemente d- Muy frecuentemente

b-¿Consideras que obtuviste durante la carrera herramientas para el control de los síntomas más frecuentes (disnea, vómitos, constipación, anorexia) de los pacientes con necesidades paliativas?

a-Tengo herramientas, me desempeño de forma adecuada
b-Tengo algunas herramientas, aunque necesitaría mas
c-Tengo escasas herramientas
d-No tengo ninguna herramienta

**c-¿Qué enfermedades son posibles de asistencia Paliativa?
Mencione 3:**

8- Mencione 4 profesionales implicados en la atención a pacientes en Cuidados Paliativos



9- ¿Los pacientes que reciben tratamientos oncoespecíficos (QT/RT) pueden recibir asistencia paliativa? Sí No No sé

10- ¿Los pacientes que se encuentran en Cuidados Paliativos son pasibles de realizarse estudios diagnósticos?

Sí No No sé

11- ¿Los pacientes que se encuentran en Cuidados Paliativos, son pasibles de realizarse procedimientos terapéuticos?

Sí No No sé

12- ¿Los pacientes en Cuidados Paliativos, pueden ingresar a Unidades de Cuidados intermedios/intensivos?

Sí No No sé

13- ¿Con las herramientas brindadas en tu carrera, cuán capacitado te sientes para comunicar malas noticias?

(de 0 a 5) _____

0= nada capacitado 1=muy poco capacitado 2=poco capacitado

3= adecuadamente capacitado 4= bastante capacitado 5= muy capacitado

14- ¿Durante tu carrera, se ha planteado o discutido limitación o adecuación del esfuerzo terapéutico de un paciente?



Sí No No sé

15-Comente brevemente cuál es su percepción/ sentimientos al derivar un paciente a Cuidados Paliativos (ejemplos: me es neutral, lo siento como un fracaso terapéutico, es frustrante, me da tranquilidad, etc.)

16-Marque la/las afirmaciones correctas acerca de la vía de administración de medicamentos para el control de síntomas:

- a- La vía oral no está indicada cuando existe dolor intenso
- b- La vía subcutánea se reserva para pacientes terminales
- c- La vía de elección para el manejo del dolor moderado a severo es la vía intravenosa por tener mejor potencia analgésica
- d- La vía de elección en el paciente con dolor crónico es la vía oral y su alternativa es la vía subcutánea.
- e- La vía intramuscular es una alternativa válida para el control del dolor crónico.

Módulo B : Dolor

17-¿Realizaste algún curso de Dolor? Sí No



18- ¿Con qué frecuencia en tu carrera te enfrentaste a pacientes con dolor?

- a-Nunca b-Poco frecuente c- Frecuentemente d-Muy frecuentemente

19- ¿Consideras que tienes herramientas para el manejo de los pacientes con dolor?

- a- Tengo herramientas, me desempeño de forma adecuada
b- Tengo algunas herramientas, aunque necesitaría más
c- Tengo escasas herramientas
d- No tengo ninguna herramienta

20- ¿Conoces la escalera analgésica de la OMS? Sí No

21-Si la respuesta anterior es Sí: ¿Cuáles son los fármacos del primer escalón? _

22-Si la respuesta a la p19 es Sí: ¿Cuáles son los fármacos del segundo escalón?

23-Si la respuesta a la p19 es Sí, ¿Cuáles son los fármacos del tercer escalón?

24-¿Prescribe morfina? Sí No

25-Si contestó NO a la pregunta anterior, ¿por qué no la emplea?

- a- Porque no manejo el fármaco
b- Porque la reservaría para el paciente terminal



- c- Por temor a la depresión respiratoria
- d- Por temor a la adicción
- e- Por otras causas (por favor describir) _____

23- Cuando se indica analgesia, lo adecuado es hacerlo:

- a- A demanda (cuando el paciente tiene dolor)
- b- En forma reglada (a intervalos fijos, aun cuando el paciente no tenga dolor)

24- ¿Cuál es la dosis máxima diaria de tramadol (en mg)? _____

25- ¿A qué intervalos es correcto indicar la morfina más utilizada de liberación rápida?:

- a- Cada 12 horas
- b- Cada 4 horas
- c- Cada 6 horas
- d- Cada 8 horas
- e- No recuerdo

26 - ¿Por qué vía se puede administrar la morfina? (puede marcar más de una):

- a- Oral en Comprimidos
- b- Oral en suspensión
- c- Intramuscular
- d- Intravenosa
- e- Subcutánea
- f- Parches
- g- Intrarrectal



27-Describa los efectos adversos de los analgésicos opioides (mencione 2 que considere los más frecuentes):

28-¿Cuál es la dosis máxima de la morfina?

- a- 50 mg/día
- b- 100 mg/día
- c- 200 mg/día
- d- No tiene dosis máxima
- e- No lo recuerdo

29-¿La depresión respiratoria es un efecto adverso frecuente de la morfina?

Sí No No sé

30-¿La adicción es un problema frecuente en el uso de morfina en el dolor crónico oncológico?

Sí No No sé

31-Nombre dos fármacos coadyuvantes en el tratamiento del Dolor:

32-Cuántos artículos vinculados al tema Cuidados Paliativos y/o Dolor ha leído en los últimos 3 años?

- a- Ninguno
- b- 1
- c- Entre 2 y 5
- d- Más de 5



33- ¿Consideraría de interés para su formación de pregrado un curso básico de C. Paliativos y abordaje del dolor?

Sí No

Comentarios, sugerencias:

Nota: Si estás interesado/a en recibir las respuestas correctas de la encuesta, déjanos tu mail (letra clara por favor):

¡Muchas gracias por tu tiempo!

Unidad de Cuidados Paliativos Hospital de clínicas