



FACULTAD DE CIENCIAS NATURALES Y EXACTAS
DEPARTAMENTO DE FARMACIA

Trabajo de Diploma

en opción al Título de Licenciado en Ciencias Farmacéuticas

Título: Aproximación a una guía para el seguimiento farmacoterapéutico a pacientes con dolor oncológico intenso

Autor: Liudis Nelsa Batista Cabrera

Tutor:

Profesor Titular, Irma L. Ortega López, Dr.C.

Colaborador:

Lic. Ailyn Rodríguez Rusiel

Asesora:

Danneris Lores Delgado, MSc.

Santiago de Cuba

2020

Pensamiento



Pensamiento

Sólo la ausencia de instrumentos adecuados para monitorizar el dolor puede explicar la injustificable falta de prescripción de analgésicos en situaciones o ante actuaciones dolorosas sobre los pacientes críticos (Puntillo KA, 2002).



Dedicatoria



Dedicatoria

En el transcurso de la vida es comfortable saber que tenemos en quien confiar, personas muy especiales que en cada paso que das te ayudan a enfrentar los momentos difíciles que la vida te depara, pero también personas que están siempre presentes cuando necesitamos su pronto auxilio, y aquellas que sacrifican parte de su tiempo para que el tuyo sea mejor, que saben aconsejarte cuando ven que te desvías, pues te aprecian; y sobre todo personas que te impulsan a soñar y hacer de tus sueños y anhelos una realidad. Es a esas personas tan especiales a las que quiero dedicar esta tesis y juntos poder gozar del privilegio de que un sueño más se ha hecho realidad en mi vida.

- ✓ *Dedico esta tesis primeramente a Dios pues de Él es la gloria de este triunfo, ya que no ha dejado de ser buen amigo y consejero, además porque su misericordia, guianza y fortaleza me ha llevado a conquistar este sueño.*
- ✓ *A mi esposo por brindarme su apoyo en todo tiempo y sobre todo su amor incondicional. Te amaré por siempre.*
- ✓ *A mis amados padres Orlando y Luz Dalis por su amor, comprensión y apoyo durante toda mi vida. Este logro es suyo también, los amo mucho, son los mejores padres del mundo.*
- ✓ *A mi querida niñita Delia por ser la mejor hermana y estar siempre a mi lado. Te amo mi negri.*
- ✓ *A la memoria de mi querida abuela Nelsa y demás abuelitos que aún viven, por darme sus cálidos abrazos que nunca olvidaré. Siempre serán parte de mí, los quiero mucho.*

Agradecimientos



Agradecimientos

Hay momentos en la vida que con tan solo decir ¡Gracias! no es suficiente para expresar tu gratitud, se necesita de mucho más y es, reconocer que solo no se puede llegar a la cima, sino con ayuda y apoyo de las personas que te valoran constituyendo éstas, peldaños para llegar a conquistar tus más anhelados sueños y sentirte de esta forma realizada. Desarrollar una tesis por muy simple que parezca supone recorrer un camino largo, cinco años de esfuerzos y sacrificios, pero vemos que valió la pena, siendo evidente que son muchas las personas que hicieron más fácil esta travesía, por eso quiero expresarles mis más sinceros agradecimientos.

- ✓ A Dios por su inmensa misericordia y su infinito amor. Por sustentarme en todos mis caminos, por permitirme conocerlo y experimentarlo más en estos años de universidad.
- ✓ Al regalo tan preciado que el Señor me ha dado, mi amado esposo; a ti gracias por amarme tal y como soy, soportarme y guiarme durante nuestro matrimonio. Por tu amor incondicional, tú ayuda y apoyo cuando más lo necesité. Gracias por existir, te amo.
- ✓ A mis maravillosos padres por tomar la decisión un día de hacerme parte de sus vidas, por el amor y la educación que supieron darme desde mi más temprana edad. Les amo con todo mi corazón, me faltan las palabras para agradecerles lo que han hecho por mí. Recuerden, forman parte de mí, por eso los recordaré eternamente. Gracias por marcar mi existencia, estoy orgullosa de ustedes.
- ✓ A ti mi hermana por formar parte de mi vida y alegrar cada momento que pasamos juntas desde nuestra infancia. Espero ser una de las personas de referencia para ti, no para que seas igual a mí, sino para llegues a ser mejor que yo. Que seas muy feliz, gracias por cuidarla Edi. Te quiero muchísimo.
- ✓ A mis suegros y cuñado por acogerme en su seno como a una hija o una hermana y brindarme su apoyo y cariño durante todo este tiempo. Gracias por dejarme ser parte de esta familia espero no defraudarlos. Los quiero mucho.
- ✓ A mis abuelos por malcriarme y darme todo su amor, aunque no lo mereciera. Les agradezco por ser quienes desde el primer instante que abrí mis ojos estuvieron ahí para ayudarme a crecer y desarrollarme en la vida como una mejor persona.
- ✓ A mis queridos tíos y tías que siempre me brindaron su ayuda en cada etapa de mi vida. Gracias por sus consejos y cariños, así como por no dejar de creer en mí. Nunca los podré olvidar.

- ✓ *A mis amados primos y primas por su ayuda, por los oportunos consejos que me dieron y el ejemplo que han sido para mí tanto como persona como profesionalmente. Siempre los recordaré, los quiero mucho.*
- ✓ *A Leonor, Ailyn y Danneris mis tutoras y asesora por dejarme ser parte de esta investigación y hacer de esta una realidad. Gracias por brindarme sus conocimientos y por el gran apoyo que me han dado, sin ustedes no hubiera sido posible la realización de este trabajo. Perdonen por el tiempo que les robé, de quizás compartir con sus familias o disfrutar de un tiempo libre, estoy muy agradecida por su entrega, dedicación y sobre todo por confiarme este proyecto tan lindo. Verdaderamente disfruté de su compañía y me apropié de muchas de sus enseñanzas. Siempre las tendré presente.*
- ✓ *A mis hermanos del grupo universitario por apoyarme en todo este tiempo, por brindarme su amistad y su ayuda cada vez que los necesité. Gracias por hacer mis días en la universidad más agradables.*
- ✓ *A ciertas personas especiales que no puedo dejar de mencionar pues son más que hermanos, son amigos: Bero, Milagro, Yaki, Marislay, Toni, Ciro, Yailier, Juan, a todas gracias por guiarme, aconsejarme, brindarme su amor y por ayudarme a crecer en fe en medio de mis flaquezas. Les amo mucho, siempre los recordaré y extrañaré.*
- ✓ *A mis compañeros de aula quienes junto a mí pasaron momentos buenos y malos, noches de desvelo y días agotadores por el estrés del estudio. En especial quiero agradecer a Dailyn por su compañía y ayuda brindada en medio de mis estudios.*
- ✓ *Al claustro de profesores que ayudó en mi formación como licenciada, en especial a los del departamento de farmacia que han sido baluarte fuerte por su entrega y dedicación en cada clase impartida siendo ejemplos de personas apasionadas por su profesión.*
- ✓ *Finalmente, a todos aquellos que no mencioné, pero aportaron un granito de arena para que este sueño se hiciera realidad quiero decirles, muchas gracias.*

A todos eternamente Muchas Gracias.

Liudis.

Resumen



Resumen

Introducción: El dolor oncológico intenso es una circunstancia tan previsible como necesariamente evitable. Su alivio y los cuidados paliativos son prioritarios en el programa mundial del cáncer de la OMS, por lo que los sistemas sanitarios deben poner en marcha programas de vigilancia para su control. **Objetivo:** Diseñar una guía práctica de seguimiento farmacoterapéutico en el paciente con dolor oncológico intenso, en la atención primaria de salud. **Método:** Se llevó a cabo una revisión bibliográfica de materiales publicados hasta diciembre del 2019. La estrategia de búsqueda consistió en una revisión de fuentes prefiltradas de evidencia en dolor oncológico, guías de práctica clínica de Sociedades Científicas relacionadas con el dolor oncológico, guías de Atención Farmacéutica y Seguimiento Farmacoterapéutico, libros de farmacología, bases de datos de evidencia científica y bases de datos del medicamento. **Resultados:** A partir de la revisión realizada se elaboró la guía estructurada en tres secciones principales (información al farmacéutico, información relativa al manejo del dolor intenso y la metodología de seguimiento farmacoterapéutico a estos pacientes). **Conclusiones:** La guía desarrollada constituye un recurso útil para el farmacéutico comunitario en la atención farmacéutica a dichos pacientes, contribuyendo al manejo del dolor intenso en la atención primaria de salud, de forma normalizada y sistemática, respetando las normativas vigentes en Cuba.

Palabras claves: Dolor oncológico, Métodos para evaluar el dolor, Problemas relacionados al uso de opioides, Seguimiento Farmacoterapéutico.

Abstract

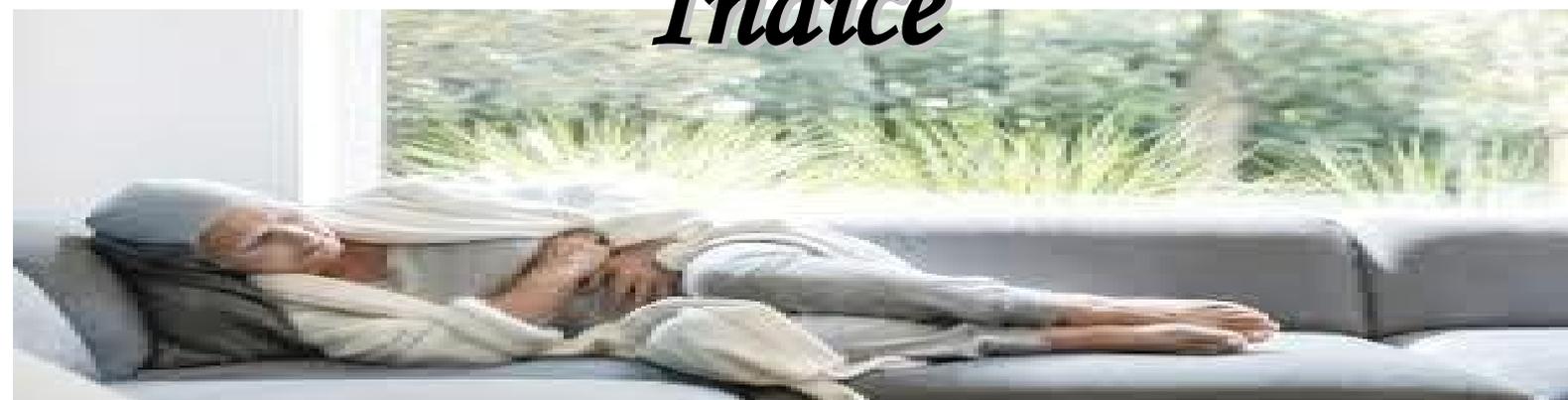


Abstract

Introduction: Intense cancer pain is as predictable as it is necessarily avoidable. Its relief and palliative care are a priority in the WHO global cancer program, so health systems must implement surveillance programs to control it. **Objective:** Design a practical guide for Pharmacotherapeutic Follow-up in patients with severe cancer pain in primary health care. **Method:** A bibliographic review of materials published until December 2019 was carried out. The search strategy consisted of a review of pre-filtered sources of evidence on cancer pain, clinical practice guidelines from Scientific Societies related to cancer pain, guidelines for Pharmaceutical Care and Pharmacotherapeutic Follow-up, pharmacology books, databases of scientific evidence and drug databases. **Results:** From the review carried out, the guide structured in three main sections (information to the pharmacist, information related to the management of severe pain and the pharmacotherapeutic follow-up methodology for these patients) was prepared. **Conclusions:** The developed guide constitutes a useful resource for the community pharmacist to carry out Pharmacotherapy Follow-up on these patients, since it contains all the necessary information about the health problem, the treatments used and the methodological details so that in a normalized and systematic way It is possible to identify, solve/ prevent problems related to medications, respecting the regulations in force in Cuba.

Key words: Cancer pain, Methods for evaluating pain, opioids related problems, Pharmacotherapy Follow-up.

Índice



ÍNDICE	“Pág”
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.....	4
I.1 Epidemiología del dolor oncológico.....	4
I.1.1 Definición de dolor.....	4
I.1.2 Importancia del control del dolor oncológico.....	4
I.2 Clasificación del dolor oncológico.....	4
I.2.1 Según su etiología	5
I.2.2 Según su fisiopatología	5
I.3 Evaluación del dolor oncológico.....	7
I.3.1 Herramientas para la evaluación del dolor.....	7
I.4 Tratamiento del dolor oncológico.....	10
I.4.1 Basamento del tratamiento del dolor oncológico.....	10
I.4.2 Aspectos a considerar en el control del dolor.....	11
I.4.3 Infratratamiento del dolor.....	12
I.4.3.1 Barreras habituales frente al control del dolor.....	12
I.4.4 Escalera Analgésica de la OMS.....	15
I.5 Generalidades sobre el uso de opioides en el dolor oncológico.....	17
I.5.1 Mitos asociados al uso de los opioides.....	17
I.5.2 Criterios de selección entre los distintos opioides.....	17
I.5.3 Problemas asociados al uso de los opioides.....	19
I.6 Atención Farmacéutica. Generalidades.....	19
I.6.1 Atención Farmacéutica. Definición.....	19
I.6.2 Seguimiento Farmacoterapéutico. Generalidades.....	20
I.6.2.1 Problemas relacionados con medicamentos.....	21
I.6.2.2 Métodos para el Seguimiento Farmacoterapéutico.....	22

CAPÍTULO II. MATERIALES Y MÉTODOS.....	24
II.1 Características generales de la investigación.....	24
II.2 Metodica de la investigación.....	24
II.2.1 Diseño de la propuesta de una guía para el seguimiento farmacoterapéutico a pacientes con dolor oncológico, desde los servicios farmacéuticos comunitarios.....	24
II.2.2.1 Revisión y análisis documental.....	24
II.2.2.2 Elaboración de la propuesta de la guía para el seguimiento farmacoterapéutico a pacientes con dolor oncológico desde los servicios farmacéuticos comunitarios.....	27
CAPÍTULO III. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	28
III.1 Diseño de la guía de SFT para el paciente con dolor oncológico intenso desde los servicios farmacéuticos comunitarios.....	28
III.2 Metodología para el Seguimiento Farmacoterapéutico en el paciente con dolor oncológico intenso	30
III.2.1 Descripción general de la secuencia de actividades para llevar a cabo el SFT.....	31
1ra Fase: Evaluación inicial del paciente.....	31
2da Fase. Diseño e implementación de un plan terapéutico de atención al paciente.....	36
3ra Fase. Evaluación de resultados del SFT en el paciente.....	37
III.3 Consideraciones finales.....	40
CONCLUSIONES.....	41
RECOMENDACIONES.....	42
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	

Introducción



INTRODUCCIÓN

El cáncer, no solo constituye un serio problema de salud y una de las principales causas de muerte, a escala mundial; también tiene una gran connotación psicológica y social en la población. Se considera la epidemia silenciosa del siglo XXI. El número de fallecidos por esta causa supera el conjunto de muertes por SIDA, malaria y tuberculosis, puesto que cobra más de siete millones de vidas cada año y afecta a más de 20 millones de personas. Se pronostica que para el 2020 la mayoría de los 16 millones de casos nuevos y de 12 millones de muertes ocurrirán en los países en vías de desarrollo, los cuales no cuentan con todos los recursos suficientes para tratar esta afección.¹

En Cuba, a partir del año 2012 el cáncer pasó a ser la primera causa de muerte, superando a las enfermedades cardiovasculares.² Al cierre del 2018, el cáncer se ubicó en la segunda causa de muerte, con una tasa de mortalidad de 221,3 por cada 100 mil habitantes, con 18,2 años de vida potencial perdidos por cada mil habitantes.³ De continuar esta tendencia creciente, hasta el 2030, según el desarrollo demográfico y social en el planeta, habrá anualmente de 25 a 39 millones de nuevos pacientes con tumores malignos.⁴

El dolor es un síntoma común, experimentado por los pacientes de cáncer con amplias variaciones, según el diagnóstico primario y la fase de la enfermedad. Se presenta como síntoma principal en un tercio de los pacientes en tratamiento activo y en dos tercios de los enfermos en estadio tumoral avanzado.^{5,6}

La presencia del dolor dentro de un proceso oncológico es variable y depende del tipo y de la extensión de la enfermedad, así como de la propia tolerancia individual de cada persona. El dolor oncológico terminal intenso es una circunstancia tan previsible como necesariamente evitable. Por ello, su alivio y los cuidados paliativos son prioritarios en el programa mundial del cáncer de la Organización Mundial de la Salud (OMS), insistiendo en que los sistemas sanitarios pongan en marcha programas de vigilancia del control del dolor.⁷

Se ha observado que, a pesar de existir numerosas guías para su tratamiento, el dolor es el mayor problema de los pacientes con cáncer y la magnitud de los casos subtratados se extiende cada día más. Estudios realizados refieren que uno de cada dos pacientes con dolor por cáncer no tiene tratamiento adecuado. Esto ocurre fundamentalmente por desconocimientos de dosis, vías y tratamientos no farmacológicos;⁸ en estos resultados influyen también las barreras del paciente^{7,9,10} y familiares para el tratamiento del dolor y los mitos asociados al uso de opioides.¹¹

A pesar del creciente interés y de las múltiples iniciativas para el manejo adecuado del dolor oncológico, éste permanece sin control en cerca del 50% de los pacientes. Las consecuencias del manejo subóptimo del dolor son devastadoras tanto para la funcionalidad como la calidad de vida de los pacientes.^{12,13}

En la actualidad existen numerosas guías que abordan el manejo del dolor en pacientes con cáncer, elaboradas por las distintas Sociedades Médicas de las especialidades involucradas en su manejo.^{14,15} Sin embargo, en la revisión de la literatura publicada en Cuba, no se encontró la disponibilidad de una guía de consenso que favorezca la incorporación de especialistas farmacéuticos en la atención del dolor oncológico. No obstante, fue posible constatar que las normativas oficiales, vigentes, si reconocen la necesidad del seguimiento en estos pacientes.^{16,17}

La Asociación Americana del Dolor defiende el enfoque multidisciplinar del tratamiento del dolor como la mejor herramienta dirigida al bienestar del paciente y a su adherencia al tratamiento.¹⁸ La atención multidisciplinaria requiere de un equipo en el que se integran enfermería, el trabajador social, los psico-oncólogos y los farmacéuticos, entre otros.¹⁹

La existencia de una importante morbilidad y mortalidad asociada al uso de fármaco hace que la participación del farmacéutico en la prevención, detección y resolución de PRM sea una responsabilidad ineludible, tanto por motivos legales como, lo que es más importante, por ética profesional.²⁰ La implementación de servicios de Atención Farmacéutica (AF), y más específicamente el Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT)

representa, por tanto, una oportunidad de colaboración entre diferentes profesionales sanitarios para la mejora de la salud de los pacientes.²¹

En la actualidad, se reconoce que el farmacéutico, por su formación y accesibilidad, es el profesional idóneo para realizar el servicio de SFT, contribuyendo así a mejorar los resultados en salud del paciente.²²

Entre los objetivos comunes del abordaje consensuado del dolor oncológico se incluye la necesidad del cuidado y manejo domiciliario para proporcionar una atención óptima, evitando en lo posible los ingresos innecesarios;⁹ de aquí la importancia del farmacéutico de los Servicios Comunitarios de atención para contribuir a lograr tales resultados.

En este sentido la presente investigación define como **Problema Científico** el siguiente:

Necesidad de un instrumento de consenso que oriente el desarrollo del Seguimiento farmacoterapéutico en los pacientes con dolor oncológico intenso, de forma normalizada, documentada y sistemática, desde los servicios farmacéuticos comunitarios.

Los antecedentes referidos y la problemática abordada motivaron la presente investigación para la cual se planteó la siguiente **Hipótesis**:

Si se desarrolla una guía para el seguimiento farmacoterapéutico a pacientes con dolor oncológico intenso desde los Servicios Farmacéuticos Comunitarios, se contribuirá a que la actividad se realice de forma normalizada, sistematizada y documentada, con la garantía del cumplimiento de las normativas vigentes, en el Sistema de Salud en Cuba, para el control de los medicamentos involucrados en su tratamiento.

Considerando lo anteriormente expuesto, el presente trabajo tiene como **Objetivo**:

Diseñar una guía para el seguimiento farmacoterapéutico a pacientes con dolor oncológico intenso, en los servicios farmacéuticos comunitarios.

Capítulo I. Revisión Bibliográfica



CAPÍTULO I. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

I.1 Epidemiología del dolor oncológico

I.1.1 Definición de dolor

La definición más aceptada de dolor es la que lo considera como una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada a una lesión tisular real o potencial.^{9,23,24} Destaca su carácter multidimensional con vinculación fisiológica, afectiva, sensorial, cognitiva, conductual, así como sociocultural.^{9,24}

El dolor por cáncer es un dolor crónico y es definido como: “Aquella situación dolorosa de más de tres meses de duración”. Se considera al dolor crónico como un síndrome grave, que se acompaña de alteraciones psicológicas de distinta severidad, que con tratamiento el paciente solo consigue alivio y adaptación, raramente la curación.²⁵ De forma general el dolor oncológico se conceptualiza mejor como un síndrome multifacético, con interacciones complejas entre los factores físicos y no físicos.²⁶

I.1.2 Importancia del control del dolor oncológico

La importancia del control del dolor en el paciente oncológico viene dada por:²⁷⁻³⁰

- Su elevada prevalencia, alcanzando el 90% en fases terminales.
- La frecuente asociación con progresión tumoral.
- El aumento de la incidencia, consecuencia del mayor número de casos detectados anualmente.
- La afectación de la calidad de vida del paciente.

I.2 Clasificación del dolor oncológico

El dolor oncológico se puede clasificar de distintas maneras, en función de su etiología, fisiopatología, intensidad, duración, localización u otros.

I.2.1 Según su etiología

Según su etiología, el dolor presente en los pacientes oncológicos se puede clasificar como:³¹

- *Derivado de la enfermedad:* Es el más frecuente (40-80%). Está causado directamente por la enfermedad, por ejemplo, el causado por infiltración tumoral de órganos y estructuras nerviosas.
- *Asociado a la enfermedad:* Aparece en el 10-25% de los pacientes. Está asociado indirectamente a la enfermedad. Dentro de este tipo se englobarían, por ejemplo, los dolores musculoesqueléticos (lumbalgias) por encamamientos prolongados.
- *Asociado al tratamiento oncológico:* Tiene una prevalencia del 15-20% e incluye el dolor agudo postoperatorio, las secuelas quirúrgicas (cicatrices dolorosas), el dolor asociado a quimioterápicos, terapias hormonales, o al tratamiento radioterápico.
- *Independiente del cáncer:* Tiene una baja prevalencia (3-10%) y está relacionado con las comorbilidades presentes en el paciente oncológico, ejemplos: osteoartritis y polineuropatía diabética.

A veces pueden coexistir varios de estos tipos de dolor, sobre todo los relacionados con la enfermedad y su tratamiento.

I.2.2 Según su fisiopatología^{31,32}

Un tipo de dolor frecuente asociado al cáncer es el dolor irruptivo.^{33,34} Desde un punto de vista fisiopatológico, el más importante a la hora de su tratamiento. Se clasifica en nociceptivo (somático y visceral) y neuropático (central o periférico), idiopático y psicógeno.³⁵⁻³⁷

- *Visceral:* surge tras la activación de los nociceptores por infiltración y/o compresión de vísceras torácicas, abdominales o pélvicas, típicamente aparece en

la carcinomatosis peritoneal, sobre todo en el seno del cáncer pancreático. Se trata de un dolor difuso constante, sordo y mal localizado. En su fisiopatogenia los receptores opioides kappa parecen jugar un papel importante.³²

- **Somático:** es el dolor que se produce como consecuencia de la activación de los nociceptores. Se origina en la piel, músculos, tejidos profundos o los huesos. Suele tratarse de un dolor bien localizado, constante, intenso, opresivo y punzante. Algunos ejemplos de este tipo de dolor son: el dolor por metástasis óseas, el dolor músculo-esquelético y miofascial.³²
- **Neuropático:** es un dolor que se produce por una lesión primaria o por una disfunción en el sistema nervioso central o periférico, con destrucción y/o afectación nerviosa. Se describe como una sensación de ardor, descarga eléctrica, desagradable, quemante, punzante, hormigueo, acorchamiento, picor, tirantez. Suele referirse como un dolor agudo.³⁸

Otras clasificaciones del dolor se muestran en la tabla I.³¹

Tabla I. Clasificación del dolor oncológico.

Clasificación	Tipos
Por su localización	• Cabeza y cuello
	• Torácico
	• Vertebral
	• Abdominal o pélvico
	• Extremidades
Por su intensidad	• Leve
	• Moderado
	• Intenso
Por su temporalidad	• Intermitente
	• Constante

Fuente: Modificado de Gutsell et al; 2003.³¹

I.3 Evaluación del dolor oncológico

El dolor en pacientes con cáncer es considerado como el quinto signo vital, así como el más urgente de todos los síntomas.³⁹

Existen diferentes factores que dificultan el correcto abordaje del dolor oncológico de los cuales, su evaluación, es uno de los principales. La incorrecta evaluación origina tratamientos subóptimos que impiden la resolución del problema de forma adecuada.

La correcta valoración del dolor es, por tanto, uno de los aspectos claves a la hora de indicar un determinado tratamiento con el objetivo de controlar el dolor y mejorar la calidad de vida del paciente. Un tratamiento correcto solo es posible cuando va precedido de una adecuada evaluación;⁹ de aquí la importancia de realizar un adecuado diagnóstico del dolor que favorezca su adecuada evaluación.

Evaluar es, mucho más que cuantificar un síntoma, es ayudar al paciente a verbalizar.

I.3.1 Herramientas para la evaluación del dolor

Las herramientas de evaluación permiten, por un lado, el diagnóstico y valoración de la intensidad del síntoma y, por otro, monitorizar la efectividad del tratamiento y valorar los efectos secundarios de las medicaciones empleadas. Además, su uso permite comparar el conjunto de enfermos seguidos en un mismo lugar de trabajo con poblaciones semejantes y comunicar los resultados.⁴⁰

La intensidad del dolor y el alivio que producen los analgésicos empleados son las variables que más se utilizan para el ajuste de dosis, por lo que llegar a la estandarización en su medición es indispensable para el confort del paciente.^{10,41} Los métodos más útiles usan la información proporcionada por el enfermo como forma de expresión de la intensidad del dolor, al ser la dimensión más significativa,⁴¹ observando lo que ocurre en reposo o cuando se realizan algunos movimientos o maniobras (por ejemplo toser o caminar), sin considerar otras características evaluables, de tipo sensorial (dolor

quemante, penetrante o punzante) o afectivo (agotador, atemorizante).¹⁰ No existe ninguna escala perfecta, ya que esta debería de reunir gran cantidad de requisitos: ser precisa, válida, fiable, sencilla, reproducible, útil en dolor agudo y dolor crónico, y en la valoración inicial y final.⁴²

A continuación, se relacionan algunas de las herramientas que existen:

1. *Escala descriptiva simple*: son escalas verbales que clasifican al dolor en cuatro, cinco o más categorías, ejemplo: Insoportable, Intenso, Moderado, Leve o Ausente, y que muchas veces se confrontan con otras escalas, también descriptivas, del alivio producido por el tratamiento. Esta escala es útil y bien aceptada en ancianos, ya que se trata de una escala simple, fácil de usar y comprender, aunque puede resultar difícil su uso en pacientes con deterioro cognitivo y trastorno del lenguaje al tener que expresar su grado de dolor en términos verbales, a pesar de las equivalencias descritas.⁴³ No obstante su sensibilidad es baja, su rango de respuestas escaso y tiene un uso limitado en la investigación.⁹
2. *Escala Visual Analógica (EVA)*:^{41,44} esta escala de dolor fue ideada por Aitken en 1969 y consiste en una línea horizontal o vertical de diez centímetros de longitud, cuyos extremos están señalados con los términos "no dolor" y "dolor insoportable". En el izquierdo se sitúa la ausencia o menor intensidad, y en el derecho la mayor intensidad. Es el paciente el que colocará la cruz en la línea en función del dolor que experimente. La EVA también puede ser usada para valorar la respuesta al tratamiento analgésico.⁴⁵

La EVA es de uso universal. Es un método relativamente simple, que ocupa poco tiempo, aun cuando requiere de un cierto grado de comprensión y de colaboración por parte del paciente. Tiene buena correlación con las escalas descriptivas, buena sensibilidad y es fácilmente reproducible.^{31,41,46-48} Entre los inconvenientes destaca

la imposibilidad, por parte de algunos pacientes, para marcar el punto de intensidad del dolor, por lo que no es fiable en pacientes con deterioro cognitivo u otras situaciones especiales.⁹

El dolor es variable en cuanto a intensidad a lo largo del día, razón por la cual, se ha planteado que una aproximación adecuada podría ser evaluar la media de dolor en el marco de tiempo de 24 horas antes de la consulta, en vez de hacer valoraciones múltiples.⁹ No parecen ser útiles las medidas que engloban un tiempo de medida mayor, puesto que son difíciles de precisar por el paciente y, las puntuales, son muy poco significativas.⁴⁹

3. *Escalas numéricas (EN)*: se emplean con mucha frecuencia cuando no se dispone de una EVA, o cuando el paciente no es capaz de entender o transmitir su dolor con ella. Con estas escalas establecen rangos de 0 a 10 (de uso frecuente en Cuba y países europeos), o de 0 a 100 (en países anglosajones)
4. *Escala de Expresión Facial (EEF)*: La escala facial de Wong y Baker se utiliza fundamentalmente en la edad pediátrica, muestra la representación de una serie de caras con diferentes expresiones que van desde la alegría al llanto, a cada una de las cuales se le asigna un número del 0 (no dolor) al 6 (máximo dolor).

Se acepta como necesario mantener el dolor habitual o usual en rangos de dolor "moderado-leve", con EVA menor de 4, o escala numérica inferior a 5 ó 50 según la escala utilizada y el rango establecido. Cuando no es posible conocer el dolor "usual", se realizan mediciones a horarios fijos marcando la diferencia entre el dolor inicial y el medido en el momento de la consulta, que indicará con mayor aproximación el grado de analgesia logrado en el tiempo (*SPID = score painintensitydifference*). Además de la medición, la observación de la conducta dolorosa es especialmente útil para evaluar el dolor del paciente oncológico, así como para evaluar la respuesta al tratamiento empleado.⁵⁰ Los índices más utilizados para la evaluación tienen relación con la actividad diaria del

paciente, la actividad laboral, el patrón de sueño, la actividad sexual, la alimentación, los signos de dolor (queja, facies), la limitación funcional, las alteraciones en el ánimo y la afectación de las relaciones personales. Si bien estas medidas no cuantifican directamente el dolor, proporcionan datos objetivos que sirven para evaluar la respuesta al tratamiento analgésico o la necesidad de medicamentos coadyuvantes (sedantes o antidepresivos).¹⁰

Se debe tener en cuenta que diversos factores pueden variar el umbral doloroso: la edad (mayor dolor en adultos jóvenes que en ancianos), el sexo (mayor en mujeres), el estado psicológico (mayor en pacientes intranquilos o ansiosos).^{10,51}

I.4 Tratamiento del dolor oncológico

I.4.1 Basamento del tratamiento del dolor oncológico

El planteamiento del estudio y tratamiento analgésico del dolor oncológico debe basarse en la regla “**ABCDE**”.⁵²

A: Averiguar de forma constante la situación del paciente en cuanto a su dolor y medirlo sistemáticamente. Para ello es preciso interrogar regularmente al paciente sobre el dolor que padece mediante el uso de instrumentos de evaluación (Ver epígrafe I.3.1) y los síntomas relacionados. Esta evaluación debe incluir discusiones sobre síntomas comunes que experimenta el paciente de cáncer y como se trata cada síntoma.

B: Basarse siempre en la información que el paciente hace sobre el dolor y lo que lo alivia. El autoinforme del paciente y su familia es imprescindible.

C: Capacitar a los enfermos y sus familias para el control de las situaciones. Es importante formar a pacientes y familiares para que participen en el control analgésico desde el inicio y a lo largo de la enfermedad.

D: Distribuir las intervenciones de forma coordinada. Es importante que todas las intervenciones para el control del dolor sean oportunas, lógicas y coordinadas.

E: Escoger siempre la mejor opción para el paciente de entre todas las posibilidades analgésicas de acuerdo con el mismo paciente, con la familia y con la situación concreta.

I.4.2 Aspectos a considerar en el control del dolor⁵³

El paciente y sus cuidadores deben estar implicados en todos los aspectos relacionados con el tratamiento (farmacológico o no), para lo cual deberán recibir información sobre la medicación, dosificación, intervalos de dosis y aparición de los posibles efectos secundarios, con el objetivo de que puedan consultar con el personal sanitario.

Entre los aspectos a considerar se encuentran:

- La prescripción de los fármacos debe hacerse a horas fijas (nunca a demanda o cuando aparezca el dolor).
- La mejor vía de administración de los fármacos es aquella que resulte más cómoda para el paciente y que le ayude a mantener su actividad habitual. La más recomendada en la literatura es la vía oral, aunque la vía transdérmica puede ser utilizada, especialmente en situaciones de intolerancia oral o dificultades en la deglución.
- Los efectos adversos más frecuentes deben ser tenidos en cuenta para intentar prevenirlos, sobre todos las náuseas y vómitos y el estreñimiento en el caso de utilizar opioides, o la toxicidad digestiva asociada a los antiinflamatorios no esteroideos, utilizando medicación concomitante que contrarreste su toxicidad.
- Hay que hacer una reevaluación constante del grado de analgesia conseguida, así como de la tolerancia a los fármacos empleados para en caso necesario cambiar las dosis o, si es preciso, incluso cambiar el fármaco.
- Se debe ajustar la titulación del tratamiento opioide según la urgencia del dolor. El inicio de tratamiento debe ser diferente según tres supuestos: dolor urgente, dolor en paciente naive [sin tratamiento de mantenimiento previo con opioides]

(moderado o severo) y dolor no urgente (severo o moderado) en paciente que ya toma opioides.⁵⁴

Para poder llegar a planificar este tratamiento analgésico, es necesario conocer las diferentes posibilidades analgésicas disponibles.

I.4.3 Infratratamiento del dolor

Al menos un 30-40% de los pacientes tienen un mal control del dolor, especialmente en el último año de su vida.^{55,56} Esto puede ser debido a múltiples razones, entre otras, el que a menudo no se considere una prioridad en ellos y que el tratamiento correcto sea difícil debido a que la toxicidad o efectos secundarios de los fármacos analgésicos aumentan en pacientes que ya son frágiles, con frecuencia polimedicados y con déficits nutricionales e incluso caquéticos.⁵⁷

Por otro lado, aunque esta tendencia está mejorando sigue siendo frecuente el infratratamiento especialmente en pacientes en tratamiento curativo, con comorbilidades o grupos minoritarios.^{36,56, 58- 61}

Pero son, sin lugar a dudas, la falta de anamnesis en las historias clínicas de oncología sobre la existencia y características del dolor; junto a que frecuentemente se desconoce la fisiopatología que lo produce las causas más importantes en el infratratamiento del dolor.^{55, 60}

I.4.3.1 Barreras habituales frente al control del dolor

Para hacer frente al dolor oncológico es necesario ser capaz de superar una serie de barreras, las cuales pueden ser inherentes al paciente, al prescriptor o al sistema sanitario, como se muestra en la Tabla II.⁹

Entre las barreras para poder controlar el dolor de manera óptima,⁷ inherentes al paciente están:

- El conocimiento profesional: mejorar el nivel de conocimientos de los profesionales y dar la debida importancia al tratamiento de todos los síntomas acompañantes del cáncer. Los profesionales deben dar al dolor la importancia debida y ser capaces de reconocer y evaluar su intensidad para aplicar el tratamiento más adecuado. Estos profesionales deben tener acceso a una actualización permanente tanto en los conocimientos farmacológicos como en las habilidades del manejo analgésico.¹⁰
- Falta de comunicación por parte de los pacientes: se debe evitar el miedo del paciente a comunicar la intensidad del dolor por creer que esto puede desviar la atención del médico y descuidar el tratamiento del tumor. En ocasiones no quiere hacer creer al médico que está peor. La errónea creencia del paciente con cáncer de que la presencia de dolor significa proximidad a la muerte, puede dificultar una comunicación adecuada de la queja dolorosa. No quiere reconocer que siente dolor: en muchas ocasiones no se menciona el dolor cuando se acude a consulta. Por un lado, existe la creencia de que el dolor es un problema poco importante en comparación con el proceso oncológico.¹⁰
- Se suele relacionar el dolor con un empeoramiento de la enfermedad. Así, negando el dolor, está negando que la enfermedad vaya evolucionando. Sin embargo, no tiene por qué ser así, ya que el dolor se puede estar desencadenado por los tratamientos aplicados para tratar el tumor.^{7,10}
- Los medicamentos pueden producir adicción: muchos pacientes temen los efectos secundarios de los opiáceos que los relacionan con las "drogas" de uso ilegal; el miedo a hacerse adicto o de perder el control sobre sí mismo/a es un temor frecuente. Piensan que pueden quedarse dormidos, estar "drogados" y no poder comunicarse con sus familiares y amigos o volverse dependientes de la medicación. Incluso algunos enfermos y familiares piensan que pueden acortar la vida y tratan de retrasar su uso. Sin embargo, esto no debe suponer un impedimento para tomar

analgésicos con la potencia suficiente para aliviar el dolor. La realidad es que rara vez se produce una adicción a los analgésicos, si se toman los medicamentos siguiendo las recomendaciones médicas.^{7,10}

Tabla II. Barreras al adecuado tratamiento del dolor

Factores dependientes del paciente	<ul style="list-style-type: none"> • Se resiste a informar sobre su dolor. • Escaso cumplimiento terapéutico. • Alteraciones cognitivas y estrés afectivo que limitan la información. • Temor a la adicción o desarrollo de tolerancia. • Temor a los efectos secundarios. • Esfuerzos por ser un “buen paciente” tolerando el dolor. • Creencia de que el doctor debe centrarse en el tratamiento del cáncer en lugar de aliviar el dolor. • Preocupación sobre la impresión negativa de la familia, amigos, si el paciente utiliza medicación para el dolor. • Estoicismo o fatalismo sobre la enfermedad. • Creencia de que el dolor no puede ser mejor tratado. • Problemas para financiar el tratamiento analgésico.
Factores dependientes del prescriptor	<ul style="list-style-type: none"> • Escasa comunicación acerca del dolor que sufre el paciente. • Preferencia del uso de analgésicos no potentes. • Fallo en la evaluación del dolor o en el uso rutinario de herramientas que miden el dolor. • Conocimiento no adecuado sobre el manejo del dolor. • Falta de tiempo en la evaluación del paciente. • Excesiva preocupación sobre los efectos secundarios de los opioides, depresión respiratoria y adicción. • Falta de multidisciplinaridad.
Factores dependientes del sistema	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de especialistas en dolor.

Fuente: Guía GADO, 2017.⁹

- Los medicamentos dejarán de hacer efecto: uno de los temores más frecuentes es la creencia de que hay que tomar los analgésicos solo cuando se siente dolor, para evitar la aparición de tolerancia, es decir, que el analgésico no haga efecto con las dosis que se venían tomando hasta la fecha. Sin embargo, el tratamiento del dolor suele ser más eficaz cuando se toma la medicación a intervalos regulares, haya o no dolor. De esta forma se previene su aparición. Por otra parte, si el dolor no está bien controlado, a pesar de seguir adecuadamente el tratamiento, puede ser necesario aumentar un poco las dosis o cambiar el medicamento utilizado.⁷
- Miedo a los posibles efectos secundarios: cualquier fármaco puede ocasionar efectos secundarios no deseados y en esto los analgésicos no son una excepción. Sin embargo, casi en su totalidad se pueden prevenir o evitar.⁷

I.4.4 Escalera Analgésica de la OMS

La magnitud del problema del infratratamiento del dolor oncológico llevó a la OMS, en 1986, a publicar las directrices para el control del dolor en el paciente con cáncer.⁶²

La Escalera analgésica de la OMS fue diseñada como un sencillo esquema de tratamiento progresivo del dolor oncológico.

El primer escalón de tratamiento engloba el paracetamol, los AINE y el metamizol. En principio, están indicados para el manejo del dolor leve a moderado, especialmente en el dolor de origen somático y tienen un papel importante en dolor oncológico (Grado de Recomendación A).^{15,63,64} Al igual que los otros dos escalones, se puede asociar a los fármacos coadyuvantes.⁶⁵

El segundo escalón está formado por los opioides menores. Se utilizan solos o combinados con los analgésicos no opioides para tratar el dolor cuando es de intensidad leve a moderada.¹⁴

El tercer escalón analgésico es la "estrella" en el manejo habitual del dolor oncológico y su empleo está indicado tras el fracaso escalonado de la analgesia con opioides débiles o bien de inicio ante la presencia de dolores muy severos (EVA > 6). Como norma general, nunca debe de asociarse fármacos de segundo y tercer escalón, ya que su combinación no aumenta la eficacia analgésica y, sin embargo, supone un aumento de la toxicidad. La principal diferencia de los opioides mayores es que no tienen límite de dosis, por lo que ésta se puede ir aumentando en función de las necesidades y tolerabilidad de cada persona.⁹

Los adyuvantes pueden utilizarse en los tres escalones de analgesia.

A pesar de los esfuerzos realizados en los últimos años para mejorar el tratamiento del dolor y aumentar el consumo de opioides para su control, aún existe una cierta retracción en el uso de estas sustancias por muchos profesionales.

La escalera analgésica propuesta por la OMS se describe a modo de rampa ascendente, por aproximarla a la teoría del ascensor analgésico cada vez más vigente, en el que se propone iniciar el tratamiento en el punto que el dolor del paciente lo indique, obviando el paso por escalones anteriores, si por la experiencia clínica es sabido que no va a aportar ningún beneficio terapéutico. La elección del tratamiento depende del médico. Esta se lleva a cabo de manera individualizada, teniendo en cuenta las características del dolor, como son su intensidad y el momento en el que se encuentra la enfermedad.⁶⁶

Se plantea que entre el 10 y el 15% de los pacientes oncológicos van a manifestar una respuesta pobre o inadecuada a los tratamientos farmacológicos habituales.²⁷ Estos pacientes, que no van a obtener un alivio completo o aceptable de su dolor, presentarán de forma mantenida un valor en la EVA por encima de 7 a pesar de los preceptivos cambios de tratamiento, por lo que deberían establecerse signos de alerta que sean capaces de identificarlos⁶⁷ y permitan ser derivados precozmente a los centros especializados.⁶⁸

El tratamiento analgésico del dolor oncológico debe incidir en los distintos aspectos del dolor, incluyendo las posibles causas, factores desencadenantes o de alivio, el estado de ánimo, la dimensión psicológica, social, espiritual y cultural del paciente. Depende, sobre todo, del tipo de dolor y de la intensidad. De manera que, en los dolores, con EVA igual o superior a siete, se debería de iniciar de entrada con el tercer escalón de la analgesia, obviando los dos escalones previos. La vía de administración recomendada es la vía oral y en los pacientes con dificultades para la deglución se puede recurrir a las formas transdérmicas.^{69,70} En determinadas circunstancias la vía parenteral es la preferible.⁷¹

I.5 Generalidades sobre el uso de opioides en el dolor oncológico

I.5.1 Mitos asociados al uso de los opioides

Se plantea que una de las principales razones para el mal uso de los opioides en España es la persistencia de mitos en relación con estos fármacos. Es curioso comprobar cómo esos mitos parecen haber persistido fundamentalmente para la morfina desplazando de una forma masiva la prescripción de ésta a favor de los nuevos opioides.¹¹

- Una opinión frecuente es que *“los opioides deben reservarse para los estadios finales de la enfermedad”* para evitar sus efectos secundarios.¹¹ Sin embargo, es el tipo y la intensidad del dolor, y no el pronóstico del paciente con dolor oncológico, lo que dicta si la prescripción es o no apropiada. Los efectos secundarios pueden tratarse muy eficazmente.
- Otro mito infundado es el de que *“los opioides acortan la vida del paciente, especialmente cuando se utilizan a dosis altas”*. Se ha demostrado claramente que el uso de dosis altas para controlar el dolor no afecta a la supervivencia del paciente.¹³

I.5.2 Criterios de selección entre los distintos opioides

La elección de un determinado opioide para el inicio del tratamiento depende de las características farmacocinéticas y farmacodinámicas de las distintas formas de presentación disponibles y su adecuación a las circunstancias clínicas de cada paciente.

Por tanto, resulta esencial conocer las características fundamentales de los opioides comercializados para definir su papel en el dolor oncológico.^{14,72} Debe tenerse en cuenta que no existe un opioide de primera elección. Hay que adaptar la disponibilidad de diferentes fármacos opioides con distintas características a las circunstancias clínicas de cada paciente.⁹

I.5.2.1 Recomendaciones a tener en cuenta en la prescripción de un opioide⁷³

Entre las recomendaciones a tener en cuenta en la prescripción de un opioide se pueden mencionar las siguientes:

1. Realizar un análisis funcional del paciente: edad, estadio y localización de la enfermedad, hidratación, función renal y hepática, función cognitiva, frecuencia respiratoria, hábito intestinal.
2. Seleccionar el opioide y la dosis adecuados para la intensidad y el tipo de dolor que presenta.
3. Elegir la vía de administración más adecuada. Según el tipo de opioide la incidencia de algunos efectos indeseables disminuyen, como el estreñimiento.
4. Ajustar las dosis según las necesidades del paciente para conseguir una razón efectividad-seguridad adecuada.
5. Revisar el resto del tratamiento prescrito para poder disminuir al máximo las interacciones farmacológicas. La mayoría de efectos secundarios a nivel del sistema nervioso central, tienen su origen en las interacciones de los opioides con benzodiazepinas, antidepresivos, anticonvulsivantes, etc.

Es necesario realizar un tratamiento individualizado para poder conseguir una buena adherencia terapéutica. El fracaso de una pauta analgésica debido a la aparición de efectos secundarios es una fuente de desconfianza y frustración para un paciente con dolor oncológico.

I.5.3 Problemas asociados al uso de los opioides

A pesar que existen autores que reconocen a los opioides como la piedra angular para tratar el dolor oncológico severo, existen una serie de problemas relacionados con su uso que justifican en ocasiones el miedo que experimentan los pacientes y familiares: tolerancia, adicción, y los efectos secundarios.

Los efectos secundarios de los opioides son frecuentes, pero, generalmente se solventan con un tratamiento adecuado. El éxito del tratamiento dependerá de un manejo adecuado de estos efectos.^{14,74}

En la mayoría de casos, los efectos secundarios se pueden prevenir y/o disminuir su intensidad teniendo en cuenta las recomendaciones para su adecuada prescripción.

La incidencia de los efectos adversos puede variar por varios factores: si el paciente recibe por primera vez tratamiento opioide, o el paciente recibe tratamiento crónico con opioide.

I.6 Atención Farmacéutica. Generalidades

I.6.1 Atención Farmacéutica. Definición

La profesión farmacéutica está llamada al desarrollo de funciones y responsabilidades en respuesta a las necesidades derivadas de la eficacia, beneficio, riesgo y costo de la terapia farmacológica. Para el alcance de estos propósitos, la participación del farmacéutico en la toma de decisiones relativas a la farmacoterapia constituye un elemento fundamental, en aras de garantizar el Uso Racional de los Medicamentos (URM) y la obtención de mejores resultados en salud del paciente. La filosofía que sustenta esta práctica es la Atención

Farmacéutica (AF) la cual enfoca su atención en el paciente como principal beneficiario del acto profesional.⁷⁵

El término AF fue introducido, en 1975 por Mikeal y cols,⁷⁶ y ha ido evolucionando conforme a los trabajos realizados por: Brodie y cols., en 1980⁷⁷; Hepler en 1987;⁷⁸ Hepler y Strand, en 1990;⁷⁵ el Consenso Español de AF del 2001;⁷⁹ y el Foro de AF del 2008.⁸⁰ Éstos últimos, en correspondencia a la evidencia científica, la definen como: “la participación del farmacéutico en la mejora de la calidad de vida del paciente, mediante la dispensación, indicación farmacéutica y SFT. Esta participación implica la cooperación con el médico y otros profesionales sanitarios, para conseguir resultados que mejoren la calidad de vida del paciente, así como su intervención en actividades que proporcionen buena salud y prevengan enfermedades. Se trata de una práctica profesional en la que el farmacéutico se responsabiliza de las necesidades del paciente relacionadas con los medicamentos”.⁸⁰

I.6.2 Seguimiento Farmacoterapéutico. Generalidades

Dentro de la AF, el SFT constituye una estrategia que permite un mejor control de la farmacoterapia, en la que el farmacéutico se responsabiliza con las necesidades del paciente relacionadas al uso de los medicamentos, con el objetivo de lograr resultados clínicos positivos.⁸¹ Esto se realiza mediante la detección, prevención y resolución de problemas relacionados con la medicación (PRM).

Este servicio debe implicar un compromiso entre el farmacéutico y el enfermo, 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.

Es el servicio más global y profundo e implica un registro pormenorizado de los datos personales y sanitarios y una evaluación posterior de todos ellos, según criterios estrictamente farmacéuticos, para identificar problemas relacionados con la medicación,

resolviendo o previniendo resultados negativos y conseguir resultados óptimos en la salud del paciente.^{82, 83}

Conviene destacar que el SFT personalizado, como servicio de AF, no constituye en ningún caso, un intento de invadir competencias de otros miembros del equipo de salud. La colaboración interdisciplinar es indispensable para proporcionar una asistencia sanitaria global y completa.

El hecho de que el SFT debe centrarse en el paciente y no en la enfermedad, destaca la importancia de la participación de diferentes disciplinas en el equipo, dado que es necesario contar con múltiples conocimientos, habilidades y prácticas para ofrecer la debida atención al conjunto de necesidades de salud.⁸⁴

Diversos autores refieren que el tratamiento de pacientes crónicos debería ser revisado de forma periódica y en profundidad para adecuarlo a su pronóstico, a la evolución de su situación clínica, situación funcional, cognitiva, social, espiritual con el objetivo de mejorar su calidad de vida, reducir la polifarmacia, optimizar los resultados del tratamiento en el paciente y, por tanto, lograr la utilización racional de los medicamentos.^{85, 86}

El SFT, como cualquier otra actividad sanitaria, necesita para ser realizada con la máxima eficiencia, de unos procedimientos de trabajo protocolizados y validados a través de la experiencia, que permitan una evaluación del proceso, y sobre todo, de los resultados.²³

En este sentido en Cuba se han desarrollado Procedimientos Normalizados de Trabajos (PNT) para SFT^{87, 88} que pudieran ayudar al logro de tales objetivos.

1.6.2.1 Problemas relacionados con medicamentos

Los PRM o *DrugsRelatedProblems* (DRP, por sus siglas en inglés) se definen por vez primera en 1990, por Hepler y Strand.⁷⁸ Dichos autores, les dan carácter de necesidades del paciente relativas a su medicación. En el 2004, Cipolle y cols,⁸⁹ los definen como “una experiencia indeseable del paciente que involucra la farmacoterapia y que interfiere real o potencialmente con el resultado”. Posteriormente, el Foro Español de AF los conceptualiza

como “aquellas situaciones que causan o pueden causar la aparición de un Resultado Negativo asociado a la Medicación (RNM). Se les considera elementos del proceso que suponen al usuario de medicamentos un mayor riesgo de sufrir un RNM”,⁸⁰ definición esta asumida en la presente investigación.

En el 2012, Sanfelix-Gimeno y cols,⁹⁰ plantean que es importante referir, que los PRM no siempre suponen la presencia de daño, ni implican un uso inadecuado de ellos, pues las RAM pueden producirse aun cuando el medicamento esté siendo empleado correctamente.

1.6.2.2 Métodos para el Seguimiento Farmacoterapéutico.

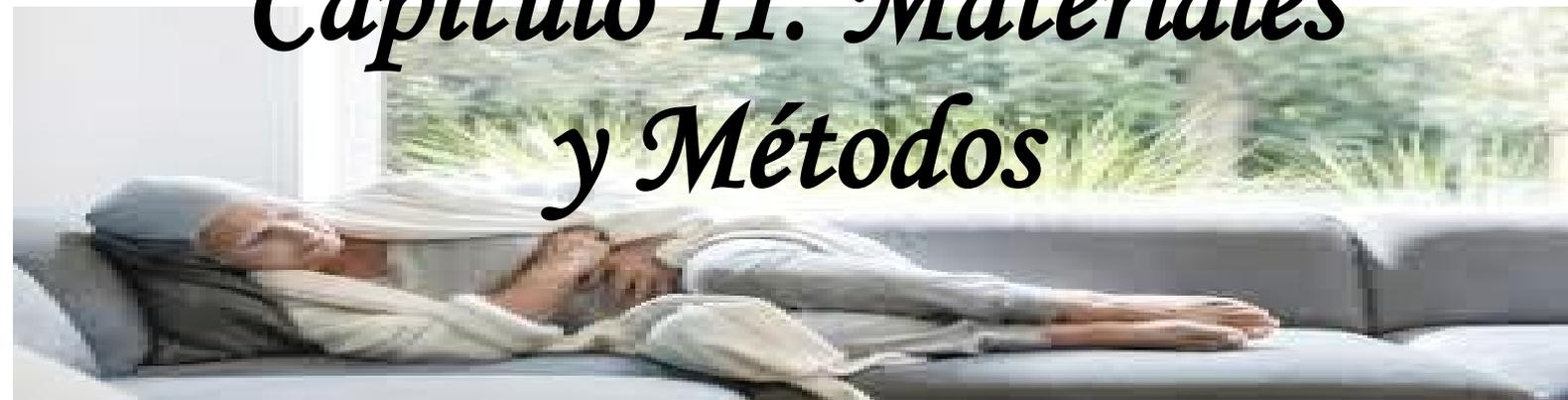
La OMS, en el Manual para el desarrollo de la Práctica de Farmacia centrada en la atención al paciente,⁹¹ establece que se debe apoyar y mejorar la implementación y la práctica de la AF midiendo, evaluando y mejorando las actividades de la práctica farmacéutica, utilizando el marco conceptual de una continua mejora de la calidad.

Dentro de los métodos para el desarrollo de la AF y el SFT en particular, los PNT constituyen la unidad básica de la gestión de la calidad; son documentos que establecen las pautas a seguir para implantar las políticas de calidad de una empresa o servicio. Son requeridos por la legislación y las Buenas Prácticas de Producción, constituyendo documentos que describen de forma clara y sencilla la manera de realizar una operación, un proceso y las responsabilidades de las personas implicadas en el mismo.⁹² Aseguran la consistencia de los resultados, pues si todos los profesionales utilizan los mismos procedimientos, realizarán las actividades de la misma forma, lo cual permite la obtención de registros que muestren la actividad y faciliten su mejora continua. Es por ello que las Buenas Prácticas de AF indican incluir PNT, estructurados por criterios consensuados para la identificación/clasificación de PRM y la solución/prevención de RNM en los pacientes.^{93,94} La implantación de estos permitirá utilizar la información registrada de una forma más efectiva; y hacer posible la evaluación de la frecuencia con que se producen los

problemas, se manifiestan sus consecuencias, su gravedad, el costo sanitario y social; lo cual permitirá definir la efectividad e idoneidad de las IF realizadas, dejando constancia de los resultados obtenidos. Además de permitir que los servicios sean desarrollados de forma normalizada y homogénea por todos los profesionales.⁹⁵

Para facilitar el cumplimiento de los requisitos de SFT, para pacientes con un problema de salud en particular, es preciso conocer los criterios de valoración de la necesidad, efectividad y seguridad del tratamiento, así como tipificar los posibles PRM e intervenciones a realizar por el profesional sanitario para conseguir mejores resultados en salud. Precisamente en estos elementos radica la importancia del diseño de guías para el SFT para problemas de salud en particular.

Capítulo II. Materiales y Métodos



CAPÍTULO II. MATERIALES Y MÉTODOS

II.1 Características generales de la investigación

El trabajo realizado correspondió a una investigación de desarrollo en sistemas y servicios de salud, del tipo de procedimiento de proceso el cual se centró en el desarrollo de una guía para el seguimiento farmacoterapéutico a pacientes con dolor oncológico intenso, desde los SFC. El estudio se desarrolló en la provincia de Santiago de Cuba, en el período comprendido entre enero y junio del 2020, siguiendo la metodología de investigación descrita a continuación.

II.2 Metodica de la investigación

II.2.1 Diseño de la propuesta de una guía para el seguimiento farmacoterapéutico a pacientes con dolor oncológico, desde los servicios farmacéuticos comunitarios

La guía para el seguimiento farmacoterapéutico a pacientes con dolor oncológico se diseñó en correspondencia a las siguientes fases: (1) Revisión y análisis documental, y (2) Elaboración de la propuesta de guía para el SFT a pacientes con dolor oncológico.

II.2.2.1 Revisión y análisis documental

Se revisaron aspectos relativos a la filosofía y práctica de la Atención Farmacéutica y métodos de Seguimiento Farmacoterapéutico.

- Investigaciones realizadas en Cuba que hayan profundizado en el desarrollo, implementación y perfeccionamiento de métodos para el SFT en el entorno de los servicios farmacéuticos comunitarios,^{87,88,96,97} independientemente de que hayan sido diseñados específicamente para pacientes oncológicos o no.
- Guías de práctica clínica para el tratamiento del dolor oncológico, tanto en el entorno nacional como en el extranjero.

Posteriormente se realizó tormenta de ideas entre los investigadores para la definición de los elementos que debía contener la guía para facilitar la incorporación del farmacéutico,

a través del SFT, en el equipo multidisciplinar de atención al paciente con dolor oncológico intenso.

1. Estrategia de búsqueda y análisis de las fuentes de información

Para el diseño de la Guía de SFT a pacientes con dolor oncológico se realizó una búsqueda de las fuentes de información nacional y extranjera necesaria para su elaboración.

En primer lugar, se elaboró un índice adaptado a los objetivos, con un contenido de fácil manejo para los diferentes profesionales sanitarios involucrados en la atención al paciente con dolor oncológico, centrado principalmente en el farmacéutico comunitario y las regulaciones para el tipo de medicamentos empleados en dicha problemática. Tras haber identificado los puntos claves a tener en cuenta en el SFT de este tipo de pacientes, se procedió a la búsqueda de la información en fuentes de diversos tipos, las cuales se detallan en la Tabla III.

Se incluyeron revisiones sistemáticas, informes, estudios experimentales y estudios observacionales, guías de práctica clínica, guías de SFT, tanto en idioma inglés como en español.

En las bases de datos del medicamento utilizadas se buscó información sobre cada medicamento indicado para el tratamiento del dolor oncológico, empleado en Cuba, utilizando como palabra clave el nombre del mismo en inglés y en español.

La revisión de la bibliografía se llevó a cabo con todas las publicaciones realizadas hasta diciembre del 2019.

Tabla III: Fuentes predefinidas para la búsqueda de información

FUENTES	EJEMPLOS
Fuentes de evidencia en el dolor oncológico	Sociedad Española de oncología Sociedad Americana de Oncología Sociedad Cubana de Oncología
Guías y documentos de Atención Farmacéutica y Seguimiento Farmacoterapéutico	Procedimientos Normalizados de Trabajo diseñados para su aplicación en el contexto del sistema de salud en Cuba. ^{87,88} Guía de la Buena Prescripción. Furones 2005. ⁹⁸ Guía de Seguimiento Farmacoterapéutico sobre dolor. Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica Universidad de Granada, 2010. ²³ Guía para el abordaje Interdisciplinar del Dolor oncológico. SECPAL, SEOM, SED, SEOR, 2017. ⁹
Libros	Bases farmacológicas de la terapéutica. Goodman and Gilman, 2019. ⁹⁹ Pharmacology. Rang and Dale. 2016. ¹⁰⁰
Bases de datos del medicamento y relacionadas	Base de datos del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos: Bot Plus.
Bases de datos de evidencia científica	Google académico Pubmed- MEDLINE

Selección de la información

El proceso de lectura permitió organizar la información previamente recopilada en función de su contenido con la finalidad de cumplir el objetivo propuesto, utilizando la última evidencia disponible.

II.2.2.2 Elaboración de la propuesta de la guía para el seguimiento farmacoterapéutico a pacientes con dolor oncológico desde los servicios farmacéuticos comunitarios

Para la redacción de la guía se tuvo en cuenta la población diana (pacientes con dolor oncológico intenso, con independencia del tipo de cáncer), así como los profesionales sanitarios que podrían hacer uso de ésta.

El índice utilizado además de incluir los aspectos necesarios para la evaluación de la farmacoterapia en términos de necesidad, efectividad y seguridad, incluyó los aspectos necesarios para realizar en el SFT en correspondencia al problema de salud tratado y las regulaciones existentes en Cuba para su realización.

Capítulo III.
Resultados y Discusión



CAPÍTULO III. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

III.1 Diseño de la guía de SFT para el paciente con dolor oncológico intenso desde los servicios farmacéuticos comunitarios.

A partir de la revisión bibliográfica de la literatura, la propuesta de guía constó en su estructura de tres secciones o apartados fundamentales: 1. Información al Farmacéutico, 2. Información relativa al manejo del dolor y 3. Metodología de seguimiento al paciente. Esta estructura con vistas a lograr el objetivo propuesto, fue aportada para sistematizar y protocolizar la actuación del farmacéutico en el servicio SFT en pacientes con dolor oncológico intenso, desde los SFC, considerando necesaria la formación del profesional en las siguientes temáticas:

- Generalidades del problema de salud, que en este caso es el dolor oncológico: definición, clasificación, causas, importancia de su control y epidemiología.
- Métodos existentes para evaluación el dolor.
- El tratamiento farmacológico del dolor oncológico, con énfasis en el tratamiento analgésico tradicional. Aspectos a tener en cuenta en el control del dolor, Barreras para el control del dolor. Escalera Analgésica de la OMS.
- Formación exhaustiva sobre medicamentos analgésicos: AINE u opioides, así como los coadyuvantes para el tratamiento del problema de salud. Se enfatizó en los aspectos que con mayor probabilidad pueden comprometer el control del dolor como son: las barreras existentes, características de los diferentes fármacos, las interacciones con otros fármacos que esté utilizando el paciente, mitos, y los efectos adversos más frecuentes, así como la estrategia para su solución /prevención siempre que sea posible.

- Seguimiento Farmacoterapéutico. Conceptos, Metodología para su desarrollo y criterios de identificación, solución, prevención de los PRM y RNM y evaluación del servicio prestado.

III.1. 1 De la información al farmacéutico y el manejo del dolor

Esta información se estructuró en la sección inicial de la guía con un resumen de los contenidos mencionados anteriormente y cuyo conocimiento se consideró de carácter obligatorio para todo farmacéutico que deba ejercer la práctica de la Atención Farmacéutica (AF) desde el servicio de SFT en pacientes con dolor oncológico intenso.

La Guía de SFT diseñada, pretende facilitar al farmacéutico la realización de este servicio en los pacientes con dolor oncológico intenso, precisando los criterios para la evaluación del dolor en el paciente, la farmacoterapia empleada, los PRM y tipificando las intervenciones a realizar por el profesional sanitario para conseguir resultados que mejoren su calidad de vida en términos de necesidad (existencia del problema de salud que justifica su uso), efectividad (ausencia o disminución de la intensidad del dolor) y seguridad (ausencia o disminución de la severidad de los efectos adversos, contraindicaciones e interacciones).

Varios autores refieren que el farmacéutico, por su formación y accesibilidad, es el profesional idóneo para realizar el servicio de Seguimiento Farmacoterapéutico, contribuyendo así a mejorar los resultados en salud del paciente.²² La OMS plantea que las crecientes expectativas de la sociedad respecto a la salud y la atención sanitaria, se traducen en exigencias de servicios más centrados en el [conjunto] individuo, familia, comunidad (IFC), un mayor nivel de atención sanitaria en el ámbito comunitario y una participación más efectiva en las decisiones.¹⁰¹ Por lo tanto, los cambios en los SF no pueden ser inferiores a tales expectativas.⁸⁴ De aquí la importancia de desarrollar instrumentos que favorezcan el cumplimiento efectivo de tales decisiones.

Es válido destacar que a pesar del creciente interés y de las múltiples iniciativas para el manejo adecuado del dolor oncológico, éste permanece sin control en cerca del 50% de los pacientes. Las consecuencias del manejo subóptimo de este problema de salud (PS) son devastadoras tanto para la funcionalidad como la calidad de vida de los pacientes.¹²

Según estudios realizados la prevalencia del dolor oncológico en pacientes en tratamiento activo del cáncer es del 24-60% y del 62–86% en casos más avanzados.¹⁰²

Por lo tanto, esta Guía pretende ayudar a que el farmacéutico de los SFC conozca los aspectos fundamentales del problema de salud, el tratamiento requerido y los problemas que con frecuencia se presentan para de esta forma poder realizar intervenciones farmacéuticas consensuadas y de calidad, que beneficien a los pacientes, los cuidadores y al sistema sanitario en general. Además, este material facilitará el trabajo conjunto del farmacéutico con el resto de profesionales sanitarios en correspondencia a las regulaciones vigentes en el país.

Se precisó que a pesar de que esta Guía incluye en su título el SFT de un problema de salud concreto, esto no debe entenderse como limitar la AF a una enfermedad. El paciente es uno, y dividirlo en partes, incluso por patologías, no aportará sino una visión mutilada de sus necesidades y aspiraciones en salud.²³

III.2 Metodología para el Seguimiento Farmacoterapéutico en el paciente con dolor oncológico intenso

Una vez precisados los elementos teóricos, relacionados con el dolor oncológico, considerados necesarios para poder identificar/prevenir los PRM y los RNM, se procedió a declarar la secuencia de actividades para llevar a cabo el SFT en dichos pacientes; el cual se estructuró en correspondencia al PNT propuesto por Ortega y cols, en el 2017;¹⁰³ el mismo comprende 3 fases para su desarrollo, tal como se muestra en el Anexo Electrónico (AE).

El PNT utilizado como referencia fue diseñado para el SFT en pacientes ancianos, por lo que fue necesario su adaptación al problema de salud al que está orientado el material diseñado.

III.2.1 Descripción general de la secuencia de actividades para llevar a cabo el SFT

1^{ra} Fase: Evaluación inicial del paciente

a) Identificación de las necesidades de seguimiento farmacoterapéutico

Lo primero que se realizará es la identificación de las necesidades de SFT a partir de las diferentes vías de entrada.

Las razones por la que un paciente puede ser seleccionado para ofrecerle la inclusión en el servicio serán: diagnóstico de dolor oncológico intenso o sospecha de dolor oncológico; por tanto, se definen las siguientes vías de entrada:

- Todo paciente oncológico en tratamiento con estupefaciente.
- A solicitud del médico, o enfermera de la familia.
- A solicitud del paciente/cuidador.
- A solicitud del servicio de farmacia del área de salud.

Es preciso tener en cuenta que existen documentos,^{16,17} emitidos por el Ministerio de Salud Pública (MINSAP), que regulan las visitas domiciliarias y la necesidad de SFT a pacientes oncológicos tratados con estupefacientes. No obstante, dado que dichos documentos fueron emitidos hace más de 10 años, en ellos se advierten problemas metodológicos en correspondencia a los avances que ha tenido la Atención Farmacéutica en los últimos años en Cuba^{88, 89, 98} y el resto del mundo;¹⁰⁴ y dentro de ella el SFT como servicio fundamental para lograr la solución y prevención de los PRM. Sobre esta base los pacientes con expedientes abiertos de estupefacientes estarían necesariamente incluidos en el servicio.

La declaración de otras vías de entrada al servicio se realizó teniendo en cuenta que existen barreras que impiden el adecuado control del dolor y mitos que limitan el uso de opioides, y por tanto pueden conllevar al tratamiento subóptimo de éste PS.

b) Oferta del Servicio

Una vez que el farmacéutico, identifica al paciente con necesidades para ser incluido en el servicio de SFT se procede a la oferta del servicio, explicando el contenido, alcance y beneficios del programa al paciente/cuidador. Los pacientes tratados con estupefacientes se incorporan automáticamente al servicio, dando cumplimiento a la Circular E-2/2000 del MINSAP;¹⁷ independientemente de que su entrada sea automática se les explicará el objetivo y beneficio del servicio que recibirán; sobre la base de que en la filosofía de la AF el paciente es el centro del equipo de salud y debe tener actitud activa en las decisiones que se tomen relativas al uso de los medicamentos. Además, entre los objetivos comunes, definidos por las Asociaciones Europeas del tratamiento del Dolor y el Cáncer, se plantea el abordaje consensuado del dolor oncológico y la necesidad de posicionar al paciente como centro de ese tratamiento y promover que sea parte activa del proceso.⁹

b) Documentación del caso

Si el paciente o en su defecto el cuidador acepta su incorporación en el servicio, se procede a documentar el caso. Inicialmente con una exhaustiva revisión de la Historia Clínica (HC) y la realización de una entrevista inicial al paciente/cuidador.

El farmacéutico debe saber que en la evaluación inicial del paciente es imprescindible realizar una anamnesis adecuada, ya que ésta aporta información complementaria desde el punto de vista clínico como comorbilidades, antecedentes, medicación, síntomas acompañantes del dolor, agravantes y atenuantes del mismo o limitaciones de las actividades de la vida diaria y exploración física completa solicitando las pruebas adicionales que se consideren necesarias en función de la sospecha diagnóstica.^{53, 105} De aquí la importancia de la revisión exhaustiva de la historia clínica, y la entrevista al paciente/cuidador; teniendo en cuenta que el dolor

oncológico es de carácter multidimensional con vinculación fisiológica, afectiva, sensorial, cognitiva, conductual, así como sociocultural.^{9,24}

Para una adecuada documentación del caso se requiere, además, la revisión y documentación bibliográfica de los aspectos claves sobre el PS, tratamientos empleados, principales efectos adversos que se pueden presentar, interacciones entre fármacos, etc. Elementos estos incluidos en la guía.

Para la documentación del caso se aplicará la escala EVA para evaluar el control del dolor (siempre y cuando las condiciones del paciente lo permitan, en caso necesario se seleccionará la escala que mejor se ajuste a la situación, en correspondencia a lo descrito en el AE.

Hay que ser conscientes y realistas, de la complejidad y riesgo que conlleva la evaluación del dolor, que como ya se ha dicho es algo más que la medición, ya que junto a la intensidad de éste se debe tener en cuenta su localización, características y dimensión temporal. En términos genéricos la evaluación conlleva el responder a tres preguntas concretas: a) ¿cuál es la causa del dolor? b) ¿cómo le duele? c) ¿cuánto le duele?²³

En la entrevista al paciente/cuidador se enfatizará en la relación socio familiar, creencias, etc. Todos estos elementos permitirán iniciar la confección el perfil farmacoterapéutico (PFT), para poder detectar y clasificar los PRM y RNM.

c) Detección e identificación de los PRM y RNM

Una vez que se tiene toda la información inicial del paciente se procederá a identificar los PRM para prevenir/ resolver los RNM que presenta el paciente (tanto los RNM manifestados como las sospechas). Para la evaluación de dichos RNM se debe valorar si el(los) medicamento(s) es (son) necesario(s), efectivo(s) y seguro(s) para dicho paciente, lo que se realizará en correspondencia a la sistemática declarada en el AE.

Necesidad

Se establecerá que el tratamiento del dolor oncológico es necesario si existe diagnóstico previo del PS, sin que ello implique realizar un juicio sobre la idoneidad de la prescripción. La guía incluye las estrategias para el manejo de los diferentes tipos de dolor.

Es importante en esta etapa definir si existen barreras para el adecuado tratamiento del dolor y en caso que las mismas sean inherentes al paciente o su cuidador se procederá a realizar educación sanitaria. De igual manera deben ser precisados si el paciente posee mitos que limitan el uso de opioides en caso que los necesite; procediendo igual con educación sanitaria para elevar el conocimiento de los pacientes y cuidadores, al respecto.

En la Guía fueron declarados los aspectos a tener en cuenta en la educación sanitaria a pacientes con dolor oncológico y sus cuidadores, entre los que se incluyen:¹⁰⁶

- El nombre genérico y comercial del medicamento, formulación y vía de administración, para prevenir confusiones y evitar prescripciones duplicadas.
- Los principales riesgos y efectos adversos de los opioides, incluyendo el estreñimiento, los riesgos de caídas, las náuseas y los vómitos.
- El impacto del tratamiento con opioides en la función cognitiva y psicomotora, lo que puede afectar a la conducción y a la seguridad en el trabajo.
- El riesgo de interacciones graves con el alcohol y otros depresores del SNC.
- Los peligros específicos resultantes de la potenciación de los efectos cuando los opioides se utilizan en combinación, con otros medicamentos (mencionar medicamentos).
- El almacenamiento seguro de los analgésicos opioides en su domicilio.
- Instruir a paciente y/o cuidadores sobre el manejo del dolor irruptivo.

Efectividad

Por su parte, los criterios clínicos de efectividad del tratamiento del dolor oncológico se basan en si se consiguen o no los objetivos terapéuticos. Cuando no es posible conocer el dolor "usual", se realizan mediciones a horarios fijos marcando la diferencia entre el dolor inicial y el medido en el momento de la consulta, que indicará con mayor aproximación el grado de analgesia logrado en el tiempo (SPID = *Score Pain Intensity Difference*).⁴¹

Además de la medición, la observación de la conducta dolorosa es especialmente útil para evaluar el dolor del paciente oncológico, así como para evaluar la respuesta al tratamiento empleado. Los índices más utilizados para la evaluación tienen relación con la actividad diaria del paciente, la actividad laboral, el patrón de sueño, la actividad sexual, la alimentación, los signos de dolor (queja, expresión facial), la limitación funcional, las alteraciones en el ánimo y la afectación de las relaciones personales. Si bien estas medidas no cuantifican directamente el dolor, proporcionan datos objetivos que sirven para evaluar la respuesta al tratamiento analgésico o la necesidad de medicamentos coadyuvantes (sedantes o antidepresivos).^{10, 52}

Se debe tener en cuenta que diversos factores pueden variar el umbral doloroso: la edad (mayor dolor en adultos jóvenes que en ancianos), el sexo (mayor en mujeres), el estado psicológico (mayor en pacientes intranquilos o ansiosos).

En este apartado hay se declara los aspectos relativos a cómo y cuándo se debe medir el dolor oncológico, además, se tendrán en cuenta: el mecanismo de acción, la farmacocinética y las interacciones medicamentosas que puedan presentarse.

Seguridad

La evaluación de la seguridad de los tratamientos del dolor oncológico deberá verificar la ausencia de efectos adversos, contraindicaciones e interacciones, revisando además posibles duplicidades, y precauciones a tener en cuenta en la toma del fármaco.

Se considerará que un medicamento es inseguro cuando produzca algún problema de salud diferente al que tiene indicado, es decir, cualquiera distinto al dolor. La guía incluye pautas

de administración, interacciones, contraindicaciones, efectos adversos y nociones de farmacocinética para evaluar los fármacos empleados.

Para evaluar tanto la efectividad como la seguridad de los tratamientos, se utilizan además criterios clínicos como los resultados de los complementarios de análisis clínicos.

2^{da} Fase. Diseño e implementación de un plan terapéutico de atención al paciente

En esta etapa se establecen los objetivos de la terapia, se seleccionan las intervenciones apropiadas para resolver o prevenir los RNM y se evalúan, en las visitas sucesivas, los resultados de las intervenciones realizadas.

Para definir los objetivos de la farmacoterapia se deberá tener en cuenta las particularidades del paciente (edad, sexo, comorbilidades, problemas de salud, situación económica, etc.).

Es importante conocer que el objetivo del tratamiento del dolor oncológico es mantener el dolor habitual o usual en rangos de dolor "moderado-leve", con EVA menor de 4, o escala numérica inferior a 5 ó 50 según la escala utilizada y el rango establecido.⁹

Entre los objetivos terapéuticos a lograr están: Mejora del dolor en reposo, facilitación del sueño nocturno o el alivio del dolor a la movilización.²³ Estos constituirán criterios de efectividad del tratamiento y evolución satisfactoria, los cuales se tendrán en cuenta a la hora de evaluar el resultado de las intervenciones.

No hay que olvidar que el paciente oncológico, especialmente el avanzado, experimenta gran cantidad de síntomas, estando a menudo asociados. La identificación de estas agrupaciones de síntomas es importante para el tratamiento.⁹

Así, lo más indicado es dirigir los tratamientos no solo contra un síntoma sino contra el denominado "dolor total", que engloba todos los síntomas.⁴¹ Hay que orientar, por tanto, el esfuerzo terapéutico hacia el control de todos los síntomas asociados, tanto físicos como psicológicos.

Por ejemplo, un paciente con dolor intenso puede experimentar ansiedad, depresión, insomnio, anorexia y pérdida de peso. De igual forma, un paciente con gran ansiedad respecto a la progresión de su enfermedad, suele manifestar una mayor intensidad del dolor.⁴¹

Una vez identificado los PRM y RNM es necesario definir las diferentes intervenciones y estructurar su puesta en práctica según su prioridad. En la guía se incluyen las posibles intervenciones a realizar:

- Facilitar información personalizada sobre el tratamiento.
- Ofrecer educación sanitaria.
- Derivar al médico comunicando el PRM/RNM.
- Derivar al médico proponiendo modificación del tratamiento.
- Proponer otras modificaciones.
- Notificar a farmacovigilancia de acuerdo a la legislación vigente.

3^{ra} Fase. Evaluación de resultados del SFT en el paciente

La fase de evaluación del resultado del SFT, inicia con la evaluación del resultado de las intervenciones propuestas y puestas en marcha, tanto a nivel de paciente como de otros profesionales sanitarios. Esto implicará la reevaluación del caso concreto en diferentes momentos en el tiempo.

Esta fase comprende el análisis de la evaluación final del seguimiento (valoración del alcance de los objetivos terapéuticos previstos para el plan de cuidados del paciente y la solución o prevención de los RNM y de la satisfacción del paciente/cuidador con el servicio recibido).

La evaluación se realizará entre 1 y 4 semanas del comienzo o de la variación de la dosis o tratamiento y se deben considerar intervalos de seguimiento menores cuando se trate de

opioides de liberación retardada o cuando la dosis es mayor de 50 mg equivalentes de morfina (MME/día).¹⁰⁷ Para el caso de terapia continuada el seguimiento se realizará 1 vez al mes, dando cumplimiento a la Circular E-2/2000.¹⁷

Como mínimo se realizará una visita al mes a todos los pacientes en SFT. Al concluir cada visita se declara en la parte de las observaciones del PFT la evolución de la enfermedad, el estado clínico general del paciente y la intensidad del dolor; información que se obtendrá de entrevistas sucesivas a paciente/cuidador.

Para evaluar el servicio de SFT se definieron los siguientes indicadores:

Indicadores para evaluar la evolución de la enfermedad:

- Favorable: El paciente no manifiesta signos y síntomas de progresión de la enfermedad.
- Desfavorable: El paciente manifiesta signos y síntomas de deterioro y progresión de la enfermedad.

Indicadores para evaluar el estado clínico general del paciente:

- Evolución Buena: Cuando la evolución de la enfermedad es favorable y/o el estado clínico general del paciente sea positivo, sin signos de depresión, ansiedad u otros.
- Evolución Mala: Cuando la evolución de la enfermedad es desfavorable y/o el estado clínico general del paciente sea negativo, con signos de depresión, ansiedad u otros.

Indicadores para evaluar el control del dolor:

- Leve o ausente: Cuando el paciente refiere que el dolor no le afecta para el desarrollo de las actividades de la vida diaria o no presenta dolor (EVA de 0-3).
- Moderado: Cuando el paciente refiere dolor tolerable a la dosis ponderada del tratamiento analgésico (EVA de 4-6).

- Intenso: Cuando el paciente refiere dolor intolerable a la dosis ponderada del tratamiento analgésico (EVA de 7-10).
- Muy intenso: Cuando el paciente refiere dolor insoportable a la dosis ponderada del tratamiento analgésico (EVA más de 10).

La evaluación general del SFT será clasificada como adecuada o inadecuada según los siguientes criterios:

- SFT adecuado: el dolor oncológico se mantiene en valores de EVA <4 y/o se han minimizado los efectos adversos modificables:
- SFT inadecuado: el dolor oncológico se mantiene en valores de EVA ≥ 4 , y/o no se han podido resolver o reducir los efectos adversos modificables.

El SFT culminará cuando se haya resuelto el problema de salud, “dolor oncológico” y no sea necesario su tratamiento farmacológico (al menos con opioides) o cuando el paciente fallezca.

En los casos de pacientes con dolor muy intenso, a pesar de las intervenciones realizadas, se decidirá con el médico de familia su derivación a un centro especializado.

Cuando la causa de finalización del SFT sea por fallecimiento, el farmacéutico responsable tendrá que realizar el informe de cierre de expediente en correspondencia a las regulaciones vigentes para las farmacias comunitarias del país. En este caso deberá igualmente cerrar el PFT con todos los aspectos que incluye para la evaluación final del SFT. Es preciso aclarar que el SFT puede tener una evaluación adecuada, aunque el paciente fallezca, en tanto se logre una muerte sin dolor.

III.3 Consideraciones finales

La guía diseñada y presentada como anexo AE de este trabajo, tendrá una gran repercusión clínica entre los profesionales farmacéuticos que en su día a día tienen la responsabilidad de velar por el adecuado uso de medicamentos en los pacientes con dolor oncológico, abarcando al paciente de manera más amplia y contribuyendo a mejorar su calidad de vida.

Como paso posterior, sería necesario, la puesta en práctica de la misma y la evaluación del posible impacto que pueda tener en el manejo de este grupo de pacientes.

Conclusiones



CONCLUSIONES

La guía desarrollada constituye un recurso útil para el farmacéutico comunitario en la realización del SFT en el paciente con dolor oncológico intenso, puesto que contiene toda la información necesaria acerca del problema de salud, los tratamientos empleados y las precisiones metodológicas para que de forma normalizada y sistemática pueda identificar, resolver o prevenir los problemas relacionados con medicamentos en dichos pacientes, respetando las normativas vigentes en Cuba.

Recomendaciones



RECOMENDACIONES

1. Realizar la evaluación de la factibilidad de la herramienta en la práctica clínica.

Referencias Bibliográficas



REFERENCIASBIBLIOGRÁFICAS

1. RomeroPérezT,AbreuRuizG,LunaMoralesC,SierraPérezD,GandulSalabarríaL, PlanasLabradaR.Programaintegral paraelcontroldealcáncer enCuba.Controldealcáncer en la Atención Primaria de Salud. Experiencias cubanas. La Habana: MINSAP;2010.P. 19-22.
2. Anuario Estadístico deSalud 2012.EdiciónEspecial,Cuba:MinisteriodeSalud Pública;Ed. 2013.
3. Anuario Estadístico deSalud 2018.EdiciónEspecial,Cuba:MinisteriodeSalud Pública; Ed. 2019.
4. CavalliFranco.Cáncerelgran desafío.LaHabana:EditorialCiencias Médicas;2012. p. 12.
5. MercadanteS,GuccioneC,DiFattaS,AlaimoV,PrestiaG,CasuccioA,etal.Cancer painmanagementinanoncologicalwardinacomprehensivecancercenterwith anestablishedpalliativecareunit.SupportiveCareInCancer[revistaeninternet]. 2013[citado28deseptiembre2015];21(12):3287-3292.Avaliablefrom:Academic SearchPremier.
6. Hernández Ochoa J, Fuentes Vega Z, Cruz Portelles A. Comportamiento del síndromedecompresiónmedulartumoralenlospacientesdelHospitalVladimir IlichLenin.CCM[revistaeninternet].2013[citado28deseptiembre2015];17(3): 257-265. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812013000300002&lng=es.
7. PerniaA,TorresLM.Tratamientodeldoloroncológicoterminalintenso.Rev.Soc. Esp.Dolor[revistaeninternet].2008,Jul[citado28deseptiembre2015];15(5):

- 308-324. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462008000500005&lng=es.
8. Alexopoulos EC, Koutsogiannou P, Moratis E, Mestousi A, Jelastopulu E. Pain in cancer patients: The Greek experience. *European Journal of Oncology Nursing* [revista en internet]. 2011 [citado 28 de septiembre 2015]; 15(5):442-6. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21093370>.
9. Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL), Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM), Sociedad Española del Dolor (SED), Sociedad Española de Oncología y Radioterapia (SEOR). Guía para el abordaje interdisciplinar del dolor oncológico (GADO). España; 2017. 355p.
10. González-Escalada JR, Camba A, Casas A, Gascón P, Herruzol, Núñez-Olarte JM y cols. Código de buena práctica para el control del dolor oncológico. *Rev Soc Esp Dolor* [revista en internet]. 2011; 18(2) Madrid mar./abr. citado 28 de marzo 2020. Disponible en : http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462011000200005
11. De Conno F, Ripamonti C, Brunelli C. Opioid purchases and expenditure in nine western European countries: 'Are we killing off morphine?' *Palliat Med* 2005; 19:179-184.
12. Smith T, Saiki C. Cancer Pain Management. *Mayo Clin. Proc* 2015; 90:1428-39.
13. Volkow ND, McLellan AT. Opioid Abuse in Chronic Pain. Misconceptions and Mitigation Strategies. *N Engl J Med* 2016; 374:1253-63.
14. Caraceni A, Hanks G, Kaasa S, Bennett M, Brunelli C, Zeppetella G, et al. Use of opioid analgesics in the treatment of cancer pain: evidence-based recommendations from the EAPC. *The Lancet. Oncology* [revista en internet].

- 2012, Feb [citado 28 de septiembre 2015]; 13(2): e58-e68. Disponible en: MEDLINE Complete.
15. Virizuela JA, Escobar Y, Cassinello J, Borrega P. Treatment of cancer pain: Spanish Society of Medical Oncology (SEOM). *Clin Transl Oncol* 2012; 14: 499-504.
16. MINSAP. Manual de Normas y procedimientos Farmacia Comunitaria. Tomo I. Cuba; 2005.
17. Ministerio de Salud Pública. La Farmacia Clínica y la Calidad del control de pacientes que consumen sustancias controladas (Circular E-2/2000). Área del Viceministro Primero. Dirección Nacional de Farmacia y Óptica. 2000
18. Gordon DB, Dahl JJ, Micsskanski C, McCarberg B, Todd KH, Paice JA, et al. American Pain Society recommendations for improving the quality of acute and cancer pain management. American Pain Society Quality of Care Task Force. *Arch Intern Med* 2005; 165: 1574-80.
19. Rainone F. Treating adult cancer pain in primary care. *J Am Board Fam Pract* 2004; 17: S48-56.
20. Gutiérrez Aranda L. Registro e Indicadores de Calidad Asistencial. Desarrollo del Documento de Consenso sobre Atención Farmacéutica. [disertación tesis doctoral]. Granada (España): Universidad de Granada; 2006.
21. Comité de Consenso. Tercer Consenso de Granada sobre Problemas Relacionados con los Medicamentos (PRM) y Resultados Negativos asociados a la Medicación (RNM). *Ars Pharm*. 2007; 48(1): 5-17.
22. Torralba Fernández L, Amador Fernández N. Elaboración de una guía de Seguimiento Farmacoterapéutico en el paciente con epilepsia. *Ars Pharm*. 2019; 60(1): 35-40 citado el 28 de marzo 2020. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.30827/ars.v60i1.8219>

23. Callejas MA, Fernández I. Guía de Seguimiento Farmacoterapéuticos sobre dolor. Grupodel Investigación en Atención Farmacéutica. Granada (España): Universidad de Granada; 2010.
24. Eidelman A, Carr D. Taxonomy of cancer pain. En: Cancer pain: Pharmacological, interventional and palliative care approaches. De: De León-Casasola O. A.; Ed Elsevier, 2006; Pg: 3-11.
25. World Health Organization. Palliative Care. The solid facts. Europe: WHO; 2004
26. Dalal S, Bruera E. Access to opioid analgesics and pain relief for patients with cancer. *Nat Rev Clin Oncol* 2013; 10: 108-116.
27. Portenoy RK, Miransky J, Thaler HT et al. Pain in ambulatory patients with lung or colon cancer. Prevalence, characteristics, and effect. *Cancer* 1992; 70: 1616-24.
28. Levy MH. Pharmacologic treatment of cancer pain. *N Engl J Med* 1996; 335: 1124-32.
29. Khosravi Shahi P., Castillo Rueda A. del, Pérez Manga G. Manejo del dolor oncológico. *An. Med. Interna (Madrid) [revista en internet]*. 2007 [citado 28 de septiembre 2015]; 24(11): 554-557. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-71992007001100010&lng=es
30. Cruz Hernández JJ, Carulla Torrent J, de Castro Carpeño J, et al. Aula de Oncología médica en control del Dolor: Manual de Dolor. Coordinador: J.J. Cruz Fernández. Ed: Gráficas Enar, 2007.
31. Gutschell T, Walsh D, Zhukovsky DS, Gonzales F, Lagman R. A prospective study of the pathophysiology and clinical characteristics of pain in a palliative medicine population. *Am J Hosp Palliat Care*. 2003; 20: 140-8.

32. Haugen D, Hjerstad M, Hagen N, Caraceni A, Kaasa S. Assessment and classification of cancer breakthrough pain: a systematic literature review. *Pain* [revista en internet]. 2010, Jun [citado 28 de septiembre 2015]; 149(3): 476-482. Available from: MEDLINE Complete.
33. International Association for the Study of Pain (IASP). Subcommittee on taxonomy. Classification of chronic pain. Descriptors of chronic pain syndromes and definition of pain terms. *Pain* 1986; 3(suppl): S1-S225.
34. Koh M, Portenoy RK. Cancer pain syndromes. In Bruera ED, Portenoy RK (eds), *Cancer pain. Assessment and management*. Cambridge, UK: Cambridge University Press 2010; 53-85.
35. Del Barco Morillo E, Rodríguez Sánchez CA, Cruz Hernández JJ. Cuidados continuos en oncología (II): Dolor en el paciente con cáncer. En: *Oncología clínica*. 5ª Edición; De: Cruz Hernández JJ; Ed Aula Médica; 2012; Pg: 259-295.
36. Neufeld NJ, El Nahal SM, Alvarez RH. Cancer pain: a review of epidemiology, clinical quality and value impact. *Future Oncol*. 2016 Nov 23.
37. Hjerstad MJ, Kaasa S, Caraceni A, Loge JH, Pedersen T, Haugen DF, Aass N; European Palliative Care Research Collaborative (EPCRC). Characteristics of breakthrough cancer pain and its influence on quality of life in an international cohort of patients with cancer. *BMJ Support Palliat Care* 2016; 6: 344-52.
38. Yera Nadal JL. Dolor agudo o episódico por cáncer. *Rev Cuba Anestesiol Reanim* [revista en internet]. 2012 [citado 28 de septiembre 2015]; 11(1): 66-76. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-67182012000100009&lng=es.

39. Ripamonti C et al. Comparison between numerical ratings scale and six-level verbal ratings scale in cancer patients with pain: a preliminary report. *Support Care Cancer* 2009;17:1433-4.
40. Bruera E, et al. Routines symptom assessment: good for practice and good for business. *Support Care Cancer* 2008;16:537-538.
41. Bilbeny N. Medición del dolor en clínica. En: Paeile C, Saavedra A, editores. *El dolor. Aspectos básicos y clínicos*. Santiago: Mediterráneo; 1990. p. 87-101.
42. Garzón C, Martínez E, Juliá J et al. *Medicina Paliativa* 2010;17:348-359.
43. Breivik H, Borchgrevink PC, Allen SM, et al. Assessment of pain. *Br J Anaesth* 2008;101:17-24.
44. Huskisson EC. Measurement of pain. *Lancet* 1974;ii:1127-31
45. Ripamonti C. Pain management. *Annals of Oncology: Official Journal Of The European Society For Medical Oncology/ESMO* [revista en internet]. 2012 [citado 28 de septiembre 2015];23(Suppl). Available from: MEDLINE Complete.
46. Katz J, Melzack R. Measurement of pain. *Anesth Clin North Am* 1992;10:229-46.
47. Huskisson EC. Visual analogue scales. In: Meltzack R. *Pain measurement and assessment*. New York: Raven Press; 1983. p. 33-7.
48. Regueira SM, Fernández MD, Díaz MJ. Generalidades del dolor oncológico. *Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta* [Revista en Internet]. 2015 [citado 23 de marzo de 2020]; 40(10). Disponible en: http://revzoilomarinellosld.cu/index.php/zmv/article/view/343/html_107
49. Dalal S, Hui D, Nguyen L, et al. Achievement of personalized pain goal in cancer patients referred to a supportive care clinic at a comprehensive cancer center. *Cancer* 2012;118:3869-3877.

50. Ohnhanus E, Adler R. Methodological problems in measurement of pain: A comparison between the verbal ratings scale and the visual analogues scale. *Pain* 1975;1:374.
51. Buggedo G, Dagnino J, Muñoz H, Torregrosa S. Escala visual analógica: Comparación de seis escalas distintas. *Rev Chil Anestesia* 1989;18:132.
52. Cruz Hernández JJ, Álamo C, de Castro J, Contreras J, Gálvez R, García Mata J, Jara C, Llombart A, López Muñoz F, Pérez C, Sánchez Rovira P. En: Monografía Aulade dolor paciente oncológico. Evaluación del dolor; p.45-80. Ed Gráficas Enar. ISBN: 978-84-695-4897-4. En: Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL), Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM), Sociedad Española del Dolor (SED), Sociedad Española de Oncología y Radioterapia (SEOR). Guía para el abordaje interdisciplinar del dolor oncológico (GADO). España; 2017. 355p.
53. De Wit R, Van Dam F, Zandbelt L, et al. A pain education program for chronic cancer pain patients: follow-up results from a randomized controlled trial. *Pain* 1997;73:55-69.
54. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines®). NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology Version 2.2016. Available from: <http://oralcancerfoundation.org/wp-content/uploads/2016/09/>.
55. De Andrea S, Montanari M, Moja L, Apolone G. Prevalence of undertreatment in cancer pain. A review of published literature. *Ann Oncol* 2008;19:1985-91.
56. Raphael J, Hester J, Ahmedzai S, Barrie J, et al. Cancer pain: part 2: physical, interventional and complementary therapies; management in the community; acute, treatment-related and complex cancer pain: a perspective from the British Pain Society endorsed by the UK Association of Palliative Medicine and the Royal College of General Practitioners. *Pain Med* 2010;11:872-96.

-
57. Sinnott C. Problems recruiting cancer patients to a comparative clinical trial of drug treatments for neuropathic pain in palliative care. *J Pain Symptom Manage* 2002; 23:270-2.
58. Greco MT, Roberto A, Corli O, et al. Quality of cancer pain management: an update of a systematic review of undertreatment of patients with cancer. *J Clin Oncol* 2014; 32:4149-54.
59. Herr K, Titler MG, Schilling ML, et al. Evidence based assessment of acute pain in older adults: Current nursing practices and perceived barriers. *Clin J Pain* 2004; 20:331-40.
60. Breuer B, Chang VT, VonRoenn JH, vonGunten C, et al. Neugut AI, et al. How well do medical oncologists manage chronic cancer pain? A national survey. *Oncologist* 2015; 20:202-9.
61. Adam R, Bond C, Murchie P. Educational interventions for cancer pain. A systematic review of systematic reviews with nested narrative review of randomized controlled trials. *Patient Educ Couns* 2015; 98:269-82.
62. World Health Organization. *Cancer Pain Relief*. Geneva: World Health Organization, 1986.
63. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). *Control of pain in adults with cancer. A national clinical guideline*. Edinburgh: SIGN; 2008. Report No.: 106. Available from: <http://sign.ac.uk/guidelines/fulltext/106/index.html>.
64. Ripamonti CI, Santini D, Maranzano E, Berti M, Roila F. Management of cancer pain: ESMO Clinical Practice Guidelines. *Ann Oncol* 2012; 23 Suppl 7, vii139-54.
65. Tassinari D, Drudi F, Rosati M, Tombesi P, Sartori S, Maltoni M. The second step of the analgesic ladder and oral tramadol in the treatment of mild to moderate cancer pain: A systematic review. *Palliative Medicine [revista en internet]*. 2011, Jul
-

- [citado 28 de septiembre 2015]; 25(5):410-423. Available from: Academic Search Premier.
66. Ripamonti C, Pessi MA, Boldini S, Ida R, Adelaide P, Stefania B. Supportive care in cancer unit at the National Cancer Institute of Milan: a new integrated model of medicine in oncology. *Current Opinion In Oncology* [revista en internet]. 2012, Jul [citado 28 de septiembre 2015]; 24(4):391-396. Available from: MEDLINE Complete.
67. Fainsinger RL, Fairchild A, NeKolaichuk C, Lawior P, Lowe S, Hanson J. Is pain intensity a predictor of the complexity of cancer pain management? *J Clin Oncol* 2009; 27:585-90.
68. Appelgren L, Nordborg C, Sjöberg M, Karlsson PA, Nitescu P, Curelarul. Spinal epidural metastasis: implications for spinal analgesia to treat "refractory" cancer pain. *J Pain Symptom Manage* 1997; 13:25-42.
69. Ventafridda V, Tamburini M, Caraceni A, DeConno F, Naldi F. A validation of the WHO method for cancer pain relief. *Cancer* 1987; 59:850-6.
70. Zech DFJ, Grond S, Lynch J, Hertel D, Lehman KA. Validation of World Health Organization guidelines for cancer pain relief. A 10 year prospective study. *Pain* 1995; 63:65-76.
71. Fallon M, Loprinzi C. Presentation at Multinational Association of Supportive Care in Cancer (MASCC). Bella Center, Copenhagen, Denmark 25-27 June 2015. Available from: www.mascc.org/meeting.
72. Pasternak GW. Opiate pharmacology and relief of pain. *J Clin Oncol* 2014; 32:1655-61.

73. Hanks GW, Conno F, Cherny N, Hanna M, Kalso E, McQuay HJ, et al. Morphine and alternative opioids in cancer pain: the EAPC recommendations. *Br J Cancer* 2001; 84:587-93.
74. Cherny N, Ripamondi C, Pereira J, Davis C, Fallon M, McQuay Metal. Strategies to manage the adverse effects of oral morphine: a evidence-based report. *J Clin Oncol* 2001; 19:2542-54.
75. Hepler CD, Strand LM. Opportunities and responsibilities in Pharmaceutical Care. *Am J Hosp Pharm*. 1990; 47(3):533-43.
76. Mikeal RL, Brown RL, Lazarus HL, Vinson MC. Quality of pharmaceutical care in hospitals. *Am J Hosp Pharm*. 1975; 32:567-74.
77. Brodie DC, Parish PA, Paston JW. Societal needs for drugs and drug-related services. *Am J Pharm Educ*. 1980; 4(3):276-78.
78. Hepler CD. The third wave in pharmaceutical education and the clinical movement. *Am J Pharm Educ*. 1987; 51(4):369-85.
79. Díez MV, Martín V (Coordinadores) et al. Consensos sobre Atención Farmacéutica. 2001; 42(3-4):221-41.
80. Foro de Atención Farmacéutica (FORO). Documento de Consenso. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos; 2008.
81. Faus MJ. Seguimiento Farmacoterapéutico. En: Faus M, Amariles P, Martínez, F. Atención Farmacéutica conceptos, procesos y casos prácticos. Madrid: ERGON; 2008. p. 87-138.
82. Foro de Atención Farmacéutica (FORO). Documento de Consenso. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos; 2007.

83. Portal Farma. Guía para el Seguimiento Farmacoterapéutico a pacientes geriátricos con dolor crónico no maligno. En: Base de datos del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos: BotPlus.
84. OPS/OMS. Servicios Farmacéuticos basados en la atención primaria de salud. Documento de deposición de la OPS/OMS. Washington, DC: OPS; 2013. 106p.
85. Page RL, Linnebur SA, Bryant LL, Ruscin JM. Inappropriate prescribing in the hospitalized elderly patient: Defining the problem, evaluation tools and possible solutions. *Clin Interv Aging*. 2010;5:75-87.
86. García-Gollarte F, Baleriola-Júlvez J, Ferrero-López I, Cuenllas-Díaz A, Cruz-Jentoft AJ. An Educational Intervention on Drug Use in Nursing Homes Improves Health Outcomes Resource Utilization and Reduces Inappropriate Drug Prescription. *J Am Med Dir Assoc*. 2014;15:885-91.
87. Reyes I. Estrategia para implementar el ejercicio de la atención farmacéutica en instituciones hospitalarias de la provincia de Santiago de Cuba. [Disertación tesis doctoral]. La Habana (Cuba): Universidad de la Habana; 2012.
88. Ortega I. Método para implementar la atención farmacéutica al adulto mayor, en el contexto de salud cubano. [Disertación tesis doctoral]. La Habana (Cuba): Universidad de la Habana; 2018.
89. Cipolle RJ, Strand LM, Morley PC. Pharmaceutical care practice: the clinicians guide. New York: McGraw Hill; 2004. p. 202-76.
90. Sanfelix-Gimeno G, Peiro S, Meneu R. La prescripción farmacéutica en Atención Primaria. Informe SESPAS 2012. *Gac Sanit*. 2012;26(S):41-5.
91. Widenmayer K, Summers RS, Mackie CA. Desarrollo de la práctica de farmacia centrada en la atención del paciente. Organización Mundial de la Salud y Federación Internacional Farmacéutica. MANUAL-edición 2006. Disponible en:

<http://www.fip.org/files/fip/publications/DevelopingPharmacyPractice/DevelopingPharmacyPracticeES.pdf>.

92. Colegio Oficialde Farmacéuticos de Madrid. Procedimientos Normalizadosde Trabajo (PNT) Farmacia. (Internet); 2013. Disponible en: <http://saberdeciencia.blogspot.com/2013/11/procedimientos-normalizados-de-trabajo.html>.
93. ClimenteM,JiménezNV.ManualparalaAtenciónFarmacéutica.3raEd.Valencia: AFAHPE.Hospital UniversitarioDr.Peset;2005.p. 7-87.
- 94.JiménezRE.Indicadoresdecalidadyeficienciadelosservicioshospitalario.Unamiradaactual.Rev.Cub.SaludPúb. 2004;30(1):17-36.
- 95.AngaranDM. Quality assurance to quality improvement: measuring and monitoring pharmaceuticalcare.AmJHospPharm.1991;48:1901-7.
96. CereijoD.Manejo deldolor en pacientes con cáncer terminal tratados con morfina.(TesisenopciónalTítuloacadémico deLicenciadoenCiencias Farmacéuticas). UniversidaddeOriente.SantiagodeCuba;2009.
- 97.DupoteyNM.ParadigmadeAtenciónFarmacéuticaconenfoqueholístico.(Tesis Doctoral). Instituto deFarmaciayAlimentos.Universidadde la Habana. Cuba. 2013
- 98.FuronesJ.Guía dela Buena Prescripción. Organización Mundialde la Salud. ProgramadeAcciónsobremedicamento/12/osEsenciales.2005.[citado20Dic 2019].Disponibleen:www.hospitalameijeiras.sld.cu
- 99.BruntonLL, Hilal-DandanR,Knollmann,BC,editores.Goodman&Gilman's.Las BasesFarmacológicasde laTerapéutica.13ªEd. California:McGraw-Hill Global Education Holdings. 2019

-
100. Rang HP, Ritter JM, Flower RJ, Henderson G. RANGANDDALE'S Pharmacology. Eighth Ed. London: Elsevier Churchill Livingstone; 2016.
101. Organización Mundial de la Salud. Atención primaria de salud, incluido el fortalecimiento de los sistemas de salud. Resolución WHA.62.12. 62.ª Asamblea Mundial de la Salud Informada de la Secretaría. Ginebra: OMS. 18-22 de mayo 2009. Disponible en: http://apps.who.int/qa/ebwha/pdf_files/A62/A62_R12-sp.pdf. [Acceso: 20130410].
102. Marieke HJ, Vanden Beuken-van E, De Rijke J, Kessels A, Schouten C, Van Kleef M, Patijn J. High prevalence of pain in patients with cancer in a large population-based study in the Netherlands. *Pain* 2007;132:312-320.
103. Ortega L, Dupotey NM, Reyes I, Verdecia ME, Veranes Y, Sagaró NC, Núñez C, Barroso A. Content design and validation of a Standard Operating Procedure to provide. *Braz. J. Pharm. Sci.* 2017;53(2):e15215.
104. Cipolle RJ, Strand LM, Morley PC. Pharmaceutical care practice: The Patient-Centered Approach to Medication Management Services, 3e. New York: McGraw-Hill Global; 2012. Available from: <http://accesspharmacy.mhmedical.com.ezproxy.library.arizona>.
105. Higginson IJ, *et al.* Clinical Pain Management: Cancer Pain. Arnold. 2003; 21-32.
106. Torijano Casalengua ML, Sanchez J, de la Hija MB, Astier MP, *et al.* Use of opioids in patients with chronic pain. *FMC*. 2016;23(10):607-16