

Análisis del Cambio de Opioides en Pacientes con Tumores Ginecológicos Ingresadas en una Unidad de Cuidados Paliativos entre 2021 y 2022

<https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2024v70n4.4786>

Análise do Rodízio de Opioides em Pacientes com Tumores Ginecológicos Internadas em uma Unidade de Cuidados Paliativos entre os anos de 2021 e 2022

Analysis of Opioid Switching in Patients with Gynecological Tumors Admitted to a Palliative Care Unit between 2021 and 2022

Beatriz Lorena Santana dos Santos¹; Mario Jorge Sobreira da Silva²; Gustavo Tavares Lameiro da Costa³; Maria Fernanda Barbosa⁴

RESUMEN

Introducción: Los cuidados paliativos tienen como objetivo mejorar la calidad de vida de los pacientes con cáncer, abordando cuestiones físicas, psicosociales y espirituales con el control del dolor como uno de sus pilares. **Objetivo:** Analizar el perfil de pacientes con tumores ginecológicos ingresadas en la unidad de cuidados paliativos de un hospital de referencia en oncología, que utilizaban opioides y la asociación de la rotación de opioides con variables clínicas y terapéuticas. **Método:** Estudio transversal con pacientes hospitalizadas en una unidad de cuidados paliativos en Río de Janeiro (2021-2022). Se recolectaron, de los registros clínicos y administrativos, datos sociodemográficos, clínicos y terapéuticos de las pacientes durante el período de hospitalización. Posteriormente, se analizó la asociación entre la rotación de opioides y las variables clínicas y terapéuticas de las pacientes. Se utilizaron las pruebas ji al cuadrado y exacta de Fisher en los análisis de asociación de variables categóricas, y la prueba de Kruskal-Wallis para las variables continuas. **Resultados:** Se analizaron los registros de 193 pacientes con una edad promedio de 54 ($\pm 14,97$) años, siendo la mayoría autodenominada como parda (66,8%) y negra (18,1%), con hasta seis años de escolaridad (63,3%). Predominaron los casos de cáncer de cuello uterino (65,5%), principalmente en estadio III (47%). La rotación de opioides se observó en el 38,0% de las pacientes y estuvo asociada estadísticamente con insuficiencia renal y el tiempo de hospitalización, con un valor de $p < 0,05$. **Conclusión:** El control del dolor oncológico requiere una comprensión del uso de opioides y de los factores clínicos que pueden impactar la prescripción de estos medicamentos.

Palabras clave: Dolor en Cáncer; Hospitalización; Cuidados Paliativos; Analgésicos Opioides.

RESUMO

Introdução: Os cuidados paliativos visam melhorar a qualidade de vida de pacientes com câncer, abordando questões físicas, psicossociais e espirituais, tendo o controle da dor como um dos seus pilares. **Objetivo:** Analisar o perfil de pacientes com tumores ginecológicos internadas na unidade de cuidados paliativos de um hospital de referência em oncologia que utilizaram opioides e a associação do rodízio de opioides com as variáveis clínicas e terapêuticas. **Método:** Estudo transversal com pacientes hospitalizadas em uma unidade de cuidados paliativos no Rio de Janeiro (2021-2022). Foram coletados, dos registros clínicos e administrativos, dados sociodemográficos, clínicos e terapêuticos das pacientes durante o período de internação. Em seguida, foi analisada a associação entre o rodízio de opioides e as variáveis clínicas e terapêuticas das pacientes. Utilizaram-se os testes qui-quadrado e exato de Fisher nas análises de associação de variáveis categóricas, e o teste de Kruskal-Wallis para as variáveis contínuas. **Resultados:** Foram analisados os registros de 193 pacientes com média de idade de 54 ($\pm 14,97$) anos, com maior frequência das autoidentificadas como pardas (66,8%) e pretas (18,1%) e com até seis anos de escolaridade (63,3%). Predominaram os casos de câncer do colo do útero (65,5%), principalmente em estágio III (47%). O rodízio de opioides foi observado em 38,0% das pacientes e foi estatisticamente associado à insuficiência renal e ao tempo de internação, com valor de $p < 0,05$. **Conclusão:** O controle da dor oncológica requer compreensão do uso de opioides e dos fatores clínicos que podem impactar na prescrição desses medicamentos.

Palavras-chave: Dor do Câncer; Hospitalização; Cuidados Paliativos; Analgésicos Opioides.

ABSTRACT

Introduction: Palliative care aims to improve the quality of life of cancer patients by addressing physical, psychosocial, and spiritual issues, being pain control one of its pillars. **Objective:** To analyze the profile of patients with gynecological tumors admitted to the palliative care unit of a reference oncology hospital who used opioids, and the association of opioid switching with clinical and therapeutic variables. **Method:** Cross-sectional study involving inpatients in a palliative care unit in Rio de Janeiro (2021-2022). Sociodemographic, clinical, and therapeutic data of the patients were collected from clinical and administrative records during their hospitalization. Subsequently, the association between opioid rotation and the clinical and therapeutic variables of the patients was analyzed. The chi-square and Fisher's exact tests for the categorical variables, and the Kruskal-Wallis test for continuous variables were utilized. **Results:** Records of 193 patients were analyzed, with a mean age of 54 (± 14.97) years, predominantly self-claimed as Brown (66.8%) and Black (18.1%), with up to six years of education (63.3%). Cases of cervical cancer were predominant (65.5%), mainly at stage III (47%). Opioid rotation was observed in 38.0% of the patients and was statistically associated with renal insufficiency and length of stay, with $p < 0.05$. **Conclusion:** Management of oncological pain relies on understanding opioid use and the clinical factors that may impact the prescription of these medications.

Key words: Cancer Pain; Hospitalization; Palliative Care; Analgesics Opioid.

^{1,2,4}Instituto Nacional de Câncer (INCA). Rio de Janeiro (RJ), Brasil. E-mails: beatrizstn6@gmail.com; mario.silva@inca.gov.br; barbosamf@gmail.com. Orcid iD: <https://orcid.org/0009-0008-4359-3666>; Orcid iD: <https://orcid.org/0000-0002-0477-8595>; Orcid iD: <https://orcid.org/0000-0002-2018-6151>

³Instituto Nacional de Cardiologia (INC). Rio de Janeiro (RJ), Brasil. E-mail: costavox@hotmail.com. Orcid iD: <https://orcid.org/0000-0002-5178-4111>

Dirección para correspondencia: Beatriz Lorena Santana dos Santos. Avenida Nossa Senhora de Fátima, 60 – Bairro de Fátima. Rio de Janeiro (RJ), Brasil. CEP 20240-050. E-mail: beatrizstn6@gmail.com



INTRODUCCIÓN

Los tumores ginecológicos se clasifican de acuerdo con su localización usando la décima revisión de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados a la Salud¹ (CIE-10). Según esta clasificación, se observan los cánceres de cuello uterino, de cuerpo de útero, de ovario, de endometrio y de vulva. En 2022, se verificó que el cáncer de cuello uterino fue el cuarto tumor más incidente entre las mujeres en todo el mundo, correspondiendo al 6,8% de los casos. Además, el cáncer de cuello uterino fue el octavo más común, con 661 021 nuevos casos diagnosticados².

En las últimas décadas, hubo una reducción en la incidencia de cáncer de cuello uterino, atribuida al mayor acceso al diagnóstico temprano, como se puede observar en países europeos como Portugal, el cual presentó descensos en las tasas de mortalidad³. Sin embargo, se observa que otros tumores ginecológicos, como el cáncer de ovario, continúan presentando una incidencia creciente en el mundo⁴.

En sentido contrario a lo que se observa en otros países económicamente desarrollados, en el Brasil la incidencia del cáncer de cuello uterino permanece elevada. Las estimaciones del Instituto Nacional del Cáncer (INCA)⁵ para 2023-2025 indican una expectativa de 1944 decesos, con una tasa de mortalidad de 1,8 por 100 000 mujeres para este tipo de cáncer por año. Para el cáncer de ovario, la previsión es de 3920 decesos, correspondiendo a una tasa de mortalidad de 3,62 por 100 000 habitantes, en cada año del trienio.

En muchos casos, se observa el diagnóstico con estadificación avanzada, limitando las opciones terapéuticas que involucran un enfoque curativo. Como consecuencia de esto, los cuidados paliativos surgen como una línea de cuidado necesaria para mejorar la calidad de vida de las personas afectadas por estas neoplasias⁶.

Los modelos de salud actuales apuntan hacia la necesidad del cuidado paliativo durante todo el proceso de asistencia al paciente oncológico. En este proceso, están incluidos los enfoques de diferentes síntomas experimentados en todas las líneas de cuidado como: dolor, estreñimiento, náuseas, disnea, ansiedad y depresión, los cuales impactan de forma significativa en la calidad de vida del paciente^{7,8}.

El dolor es un síntoma común en pacientes con malignidad avanzada, con potencial para impactar significativamente en su calidad de vida, principalmente en pacientes que pasaron por diferentes tratamientos. De acuerdo con la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP), se trata de “una experiencia sensitiva y emocional desagradable asociada o, semejante a aquella asociada, a una lesión tisular real o potencial”⁹.

En la práctica clínica, el equipo multiprofesional debe comprender clínicamente todos los aspectos del dolor, considerando la complejidad de este síntoma, debiendo realizar su evaluación durante la anamnesis del paciente, en especial en aquellos en cuidados paliativos¹⁰.

En este contexto, los opioides desempeñan un papel fundamental, especialmente en el control del dolor en pacientes con enfermedades que amenazan la vida, proporcionando alivio, mejorando la calidad de vida y promoviendo confort y dignidad durante el tratamiento paliativo en la sobrevivencia del paciente oncológico¹¹. El tratamiento del dolor con opioides debe ser ajustado a las necesidades individuales de cada paciente. En este contexto, la sustitución de un opioide por otro, conocida como “rotación de opioides”, busca garantizar un control eficaz del dolor, ajustando las dosis de forma adecuada para optimizar el alivio y minimizar eventos adversos¹².

Considerando la relevancia del uso de opioides en los cuidados paliativos en la calidad de vida de los pacientes, este artículo tiene como objetivo describir el perfil epidemiológico de pacientes con tumor ginecológico primario, internadas en la unidad de cuidados paliativos, de un hospital de referencia de oncología, que utilizaron opioides durante el período de 2021 y 2022, y analizar la asociación entre las variables terapéuticas y clínicas y el proceso de rotación de opioides. Esta comprensión es fundamental para contribuir en la optimización del manejo del dolor y de los cuidados paliativos en pacientes con tumor ginecológico.

MÉTODO

Estudio transversal que observó los perfiles sociodemográfico y clínico de pacientes diagnosticadas con tumores ginecológicos primarios, hospitalizadas y en uso de opioides en una unidad especializada en cuidados paliativos de un instituto público de referencia en oncología, situado en la ciudad de Río de Janeiro, durante el período del 1º de enero de 2021 y el 31 de diciembre de 2022.

El estudio fue realizado en un instituto de referencia en oncología, que posee tres unidades especializadas en el tratamiento de diferentes tipos de neoplasias y una unidad de cuidados paliativos. En este estudio específico, las pacientes diagnosticadas con tumores ginecológicos fueron inicialmente tratadas en la unidad especializada en ginecología oncológica, con el objetivo de control o remisión de la enfermedad. Tras determinado período y según la evolución del cuadro clínico, estas pacientes fueron transferidas hacia la unidad de cuidados paliativos, donde recibieron asistencia especializada.

En este estudio, las informaciones referentes al itinerario terapéutico de las pacientes se dieron en la

unidad de cuidados paliativos, siendo posible observar todo el historial de tratamientos previos.

Se incluyeron en el estudio a las pacientes que utilizaron opioides en la unidad de cuidados paliativos especializados y se excluyeron a las pacientes sin informaciones sociodemográficas completas.

La obtención de datos involucró el uso de variables sociodemográficas, incluyendo edad, color o raza autodeclarada, y educación. Fueron obtenidas las informaciones sobre las variables clínicas, como diagnóstico, según la CIE¹, y la estadificación, según la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia¹³ (Figo), que fueron categorizadas en estadio inicial y avanzado. Las variables terapéuticas implicaron la recolección de tratamientos anteriores como: antecedentes de cirugía, braquiterapia, radioterapia, quimioterapia y el tiempo de tratamiento en la unidad de oncología ginecológica, analizándose todo el itinerario terapéutico anterior de la paciente.

Con referencia a los cuidados paliativos especializados, fueron obtenidos datos sobre *performance status* (PS), escala utilizada para evaluar la capacidad funcional del paciente oncológico en el momento de ser enviado hacia la unidad; comorbilidades presentes; ocurrencia de insuficiencia renal; motivos de la internación; presencia de rotación de opioides; y, vías de administración de los opioides prescritos. El PS fue clasificado en: 0 – cuando la paciente estaba con actividad física normal; 1 – cuando hubo presencia de pocos síntomas; 2 – con síntomas moderados; 3 – cuando necesitaba pasar el 50% del tiempo en cama; 4 – en las situaciones en que estaban completamente debilitadas en el momento de ser enviadas hacia la unidad¹⁴.

La rotación de opioides fue clasificada en niveles siguiendo la escala analgésica, observándose la de opioides débiles hacia opioides fuertes, o al contrario. El tiempo de hospitalización en la unidad de cuidados paliativos especializados también se analizó.

Los datos obtenidos representan todo el itinerario terapéutico de la paciente en el instituto, procediendo las informaciones de sistemas informatizados de datos clínicos, administrativos e historias clínicas físicas. Las informaciones obtenidas fueron tabuladas en una hoja de cálculo desarrollada en el *Microsoft Excel*[®].

Los datos fueron analizados en el software *RStudio*¹⁵, realizándose estadística descriptiva mediante promedio, mediana, desviación estándar para variables continuas, o número y proporción para variables categóricas. El análisis de la asociación entre la rotación de opioides con las variables clínicas y terapéuticas fue realizado utilizando las pruebas estadísticas ji al cuadrado y exacta de Fisher¹⁶ para verificar la asociación entre dos variables categóricas, adoptándose la significación de $p < 0,05$, con el intervalos

de confianza del 95%, obteniendo también la razón de prevalencia (RP) de los grupos expuestos y no expuestos a la rotación de opioides. En el análisis de las variables continuas, fue utilizada la prueba de Kruskal-Wallis¹⁶, con la finalidad de evaluar la asociación. La asociación entre los factores clínicos y el uso de opioides fue importante para evaluar si el itinerario terapéutico del paciente tuvo impacto en el tratamiento del dolor como resultado de la rotación de opioides.

El presente trabajo fue sometido y aprobado por el Comité de Ética en Pesquisa (CEP) de la institución, con el número de parecer 7149607 (CAAE: 68705423.9.0000.5274), con base en la Resolución n.º 466/2012¹⁷ del Consejo Nacional de Salud.

RESULTADOS

Fueron identificadas 407 pacientes diagnosticadas con neoplasia ginecológica primaria, matriculadas en la unidad de cuidados paliativos. De este total, 205 pacientes presentaron algún episodio de hospitalización con el uso de opioides. Fueron excluidas 12 pacientes de los análisis por falta de informaciones sociodemográficas en la historia clínica.

En este estudio, se identificó que la edad promedio de las mujeres fue de 54 años, con desviación estándar de 14,97. El coeficiente de variación de 0,27 evidencia una variabilidad relativa moderada de los datos en relación con el promedio, destacando la dispersión de los valores, siendo observado que el 34,72 % de las pacientes tenía edad mayor de 60 años. Los datos de educación señalan que la mayoría de los pacientes solo tenía educación primaria, con ≤ 6 años de estudio (63,21%) (Tabla 1).

Tabla 1. Datos sociodemográficos de pacientes con tumor ginecológico internadas en una unidad de cuidados paliativos que utilizaron opioides, entre los años 2021 y 2022

Variable	n	%
Grupo etario		
≥ 18 y < 40 años	37	19,17
≥ 40 y < 60 años	89	46,11
≥ 60 años	67	34,72
Color de piel autodeclarado		
Pardos	94	48,71
Negros	35	18,13
Blancos	64	33,16
Educación		
Educación Primaria	122	63,21
Educación Secundaria	57	29,54
Educación Superior	14	7,25



En el análisis del perfil clínico, se observó que el cáncer del cuello uterino fue el más prevalente en la población analizada, representando el 65,81% de los casos, seguido por el cáncer de endometrio, con el 22,28%. La estadificación avanzada al diagnóstico (III y IV) representó el 66,84% de las pacientes analizadas, conforme se puede ver en la Tabla 2.

Los tratamientos ofrecidos en la unidad de cuidados ginecológicos incluyeron diferentes opciones destinadas a la cura (pacientes en estadificación inicial) o al control de la enfermedad (pacientes en estadificación avanzada). Del total de pacientes, el 49,22% fue sometido a cirugía, el 74,61% recibió radioterapia y el 50,78% fue tratado con braquiterapia.

Tabla 2. Perfil clínico de pacientes con tumor ginecológico internadas en una unidad de cuidados paliativos que utilizaron opioides, entre los años 2021 y 2022

Variable	n	%
Diagnóstico principal		
Cáncer de cuello uterino	127	65,81
Cáncer de cuerpo del útero	43	22,28
Cáncer de ovario	14	7,25
Otros	9	4,66
Estadificación del tumor al diagnóstico		
Estadificación inicial (I y II)	61	31,61
Estadificación avanzada (III y IV)	129	66,84
No informada	3	1,55
Comorbilidades		
Sí	111	57,51
No	82	42,49
Performance status		
1	17	8,81
2	38	19,69
3	103	53,37
4	34	17,62
Sin información	1	0,51
Insuficiencia renal		
Sí	75	38,86
No	118	61,14
Metástasis		
Ninguna	6	3,11
Local y ganglios	62	32,12
A distancia	125	64,77
Rotación de opioides		
Sí	74	38,34
No	119	61,66

Con relación a los tratamientos sistémicos, el 39,38% de las pacientes recibió derivados de platino, y el 34,20% fue sometido a más de dos líneas de quimioterapia. Algunas pacientes no recibieron tratamiento sistémico específico para el cáncer ginecológico. La mediana del tiempo de tratamiento observada en las pacientes en la unidad especializada en ginecología oncológica fue de 658 días (mín.= 2; IQR=861; máx.= 8825), indicando una gran variabilidad de tiempos de tratamiento de las pacientes en la unidad de oncología.

La hipertensión (23,32%) fue la comorbilidad más prevalente en el grupo, seguida de la diabetes junto a la hipertensión (19,69%) y también fueron encontradas otras comorbilidades (9,84%). La mayor parte de las pacientes presentaba PS 3 (53,37%) al momento de su envío hacia la unidad de cuidados paliativos exclusivos. La frecuencia de metástasis a distancia fue del 64,77% y el grupo que no presentó ninguna metástasis (3,11%) estaba dentro del rango etario de mayores de 70 años.

En la unidad de cuidados paliativos, los principales motivos de hospitalización en el período de estudio fueron el dolor mal controlado (18,32%), náuseas y vómitos (9,95%), obstrucción maligna (10,47%) y sangrado (4,71%). Es relevante destacar que la frecuencia de pacientes internados con los cuatro síntomas mencionados fue del 50,79%.

La rotación de opioides en la unidad correspondió al 38,34% en el período observado. Las pacientes que no hicieron la rotación utilizaron morfina (59,07%) en el período de la internación para el control de síntomas. En el análisis de la rotación de opioides, se observó el esquema de alteración de un opioide fuerte a otro más fuerte en el 31,08% de los casos. En la mayoría de los casos, el cambio fue de un opioide débil por uno fuerte (51,35%). En estos casos, se observó el cambio del tramadol por la morfina. En algunas situaciones (17,57%), se observó el cambio de un opioide fuerte a uno más débil.

Cuando se analizaron las variables clínicas y terapéuticas, solo la presencia de insuficiencia renal demostró una asociación estadística con la rotación de opioides en las pacientes estudiadas, según se presenta en la Tabla 3.

La rotación de opioides también fue analizada con relación al número de días de la paciente internada en la unidad de cuidados paliativos, observándose que aquellas que pasaron más días hospitalizadas realizaron más rotaciones de opioides. La variabilidad de los días de hospitalización en los intervalos intercuartílicos observados también fue mayor en las personas que realizaron la rotación de opioides (Figura 1).

En el análisis de la asociación entre los días de internación y la rotación de opioides, se observó una

Tabla 3. Asociación entre la rotación de opioides y las variables clínicas y terapéuticas de pacientes con tumor ginecológico internadas en una unidad de cuidados paliativos que utilizaron opioides, entre los años 2021 y 2022

Variables	Razón de prevalencia (IC 95%)	Prevalencia (%)	P
Cirugía	1,17 (0,87, 1,58)	50,76	0,290
Radioterapia	1,17 (0,70, 1,95)	49,33	0,543
Braquiterapia	1,22 (0,90, 1,67)	49,61	0,190
Comorbilidades	0,92 (0,66, 1,29)	52,77	0,640
Insuficiencia renal	1,42 (1,09, 1,84)	38,75	0,005

Leyenda: IC = intervalo de confianza.

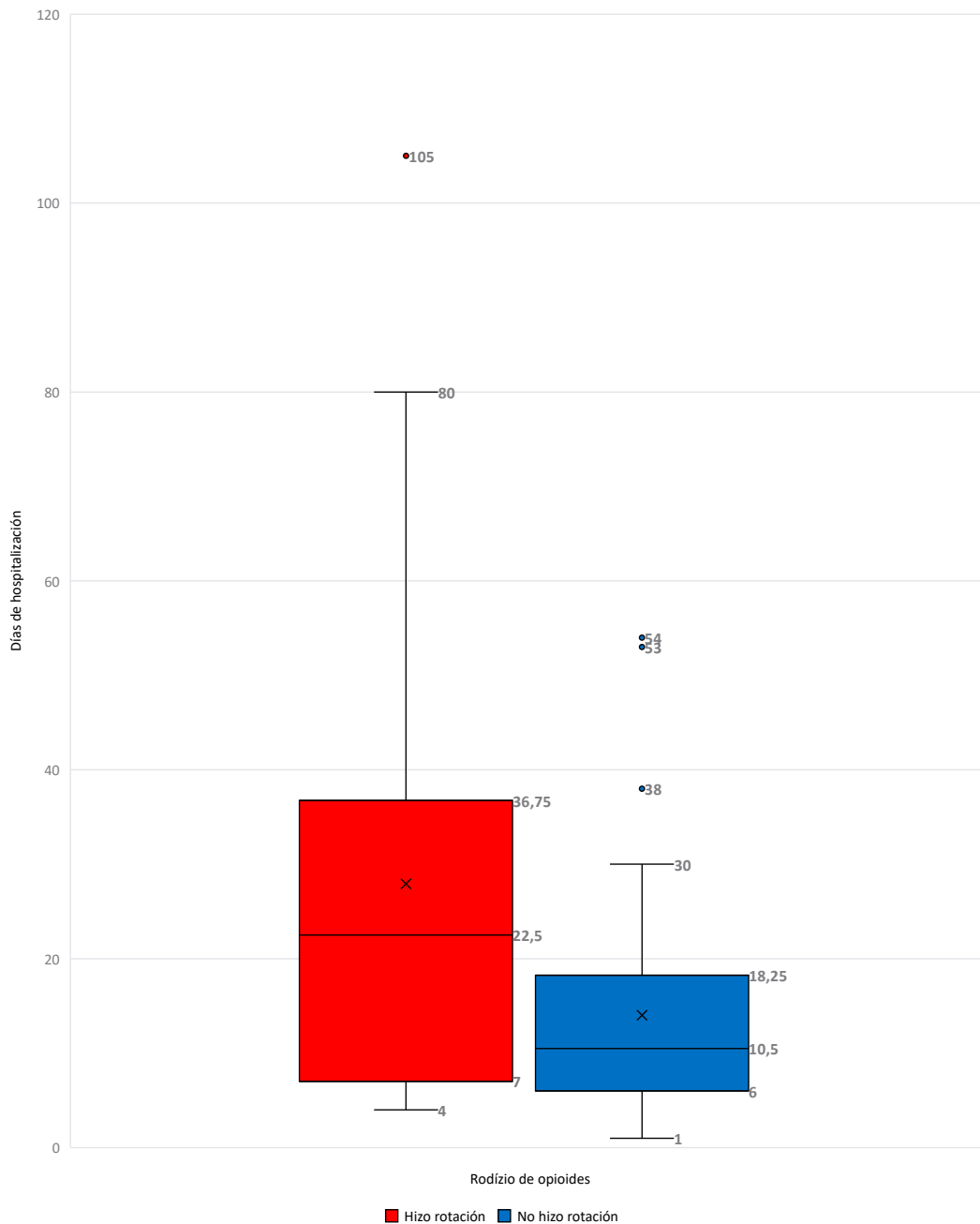


Figura 1. Relación entre el tiempo de internación y la rotación de opioides en pacientes con tumor ginecológico internadas en una unidad de cuidados paliativos que utilizaron opioides, entre los años 2021 y 2022



diferencia estadísticamente significativa con un valor de $p < 0,05$. La mediana de días de internación entre usuarias que realizaron el cambio de un opioide fuerte a uno débil fue de 29 días, mientras que para las que utilizaron el cambio de un opioide fuerte, como la morfina, a otro más fuerte, como el fentanilo, fue de 23 días. Las pacientes que no realizaron ningún tipo de rotación presentaron mediana de 14 días de internación. La dispersión de los días de internación fue mayor en el grupo que “hizo rotación” (IQR = 27 días) en comparación con el grupo que “no hizo rotación” (IQR = 13 días). Esto sugiere que los días de internación para pacientes que hicieron rotación de opioides variaron más ampliamente con la presencia de algunos *outliers* en ambos grupos.

DISCUSIÓN

La rotación de opioides de las pacientes con tumor ginecológico primario, internadas en la unidad de cuidados paliativos, de un hospital de referencia en oncología, que utilizaron opioides entre los años de 2021 y 2022, se mostró asociada a la presencia de insuficiencia renal en las pacientes y al tiempo de hospitalización en la unidad hospitalaria.

La mayoría de las pacientes incluidas en el análisis tenía diagnóstico de cáncer de cuello uterino. La alta prevalencia del cáncer de cuello uterino en estadio avanzado en la población estudiada puede ser reflejo de las fragilidades en las estrategias de prevención y diagnóstico temprano en el Brasil, así como de los aspectos sociales relacionados a esta neoplasia¹⁸. El perfil etario más frecuente observado, entre 40 y 59 años, está en consonancia con estudios que identifican a este grupo como el más impactado por la enfermedad¹⁹. La alta frecuencia de mujeres que se autodeclararon pardas y negras puede ser reflejo de las vulnerabilidades y disparidades del acceso de la población negra a servicios de salud, como fue destacado en otros estudios^{20,21}.

En lo que respecta a las características clínicas identificadas en la población estudiada, se observó el envío tardío de las pacientes con cáncer ginecológico hacia la unidad de cuidados paliativos, reproduciendo un patrón de debilidad ya verificado por Falci et al.²². El exceso de síntomas como náusea, obstrucción maligna y dolor mal controlado son los más comunes en pacientes con tumor ginecológico enviadas a paliación²³. El uso de morfina en la internación parece reflejar la necesidad del uso de opioides más fuertes para el control del dolor²⁴, presente en la mayoría de la población estudiada. En el grupo que no hizo rotación de los opioides en la unidad de cuidados paliativos, la morfina ya estaba prescrita desde la unidad de ginecología oncológica. Se observó, en algunas situaciones, la rotación

de opioides fuertes a opioides débiles. Aunque los motivos de los cambios de medicamentos no hayan sido objeto de esta investigación, es posible presuponer que el destete del uso de opioides, en los casos de control del dolor, pueda justificar este tipo de conducta clínica¹².

Se observó significación estadística en el análisis de asociación entre insuficiencia renal y rotación de opioides. Los tumores ginecológicos pueden presentar complicaciones renales de una serie de factores intrínsecos a la localización del tumor que causan obstrucción de las vías urinarias y a lo largo del proceso pueden llevar al cuadro de hidronefrosis²⁵. También es importante resaltar que los tratamientos anteriores, como terapias basadas en fármacos derivados de platino, pueden contribuir para el desencadenamiento de insuficiencia renal, principalmente si hubiere comorbilidades como hipertensión y diabetes preexistente en las pacientes²⁶.

El uso de opioides en pacientes oncológicos con insuficiencia renal es un gran desafío para el control del dolor. Estos medicamentos son conocidos por la interacción directa e indirecta con los riñones, aumentando el riesgo de lesión renal aguda, especialmente en pacientes polimedicados en cuidado paliativo²⁷. De esta forma, es común que se observen conductas distintas en la práctica clínica, con mayor frecuencia de rotación de opioides en esa población, como se identificó en el presente estudio, favoreciendo la adopción inicial de opioides menos tóxicos para el sistema renal, y alternando para opioides más fuertes con la intención de promover el control del dolor^{28, 29}.

También se observó asociación entre el número de días de hospitalización y la rotación de opioides, permitiendo afirmar que las pacientes que pasaron más tiempo en cuidados paliativos fueron más propensas a realizar más rotación de opioides. El dolor mal controlado es uno de los síntomas característicos de las usuarias con tumores ginecológicos, que frecuentemente pueden necesitar de cambios de opioides durante períodos prolongados de internación en cuidados paliativos. El cambio de un tipo de opioide a otro es un intento de mejorar el control del dolor en estas situaciones²⁴. Además, desde el punto de vista farmacológico, se debe destacar que los pacientes pueden desarrollar tolerancia al uso de opioides^{28,29}. Por lo tanto, es necesario que el equipo multiprofesional evalúe la posibilidad de utilizar alternativas terapéuticas no medicamentosas para el control del dolor en estos pacientes⁶.

Con base en el estudio, se evidenció que el cuidado paliativo para pacientes con tumores ginecológicos requiere una intervención cautelosa en virtud de una variedad de desafíos, especialmente relativos a sus condiciones clínicas, que ejercen un impacto significativo en la calidad de vida. El perfil de las pacientes

reveló algunas vulnerabilidades sociales, muchas veces relacionadas a diagnósticos tardíos e intentos de múltiples tratamientos. Por lo tanto, es crucial que el tratamiento paliativo sea lo más amplio posible, abordando no solo los aspectos físicos de las pacientes, sino también los emocionales, garantizando una atención completa y personalizada según sus necesidades individuales²⁰.

El estudio presentó algunas limitaciones en la caracterización del dolor de las pacientes que realizaron la rotación de opioides y de aquellas que no la realizaron por tratarse de un estudio transversal. Las escalas de dolor adoptadas no fueron analizadas, lo que puede haber dificultado la identificación del perfil de dolor de las pacientes y la caracterización adecuada del dolor experimentado por las usuarias de opioides. A pesar de esto, los resultados presentados revelaron datos poco explorados en otros estudios y refuerzan la importancia de perfeccionar las estrategias de control del dolor adoptadas para las pacientes que presentan insuficiencia renal, principalmente con enfoques que aumenten el riesgo de lesión renal.

CONCLUSIÓN

El estudio identificó que la rotación de opioides puede estar asociada a la presencia de complicaciones renales en las pacientes con cáncer ginecológico en cuidados paliativos. Además, una de las consecuencias observadas en las pacientes analizadas que hicieron rotación de opioides fue el aumento del tiempo de hospitalización. Se sabe que el uso de opioides en el control del dolor oncológico en pacientes con tumores ginecológicos primarios es esencial para proporcionar alivio eficaz y mejorar la calidad de vida de estas mujeres. Por lo tanto, prestar atención ante las condiciones que pueden dificultar el control del dolor debe ser una de las conductas indispensables a ser adoptada por los equipos de salud, con el fin de garantizar un manejo seguro y adecuado del dolor en pacientes con cáncer ginecológico en cuidados paliativos.

APORTES

Beatriz Lorena Santana dos Santos contribuyó en la concepción y en el planeamiento del estudio; en la obtención, análisis e interpretación de los datos; y en la redacción. Mario Jorge Sobreira da Silva contribuyó en la concepción y en el planeamiento del estudio; en la obtención, análisis e interpretación de los datos. Gustavo Tavares Lameiro da Costa contribuyó en el análisis e interpretación de los datos; y en la redacción. Maria Fernanda Barbosa contribuyó en la concepción y en

el planeamiento del estudio. Todos los autores aprobaron la versión final a publicarse.

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES

Nada a declarar.

FUENTES DE FINANCIAMIENTO

No hay.

REFERENCIAS

1. Organização Mundial da Saúde. CID-10: Classificação Estatística Internacional de Doenças e problemas relacionados à saúde. São Paulo: Edusp; 2008.
2. Bray F, Laversanne M, Sung H, et al. Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin.* 2024;74(3):229-63. doi: <https://doi.org/10.3322/caac.21834>
3. Teixeira C, Pereira AM, Anes E, et al. Evolução temporal da mortalidade por cancro do colo do útero em Portugal. *Acta Med Port.* 2019;32(6):427-33. doi: <https://doi.org/10.20344/amp.8921>
4. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, et al. Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin.* 2021; 71(3):209-49. doi: <https://doi.org/10.3322/caac.21660>
5. Santo MO, Lima FCS, Martins LFL, et al. Estimativa de incidência de câncer no Brasil, 2023-2025. *Rev Bras Cancerol.* 2023;69(1):e-213700. doi: <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2023v69n1.3700>
6. Reyes MDF, Chen L, Patel K, et al. Palliative care utilization of gynecology oncology patients with advanced cancer (057). *Gynecol Oncol.* 2023;176:S48-9. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ygyno.2022.12.057>
7. Tagami K, Chiu SW, Kosugi K, et al. Cancer pain management in patients receiving inpatient specialized palliative care services. *J Pain Symptom Manage.* 2024;67(1):59-70. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2023.09.015>
8. Holmes C, Mitchell A, Downham E. Palliative care in gynaecological oncology. *Obstet Gynaecol Reprod Med.* 2021;31(3):77-83. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ogrm.2021.01.002>
9. Raja SN, Carr DB, Cohen M, et al. The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. *Pain.* 2020;161(6):1976-82. doi: <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001939>



10. Zhang H. Cancer pain management - new therapies. *Curr Oncol Rep.* 2022;24(2):223-6. doi: <https://doi.org/10.1007/s11912-021-01166-z>
11. Chelles PA, Oliveira LC, Couto LS, et al. Factors associated with neuropathic pain in cancer patients admitted to a palliative care unit. *Rev Bras Cancerol.* 2024;70(2):e-114603. doi: <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2024v70n2.4603>
12. Sampaio SGDSM, Motta LB, Caldas CP. Rodízio de opioides: uma análise descritiva. *Rev Bras Cancerol.* 2021;67(2):e-011179. doi: <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2021v67n2.1179>
13. Matsuo K, Machida H, Mandelbaum RS, et al. Validation of the 2018 FIGO cervical cancer staging system. *Gynecol Oncol.* 2019;152(1):87-93.
14. Rocha BM, Dolan RD, Paiva CE, et al. Inflammation and performance status: the cornerstones of prognosis in advanced cancer. *J Pain Symptom Manage.* 2023;65(4):348-57. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2022.11.021>
15. RStudio [Internet]. Version 2024.04.1+748. Boston: Posit Software, PBC. 2024 abr 1 - [acesso 2024 mar 1]. Disponível em: <http://www.rstudio.com/ide>
16. Rosa LM, Hames ME, Dias M, et al. Epidemiological profile of women with gynecological cancer in brachytherapy: a cross-sectional study. *Rev Bras Enferm.* 2021;74(5):e20200695.
17. Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União, Brasília, DF.* 2013 jun 13; Seção I:59.
18. Oliveira NPD, Cancela MDC, Martins LFL, et al. Desigualdades sociais no diagnóstico do câncer do colo do útero no Brasil: um estudo de base hospitalar. *Ciênc saúde coletiva.* 2023;29(6):e03872023. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232024296.03872023>
19. Luiz ODC, Nisida V, Silva Filho AMD, et al. Iniquidade racial na mortalidade por câncer de colo de útero no Brasil: estudo de séries temporais de 2002 a 2021. *Ciênc saúde coletiva.* 2024;29(3):e05202023. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232024293.05202023>
20. Rosa LM, Hames ME, Dias M, et al. Perfil epidemiológico de mulheres com câncer ginecológico em braquiterapia: estudo transversal. *Rev Bras Enferm.* 2021;74(5):e20200695. doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0695>
21. Tabuyo-Martin A, Torres-Morales A, Pitteloud MJ, et al. Palliative medicine referral and end-of-life interventions among racial and ethnic minority patients with advanced or recurrent gynecologic cancer. *Cancer Control.* 2023;30:10732748231157191. doi: <https://doi.org/10.1177/10732748231157191>
22. Fauci J, Schneider K, Walters C, et al. The utilization of palliative care in gynecologic oncology patients near the end of life. *Gynecol Oncol.* 2012;127(1):175-9. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ygyno.2012.06.025>
23. Vetter VJ. Palliative care screening tools in the gynecologic oncology population: a narrative review. *Ann Palliat Med.* 2022;11(10):3263-72. doi: <https://doi.org/10.21037/apm-22-728>
24. Paice JA, Bohlke K, Barton D, et al. Use of opioids for adults with pain from cancer or cancer treatment: ASCO Guideline. *J Clin Oncol.* 2023;41(4):914-30. doi: <https://doi.org/10.1200/JCO.22.02198>
25. Mallappallil M, Bajracharya S, Salifu M, et al. Opioids and acute kidney injury. *semin nephrol.* 2021;41(1):11-8. doi: <https://doi.org/10.1016/j.semnephrol.2021.02.002>
26. Tang C, Livingston MJ, Safirstein R, et al. Cisplatin nephrotoxicity: new insights and therapeutic implications. *Nat Rev Nephrol.* 2023;19(1):53-72. doi: <https://doi.org/10.1038/s41581-022-00631-7>
27. Odoma VA, Pitliya A, AlEdani E, et al. Opioid prescription in patients with chronic kidney disease: a systematic review of comparing safety and efficacy of opioid use in chronic kidney disease patients. *Cureus.* 2023;15(9):e45485. doi: <https://doi.org/10.7759/cureus.45485>
28. Dale O, Moksnes K, Kaasa S. European palliative care research collaborative pain guidelines: opioid switching to improve analgesia or reduce side effects. a systematic review. *Palliat Med.* 2011;25(5):494-503. doi: <https://doi.org/10.1177/0269216310384902>
29. Swarn RA, Paice JA, Anghelescu DL, et al. Adult cancer pain, version 3.2019, NCCN clinical practice guidelines in oncology. *J Natl Compr Canc Netw.* 2019;17(8):977-1000. doi: <https://doi.org/10.6004/jnccn.2019.0038>

Recebido em 16/7/2024

Aprovado em 11/10/2024

