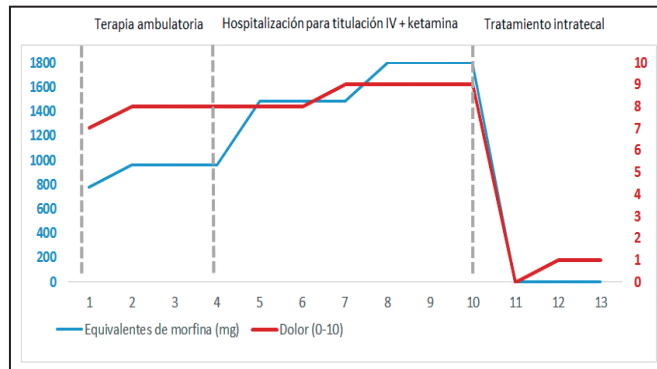


Es fundamental reconocer tempranamente pacientes candidatos a la terapia, por cuanto estudios aleatorizados han demostrado superioridad al manejo médico comprehensivo en términos de control del dolor, calidad de vida, reducción de síntomas asociados al uso de fármacos por vía sistémica y, posiblemente, en la sobrevida global en pacientes con cáncer.<sup>7,19</sup>

A pesar del costo inicial de la terapia intratecal, los pacientes con estos sistemas incurren en una menor utilización de recursos médicos y pagos durante el primer año posterior al implante.<sup>20</sup>

El interés particular del caso presentado es dar a conocer más ampliamente en Costa Rica los alcances de esta modalidad terapéutica, e introducir mediante un caso complejo ilustrativo, los beneficios de la terapia de infusión intratecal para el tratamiento del dolor por cáncer. La evolución del paciente presentado fue altamente satisfactoria, logrando un mejor control del dolor, así como una reducción de los efectos adversos asociados al tratamiento sistémico, lo cual impactó favorablemente la funcionalidad del paciente y su tolerancia al tratamiento oncoespecífico posterior.



**Figura 2. Evolución diaria de la dosis equivalente de morfina y la evaluación del dolor**

## Referencias

- Sierra MS, Soerjomataram I, Antoni S, Laverranne M, Piñeros M, de Vries E, *et al.* Cancer patterns and trends in Central and South America. *Cancer Epidemiol.* 2016;44 Suppl 1:S23-S42. doi:10.1016/j.canep.2016.07.013.
- Ferlay J, Soerjomataram I, Dikshit R, Eser S, Mathers C, Rebelo M, *et al.* Cancer incidence and mortality worldwide: Sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012: Globocan 2012. *Int J Cancer.* 2015;136:E359-E386. doi:10.1002/ijc.29210.
- Van den Beuken-van Everdingen MHJ, Hochstetbach LMJ, Joosten EAJ, Tjan-Heijnen VCG, Janssen DJA. Update on Prevalence of Pain in Patients With Cancer: Systematic Review and Meta-Analysis. *J Pain Symptom Manage.* 2016;51:1070-1090.e9. doi:10.1016/j.jpainsymman.2015.12.340.
- Vargas-Schaffer G. Is the WHO analgesic ladder still valid? *Can Fam Physician.* 2010;56:514-517.
- Zech DF, Grond S, Lynch J, Hertel D, Lehmann KA. Validation of World Health Organization Guidelines for cancer pain relief: a 10-year prospective study. *Pain.* 1995;63:65-76.
- Carlson CL. Effectiveness of the World Health Organization cancer pain relief guidelines: an integrative review. *J Pain Res.* 2016;9:515-534. doi:10.2147/JPR.S97759.

- Smith TJ, Staats PS, Deer T, Stearns LJ, Rauck RL, Boertz-Marx RL, *et al.* Randomized clinical trial of an implantable drug delivery system compared with comprehensive medical management for refractory cancer pain: impact on pain, drug-related toxicity, and survival. *J Clin Oncol.* 2002; 20:4040-4049. doi:10.1200/JCO.2002.02.118.
- Smith TJ, Coyne PJ. Implantable drug delivery systems (IDDS) after failure of comprehensive medical management (CMM) can palliate symptoms in the most refractory cancer pain patients. *J Palliat Med.* 2005;8:736-742. doi:10.1089/jpm.2005.8.736.
- Burton AW, Rajagopal A, Shah HN, *et al.* Epidural and intrathecal analgesia is effective in treating refractory cancer pain. *Pain Med.* 2004;5:239-47.
- Bruel BM, Burton AW. Intrathecal therapy for cancer-related pain. *Pain Med.* 2016;17:2404-2421. doi:10.1093/pm/pnw060.
- Gorlin A, Rosenfeld D, Maloney J, Wie C, McGarvey J, Trentman T. Survey of pain specialists regarding conversion of high-dose intravenous to neuraxial opioids. *J Pain Res.* 2016; 9:693-700. doi:10.2147/JPR.S113216.
- Sjöström S, Tamsen A, Persson MP, Hartvig P. Pharmacokinetics of intrathecal morphine and meperidine in humans. *Anesthesiology.* 1987;67:889-895.
- Flack SH, Anderson CM, Bernards C. Morphine distribution in the spinal cord after chronic infusion in pigs. *Anesth Analg.* 2011;112:460-464. doi:10.1213/ANE.0b013e318203b7c0.
- Heetla HW, Proost JH, Molmans BH, Staal MJ, van Laar T. A pharmacokinetic-pharmacodynamic model for intrathecal baclofen in patients with severe spasticity. *Br J Clin Pharmacol.* 2016;81:101-112. doi:10.1111/bcp.12781.
- Jose DA, Luciano P, Vicente V, Juan Marcos AS, Gustavo F-C. Role of catheter's position for final results in intrathecal drug delivery. Analysis based on CSF dynamics and specific drugs profiles. *Korean J Pain.* 2013;26:336-346. doi:10.3344/kjp.2013.26.4.336.
- Staats PS, Yearwood T, Charapata SG, Presley RW, Wallace MS, Byas-Smith M, *et al.* Intrathecal ziconotide in the treatment of refractory pain in patients with cancer or AIDS: a randomized controlled trial. *JAMA.* 2004;291:63-70.
- Dupoiron D, Bore F, Lefebvre-Kuntz D, Brenet O, Debourmont S, Dixmerias F, *et al.* Ziconotide adverse events in patients with cancer pain: a multicenter observational study of a slow titration, multidrug protocol. *Pain Physician.* 2012;15:395-403.
- Deer TR, Pope JE, Hayek SM, Bux A, Buchser E, Eldabe S, *et al.* The polyanalgesic consensus conference (pacc): recommendations on intrathecal drug infusion systems best practices and guidelines. *Neuromodulation.* 2017; 20:96-132. doi:10.1111/ner.12538.
- Zheng S, He L, Yang X, Li X, Yang Z. Evaluation of intrathecal drug delivery system for intractable pain in advanced malignancies: A prospective cohort study. *Medicine (Baltimore).* 2017; 96:e6354. doi:10.1097/MD.00000000000006354.
- Stearns LJ, Hinnenthal JA, Hammond K, Berryman E, Janjan NA. Health services utilization and payments in patients with cancer pain: a comparison of intrathecal drug delivery vs. Conventional medical management. *Neuromodulation.* 2016;19:196-205. doi:10.1111/ner.12384.

## Carrera docente en la Caja Costarricense de Seguro Social

La calidad en la formación del recurso humano en medicina sigue deteriorándose en el país, a pesar de más de una década de evaluaciones, advertencias y propuestas emitidas en múltiples foros. Se han señalado irregularidades en algunas universidades e insuficiente gestión de instituciones como el CONESUP o el SINAES, sin embargo, el aspecto más grave del problema es el nombramiento de los profesionales que laboran en los hospitales de la Caja Costarricense de Seguro Social como docentes independientes de diferentes universidades, dentro de un mismo servicio. La cohabitación de diversas facultades de

medicina, no solo ha generado diferentes estándares de calidad -lo cual repercute en la buena atención para los pacientes-, sino que, cada “profesor”, al tener asignados un número de estudiantes, genera hacinamiento de muchachos hasta en los pasillos, o lo que es peor, los devuelven a sus casas, por falta de espacio. Los que quedan deben repartirse, entre todos, las rotaciones, confección de historias clínicas e ingreso a sala de operaciones; pero solo existe capacidad logística para exigir estos objetivos docentes a una fracción de ellos. Además, claro, del acoso que deben soportar los pacientes hospitalizados a quienes les realizan varias veces su historia clínica, o sufren la presencia de múltiples estudiantes en situaciones que comprometen la seguridad o la intimidad del enfermo o enferma, lo que es mucho más angustiante, cuando se trata de menores de edad o de mujeres gestantes.

Entretanto, los médicos que laboran en condiciones de espacio físico deficientes -por decir lo menos-, saturados de pacientes, muchas veces mal referidos o mal manejados dentro del mismo servicio, deben invertir tiempo y esfuerzo adicional para ejercer su labor docente. A pesar de que existe un sustento legal, la institución ha eliminado, sistemáticamente, el tiempo exclusivo asignado para docencia y otras actividades académicas, sustituyéndolas por obligaciones asistenciales. Muchos abusos, y hasta complicidad de algunos médicos, han servido como pretexto para que eso suceda. Y peor aún, casi no existen prácticas protocolizadas ni liderazgo académico: cada profesional actúa como mejor le parece y el paciente recibe diagnósticos, pronósticos y tratamientos distintos, según el buen parecer del facultativo que le corresponda; las discusiones de casos y complicaciones, las sesiones bibliográficas, la visita de profesores invitados de otros centros o la interacción con los interconsultores, todas herramientas docentes de gran valor, están casi extinguidas. Los médicos con el mejor nivel profesional y ético, han sido removidos de los puestos de decisión y sustituidos por personas cuya labor es administrativa, contaminada con la tramitología y mediocridad que caracteriza a las instituciones públicas politizadas. En consecuencia, el empirismo barato se ha impuesto sobre la medicina científica.

Para empezar, la institución debe estipular, con base en estándares internacionales, la capacidad real de admisión de estudiantes de medicina por cada hospital; y todos los médicos que laboran en un

hospital universitario, por definición, deben ejercer la docencia; si alguno considera que el salario asignado para ello no es suficiente, debe trasladarse a otro hospital no docente. Dado que existe un convenio con la Universidad de Costa Rica, las demás universidades, en caso de que no alcancen cupos en los hospitales de la mal llamada clase A, colocarán a sus alumnos en otros nosocomios, los cuales, por lo tanto, deben convertirse en hospitales universitarios, obligándose a cumplir con lo descrito. Los médicos tendrán a su cargo, entre todos -no individualmente-, el número de estudiantes que el servicio pueda albergar, y deberá respetarse el tiempo de dedicación exclusiva para la docencia, conforme a la ley. Esta problemática existe también con los cursos de postgrado para especialización y está pendiente de reglamentarse, después del fallo de la Sala Constitucional de la República.

La carrera docente, paralela a la profesional, aunque íntimamente ligadas, implica no solo impartir clases magistrales -desafortunadamente, a veces mal entendidas como leer en clase varias docenas de diapositivas, o incluso peor, entregarlas al representante estudiantil para luego ser “evaluadas” en un examen parcial, sino también redactar correctamente objetivos evaluables y útiles para ser llevados a la práctica con los alumnos, utilizar técnicas de enseñanza y aprendizaje distintas de la clase magistral, confeccionar herramientas de evaluación que realmente verifiquen la idoneidad del estudiante, actuar con responsabilidad frente al paciente, acompañando al aprendiz en todo momento, pero sobre todo, dar un buen ejemplo de profesionalismo en el día a día, frente a los enfermos. El escalafón profesional en los servicios hospitalarios tiene que ser académico, no administrativo, y en los concursos para optar por una jefatura, debe preponderar la carrera docente, labores de investigación clínica, experiencia profesional y publicaciones científicas, no cursillos de administración ni pertenecer a un sindicato o tener padrinazgos políticos. Y deben crearse mecanismos de arbitraje o auditoría, académica también, como contrapeso saludable de todo sistema democrático.

*Dr. Oswaldo Gutiérrez Sotelo*  
*Profesor de Medicina.*