



ISSN: 1561-3194

Rev. Ciencias Médicas. abril 2005; 9(3):

ARTÍCULO ORIGINAL

Uso del tramadol como analgésico en el postoperatorio inmediato

The use of tramadol as an immediate postoperative analgesic

Luis M. Suárez González¹, Mabel Salgado Borges², Yoel Valle Alonso³, Yovany Díaz Arteaga⁴.

¹Especialistas de Primer Grado en Anestesiología y Reanimación. Hospital Universitario "Abel Santamaría Cuadrado". Pinar del Río.

²Especialistas de Primer Grado en Anestesiología y Reanimación. Hospital Universitario "Abel Santamaría Cuadrado". Pinar del Río.

³Especialistas de Primer Grado en Anestesiología y Reanimación. Hospital Universitario "Abel Santamaría Cuadrado". Pinar del Río.

⁴Especialistas de Primer Grado en Anestesiología y Reanimación. Hospital Universitario "Abel Santamaría Cuadrado". Pinar del Río.

RESUMEN

El dolor constituye una experiencia sumamente desagradable para quienes lo experimentan, el descubrimiento de nuevos fármacos hacen posible el control eficaz del mismo. Con el objetivo de demostrar la efectividad del tramadol, se realizó un estudio descriptivo y prospectivo en el hospital universitario "Abel Santamaría Cuadrado" de enero a diciembre 2003, a 60 pacientes ASA I y II los cuales fueron divididos en tres grupos de 20 pacientes cada uno, sometidos a cirugía electiva en las especialidades de ortopedia, cirugía general y ginecología. La selección de la muestra fue al azar, utilizando la tabla de números aleatorios. Obtenemos que la analgesia lograda fue buena en el 88% de los casos en la primera evaluación y en sentido general el método se puede extender a cualquier tipo de cirugía, ya sea somática o visceral ya que no hubo diferencias significativas entre los diferentes grupos, $p > 0.05$. Las dosis de rescate analgésico fueron mas necesarias a las 8 horas dado que la concentración plasmática de la primera dosis comienza a decaer a las 5.7 ± 2.9 horas. La primera hora fue la más crítica en cuanto a sedación, destacándose mejor estado de vigilia en el grupo C, en las sucesivas evaluaciones los pacientes se mantuvieron despiertos sin diferencias significativas, $p > 0.05$. Las reacciones secundarias más frecuentes fueron las náuseas y los vómitos observados en los grupos A y C. En la cirugía traumatológica las náuseas y los vómitos juntos apenas llegan al 20 %. El método se puede hacer extensivo a cualquier proceder quirúrgico con buena efectividad y pocos efectos secundarios.

Palabras clave: TRAMADOL, ANALGESIA, DOLOR POSTOPERATORIO.

ABSTRACT

The pain is an extremely unpleasant experience for those undergoing it. The discovering of new drugs makes it possible for the effectiveness of Tramadol, a descriptive and prospective study was performed at Abel Santamaría University Hospital from January to December, 2003 with 60 patients ASA I and II who were divided into 3 groups of 20 patients each, who underwent an elective surgery in the specialties of orthopedics, general surgery and gynecology. The sample selection was at random numbers. We found that analgesia achieved was good in 88 % cases at first assessment and generally the method can be extended to any type of surgery, whether somatic or visceral, since there was no significant difference between groups, $p < 0.05$. Doses for analgesis recovery were more necessary at 8 hours since since plasma concentration on first dose started to fall to 5.7 ± 2.9 hours. The first hour was most critical in terms of sedation, being more outstanding the status of wakening in group C; in successive evaluations patients stayed awake with no significant difference, $p > 0.05$. most frequent side effects were nausea and vomits observed in groups A and C. In trauma surgery nausea and vomits together hardly reach 20 %. The method can be extended to any surgical procedure effectively and with few side effects.

Key words: TRAMADOL, ANALGESIA, POSTOPERATIVE PAIN.

INTRODUCCIÓN

El dolor constituye una experiencia sumamente desagradable para quienes lo experimentan. En la actualidad y con el descubrimiento de los fármacos que hacen posible el control de este agobiante síntoma de una manera eficaz, se sostiene que el paciente ya no tiene motivo para sentir dolor. Una de las causas del dolor intenso y que muchas veces requiere el uso de analgésicos es la cirugía.

El uso de opioides es la terapia más utilizada para el tratamiento del dolor postoperatorio. Nuevos analgésicos han sido evaluados en las últimas décadas, incluyendo el Clorhidrato de Tramadol, este ha demostrado tener afinidad (aunque baja) por los receptores opioides Mu, Kappa y Delta. La baja afinidad del tramadol por estos receptores, explica en parte su acción analgésica, pues se conoce que estos receptores modulan el dolor a nivel central y espinal respectivamente, un segundo mecanismo de acción del tramadol, plenamente demostrado en la actualidad y que complementa su efectividad analgésica es la de impedir la recaptación de noradrenalina y serotonina en las vías descendentes nerviosas que controlan la percepción de los estímulos dolorosos en la médula espinal.¹⁻⁴

El Tramadol tiene una biodisponibilidad absoluta del 41-84 % lo que es favorable con relación a otros analgésicos de acción central y un tiempo de vida biológica media de 6h., el comienzo de acción es de 5 a 10 minutos en la aplicación intravenosa y después de su administración oral, es ampliamente metabolizado en el hígado (85 % de una dosis oral es metabolizada por esta vía) y aproximadamente el 90 % es excretada por los riñones y un 10 % aparece en las heces fecales.^{4,5} Es útil en dolores de tipo tumoral, en el infarto del miocardio, dolores postquirúrgicos, postraumáticos, del parto y procedimientos diagnósticos invasivos. A diferencia de la morfina no produce estreñimiento y produce escasa depresión cardiorespiratoria, baja tolerancia y dependencia; adicionalmente la O.M.S no clasificó al tramadol como narcótico y no es considerado como tal en ningún país donde se comercializa. La dosis siempre dependerá de la intensidad del dolor y de la sensibilidad de cada paciente, se considera que una dosis máxima de 400 mg en 24 h no debe ser excedida.⁶⁻¹³ Para nuestro estudio nos propusimos mostrar la eficacia del Tramadol en el alivio del dolor postoperatorio en diferentes especialidades quirúrgicas, describir la calidad de la analgesia a través de la escala análogo visual numérica, medir el grado de sedación de 0 a 3 según esquema de Alfonso Ramírez, precisar la necesidad y el horario del uso de la dosis de rescate e identificar las reacciones adversas o complicaciones que pudieran aparecer.

METODO

Se realizó un estudio analítico longitudinal constituido por 60 pacientes, dividido en tres grupos de 20 pacientes cada uno. A todos los pacientes en el pre-operatorio se les canalizó una vena periférica con trocar calibre 16 ó 18 y se les colocó una venoclisis con cloruro de sodio al 0.9% a razón de 3 ml / kg / hora.

Fueron premedicados con:

Diazepán: 0.2 mg/kg más Atropina: 0.02mg/kg por vía endovenosa. 30 minutos a una hora antes de la operación.

Grupo A: Pacientes que fueron intervenidas por cirugía general de cualquier patología quirúrgica.

Grupo B: Cirugía traumatológica.

Grupo C: Cirugía Ginecológica.

El manejo anestésico transoperatorio se realizó tanto con anestesia espinal o general endotraqueal en dependencia de la patología quirúrgica a tratar.

El analgésico se le administró a los pacientes de los tres grupos en el momento de terminada la operación, la primera dosis fue de 2 mg x Kg por vía endovenosa lenta y diluida en 20 ml de cloruro de sodio al 0,9% a pasar en 4 minutos. Se continuó con una infusión endovenosa a razón de 0.24 mg x kg x hora en 1000 ml de Cloruro de sodio al 0,9% a durar 16 horas administradas a través de una llave de tres vías para que no interfiriera con la administración de otras soluciones de soporte volémico y / o electrolítico.

En todos los pacientes se valoró:

- Calidad de la analgesia según EAV.
- Grado de sedación.
- Necesidad de dosis de rescate.
- Incidencia de efectos indeseables.

La efectividad analgésica se evaluó a la 1, 8, 12 y 16 h posterior a la inyección del analgésico, según escala análoga visual (EAV), consistente en una línea de 10 cm y cuyos extremos representan "ausencia de dolor" y "dolor insoportable"; se le pide al paciente que marque el punto sobre la línea en que se sitúa su dolor y se le da un valor numérico. Esta fue establecida por los investigadores antes de comenzar el estudio interpretándose de la siguiente forma:

- 0-3: Ausencia de dolor o dolor leve, analgesia buena
- 4-6: Dolor moderado, analgesia regular
- 7-10: Dolor severo o insoportable, analgesia mala.

El grado de sedación se valoró a la 1, 8 y 16 horas posterior a la inyección del analgésico, en grados del 0 al 3 según esquema propuesto por Alfonso Ramírez.

0 - Despierto.

1 - Somnoliento con respuesta a la movilización.

3 - Dormido con respuesta solo al dolor.

Según escala análoga visual se utilizó la dosis de rescate:

De 4 - 6 - Dipirona 1g ev.

De 7 - 10 - Petidina 50mg im o Morfina 10mg im.

Los resultados obtenidos son llevados a tablas y gráficas estadísticas para su mejor estudio y comprensión a través de un proceso de síntesis y deducción. Realizándose un análisis estadístico por medio de "t" de student y prueba de chi cuadrado.

RESULTADOS

En la tabla 1 vemos que el mayor número de pacientes del grupo "A" esta comprendido entre las edades de 15 a 39 años con 7 pacientes (50%), el grupo B se mantuvo dentro de este mismo rango de edades solo que eran más pacientes 17 (85%), no siendo así en el grupo C dado que el mayor número de pacientes estuvo entre las edades de 40 a 59 años, 10 pacientes para un 50%, no encontrándose homogeneidad entre los tres grupos. En cuanto al color de la piel en los tres grupos predominó la raza blanca 55%, 65% y 55% respectivamente existiendo homogeneidad entre los mismos. Si se observa el sexo nos damos cuenta que en grupo A y B predomina el masculino 55% y 70 %, mientras en el grupo C el 100% de los pacientes corresponden al sexo femenino por tratarse de patologías ginecológicas. En esta tabla se muestra también la proporción de los diferentes grupos en cuanto a la clasificación ASA, donde en el grupo A el 65% son ASAI y en el grupo B y C el mayor porcentaje esta incluido en ASA I 75% y 55% respectivamente demostrando que el mayor número de pacientes carecen de patologías clínicas asociadas.

Tabla 1. Distribución de pacientes según edad, raza y sexo. Hospital "Abel Santamaría Cuadrado". enero - diciembre 2002.

Variables	Grupo A		Grupo B		Grupo C	
	No.	%	No.	%	No.	%
Grupo de Edades						
e/ 15 - 39	10	50	17	85	8	40
e/ 40--59	9	45	2	10	10	50
60 y +	1	5	1	5	2	10
Raza	No.	%	No.	%	No.	%
Blanca	11	55	13	65	11	55
Negra	9	45	7	35	9	45
Sexo	No.	%	No.	%	No.	%
Femenino	9	45	6	30	20	100
Masculino	11	55	14	70	-	-
ASA	No.	%	No.	%	No.	%
I	7	35	15	75	11	55
II	13	65	5	25	9	45

Fuente: Historias clínicas.

En la tabla 2 relacionada con la calidad de la analgesia según la escala análoga visual (EAV) a las 1, 8, 12 y 16 horas del postoperatorio se encontró que en la primera hora en el grupo ?A? el 90 % de los pacientes la calidad de la analgesia fue buena y el 10 % presentaron analgesia regular. En el grupo B el 80 % de los pacientes presentaron buena analgesia, el 15 % presentó una analgesia regular y el 5 % presentó mala analgesia. En el grupo C el 95 % de las pacientes tuvieron analgesia buena, y solo en el 5 % la analgesia se calificó de regular.

Tabla 2. Evaluación de la efectividad del uso del Tramadol en el postoperatorio. Hospital "Abel Santamaría Cuadrado" enero-diciembre 2002.

Grupo	1 Hora						8 Hora						12 Hora						16 Hora					
	B		R		M		B		R		M		B		R		M		B		R		M	
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
A	18	90	2	10	0	0	16	80	3	15	1	5	17	85	2	10	1	5	17	85	2	10	1	5
B	16	80	3	15	1	5	12	60	5	25	3	15	16	80	2	10	2	10	16	80	3	15	1	5
C	19	95	1	5	0	0	15	75	5	25	0	0	18	90	2	10	0	0	18	90	2	10	0	0
Total	53	88	6	10	1	5	43	72	13	22	4	66	51	85	6	30	3	5	51	85	7	25	2	10

Fuente: Historias clínicas.

No encontrándose diferencia significativa entre los tres grupos en la primera hora. ($X^2 = 0.09$) con $P > 0.05$.

A las 8 horas este parámetro se comportó de la siguiente manera: En el grupo A, el 80 % de los pacientes la calidad de la analgesia fue buena, el 15 % tuvo analgesia regular y el 5 % presentó analgesia mala. En el grupo B el 60 % de los pacientes presentaron buena analgesia, el 25 % de estos presentaron analgesia regular y el 15 % presentaron mala calidad de la analgesia. En el grupo C el 75 % de los estudiados presentaron buena calidad de la analgesia y el 25 % presentó analgesia regular no encontrándose una diferencia significativa en cuanto a la calidad de la analgesia entre los tres grupos ($X^2 = 1.6$), $P > 0.05$. Pero de modo general podemos ver que este fue el horario en que más afectada estuvo la calidad de la analgesia siendo el grupo B el más afectado. A las 12 horas el 85 % de los pacientes en el grupo A presentó buena analgesia, el 10 % de ellos presentó una analgesia regular y solo el 5 % continuaba con mala analgesia. En el grupo B el 80 % de estos, presentaba buena analgesia, el 10 % tenía una analgesia regular y también el 10 % presentaba mala analgesia.

En el grupo C a esta hora el 90 % de los pacientes presentaron buena efectividad de la analgesia y solo el 10 % tenía una analgesia regular.

No existiendo tampoco una diferencia significativa en este horario. $X^2 = 0.4$ con una $P > 0.05$.

Por último a las 16 horas en la mayoría de los casos, la calidad de la analgesia se presentaba de la siguiente forma: En el grupo "A" el 85 % de los pacientes presentaba buena analgesia, el 10 % tenía analgesia regular y finalmente el 5 % manifestaba dolor intenso lo cual se interpretaba como mala efectividad de la analgesia en este caso. En el grupo B el 80 % finalizaba con buena analgesia, el 5 % presentaba una analgesia regular y e 15 % de estos refería dolor intenso para ser evaluada como mala analgesia en ellos. En el grupo C el 90 % refería no tener dolor o presentar dolor leve y solo el 10 % la efectividad de la analgesia se comportaba de forma regular. A esta hora tampoco hubo una diferencia significativa entre los tres grupos con $X^2 = 0.9$ y $P > 0.05$.

Por lo que todo indica que el Tramadol es una alternativa analgésica muy eficaz en el dolor post-operatorio.

La tabla 3 nos permite precisar la necesidad y horario de dosis de rescate y que a la hora 8 fue el horario donde de forma general vario más la calidad de la analgesia y

fue necesario aplicar la dosis de rescate en los tres grupos según el esquema previamente establecido que relaciona el valor de la EAV y el medicamento a utilizar. Del total de pacientes en el estudio fue necesario administrar Petidina en 4 para un 66 % y Morfina en 2 para un 33 %, siendo siempre el grupo B el más afectado en este aspecto pero sin existir diferencia significativa en los tres grupos con $P > 0.05$.

Tabla 3. Valoración de la necesidad y horario de la dosis de rescate en pacientes con Tramadol Hospital Abel Santamaría, enero-diciembre 2002.

Drogas	1 Hora						8 Hora						12 Hora						16 Hora						
	A		B		C		A		B		C		A		B		C		A		B		C		
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	
Dipirona	2	10	3	15	1	5	3	15	5	25	5	25	2	10	2	10	2	10	2	10	1	5	2		
Petidina (50 mg)	0	0	0	0	0	0	0	0	1	5	0	0	0	0	1	5	0	0	0	0	1	5	0		
Morfina (10 mg)	0	0	0	0	0	0	0	0	2	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		

Fuente: Historias Clínicas.

En la siguiente tabla, relacionada con el grado de sedación, se puede observar que la primera hora fue la más crítica en cuanto a este aspecto fundamentalmente para el grupo A ya que el 35 % de los pacientes se encontraban profundamente dormido, el 50 % se encontraban somnolientos con respuesta a la movilización, y solo el 15 % se encontraba despierto.

En el grupo B el 10 % se encontraba dormido profundamente, el 65 % somnoliento con respuesta a la movilización y el 25 % se encontraban despiertos. En el grupo C el 20 % se encontraba somnoliento con respuesta a la movilización y el 80.5% se encontraba despierto. Esto nos hace inferir que estos grados de sedación pudieron estar influenciados por el tipo de cirugía, la técnica anestésica y el efecto residual de los medicamentos anestésicos.

Grupo	1 Hora						8 Hora						12 Hora					
	0		1		3		0		1		3		0		1		3	
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
A	3	15	10	50	7	35	18	90	2	10	0	0	20	100	0	0	0	0
B	5	25	13	65	2	10	20	100	0	0	0	0	20	100	0	0	0	0
C	16	80	4	20	0	0	20	100	0	0	0	0	20	100	0	0	0	0
Total	24	40	27	45	9	15	58	96	2	33	0	0	60	100	0	0	0	0

Fuente: Historias Clínicas.

A las 8 y 16 horas restantes los pacientes no presentaron prácticamente ningún efecto sedativo con la utilización del Tramadol. La comparación estadística entre el grupo A y el grupo B fue: ($X^2 = 2.5$) con $P > 0.05$ y entre el grupo B y el grupo C con $X^2 = 12.1$ con $P > 0.05$ lo que demuestra que no hubo una diferencia significativa en cuanto a este parámetro.

En el gráfico 1 observamos las principales reacciones indeseables encontradas en nuestro estudio, donde las más frecuentes fueron las náuseas y los vómitos durante

las 16 horas posteriores al acto quirúrgico. En los pacientes sometidos a cirugía abdominal estas reacciones fueron mucho más frecuentes, a diferencia de lo que ocurrió en otros tipos de cirugía, por ejemplo en cirugía traumatológica donde la náusea y el vómito juntos apenas llegan al 20 %.

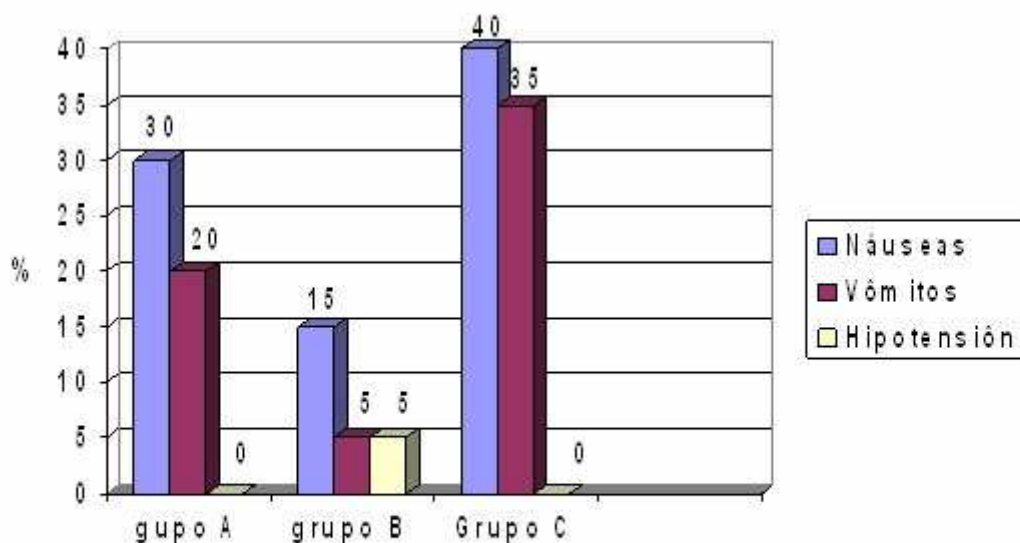


Gráfico 1. Reacciones indeseables en pacientes con Tramadol postoperatorio. Hospital "Abel Santamaría Cuadrado" enero-diciembre 2002.

DISCUSIÓN

La dosis analgésica del Tramadol contra los otros analgésicos establece un rango de 1:1 para la Petidina, 5:1 para la Nalbufina y 12:1 para la Morfina. Más específicamente, algunos autores relatan que una dosis de 100 mg de Tramadol es equivalente a 10 mgs de morfina en cuanto a intensidad y duración de la analgesia.^{14,15} Barona E y Col en su estudio plantean que el Tramadol consigue mantener un nivel de analgesia adecuado (ausencia de dolor o dolor leve en 82.8 % de pacientes con una duración promedio de 5.7 ± 2.9 horas^{16,17} Lo cual coincide con lo encontrado en nuestro estudio, pues al utilizar el Tramadol obtuvimos buena analgesia independientemente del grupo quirúrgico al que se le aplicó.

También cabe destacar que al Tramadol se le une una buena capacidad ansiolítica por su acción inhibiendo la recaptación de noradrenalina y serotonina,¹⁻³ mas sin embargo no adiciona una sedación profunda por si sola, sino un efecto aditivo al residual que proviene de fármacos utilizados en una anestesia general.

En la génesis de las náuseas y vómitos existe un componente quirúrgico debido a la manipulación de las vísceras abdominales antes que un efecto farmacológico del Tramadol. Esto coincide con lo planteado por otros autores que comprueban que el factor de riesgo para la producción de náuseas y vómitos debido a la anestesia en cirugía abdominal es de un 20 a un 25 %. (17-24).

Se concluye que la analgesia lograda con el Tramadol es buena y que el método se puede extender a cualquier tipo de cirugía, ya sea somática o visceral. Las dosis de rescate de la analgesia son mas necesarias a las 8 horas dado que la concentración plasmática de la primera dosis comienza a decaer a las 5.7 ± 2.9 horas. La primera hora fue la más crítica en cuanto a grado de sedación, destacándose mejor estado de vigilia en el grupo C lo cual nos hace inferir que, a pesar de que el Tramadol

tiene efectos ansiolíticos, estos grados de sedación pudieron estar influenciados por el tipo de cirugía, la técnica anestésica y el efecto residual de los medicamentos anestésicos. Las reacciones secundarias más frecuentes fueron las náuseas y los vómitos observados en los grupos A y C. En la cirugía traumatológica las náuseas y los vómitos tuvieron menor incidencia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Nossol S, Stadler TH. Tratamiento del dolor con tramadol de liberación prolongada, 100,150 y 200 mg. Resultados de un estudio de farmacovigilancia. *Int j Clin Pract* 1998; 52(2): 115-121.
2. Bamigbade TA, Langford RM. The clinical use of tramadol hydrochloride. *Pain Reviews* 1998; 5(3): 155-82.
3. Tonic L J. Treatment of post operative pain with analgesic. *Anestesiología Yugoslávica* 2000; 16(1): 51-60.
4. Yera Nodal JL. Valoración del tramadol en el dolor oncológico. Conferencia Internacional del Dolor. La Habana: Centro Ortop; 2000.
5. Torres Morera LM. Analgesia en el paciente traumatizado. Conferencia del III Simposio Internacional del Dolor. La Habana: Centro Ortop; 2000.
6. Caldwell J Long ? Term use of tramadol is a safe and effective treatment of ortearthritis pain. *Arthritis Rheumm* 1998; 41(9): 10-14.
7. Ruiz F. Analgesia pediátrica. Ecuador: Grunental-Ecuatoriana; 1999.
8. Rodríguez N, Rodríguez Pereira E. Tramadol in cancer pain. *Curr Ther Rev* 2000; 46(10): 142-148.
9. Magrini M, Revolta G, Bolis C. Analgesic activity of tramadol and pentazocine in post operative pain. *Int J Clin Pharmacol Rev* 1998; 18(2): 87-92.
10. Ramirez Guerrero A. Experiencia con el uso de clonidina con o sin meperidina por vía epidural para el tratamiento del dolor postoperatorio. *Rev Mex Anest* 1999; 17:165-169.
11. González Orozco ME, Barrios M. Eficacia de la analgesia del tramadol por vía IV y por vía IM. *Bol Med Postgrado* 2002; 18 (2): 54 - 60.
12. Teixeira MJ, Okada M, Texeira W. Analgesic efficacy and tholerability of tramadol. *Rev Bras Med* 1999; 56 (4). 287 - 293.
13. Barona Díaz E, Corral Hernández A. Tramadol por vía epidural para el manejo del dolor post operatorio en comparación con morfina. Quito. *Rev Anest* 2000; 5 (1): 101 - 105.

14. Lubenow TR, Gullen BF, Stoelting RK. Control del dolor agudo post operatorio. México: McGraw Hilt Interamericana; 1999.
15. López Rosales C, Cabrera Magaña EN, Solís Esperanza J. Tramadol en el manejo del dolor ginecoobstétrico. Ginecol Obst Mex 2000; 65 (4): 152-154.
16. Iglesias Irure O. Analgesia post operatoria en pacientes histerectomizadas. Estudio comparativo entre el tramadol y morfina (Tesis). Hospital General Abel Santa María; 2001.
17. Báez E, Notario A, Ruiz C. Analgesia en el postoperatorio: Un estudio abierto con tramadol. Ecuador: Med Ecuatoriana; S.A.
18. Pieri M, Meacciñ Santini L. Control of acute pain after major abdominal surgery in 585 patient given tramadol and ketorolac by intravenous infusion. Drugs Exp Clin Rev 2002; 28 (5): 113 - 118.
19. Brawn D, Riesgos y resultados en anestesia. Rev Mex 1998, 17 (7): 142 - 44.
20. Pang WW, Wu HS, Linc CH. Metoclopramida decrease e mesis but in creses sedation in tramadol PCA. Con J Anest 2002; 49 (8): 1029 - 1033.

Recibido: 31 de enero de 2005

Aprobado: 18 de abril de 2005

Dr. Luís M. Suárez González. Calle Pascual Martí 228 alto. Entre Raúl Sánchez y Camilo Cienfuegos. Reparto Cuba Libre. P. del Río. Cuba.