

Manejo del Dolor en Pacientes con Cáncer Renal Pain Management in Patients with Renal Cancer

Morales M, Andrea (1); Miranda O, Juan Pablo (2); Jiménez V, Leonella (1); Plaza C, Gerson (2); Pacheco L, Sergio (2); Jaque G, Juanita (2);

Resumen

Introducción: En pacientes con cáncer renal se ha observado hasta un 40% de dolor como síntoma de presentación, cifra que puede aumentar hasta 70% en etapas avanzadas. **Objetivo:** Obtener el perfil de manejo de pacientes con cáncer renal atendidos en la Unidad de Dolor y Cuidados Paliativos del Hospital Clínico de la Universidad de Chile (UDYCP-HCUCU). **Material y métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes ingresados a la UDYCP-HCUCU con diagnóstico de cáncer renal en la última década. Se analizaron características clínicas, de manejo urológico y analgésico, mortalidad y sobrevida global; a través de registros estadísticos, fichas clínicas y certificados de defunción. El análisis estadístico se realizó mediante kwallis test ($p < 0.05$). **Resultados:** 3.4% de los pacientes atendidos por cáncer renal en el HCUCU fueron derivados a UDYCP ($n=14$), en promedio a los 16.8 ± 14.9 meses post diagnóstico. 64.3% fueron de sexo masculino. Edad promedio de 68 ± 13.7 . En 85.7% ($n=12$) se realizó nefrectomía radical, de los cuales 91.7% ($n=11$) correspondieron a carcinoma de células renales, 85.7% ($n=12$) en etapa IV. La estadía promedio en UDYCP fue de 19.5 ± 19.2 meses. El puntaje EVA disminuyó en 65.1% con manejo analgésico ($p < 0.04$). La mortalidad fue de 71.4% ($n=10$), con sobrevida promedio de 43.8 ± 13.6 meses. **Discusión:** Es necesaria una mayor difusión del funcionamiento de las unidades del dolor y cuidados paliativos, para evitar una derivación tardía y mejorar la calidad de vida de estos pacientes, considerando la alta efectividad del manejo analgésico.

Palabras clave: cuidados paliativos; cáncer renal

Summary

Introduction: Up to 40% of pain has been the first symptom in patients with renal cancer. This percentage may raise up to 70% in more advanced stages.

Objective: To obtain the management profile of patients with renal cancer treated at the Hospital Clínico de la Universidad de Chile Pain and Palliative Care Unit (UDYCP-HCUCU).

Material and methods: A descriptive and retrospective research of patients treated at the UDYCP-HCUCU that were diagnosed with renal cancer in the last decade. Clinical, urologic and analgesic characteristics were analyzed as well as mortality and global survival by using statistical data, clinical charts and death certificates. Kwallis test ($p < 0.05$) was used to analyze statistics. **Results:** 3.4% of renal cancer patients treated at the HCUCU were sent to UDYCP ($n=14$), in average after 16.8 ± 14.9 months from diagnose. Average age 68 ± 13.7 . Radical nephrectomy was made to 85.7% ($n=12$) from which 91.7% ($n=11$) showed renal cell carcinoma and 85.7% ($n=12$) were at stage IV. The average stay at the UDYCP was 19.5 ± 19.2 months. EVA score dropped in 65.1% with analgesic treatment ($p < 0.04$). The percentage of mortality was 71.4% ($n=10$) with an average survival of 43.8 ± 13.6 months.

Discussion: The work done at pain and palliative care units should be broadly divulged to avoid referring patients too late and to improve the quality of their lives, taking into consideration that analgesic management is highly effective.

Key words: palliative care; renal cancer

Introducción

El cáncer renal constituye aproximadamente entre el 2% a 3% de todos los tumores malignos (1-4), siendo el carcinoma de células renales la neoplasia maligna renal más frecuente (3-6). Si bien ocupa el tercer lugar de prevalencia dentro de los tumores malignos genitourinarios, presenta la mayor letalidad dentro de las neoplasias urológicas (7).

En la última década se ha observado un aumento en la incidencia de cáncer renal, debido en parte a la mayor utilización de imágenes radiológicas (8-9) y al aumento de los factores de riesgo clásicamente involucrados en su desarrollo, como tabaquismo, obesidad, hipertensión arterial y diabetes mellitus (11-13).

La presentación clínica del cáncer renal es predominantemente asintomática, diagnosticándose como hallazgo imagenológico en la mayoría de los casos (3,8,11). La aparición de síntomas, principalmente la triada clásica de hematuria, dolor y masa abdominal, son generalmente indicativos de enfermedad avanzada (3,11). Se ha observado entre un 30% a 40% de incidencia de dolor en pacientes con cáncer renal como síntoma de presentación, pudiendo observarse, en etapas avanzadas de la enfermedad, hasta en un 70% de los casos (3,5,14).

En etapas tempranas, el cáncer renal es potencialmente curable mediante cirugía. Sin embargo, ante cualquier signo de enfermedad metastásica, las posibilidades de sobrevida disminuyen de forma abrupta, debido a la poca efectividad demostrada en estos casos de las terapias coadyuvantes actuales (2,3).

El manejo del dolor y los cuidados paliativos en pacientes con cáncer avanzado constituye una preocupación creciente en las

(1) Facultad de Medicina. Universidad de Chile.

(2) Unidad de Dolor Cuidados Paliativos. Hospital Clínico Universidad de Chile.

últimas décadas. La Organización Mundial de la Salud ha enfatizado como objetivos prioritarios el alivio del dolor y los cuidados paliativos en el programa mundial de manejo de pacientes oncológicos, con el fin de mejorar la calidad de vida de aquellos pacientes en los cuales las posibilidades curativas ya se han agotado (16-19).

En nuestro país, dentro de los Objetivos Sanitarios para Chile 2000 - 2010 del Ministerio de Salud, se encuentra la disminución de la prevalencia de dolor en los enfermos con cáncer terminal (20). Así, en el año 2003 los cuidados paliativos fueron incorporados al Sistema de Acceso Universal de Garantías Explícitas (AUGE), mediante el Programa Nacional de Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos por Cáncer Terminal, teniendo como objetivos mejorar la calidad de vida y brindar una muerte digna en estos pacientes (16).

En Chile existen escasas publicaciones sobre el manejo del dolor en cáncer renal. Es por esto que, el objetivo del presente estudio fue describir el perfil de manejo de los pacientes con diagnóstico de cáncer renal atendidos en la Unidad de Dolor y Cuidados Paliativos del Hospital Clínico de la Universidad de Chile (UDYCP-HCUCH), dada la alta prevalencia de dolor en cáncer renal avanzado y la escasa posibilidad de manejo con intención curativa en estos casos.

Material y método

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo de la totalidad de pacientes con diagnóstico de cáncer renal atendidos en la UDYCP-HCUCH, durante el periodo enero 1997 hasta julio 2007. Se registraron variables demográficas, del manejo urológico (síntomatología, manejo quirúrgico, etapificación, estudio histopatológico, utilización terapia coadyuvante); manejo analgésico del dolor: días de sobrevida en el programa, puntuación en la Escala Visual Análoga (EVA) al ingreso y egreso del programa.

En relación a la puntuación EVA, se consideró como puntaje EVA de ingreso aquel que refiere el paciente al momento de incorporarse al programa, y como puntaje EVA de egreso al referido por el paciente o los familiares durante el último control en UDYCP o previo al fallecimiento del paciente. Para la recolección de variables se acudió a registros estadísticos, ficha clínica, registros internos de UDYCP-HCUCH y certificación de mortalidad, a través, del Servicio de Registro Civil e Identificación.

Se realizó la tabulación de datos en programa Microsoft Excell XP®, previa corrección de muestra por población finita y posteriormente se analizaron las variables con *kwallis test* en programa estadístico Stata 8.4, con nivel de significancia $p < 0.05$.

Resultados

De un total de 412 (100%) casos de cáncer renal atendidos en el Hospital Clínico Universidad de Chile, 14 (3.4%) pacientes fueron derivados a la UDYCP-HCUCH. El promedio de edad

fue de 68 ± 13.7 (47-86), sin diferencias por sexo. En 12 (85.7%) pacientes se realizó manejo quirúrgico, en todos los casos con nefrectomía radical; considerándose sólo 2 (14.3%) fuera del alcance quirúrgico. En relación a la etapificación 12 (85.8%) de los pacientes se encontraban en etapa IV. Y el estudio anatomopatológico de éstos últimos reveló 11 casos (91.7%) de carcinoma de células renales; mientras que 1 (8.3%) caso correspondió a un liposarcoma mixoide diferenciado. El resto de las variables clínicas y de manejo urológico se presentan en la Tabla 1.

CARACTERISTICAS (n=14)	
Sexo (nº,%)	9 (64.3)
Masculino	5 (35.7)
Femenino	68±13.7(47-86)
Edad (años±ds)	
Lateralidad (nº,%)	8 (57.1)
Izquierdo	6 (42.9)
Derecho	
Etapificación TNM (nº,%)	1 (7.1)
I	1 (7.1)
II	0
III	12 (85.8)
IV	
Metástasis (nº,%)	8 (57.1)
Óseas	6 (42.9)
Pulmonar	4 (28.6)
Hepática	7 (50)
Otras	6 (42.9)
Quimioterapia (nº,%)	2 (14.3)
Radioterapia (nº,%)	16.8 ± 14.9
Derivación a UDYCP post diagnóstico (meses±ds)	19.5 ± 19.2
Estadía en UDYCP (meses±ds)	43.8 ± 13.6
Sobrevida meses (meses±ds)	10 (71.4)
Mortalidad (nº, %)	

Tabla 1. Variables demográficas y clínicas.

Al momento del estudio sólo 3 (28.6%) pacientes permanecían con vida, según los registros del Servicio de Registro Civil e Identificación, 2 (14.3%) de los cuales se encontraban en

tratamiento paliativo para su patología dentro de la UDYCP-HCUCH. Y 2 (14.3%) pacientes egresaron anticipadamente de nuestra unidad por traslado a otro centro de manejo del dolor y cuidados paliativos. Por lo que no se consideraron para el análisis del puntaje EVA.

En relación al manejo del dolor en los pacientes, se constató una disminución significativa en un 77.6% del puntaje EVA al egreso de la unidad $p < 0.03$ ($n=10$). Figura 1.

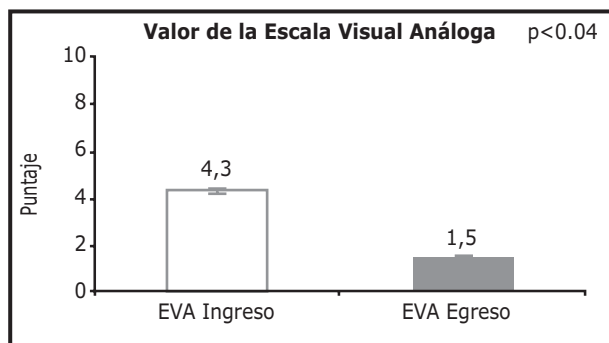


Figura 1. Valor de la Escala Visual Análoga al ingreso y al egreso del Programa de Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos ($n=10$).

Discusión

En nuestra serie la distribución demográfica por sexo y edad son similares a lo reportado por otras series nacionales y extranjeras, las cuales han mostrado una mayor prevalencia de cáncer renal entre la 5° a 7° décadas de la vida y predominio en pacientes de sexo masculino, con una relación H:M= 2:1 (7,9). En relación a las características tumorales y de manejo quirúrgico, son concordantes también con otros autores, en cuanto a predominio histopatológico de carcinoma de células renales y nefrectomía radical como tratamiento de elección en etapas más avanzadas (2,3,10,13).

Es destacable la alta mortalidad observada en nuestra serie, mayor al 70%, y el poco tiempo de permanencia en la unidad (19.5 ± 19.2 meses), lo que se puede explicar por la alta prevalencia de pacientes en etapa IV de su enfermedad (85.8%) al momento del ingreso a la UDYCP-HCUCH. Esto podría estar relacionado a una tardía derivación desde el equipo quirúrgico tratante a la unidad de dolor y cuidados paliativos, la que se realizó en promedio a los 16.8 ± 14.9 meses desde el momento del diagnóstico.

La sobrevida promedio (43.8 ± 13.6 meses) resultó menor a lo reportado por otros autores en cuanto a sobrevida global; sin embargo, no es discrepante de resultados de otros estudios realizados en pacientes de edades avanzadas, sobre 65 años, y en estadios tumorales avanzados (2,5,14).

En relación al manejo del dolor y cuidados paliativos, se obtuvo una remisión significativa del 71.4% del puntaje EVA al egreso, lo que demuestra un adecuado manejo de la analgesia en estos pacientes, al igual que lo comunicado por otras series, donde el éxito de terapia analgésica farmacológica en pacientes oncológicos

tiene respuestas de hasta 90-95% (16-19).

Por lo que creemos que es necesario dar una mayor difusión a nivel médico, tanto general como especialistas, del funcionamiento de las unidades del dolor y cuidados paliativos, de manera de evitar una tardía derivación y lograr un mejor manejo de estos pacientes.

Correspondencia

Juan Pablo Miranda Olivares
Unidad del Dolor y Cuidados Paliativos
Hospital Clínico Universidad de Chile.
Dirección: Santos Dumont 999
Fono: 9788824
udolor@redclinica.cl

Referencias Bibliográficas:

1. Le Moore, RT Wilson, SL Campleman. Lifestyle factors, exposures, genetic susceptibility, and renal cell cancer risk: a review. *Cancer Invest*, January 1, 2005; 23(3): 240-55.
2. L Gattinoni, M Alu, L Ferrari, P Nova, M Del Vecchio, G Procopio, A Laudani, B Agostara, and E Bajetta. Renal cancer treatment: a review of the literature. *Tumori*, September 1, 2003; 89(5): 476-84.
3. Vargas M, Cabello R, Núñez N, Díaz C, Roa J, Mardones R. Adenocarcinoma Renal: Análisis y Pronóstico de una muestra de 86 pacientes estudiados entre 1990 y 1999 en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile. *Revista Chilena de Urología*, 2002; 67 (2): 149-153.
4. Jensen C, Riffo R, Martínez N et al. Presentación sincrónica de cáncer colorectal y tumor renal. *Rev Chil Cir*, jun. 2007, vol.59, no.3, p.212-216.
5. Arguelles Salido, E., Medina Lopez, R.A., Congregado Ruiz, C.B. et al. Análisis de las neoplasias renales en adultos menores de 40 años. *Actas Urol Esp*, 2004; 28 (5): 335-340.
6. SA Karumanchi, J Merchan, and VP Sukhatme. Renal cancer: molecular mechanisms and newer therapeutic options. *Curr Opin Nephrol Hypertens*, January 1, 2002; 11(1): 37-42.
7. Gómez L., Budía A., Delgado F.J. et al. Cáncer renal incidental en pacientes de edad geriátrica: hallazgos clínicos e histopatológicos. *Actas Urol Esp*, 2006; 30 (2): 139-144
8. Velasco A, Ceroni M, Salvadó JA, Celis S, Troncoso P, San Francisco I, Martínez L. Tumores renales quísticos, Correlación clínica patológica y sobrevida. *Revista Chilena de Urología*, 2006; 71 (1): 19-26.
9. Chow WH; Devesa SS; Warren JL; Fraumeni JF. Rising incidence of renal cell cancer in the United States. *JAMA*, 1999; 281(17):1628-31.
10. Wunderlich H; Schumann S; Jantitzky V; Moravek P; Podhola M; Kosmehl H; Schubert J. Increase of renal cell carcinoma incidence in central Europe. *Eur Urol*, 1998; 33(6):538-41.
11. Velasco A, Cabello JM, Del Campo F, Martínez L, Martínez P, Martínez C, Troncoso P, Int. May E. Nefrectomías Parciales Por Cáncer. *Revista Chilena de Urología*, 2002; 67 (1): 53-57.
12. A Zucchetto,* L Dal Maso, A Tavani, M Montella, V Ramazzotti, R Talamini, V Canzonieri, A Garboglio, E Negri, S Franceschi and C La Vecchia. History of treated hypertension and diabetes mellitus and risk of renal cell cancer. *Annals of Oncology*, 2007; 18(3):596-600.
13. Veronica Wendy Setiawan, Daniel O. Stram, Abraham M. Y. Nomura, Laurence N. Kolonel and Brian E. Henderson. Risk Factors for Renal Cell Cancer: The Multiethnic Cohort. *American Journal of Epidemiology*, 2007; 166(8):932-940.
14. Sánchez D, López J, Arocena J, et al. Clínica, diagnóstico y pronóstico del carcinoma renal. *Actas Urol Esp* 2002; 26(8): 532-540.
15. Wilson Astudillo A. y Carmen Mendiñeta A. Principios Generales de los Cuidados Paliativos. Guía de recursos sanitarios y sociales en la fase final de la vida en Gipuzkoa. 1º sección. En <http://www.sovpal.org> Acceso octubre, 2007.
16. Guía Clínica Alivio del dolor por Cáncer Avanzado y Cuidados Paliativos. 1st Ed. Santiago: Minsal, Ministerio de Salud de Chile. 2005.
17. Rabah E. Dolor en Cáncer. Guías de Dolor Federación Latinoamericana de Sociedades de Dolor. Volumen 1. En <http://www.fedelat.net> Acceso octubre, 2007.
18. Guerrero M, León A, Dagnino J. Dolor en Cáncer. *Boletín Esc. de Medicina, P. Universidad Católica de Chile* 1994; 23: 184-186.
19. Rodríguez R, Daza P, Rodríguez M. Tratamiento farmacológico del dolor en pacientes con cáncer. *Colomb Med* 2006; 37: 242-246.
20. Objetivos sanitarios para el 2000-2010. Ministerio de Salud de Chile. En <http://www.minsal.cl> Acceso octubre, 2007.