

Tratamiento del Dolor Oncológico en el Programa de Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos del Hospital San Francisco de Llay-Llay.

Treatment of the Oncologic Pain in the Pain and Palliative Care Program of the San Francisco's Hospital in Llay-Llay

Miranda, Juan Pablo (1); Plaza, Gerson (1); Pacheco, Sergio (1); Jaque, Juanita (2); Olmedo, Cristián (3); Luza, Leslie (4)

Resumen

El principal problema de los pacientes en etapa terminal es el dolor, utilizándose para su manejo la Escalera Analgésica (EA) propuesta por la Organización Mundial de la Salud, estando ampliamente validado su uso. El presente estudio pretende obtener un perfil epidemiológico y clínico de los pacientes atendidos en una unidad del dolor rural.

Se realizó un estudio prospectivo descriptivo del total de pacientes ingresados al Programa de Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos del Hospital de Llay-Llay, entre 2004-2006.

Analizamos 91 pacientes, edad 70.05 ± 13.17 p=ns. En relación a la presencia de cuidador, conocimiento del diagnóstico, puntaje en Escala Visual Análoga (EVA) de ingreso y egreso, sobrevida y lugar de fallecimiento, no encontramos diferencias significativas por sexo. Las principales causas de ingreso fueron cáncer gástrico (21.98%) y cáncer pulmonar (8,79) p=ns; ingresando principalmente al segundo peldaño de la EA, para egresar en el tercero $p < 0.005$, con un EVA= 0,59 $p < 0.0001$.

La principal causa de ingreso fue el cáncer gástrico lo que se correlaciona con otras series. Se observó una progresión significativa en el peldaño de la EA al egreso, correspondiente con una disminución de un 87,6% del EVA de ingreso, reflejando la eficacia del uso de la EA en este programa.

Palabras clave: analgesia; cuidados paliativos; escala visual análoga.

Summary

Introduction: The main problem of the patients in final stage is the pain, being used for its handling the Analgesic ladder (EA) propose by the World-wide Organization of the Health, widely being validated its use.

Objective: The present study tries to obtain a profile clinical epidemiologist and of the patients in a rural pain's unit. It was made a descriptive prospective study of the total of patients entered the Program of Lightening of the Pain and Palliative Cares the Hospital of Llay-Llay, between 2004-2006.

Results: We analyzed 91 patients, age 70.05 ± 13.17 p=ns. In relation to the caretaker presence, knowledge of the diagnosis, puntaje in visual analogue scale (EVA) of entrance and debit, sobrevida and place of death, we did not find significant differences by sex. The main causes of entrance were gastric cancer (21.98%) and pulmonary cancer (8,79) p=ns; they entering mainly the second step of the EA, to withdraw in third $p < 0.005$, with EVA= 0,59 $p < 0.0001$.

Conclusions: The main cause of entrance was the gastric cancer what it is correlated with other series. A significant progression in the step of the EA was observed the debit, corresponding with a diminution of a 87.6% of the EVA of entrance, reflecting the effectiveness of the use of the EA in this program.

Key words: analgesia; palliative cares; visual analogue scale.

Introducción

El dolor, como síntoma, constituye una de las causas más frecuentes de consulta en Atención Primaria (AP). Siendo importante, tanto por el sufrimiento físico que provoca en el paciente como por la afectación psicológica y la repercusión laboral, social y económica. La Asociación Internacional Para el Estudio del Dolor (IASP) clasifica al dolor en crónico benigno y maligno (6). Y según la Organización Mundial de la Salud (OMS), se estima que al menos 3,5 millones de personas en todo el mundo sufren diariamente por dolor oncológico (WHO, 1986) (7), que el 38% de los pacientes en todos los estadios experimentan dolor (8) y que el 80% de ellos en fase avanzada sufren dolor de moderado a severo (9), lo que lo convierte en un

importante problema de salud pública a ser resuelto. Siendo un problema de importancia a nivel nacional e internacional, esto ha llevado a los profesionales de la medicina y a las autoridades sanitarias a crear unidades de tratamiento paliativo del dolor y sociedades para su estudio y tratamiento (10); considerando una gran variedad de especialidades, de manera de lograr una asistencia integral, integrada, multidisciplinaria y continuada (11,12). En Chile, los cuidados paliativos surgen de la iniciativa de distintos grupos, que buscaban implementar una modalidad asistencial interdisciplinaria para aliviar el sufrimiento de pacientes terminales y de sus familias. Con este fin se desarrolló en 1995 la Norma Alivio del dolor por Cáncer y Cuidados Paliativos, que contiene los Protocolos Nacionales para la evaluación y tratamiento de los síntomas del cáncer avanzado; siendo aprobada en 1998 en calidad de Norma General Técnica N° 31 y 32 (13). Posteriormente en 2003 se incorpora al Sistema de Acceso Universal de Garantías Explícitas, mediante el Programa Nacional de Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos por Cáncer Terminal. Teniendo

* (1) Interno. Facultad de Medicina Universidad de Chile.

(2) Médico Anestesiólogo. Universidad de Chile.

(3) Médico EDF. Hospital San Francisco Llay-Llay

(4) Enfermera Universitaria. Hospital San Francisco Llay-Llay.

como objetivos mejorar la calidad de vida y contribuir a una muerte digna en estos pacientes; siendo su principal fortaleza el compromiso de los distintos miembros de los equipos multidisciplinarios de toda la red asistencial (14). En el año 1996 en el Hospital San Francisco de Llay Llay surge el programa de Alivio del Dolor, por iniciativa local, al ver las dificultades existentes para conseguir recursos básicos para los pacientes oncológicos. Se organiza así un programa de salud con aportes ministeriales, compuesto por un equipo interdisciplinario, con el objetivo de la asistencia total y activa al paciente y su entorno (15). En el tratamiento del dolor oncológico se utilizan las directrices de la Organización Mundial de la Salud (16), a través de la utilización de la escalera analgésica, creada originalmente para el manejo del dolor oncológico e incorporándose actualmente al dolor de tipo crónico benigno. Consiste en un esquema sencillo de tratamiento progresivo del dolor, en que se consideran los peldaños analgésicos según nivel de dolor, estando ampliamente validado su uso (17-19). Se caracteriza por la eficacia y seguridad en el manejo, obteniendo control del dolor en un 80% de los pacientes (20).

Existen escasas publicaciones nacionales sobre el uso de la escalera analgésica en el tratamiento de los pacientes oncológicos, por lo que se realizó un estudio descriptivo de los pacientes atendidos en la Unidad de Cuidados Paliativos del Hospital de San Francisco de Llay-Llay, teniendo como objetivo principal obtener un perfil epidemiológico y clínico de estos pacientes.

Materiales y método

Se realizó la revisión de las fichas clínicas del total de pacientes ingresados al Programa de Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos del Hospital San Francisco de Llay-Llay, entre enero de 2004 y diciembre de 2006.

Se obtuvieron variables demográficas, diagnóstico, días de sobrevida en el programa, puntuación en la escala visual análoga (EVA) al ingreso y egreso del programa y el tratamiento farmacológico utilizado, clasificándolo en

peldaños analgésicos según el uso la escalera analgésica propuesta por la OMS (16).

Esta última consiste en 3 peldaños, donde se clasifica a los pacientes según la intensidad del dolor, en base al puntaje EVA. El primer peldaño recomienda el tratamiento del dolor leve con el uso de analgésicos no opioides como acetaminofeno, ácido acetilsalicílico o antiinflamatorios no esteroideos. El segundo peldaño agrega el uso de agentes opioides suaves en combinación con agentes no opioides, para el dolor moderado. En el tercer peldaño para los dolores severos, se recomienda el uso de opioides potentes. En todos los peldaños, además se considera el uso de agentes coadyuvantes como antieméticos, procinéticos, anticonvulsivantes, antidepresivos, etc. Últimamente se ha agregado un cuarto peldaño para el dolor refractario a tratamiento médico, en el cual se aplican medidas analgésicas invasivas, como infiltraciones, cirugías ablativas, etc; y el concepto de ascensor analgésico, en donde sugiere según intensidad del dolor, un paso no progresivo entre los peldaños (21).

En relación a la puntuación EVA, se consideró como puntaje EVA de ingreso, el que refiere el paciente al momento de incorporarse al programa y al puntaje EVA de egreso al referido por el paciente o los familiares obtenido en el último día antes del fallecimiento del paciente. Se realizó la tabulación de datos en programa Microsoft Excell XP® y posterior análisis de variables con T-test, Chi2 y Anova en programa estadístico Stata 8.4.

Resultados

Durante el periodo descrito ingresaron un total de 93 pacientes al Programa de Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos. Con promedio de edad de 70.05 ± 13.17 años sin diferencias por sexo. Dos pacientes se egresaron anticipadamente del Programa, uno (1.08%) por no presentar etapa terminal en su diagnóstico y otro (1.08%) por traslado voluntario a otra ciudad; no se incorporaron estos casos para el análisis final.

En relación a otras características como la presencia de

Variables	Hombres	Mujeres	Total	p
Nº (%)	50 (54.95)	41 (45.05)	91 (100)	
Edad $\pm$ ds (años)	71.24 $\pm$ 12.18	68.61 $\pm$ 14.03	70.05 $\pm$ 13.17	ns
Cuidador Familiar nº (%)	50 (54.95)	41 (40.5)	91 (100)	ns
Conocimiento del Diagnóstico Si/No (%)	26 (28.57) / 24 (26.37)	25 (27.47) / 16 (17.58)	51 (56.04) / 40 (43.96)	ns
EVA ingreso $\pm$ ds	4.84 $\pm$ 2.62	4.66 $\pm$ 2.88	4.76 $\pm$ 2.73	ns
EVA egreso $\pm$ ds	0.78 $\pm$ 1.89	0.34 $\pm$ 1.1	0.59 $\pm$ 1.56	ns
Sobrevida $\pm$ ds (días)	83.71 $\pm$ 98.08	88.08 $\pm$ 213.46	85.62 $\pm$ 158.04	ns
Fallecimiento en domicilio Si/No (%)	47 (54.02) / 2 (2.3)	38 (43.68) / 0 (0)	85 (97.7) / 2 (2.3)	ns
Egreso del Programa Si/No (%)	49 (53.85) / 1 (1.1)	38 (41.76) / 3 (3.3)	87 (95.6) / 4 (4.4)	ns

Tabla I. Distribución Demográfica según sexo.

cuidador familiar, conocimiento del diagnóstico, puntaje EVA de ingreso y egreso, tiempo de sobrevivencia y lugar de fallecimiento, no encontramos diferencias significativas al analizar las variables por sexo. Al momento del estudio solamente 4 (4.4%) pacientes permanecían con vida, en tratamiento paliativo para su patología dentro del programa (Tabla I).

La primera causa de ingreso al Programa fue el cáncer gástrico (21.98%), seguido de cáncer pulmonar (8,79) y cáncer de páncreas (7,69) $p=ns$. Siendo el cáncer de mama exclusivo en mujeres $p<0.03$, sin diferencias por sexo en el resto de los tipos de cáncer (Tabla II).

Nuestros pacientes ingresaron principalmente con un puntaje EVA correspondiente a un dolor moderado, por lo que se inició su tratamiento paliativo en el segundo peldaño de la escalera analgésica (Figura 1). Progresan al tercer peldaño a medida que transcurrió el tiempo dentro del programa, $p<0.005$, para egresar del programa con un puntaje EVA significativamente menor que al ingreso, $p<0.0001$ (Figura 2).

En relación a la vía de administración farmacológica al ingreso, 88 (96.7%) de los pacientes recibían medicamentos por vía oral, mientras que al egreso disminuyó a 50 (54.9%), adquiriendo mayor importancia la vía subcutánea en 41 (45.1%) de los pacientes $p<0.05$ (Figura 3).

Diagnóstico	Número	Porcentaje (%)
Cáncer gástrico	20	21,9
Cáncer pulmonar	8	8,8
Cáncer páncreas	7	7,7
Carcinomatosis	7	7,7
Cáncer vesícula y vía biliar	7	7,7
Cáncer cabeza cuello	6	6,7
Cáncer mama	6	6,7
Cáncer próstata	6	6,7
Cáncer colon y recto	4	4,4
Cáncer ginecológico	4	4,4
Cáncer renal	4	4,4
Cáncer esófago	3	3,3
Cáncer vejiga	3	3,3
Otros tipos de cáncer	3	3,3
Cáncer hepático	2	2,2
Cáncer tiroides	1	1,1

Tabla II. Distribución de los diagnósticos de los pacientes atendidos en el Programa de Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos.

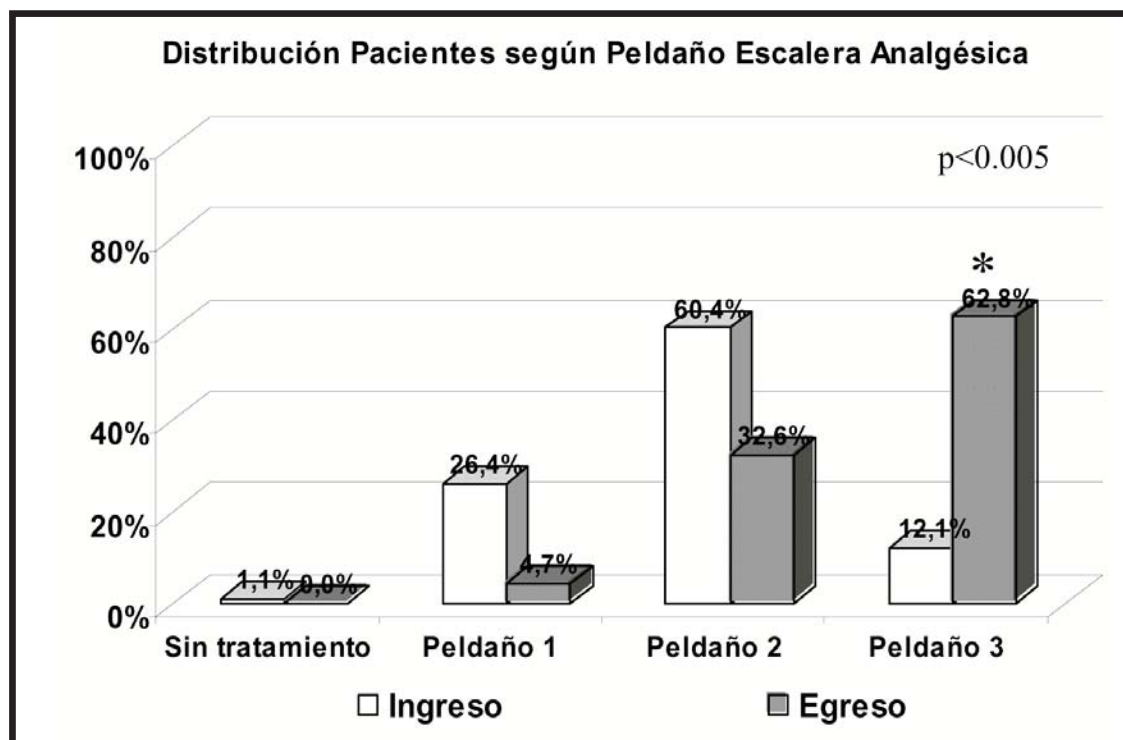


Figura 1. Distribución de los pacientes según peldaño escalera analgésica al ingreso y al egreso del Programa de Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos.

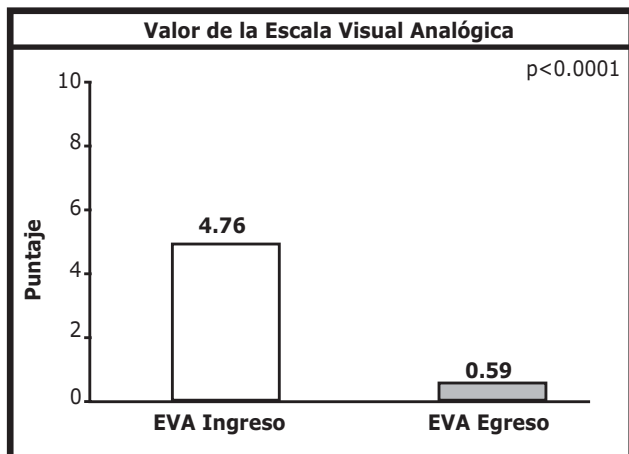


Figura 2. Valor de la Escala Visual Analógica al ingreso y al egreso del Programa de Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos.

Discusión

Al analizar el perfil epidemiológico de los pacientes ingresados al programa de cuidados paliativos, estos se encontraron en su gran mayoría en el grupo etáreo de adulto mayor (>65 años) hecho correspondiente con la mayor preponderancia de patología neoplásica en este grupo. En este mismo aspecto, es destacable el hecho de que el cáncer gástrico fue la primera causa de ingreso al programa, lo que es concordante con otras series nacionales (14, 22).

El otro hecho relevante y a lo que tienden en la actualidad

todos los programas de alivio del dolor y cuidados paliativos, es que la mayoría de los pacientes evaluados tuvieron su fallecimiento en el hogar en un 97.7% (85); podemos explicar esto por el hecho que se analizó una localidad rural, la que tiene una gran cohesión y relación interfamiliar, hecho contrastable con lo que ocurre en localidades urbanas, donde se ha reportado que el porcentaje de pacientes que fallecen sin un cuidador con lazo sanguíneo es más alto, alcanzando un 9,12% (22).

Además es destacable que una parte importante de los pacientes evaluados, no tuvieron el conocimiento de ser portadores de una enfermedad terminal 43,96% (40), situación explicable tanto por la dificultad que existe en comunicar al paciente su situación diagnóstica en un periodo tan breve (permanencia en el programa de 85.62 ± 158.04 días); como por la intención de la familia de disminuir la ansiedad del afectado frente a un diagnóstico ominoso. Sin embargo, esto impide al paciente ser partícipe del proceso de adaptación y resolución de conflictos que le plantea la situación en que se encuentra (23); ejerciendo el médico un rol paternalista, dirigiendo la conducta médica sin el necesario apoyo de un paciente informado (24-26). Visto el hecho de que los pacientes mueren en su mayoría en el hogar al cuidado de un familiar, cabe considerar que al finalizar su paso por el programa un 54,9% de los pacientes reciben sus medicamentos por vía oral ($p < 0,05$), lo que facilita el manejo de sus necesidades, planteando menos problemas para sus cuidadores (figura V). Al momento de ingreso los pacientes se encontraban en su mayoría con un dolor leve-moderado (escala analgésica 1º y 2º peldaños), egresando en el tercer peldaño, dado el curso natural de su enfermedad terminal. Esto se reflejó

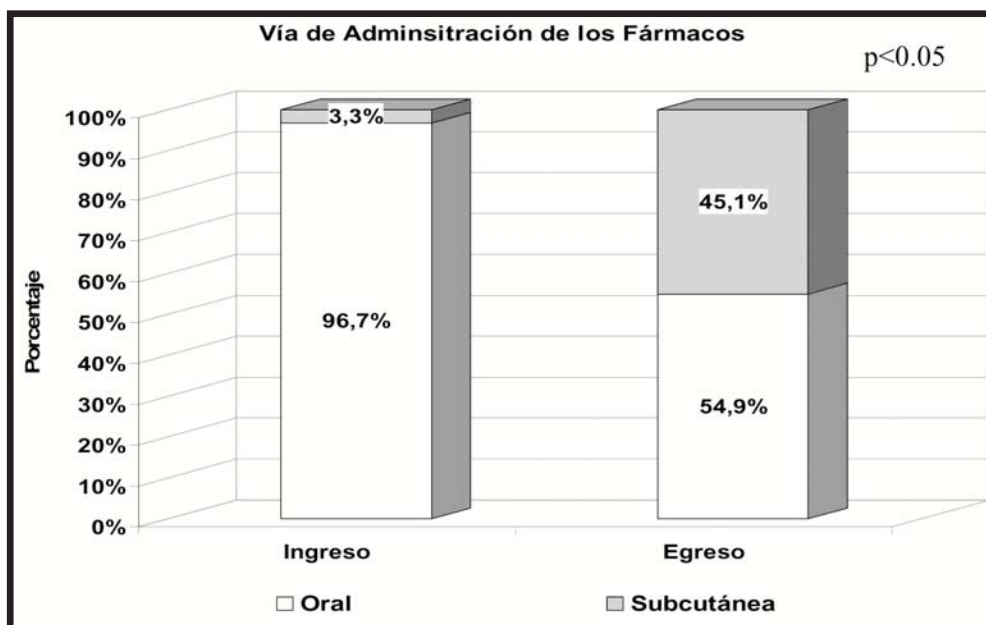


Figura 3. Vía de Administración de los fármacos utilizados en los pacientes del Programa de Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos.

en la disminución significativa en un 87,6% del puntaje de EVA de ingreso ($p < 0,001$), lo que demostraría la eficacia del uso de la escalera analgésica en este programa. Aunque a nivel ministerial se comunica que un 30% de los pacientes tienen al egreso un puntaje EVA de 0 (27), en nuestra serie este porcentaje es ampliamente mayor alcanzando un 82.76%, lo que se expresa en un puntaje EVA de egreso promedio de 0.59. Esta posible subestimación podría darse en el contexto que el informante del EVA de egreso en algunos casos, es un familiar a cargo y no el mismo paciente.

Con el objeto de mejorar los resultados en calidad y gestión de las unidades de Dolor y Cuidados Paliativos en la Atención Primaria de Salud, creemos que es necesario incluir otros

instrumentos para evaluar los efectos de la terapia paliativa realizada, en circunstancias que es difícil hacerlo. Por ejemplo, en pacientes con compromiso de conciencia antes del fallecimiento.

Por último, creemos imperiosa la necesidad de impartir los conocimientos de manera formal de los Cuidados Paliativos a nivel de pregrado, de las distintas escuelas de medicina del país, ya que serán los egresados de éstas, quienes estarán a cargo del manejo de este tipo de pacientes.

Correspondencia

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

Referencias Bibliográficas

- Lubian López M, Romero Coto J. Tratamiento del dolor en Atención Primaria. Control Domiciliario. Relación entre Atención Primaria y Unidades del Dolor. En: Torres LM eds. Medicina del Dolor. Masson S.A. Barcelona 1997: 41-51.
- González Svatetz CA, San José Llangueras S. Epidemiología y grupos de riesgo en Atención Primaria. En Martín Zurro A, Cano Pérez JF eds. Manual de Atención Primaria (2ª ed). Edic. Doyma. Barcelona 1989:123-137.
- Buitrago F, Mendoza-Espejo R. La visita domiciliar en el quehacer del médico de familia. Atención Primaria 1995;5: 271-272.
- Grande S. Tratamiento del dolor crónico en atención primaria, ¿utopía o realidad?. IV Congreso de la Sociedad Española del Dolor. Málaga, 6-9 Octubre 1999.
- Montrone V, Petruzzella O, Petrosino R. El dolor, un síntoma multidisciplinario. Edic. Harofarma S.A. Barcelona 1992:13-35.
- Vervest AC, Schimmel GH. Taxonomy of Pain of the IASP. Pain 1988 Sep; 34(3):318-21.
- World Health Organization. Cancer Pain Relief. Geneva. WHO 1986.
- Foley KM. A review of pain syndromes in patients with cancer. In Symposium on the management of cancer pain. Hosp. Pract. Nueva York: HP Publishing Co, Inc, 1984; 7-16.
- Ahles TA, Ruckdeschel JC, Blanchard EB. Cancer related pain. I. Prevalence in an outpatient setting as a function of stage of disease and type of cancer. J Psychosom Res, 1984; 28: 115 - 119.
- Bonica JJ. Organization and function of a pain clinic. En Bonica JJ eds.: Advances in Neurology vol. 4. Edit. Raven Press Publishers. Chicago, 1986.
- Loeser JD, Madrid Arias JL, Torres Morera LM. Sociedades de estudio del dolor. Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP). Sociedad Española del Dolor (SED). En: Torres LM eds. Medicina del Dolor. Masson S.A. Barcelona 1997:3-6.
- Martín Zurro A, Cano Pérez JF. Atención Primaria de Salud. In Martín Zurro A, Cano Pérez JF eds. Manual de Atención Primaria. De. Doyma. Barcelona 1989:3-11.
- Norma Técnica General N° 31, Resolución Exenta N° 1961, 1998 Y Norma Técnica General N° 32, Resolución Exenta N° 129, 1999. Minsal.
- Guía Clínica: "Alivio del Dolor por Cáncer Avanzado y Cuidados Paliativos". 2005. Minsal.
- Jaimovich R, Sánchez M., Soto R. Informe descriptivo del Programa de Alivio del Dolor, Hospital de Llay-Llay, Servicio de Salud Aconcagua. 2000.
- World Health Organization. Cancer Pain Relief. Geneva: World Health Organization, 1986.
- Schug SA, Zech D, Dörr U. Cancer pain management according to WHO analgesic guidelines. J Pain Symptom Manag 1990; 5: 27-32.
- Walker VA, Hospin PJ, Hanks GW, White ID. Evaluation of WHO analgesic guidelines for cancer pain in a hospital-based palliative care unit. J Pain Symptom Manag 1988; 3: 145-9.
- 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.
- Ventafredda V, Tamburini M, Caraceni A, De Conno F, Naldi F. A validation of the WHO method for cancer pain relief. Cancer 1987; 59: 850-6.
- Millar E. The World Health Organization Analgesic Ladder. Resources for Clinicians. J Midwifery Womens Health. 2004. Nov-Dec; 49(6):542-5.
- González M, Contador R, Jaque J, Pacheco S, Miranda JP, Plaza G: Aspectos demográficos de los pacientes atendidos en la Unidad del Dolor y Cuidados Paliativos del HCUCH. VI Congreso Chileno del Dolor y Cuidados Paliativos. Viña del Mar. 22-24 Nov 2006. El Dolor 46:40
- Sánchez, M. Calidad de vida: concepto, medición y aplicaciones. En Historia, teoría y método de la medicina. Introducción al pensamiento médico. Ed. Masson, Madrid 1998.
- Kubler-Ross E. Sobre la muerte y los moribundos. Ediciones Grijalbo; Barcelona, 1974.
- Grupo de Estudios de Ética Clínica de la Sociedad Médica de Santiago The terminally ill patient. Rev Med Chil. 2000 May; 128 (5):547-52.
- Sánchez M: Comunicación de la verdad al paciente. En historia, teoría y métodos de la medicina. Introducción al pensamiento médico. Ed. Masson, Madrid 1998.
- Base de Datos Nacional del Programa de dolor y Cuidados Paliativos. Minsal 2004.