

Perfil Epidemiológico de Pacientes Atendidos en Policlínico de Dolor Crónico No Oncológico (DCNO), Hospital Hernán Henríquez Aravena (HHHA). Servicio de Salud Araucanía Sur, Región de la Araucanía.

Epidemiological Profile of Patients Served in Chronic Non-Oncological Pain Polyclinic (DCNO), Hernán Henríquez Aravena Hospital (HHHA). Health Service Araucanía Sur, Region of la Araucanía.

Prado, Elizabeth ⁽¹⁾; Carmona, Carolina ⁽¹⁾.

Resumen

Introducción: El dolor crónico no oncológico (DCNO) es un tema de salud pública con alta prevalencia en Chile. Existe evidencia sobre la necesidad de abordaje multidisciplinario por profesionales capacitados. El año 2013 se crea el policlínico de DCNO por la especialidad de fisioterapia, coordinando atención con anestesiólogo para intervencionismo. El Objetivo de este trabajo es conocer las características clínicas de los usuarios en control en policlínico de DCNO.

Material y Método: Estudio retrospectivo, descriptivo, observacional. Desde la base de datos de usuarios atendidos entre inicios del 2013 y mayo 2018 de policlínico DCNO del Servicio de Medicina Física y Rehabilitación del HHHA; se recogen variables como: sexo, edad, etnia, previsión, ruralidad, diagnóstico ingreso, intensidad dolor (según NRS), tratamiento farmacológico, entre otras. Para manejo estadístico se utiliza planilla Excel, con pruebas paramétricas (promedio, mínimo, máximo), tablas y gráficos.

Resultados: Los usuarios en control en el periodo fueron 125, con un 67,2% de mujeres y una mediana de edad de 55,5 años (mínimo 12, máximo 88). El 58,4% tenía como previsión Fonasa B, 83,2% presenta domicilio urbano, 16% etnia mapuche. El mayor número de ingresos ocurrió el año 2017. Las derivaciones provienen de especialidades médicas (25,6%), quirúrgicas (29,6%), fisioterapia (24,8%). Según tipo de dolor, el 49,6% es nociceptivo, 32% neuropático y 18,4% mixto. Al ingreso, la intensidad fue 90% severa y 10% moderada (según NRS). Los principales diagnósticos de ingreso fueron 44,8% patología de columna, 27,2% patología neurológica, 12,8% fibromialgia y 15,2% otras. Al ingreso mayoría de los usuarios usaba paracetamol, tramadol gotas o comprimidos; actualmente 23% recibe metadona, 8% parches buprenorfina, 20% paracetamol, 27,2% tramadol en gotas/comprimidos y 23,2% pregabalina/gabapentina. En el 51,2% se requirió cambio de terapia; en el 79,7% por analgesia insuficiente y 20,3% por reacción adversa a medicamentos. Se realizó derivación a intervencionismo en 21 usuarios. 15 usuarios fueron dados de alta de policlínico DCNO (12%).

Conclusiones: Estos datos servirán para futuras investigaciones y medir impacto de nuestras intervenciones. Se presenta como desafío aumentar recursos de la unidad, demostrar beneficio de atención interdisciplinaria y bajar costos para la institución.

Palabras Claves: Dolor crónico, Investigación en Servicios de Salud, Medicina Física y Rehabilitación.

Abstract

Introduction: Non-oncological chronic pain (NOCP) is a public health issue with high prevalence in Chile. There is evidence of the need for a multidisciplinary approach by trained professionals. In 2013, the NOCP polyclinic was created for the specialty of physiatry, coordinating care with anesthesiologist for interventionism. The objective of this work is to know the clinical characteristics of users in control in NOCP polyclinic.

Material and Methods: Retrospective, descriptive, observational study. From the database of users attended between the beginning of 2013 and May 2018, from the NOCP polyclinic of the Physical Medicine and Rehabilitation Service of the HHHA; variables such as: sex, age, ethnicity, foresight, rurality, income diagnosis, pain intensity (according to NRS), and pharmacological treatment, among others are collected. For statistical management Excel spreadsheet is used, with parametric tests (average, minimum, maximum), tables and graphs.

Results: The users in control in the period were 125, with 67.2% of women, a median age of 55.5 years (minimum 12, maximum 88). 58.4% had Fonasa B as a forecast, 83.2% have an urban address, 16% Mapuche ethnicity. The highest number of admissions occurred in 2017. The referrals come from medical specialties (25.6%), surgical specialties (29.6%), and physiatry (24.8%). According to type of pain, 49.6% is nociceptive, 32% neuropathic and 18.4% mixed. At admission, the intensity was 90% severe and 10% moderate (according to NRS). The main diagnoses of admission were 44.8% spinal pathology, 27.2% neurological pathology, 12.8% fibromyalgia and 15.2% others. On admission, most users used paracetamol, tramadol drops or tablets; currently 23% receive methadone, 8% patches buprenorphine, 20% paracetamol, 27.2% tramadol in drops / tablets and 23.2% pregabalin / gabapentin. In 51.2%, therapy change was required; in 79.7% due to insufficient analgesia and 20.3% due to adverse drug reaction. A derivation to interventionism was carried out in 21 users. 15 users were discharged from polyclinic DCNO (12%).

Conclusions: These data will serve for future research and measure the impact of our interventions. It is a challenge to increase the resources of the unit, demonstrate the benefit of interdisciplinary attention and lower costs for the institution.

Keywords: Chronic Pain, Health Services Research, Physical and Rehabilitation Medicine.

(1) Hospital Hernán Henríquez Aravena. Temuco. Chile.

Resumen

Introducción: El dolor es el motivo de consulta más frecuente en la práctica médica clínica con valores que fluctúan entre 11 y 40% de las prestaciones en salud ⁽¹⁾. El dolor crónico no oncológico (DCNO) es un tema de salud pública relevante, con alta prevalencia en Chile. En el estudio de la Asociación Chilena para el Estudio del Dolor y Cuidados Paliativos (ACHED-CP 2014), se encontró una prevalencia de dolor crónico del 32%, siendo mucho mayor en el grupo en edad productiva, entre 30 a 64 años; con una alta prevalencia de dolor somático (65,6%) y dolor neuropático (33%) ⁽²⁾. Una importante causa de dolor crónico son las patologías musculoesqueléticas (ME), responsables de una parte importante de carga de enfermedad a nivel global (más de 120 millones de años de AVD, equivalentes a la cuarta parte de las discapacidades del planeta) ⁽³⁾. En Chile, según la I Encuesta Nacional de Discapacidad (ENDISC 2004), el mayor grupo diagnóstico de origen de discapacidad fueron las patologías del Sistema Osteomuscular y del Tejido Conjuntivo (artritis, artrosis, dorsopatías deformantes, trastornos musculares, sinovitis y tenosinovitis, entre otros) con un 16% ⁽⁴⁾. Según datos de la ACHED-CP, un estudio reciente de carga de enfermedad mostró que la discapacidad atribuida a dolor crónico ME alcanza el 21,2% a nivel poblacional, generando más de un millón de años de vida perdidos por discapacidad (AVAD) ⁽⁵⁾. Del total de la carga nacional de discapacidad, un 4,5% es atribuible específicamente a dolor crónico asociado a síntomas ME ⁵.

Los costos en salud asociados a patologías musculoesqueléticas, según estudio de la ACHED-CP, equivaldrían al 4,9% del presupuesto de salud del año 2016, al 0,3 del PIB, correspondiendo los mayores gastos a consultas médicas y tratamiento kinésico ^(5,6). En el Estudio Mundial de Carga de Enfermedad se observa que el dolor de espalda bajo es la primera causa de carga de enfermedad a nivel global ⁽²⁾. Los costos del dolor por ausentismo laboral, pérdida de productividad e incapacidad laboral anticipada justifican estrategias de reinserción laboral y de alivio del dolor en las Unidades del Dolor.

En términos generales, existe consenso en que tratar el dolor crónico es complejo debido a la coexistencia de factores biológicos, psicológicos y sociales que contribuyen a su cronicidad; a lo que se suma la forma en que repercute sobre las actividades de la vida diaria, autonomía, vida social, familiar, interferencia con el sueño, encontrándose en estos pacientes mayores tasas de prevalencia de ansiedad y depresión con un 20,9% y 12,7%, respectivamente ^(7,8-9).

Actualmente el dolor crónico no se adscribe a una especialidad médica concreta, abordándose en la mayoría de los casos en atención primaria, pero siendo motivo de consulta en diferentes especialidades y disciplinas. Esto hace que a veces el proceso para el enfermo, desde que inicia el cuadro hasta que recibe el diagnóstico y el tratamiento adecuado, sea tortuoso y costoso ^(8,9,10). Existe consenso sobre los beneficios del abordaje del dolor crónico por un equipo multidisciplinario con profesionales capacitados en el área ^(8,11-12).

El Hospital Hernán Henríquez Aravena es el único establecimiento de alta complejidad del Servicio de Salud Araucanía Sur que cuenta con diferentes especialidades y subespecialidades médicas, recibiendo pacientes con patologías complejas de curso agudo y crónico, como politraumatizados, neurológicos, neuroquirúrgicos, etc., de todas las edades y de diversas zonas geográficas de la región.

El año 2013 se crea, en el Servicio de Medicina Física y Rehabilitación del HHHA, el policlínico de DCNO, a cargo de médico Fisiatra, coordinando derivaciones a anestesiista experto en dolor del Hospital de Lautaro para intervencionismo, y a terapeutas de rehabilitación para manejo rehabilitador. No se cuenta con horas de otras especialidades médicas para conformar una Unidad de Dolor Crónico No Oncológico propiamente tal ⁽¹³⁾.

El objetivo al realizar este estudio es conocer las características epidemiológicas y clínicas de los usuarios en control en el policlínico de dolor crónico no oncológico. Con esta información se podrán orientar las intervenciones al perfil clínico de los usuarios, gestionando recursos para conformar una Unidad de DCNO multidisciplinaria.

Materiales y Método

Estudio observacional, retrospectivo, descriptivo. Se analiza base de datos interna de usuarios en control entre años 2013 y mayo 2018, en el policlínico de DCNO del Servicio de Medicina Física y Rehabilitación, del HHHA.

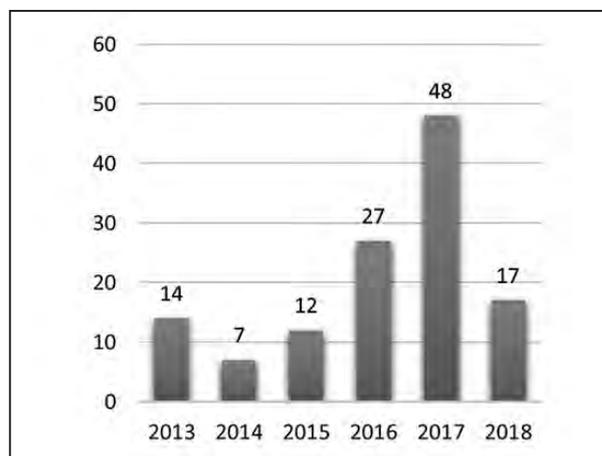
Se recogen variables como sexo, edad, previsión, residencia, diagnóstico de ingreso, etnia, intensidad dolor (según NRS), tratamiento farmacológico, origen de la derivación, destino al alta, derivación a intervencionismo.

Para manejo estadístico se utiliza planilla Excel, con pruebas paramétricas (promedio, mínimo, máximo), tablas y gráficos.

Resultados

Desde inicios del 2013 a mayo de 2018 se registraron 125 ingresos, la mayor cantidad de ellos se registró el año 2017 (**Gráfico 1**).

Gráfico 1: Distribución por años y N° de ingresos.

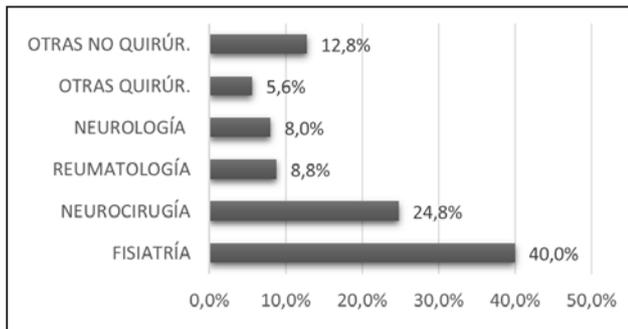


De los datos rescatados en el periodo, destaca mayor porcentaje de sexo femenino, ingreso socioeconómico bajo (según previsión) y residencia mayormente urbana (**Tabla 1**).

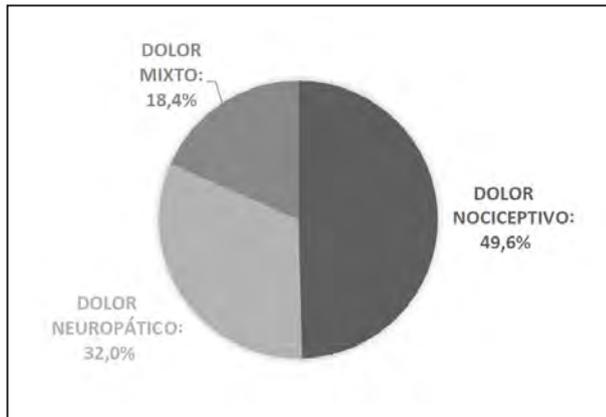
TABLA 1: Características de usuarios en control

Sexo	67% femenino 33% masculino
Mediana edad	55,5 años (mín. 12 – máx. 88)
Previsión	16% FONASA A 73% FONASA B
Residencia	83% urbano 17% rural
Etnia	16% mapuche 84% no mapuche

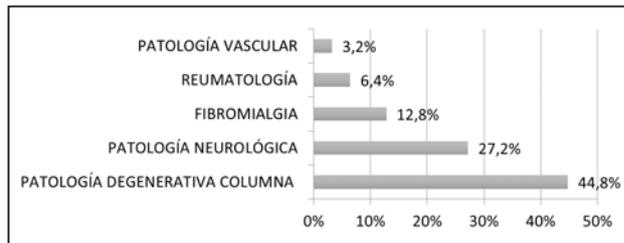
Respecto al origen de las derivaciones para ingreso al policlínico de dolor, éstas se reciben de diversas especialidades del HCHA, correspondiendo el mayor porcentaje a las derivadas desde las especialidades de Fisiatría general y Neurocirugía (**Gráfico 2**).

Gráfico 2: Origen de derivación a Policlínico.

Con relación al tipo de dolor, la mayoría fue de características nociceptivas (**Gráfico 3**), cuya intensidad al ingreso fue en un 90% severo y 10% moderado (según NRS).

Gráfico 3: Distribución según tipos de dolor.

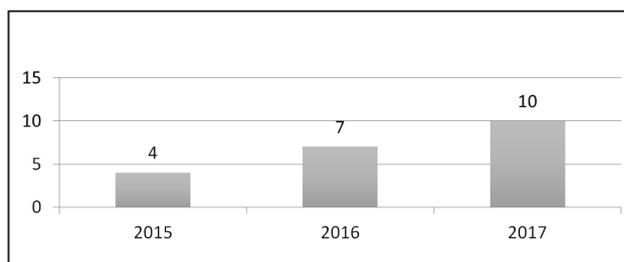
El principal motivo de derivación fue patología dolorosa de columna (lumbago crónico, cervicalgia, lumbociática y raquiestenosis), seguido de patología neurológica dolorosa (dolor central post ACV, dolor en lesión medular, polineuropatía y neuralgia post herpética, principalmente), los porcentajes se muestran en **Gráfico 4**.

Gráfico 4: Distribución de diagnóstico de ingreso a Policlínico.

En cuanto a la analgesia, al ingreso la mayoría de los usuarios usaba opioides de baja potencia (tramadol gotas o comprimidos) combinado con paracetamol; al momento del corte, la mayoría se encuentra en terapia farmacológica multimodal, aumentando el uso de opioides potentes, principalmente metadona y parches de buprenorfina; además, neuromoduladores como pregabalina y gabapentina.

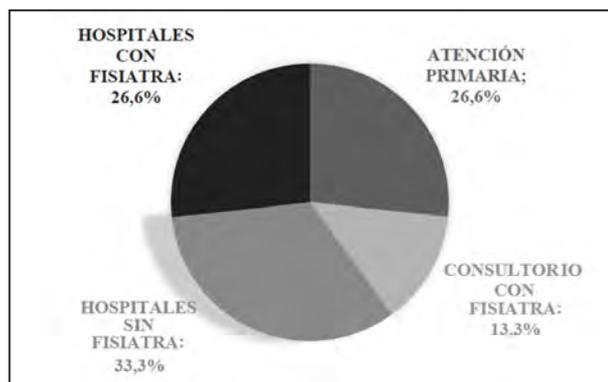
En el período observado, el 51% de los usuarios requirió, durante su evolución, un cambio de su terapia farmacológica; el 80% de ellos por analgesia insuficiente y el 20% por reacciones adversas.

Se realizaron 21 derivaciones a anestesiista para intervencionismo; el mayor número el año 2017 (**Gráfico 5**).

Gráfico 5: Derivación a Intervencionismo.

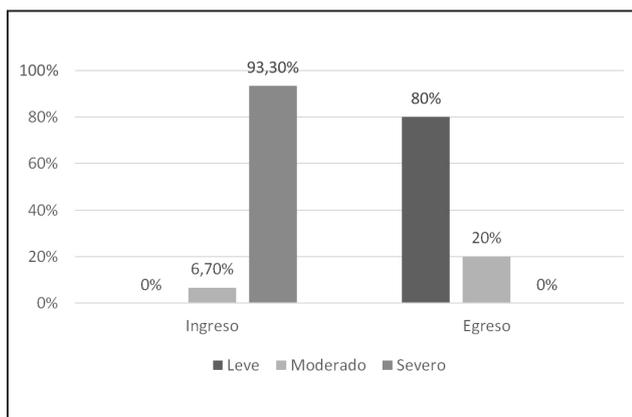
En el período se registraron 15 altas a diferentes establecimientos, el destino al alta fue a diferentes establecimientos de la red, desde hospitales a centros de salud municipal, donde algunos cuentan con médico fisiatra y otros, no (**Gráfico 6**).

Gráfico 6: Distribución según destino de alta de programa.



Del grupo de pacientes que egresó del policlínico, se observa que el periodo medio de control fue 17 meses, con mínimo 1 mes y máximo de 54 meses. En relación con la severidad del dolor al ingreso, la mediana fue de 8, con un 93% de dolor severo, al egreso la mediana de intensidad fue 4, con un 80% de dolor leve, 20% moderado (**Gráfico 7**).

Gráfico 7: Intensidad de dolor (NRS).



Discusión

En general, las características de nuestra población coinciden con lo encontrado en otros estudios chilenos de prevalencia (1,2), en las variables de sexo (mayor prevalencia en mujeres) y edad (mayor prevalencia en edad productiva). En comparación con publicaciones chilenas de otra unidad de dolor crónico no oncológico (11,15), nuestros resultados son similares en cuanto a promedio de edad, mayor afectación de mujeres, diagnóstico preponderante, tipo de dolor y severidad. Existe un bajo porcentaje de pacientes pertenecientes a la etnia mapuche, considerando que el porcentaje regional es 34% (16). Pensamos que esta diferencia podría deberse a creencias culturales sobre el dolor, mayor tolerancia al dolor, mayor ruralidad con menor acceso a salud, baja situación económica, escasa pesquisa y baja derivación de médicos generales; pero es necesario otros estudios para precisar lo anterior. En relación a condición socioeconómica de los usuarios atendidos, la gran mayoría

Fonasa A o B, que corresponde a las personas con menores ingresos económicos, siendo el 100% perteneciente al sistema público de salud, dado las características de nuestro centro.

En relación a la intensidad de dolor, la mayor parte de los ingresos presentan dolor moderado a severo; los dolores leves en general se mantienen en control con otras especialidades o atención primaria. Esto dado también por las restricciones de ingreso a la unidad, ya que es un policlínico de referencia desde las especialidades y no de acceso directo desde atención primaria; además, con poca disponibilidad de horas, por lo que se seleccionan para ingreso los casos de mayor severidad.

El mayor número de ingresos y la mayor cantidad de derivaciones a intervencionismo ocurrió el año 2017; esto se atribuye a la incorporación de otra fisiatra al equipo, lo que sumó horas disponibles y mayor estructuración del trabajo en el policlínico.

En relación a especialidades que derivan, es necesario precisar que no se reciben derivaciones directo de APS, siendo el enfoque resolver patología dolorosa crónica en la alta complejidad, para disminuir la policonsulta. Los principales derivadores son los neurocirujanos, lo que explica el diagnóstico principal de ingreso, que es patología degenerativa de columna, y fisiatría general, que evalúa pacientes derivados por dolor desde atención primaria, que en caso de dolor de mayor complejidad deriva a policlínico de DCNO.

Al igual como ocurre en otras UDCNO, en nuestro policlínico existe baja cantidad de altas, que podrían estar explicadas por: complejidad en el adecuado control del dolor, falta capacitación de médicos en atención primaria para asumir la continuidad de tratamiento en establecimientos de menor complejidad, además la falta de medicamentos en establecimientos de menor complejidad; estos factores también se observan en otras unidades de dolor publicadas a nivel internacional (14).

Es importante destacar que la atención realizada en este policlínico no corresponde a una atención en Unidad de Dolor Crónico No Oncológico propiamente tal, ya que falta la incorporación y trabajo coordinado con otros profesionales para un abordaje multidisciplinario.

El dolor crónico genera gran impacto, ya que afecta población en edad productiva, especialmente a la más vulnerable (mujeres y de baja condición socioeconómica), por lo anterior, requiere ser abordado de manera multidisciplinaria.

Los resultados obtenidos servirán para futuras investigaciones y medir el impacto de nuestras intervenciones, así como también las necesidades de mejora para una atención de calidad.

Se presenta como desafío aumentar los recursos de la unidad, aumentar el arsenal farmacológico, sumar a otros especialistas como anestesiólogos expertos en dolor, psiquiatra, psicólogo, asistente social, entre otros, para

otorgar a nuestros usuarios los beneficios de la atención interdisciplinaria y bajar costos asociados al deficiente manejo.

Se observa la necesidad de establecer estrategias que permitan egresar al paciente del policlínico de DCNO, con seguridad de la continuidad de tratamiento en la comunidad.

Referencias Bibliográficas

- (1) Revisión Sistemática: Epidemiología de Dolor Crónico No Oncológico en Chile. Miranda y cols. Revista El Dolor-N° 59-Año 22-junio 2013
- (2) Prevalence and impact of chronic pain in Chile. Bilbeny *et al.* Scand J Pain 2018
- (3) Global Burden of Disease Cancer y cols. 2017; March y cols. 2014
- (4) Primer Estudio Nacional de la Discapacidad, Parte 3: Resultados. ENDISC 2004. www.ine.cl
- (5) Propuesta de política pública para el manejo del dolor crónico musculoesquelético en Chile. Concurso Políticas Públicas 2017, Universidad Católica. Manuel Espinoza y colaboradores.
- (6) Cost and consequences of chronic pain due to musculoskeletal disorders from a health system perspective in Chile. Constanza Vargas *et al.* Pain Rep. 2018 Sep-Oct; 3(5): e656.
- (7) Subgroups of musculoskeletal pain patients and their psychobiological patterns – The LOGIN study protocol. Gerhardt A, Hartmann M, Tesarz J, Janke S, Leisner S, Seidler G *et al.* BMC Musculoskel Dis 2012;13:136.
- (8) Situación actual del dolor crónico en España: iniciativa “Pain Proposal”. A. Torralba, A. Miquel y J. Darba. Rev. Soc. Esp. Dolor vol.21 N° 1 Madrid ene./feb. 2014.
- (9) The Canadian STOP-PAIN Project- Part 2: What is the cost of pain for patient on waitlist of multidisciplinary pain treatment facilities? Can J Anesth/J Can Anesth (2010) 57:549-558.
- (10) International Association for the Study of Pain. Task Force on Wait-Times. Summary and Recommendations. February, 2010. www.dgss.org
- (11) Perfil clínico y epidemiológico de los pacientes atendidos en la Unidad de Dolor y Cuidados Paliativos del Hospital Clínico Universidad de Chile. Jaque J, Pacheco S, Miranda JP, Plaza G, Muñoz A. Boletín ACHED-CP 2007;47:14–7.
- (12) Priority interventions to improve the management of chronic non-cancer pain in primary care: a participatory research of the ACCORD program. J Pain Res. 2015; 8: 203–215.
- (13) ¿Por qué las Unidades del Dolor deben ser multidisciplinarias? Editorial, F. J. Robaina. Rev. Soc. Esp. Dolor vol.12 no.3 Madrid abr. 2005.
- (14) Dolor crónico. Guía de actualización clínica en A P. Germán Cerda-Olmedo y Joser de Andes. 2014. España
- (15) Perfil epidemiológico de los pacientes ingresados a la Unidad de Dolor Músculo-Esquelético del Servicio de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital Clínico Universidad de Chile. Delia Ruiz R., Ana Luisa Miranda M., Ariel Castro L. Rev Hosp Clín Univ Chile 2015; 26: 102 - 15
- (16) Segunda Entrega de Resultados Definitivos Censo 2017. www.ine.cl

Conflicto de Interés:

Autor (es) no declaran conflicto de interés en el presente trabajo.

Recibido el 27 de febrero de 2020, aceptado sin corrección para publicación el 22 de junio de 2020.

Correspondencia a:
Dra. Carolina Carmona Valenzuela
Hospital Hernán Henríquez Aravena.
Temuco. Chile.
E-mail: carolina.carmona@asur.cl