

Intervencionismo Musculoesquelético en Cuidados Paliativos

Musculoskeletal Interventionism on Palliative Cares

Ritter A., Paola *; Fernández R., Rodrigo *; Biancardi G., Stefano *; Orellana F., María Elena *;
Lorenzini V., Nicolás **; Ojeda M., Mario ***; Mora C., Carolina ***; Auad A., Hernán ****

Resumen

El presente estudio descriptivo da cuenta de resultados en aplicación de intervencionismo para alivio del dolor musculoesquelético en enfermos con diagnóstico de cáncer terminal, pero que se mantienen activos, e ingresados a Unidad de Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos del Hospital del Salvador en Santiago de Chile, entre los meses de julio del 2010 a marzo del 2011. Los principales diagnósticos causantes de dolor musculoesquelético fueron síndrome miofascial, artrosis y ambos diagnósticos combinados. Las técnicas usadas fueron infiltración de punto gatillo, infiltración intra-articular, o ambas. Los resultados mostraron disminución estadísticamente significativa en la intensidad del dolor en forma global en escala numérica, así como al analizar según tipo de intervención por separado. La media de duración del efecto fue de un mes en el caso de infiltración de puntos gatillo. Este tiempo podría constituir una ventana analgésica en pacientes con sobrevida limitada y controlaría el alza de analgésicos. Cuando el DME está presente, el uso de terapia intervencionista para DME podría ser una herramienta útil en Cuidados Paliativos, pero se requieren mayores estudios con mejor diseño estadístico para poder obtener conclusiones con mayor nivel de seguridad.

Palabras Clave: Cuidados Paliativos, Dolor Musculoesquelético, infiltraciones.

Summary

This descriptive study gives an account of results of interventionism implementation to the relief of musculoskeletal pain in patients that were diagnosed with terminal cancer; but have retained activity level, which are given they state of health at the Unit Pain Relief And Palliative Care at Hospital del Salvador in Santiago, Chile between the months of July 2010 to March 2011. The main causes of musculoskeletal pain diagnoses were Myofascial pain syndrome, arthritis and both combined conditions. The techniques used were trigger point infiltration, intra-articular joint infiltration or both together. The results showed statistical significant decrease in pain intensity on a numerical scale global, as well as the analysis by the type of separately intervention. The mean duration of effect was about a month in the case of infiltration of trigger points, this time window could be a survival analgesic in patients with limited and control the rise of analgesics. When the DME is present, the use of interventional therapy for DMA could be useful tool in palliative care, but require larger studies with better statistical design in order to draw conclusions with greater security.

Keywords: palliative care, musculoskeletal, infiltration.

* Unidad de Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos, Hospital del Salvador de Santiago.

** Médico General candidato a Magíster Ciencias Médicas Mención en Cirugía, Universidad de la Frontera.

*** Departamento de Calidad Hospital Militar de Santiago.

**** Interno carrera de Medicina, Universidad de Chile.

Introducción

La tendencia actual para la distribución de recursos para cuidados de pacientes con cáncer en países desarrollados, muestra que los ingresos a Unidades de Cuidados Paliativos ocurren en etapas precoces, desde servicios de oncología, cuando los enfermos son autónomos, aún cuando paralelamente continúen sus controles en oncología, especialmente cuando a priori se sabe que el pronóstico será desfavorable (1). La detección de dolor musculoesquelético en Cuidados Paliativos va en alza, en la medida que están ingresando enfermos aún activos (2). Dentro de las causas, está la presencia de alteraciones posturales, desacondicionamiento físico y

patología degenerativa propia de la edad. Sin embargo, existe escasa evidencia sobre este tema en la literatura científica médica, por lo que los autores del presente artículo observaron que, efectivamente, se realizaban al interior de la Unidad intervenciones para alivio del dolor musculoesquelético en forma creciente, con satisfacción subjetiva de los usuarios.

Se revisaron resultados de intervencionismo por patología musculoesquelética en enfermos con diagnóstico de Cáncer terminal ingresados a Unidad de Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos del Hospital del Salvador, entre los meses de julio de 2010 a marzo de 2011. Los objetivos del presente estudio fueron:

1. Evaluar en forma cuantitativa el impacto en alivio del dolor al usar técnicas de intervencionismo musculoesquelético en enfermos con coexistencia de cáncer terminal y patología de aparato locomotor.
2. Evaluar la duración del efecto en el tiempo de dichas intervenciones en el mismo grupo de pacientes.

Metodología

El presente es un estudio descriptivo. Se realizó una revisión retrospectiva de registro internos de Unidad AD y CP de Hospital del Salvador, en la ciudad de Santiago de Chile. Fueron seleccionados los pacientes que recibieron intervencionismo musculoesquelético, efectuado por médicos anestesta y fisiatra que integran el equipo multidisciplinario contratado en dicha unidad (3). En cada control se recogió la siguiente información: tratamiento prescrito registrado como OMS 1-2-3-4, según nivel de prescripción de escala analgésica de la OMS (4), escala numérica de intensidad dolor al inicio del control, si se realiza intervención y cuál, escala numérica de intensidad dolor post intervención y duración efecto intervención en meses, si corresponde a ese control en particular. Los criterios de inclusión fueron

- Tener además de diagnóstico de cáncer avanzado, alguno de los siguientes en forma concomitante: Síndrome miofascial, artrosis, tendinopatía o diagnósticos mixtos de síndrome miofascial más artrosis.

- Haber recibido procedimiento para dolor musculoesquelético: infiltración de punto de gatillo, infiltración intra-articular, o técnica mixta de infiltración intra-articular junto a infiltración de punto gatillo.

- Tener una Zubrod Performance status Scale 0, 1 y 2 al momento de indicación intervención (5).

Los criterios de exclusión fueron el tener metástasis óseas en zona afectada, y tener una Zubrod Performance Status Scale 3 y 4.

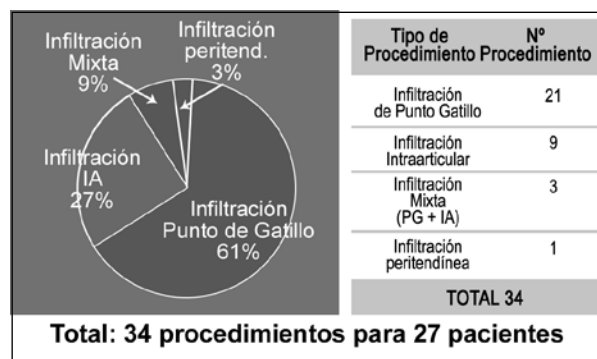
Sobre la técnica y medicamentos usados, vale mencionar que se utilizaron por un lado corticoide de depósito (acetato de betametasona y de metilprednisolona) en la mitad de los casos, exceptuando enfermas con cáncer mamario. En la otra mitad de los casos, se utilizó Traumeel® (6), en pacientes con diagnóstico de cáncer de mama y en diabéticos. Por decisión de ambos médicos que realizaron intervencionismo, se descartó usar técnica de aguja seca o anestésico local puro, en infiltración de puntos gatillo, por experiencia personal de ambos de corta duración del efecto de ambas técnicas (7, 8, 9, 10, 11, 12). La infiltración de puntos gatillo fue considerada como unidad a una sesión, aún cuando se infiltraran varios puntos por vez.

Para el tratamiento estadístico de la información se confeccionó planilla Excel, los datos fueron procesados con paquete estadístico Stata 8.1. Se utilizaron pruebas paramétricas (t de Student) y pruebas no paramétricas (tablas y otros).

Resultados

De un universo de 385 enfermos en control activo en nuestra Unidad en el período julio de 2010 a marzo de 2011, un 7% de ellos recibieron intervencionismo musculoesquelético. Se realizaron en total 34 procedimientos para un total de 27 enfermos.

Gráfico 1. Distribución de la población según tipo de procedimiento



No hubo diferencia con significación estadística entre los diferentes productos farmacéuticos usados, así como tampoco se describieron efectos adversos a ellos.

Tabla 1. Distribución de grupo estudiado según género

Género	%
Femenino	56%
Masculino	44%

Tabla 2. Distribución según edad

Percentiles	Edad (Años)
1%	22
5%	24
10%	26
25%	47
50%	60
75%	69
90%	77
95%	85
99%	86

Gráfico 2. Variación global de la intensidad del Dolor, según escala numérica

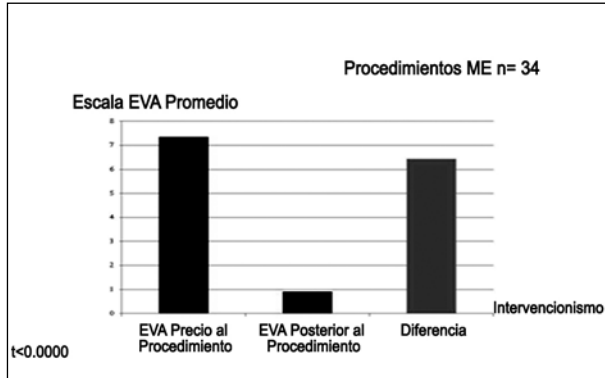


Gráfico 3. Variación de intensidad del dolor según tipo de procedimiento.

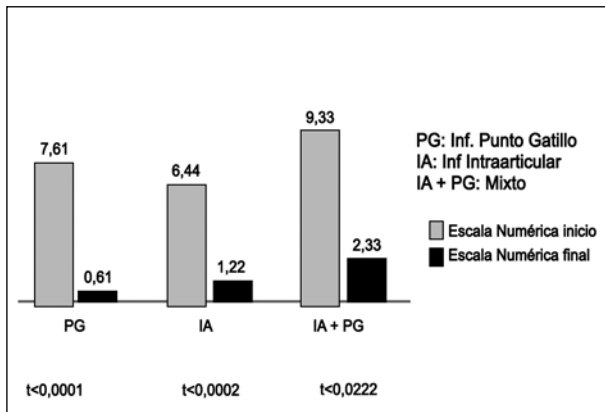


Gráfico 4. Variación del Dolor según intensidad al momento del ingreso

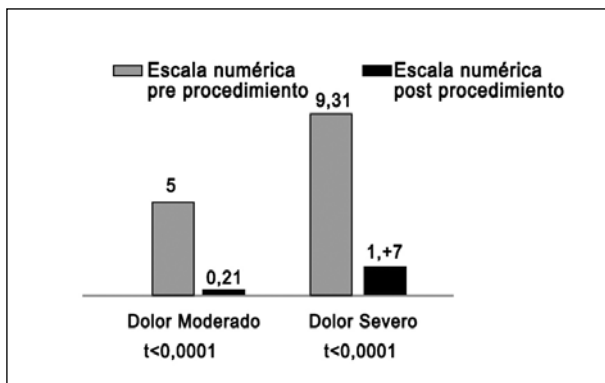
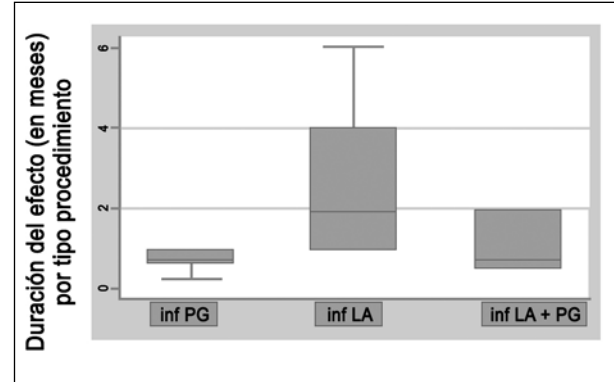


Gráfico 5. Duración del efecto en meses, según tipo de procedimiento



Discusión

En literatura científica médica está claro que el dolor es un síntoma prevalente en enfermos con cáncer. En revisión de 52 artículos, el dolor estuvo presente en 64% en pacientes con metástasis o enfermedad en estado avanzado, 59% en pacientes que reciben terapia anticancerosa, 33% en pacientes con tratamiento curativo, y en 1/3 de todos los pacientes incluidos en revisión reportaron existencia de dolor moderado a severo (13).

Un estudio con 153 pacientes con cáncer de cabeza y cuello operado (con o sin radioterapia) mostró la incidencia de: 33% de dolor cervical, 37% dolor de hombro y 46% con dolor de origen miofascial (14). Pese a que la literatura apoya la existencia de dolor originado en el músculo en enfermos con cáncer, como el síndrome miofascial, frecuentemente se ignora como componente etiológico en evaluación y tratamiento (15). Se ha observado la creencia que sería injustificable realizar procedimientos que tal vez requieran ser repetidos, en personas con enfermedad terminal. No obstante, existe un rol potencial de manejo intervencionista en dolor en Cuidados Paliativos, especialmente en aquellos pacientes donde es necesario evitar polifarmacia, que no tienen indicación quirúrgica y lograrían usar menores dosis de opioides mediante estas técnicas (16). Sobre la evidencia acerca del uso de técnicas específicas de intervencionismo en Cuidados Paliativos, existe una descripción extensa de técnicas neuroaxiales (17). Sin embargo, el uso de intervencionismo para dolor musculoesquelético específicamente en Cuidados Paliativos no ha sido muy desarrollado, encontrándose solamente un párrafo sobre uso de toxina botulínica (18). En el presente estudio, 27 enfermos recibieron un total de 34 intervenciones, lo que constituye un 7% del universo de enfermos atendidos en el periodo de tiempo estudiado en la Unidad de Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos del Hospital del Salvador de Santiago de Chile, en el periodo comprendido entre julio de 2010 a marzo de 2011. El análisis de los resultados por tipo de intervención mostró que la infiltración de punto gatillo fue la más frecuente, con 21 intervenciones, seguida de infiltración intraarticular con 9 e infiltración mixta con 3. Solamente se realizó una infiltración peritendínea, por lo que se

excluyó del análisis estadístico. La distribución según género fue semejante a distribución en la población, con tendencia a mayor porcentaje en mujeres.

Dos tercios de los enfermos describieron el dolor a su ingreso como dolor de tipo somático, y el resto sufría dolor de tipo neuropático, lo cual es concordante con el hecho que hayan recibido procedimientos para el control del dolor del aparato locomotor. Al ingresar a nuestra Unidad, solamente un 14% de los 27 pacientes se encontraban sin dolor o con dolor leve, un 44,4% lo hizo en dolor moderado (escala numérica entre 4 a 6) y un 33% sufría dolor severo. Es decir que, prácticamente, un 80% del total sufría dolor de intensidad entre moderado a severo, y de ellos casi un 30% sufría dolor máximo. Este último hecho tal vez pueda ser explicado por el deficitario control de los síntomas desde sus Servicios de origen al momento de ser referidos a Unidad de Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos. Al momento de su ingreso, un 81% recibió como prescripción el tratamiento OMS 2 y 3, lo cual es probablemente consecuencia de la severidad del dolor con el que los enfermos arribaron a nuestra Unidad. En cuanto a la variación global en la intensidad del dolor, se observó un descenso estadístico como clínicamente significativo en la intensidad del dolor, medido con escala numérica, con una variación de 6 puntos en promedio entre antes de recibir procedimiento y al retirarse del box de atención. Al analizar la variación de la intensidad del dolor según tipo de intervención, destaca que para los tres procedimientos realizados hubo descenso, siendo estadísticamente significativo para todos ellos. La variación de la intensidad del dolor, medida en escala numérica en relación a la severidad de éste al ingreso a la unidad también mostró descenso estadísticamente significativo para dolor leve, moderado y severo, siendo clínicamente relevantes estos dos últimos, al observarse que fue posible permanecer estacionario en la prescripción de tipo de opioide utilizado, manteniendo las dosis por un tiempo variable, antes que apareciera el dolor por cáncer. En cuanto a la duración del efecto en meses, se observó que la infiltración de punto gatillo tuvo una media de duración de un mes, lo cual tiene relevancia clínica según los autores, dada la sobrevida acotada al corto plazo en este grupo de enfermos. En cuanto a la duración en infiltración intraarticular, existió mayor dispersión de los datos, lo que no permite efectuar un análisis con seguridad. Finalmente, no se observaron diferencias entre productos farmacéuticos usados, lo cual abre un campo de trabajo en el uso de medicamento biorregulador de origen natural para este grupo de pacientes en particular.

Conclusiones

En la Unidad de Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos del Hospital del Salvador existe el ingreso de pacientes con diagnóstico de cáncer avanzado, algunos de los cuales son autónomos aún, y tienen concomitantemente alguna patología del aparato locomotor, con dolor musculoesquelético (DME).

En enfermos que recibieron intervencionismo musculoesquelético, se observó una disminución estadísticamente significativa en la intensidad del dolor en forma global, así como al analizar según tipo

de intervención por separado. Aún cuando la media de duración del efecto fue de un mes en el caso de infiltración de puntos gatillo, este tiempo podría constituir una ventana analgésica en paciente con sobrevida limitada y controlaría el alza de analgésicos. La media de duración del efecto en infiltración intraarticular fue amplia con bigote que escapa de la curva, lo que estaría dado por el bajo número de pacientes que recibieron esta intervención en particular. Esta ventana analgésica podría tener relevancia clínica para este grupo de pacientes. En cuanto al análisis de los resultados de disminución de dolor y duración del efecto, no se observó diferencia entre los distintos productos farmacéuticos utilizados para este procedimiento.

Cuando el DME está presente, el uso de terapia intervencionista para DME podría ser una herramienta útil en Cuidados Paliativos. Sin embargo, las limitaciones de este estudio son: la necesidad de mejorar el registro interno, existen elementos subvalorados en el presente estudio (medición de impacto en calidad del sueño y de vida), evolución en la intensidad del dolor por separado de la zona intervenida versus la zona de dolor por cáncer. Al aumentar el número de controles, se podrían determinar en forma más categórica los resultados de las intervenciones. La utilidad de este estudio es que contribuye a dar cuenta que el dolor musculoesquelético en pacientes con cáncer está presente y que debe ser tratado de manera diferenciada al dolor por cáncer, para evitar escalar en analgesia de manera innecesaria en etapas donde el dolor total aún no se manifiesta (19).

Agradecimientos:

A todo el personal de Unidad Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos, Hospital del Salvador, Santiago de Chile.

Srta. Claudia Pérez Fierro y Sr. Yuri Escalda C., Biblioteca Hospital Militar de Santiago.

Dra. Alfa Price M. y Sr. John Reid E.

Srta. Martina Valdés R.

Correspondencia

Dra. Paola Ritter Arcos

Médico Fisiatra

Unidad de Alivio del Dolor y Cuidados

Paliativos, Hospital del Salvador, Santiago de Chile.

Dirección Av. Salvador 364, Providencia, Santiago Chile.

Correo electrónico: paolarittera@gmail.com.

Referencias Bibliográficas

1. O'Neill B. et al. ABC of palliative care. Principles of palliative care and pain control. *BMJ* 1997 Sep 27-315(7111) 801-804.
2. Neuman M. et al. Improving End of Life Care in Orthopedics. *Clin Orthop Relat Res* (2011) 469:898-900.
3. Niv D. et al. Position paper of the European Federation of IASP Chapters (EFIC) on the subject of pain management *European Journal of Pain* 11 (2007) 487-489.
4. Fallon M. et al. Principles of control of cancer pain. *BMJ*. 2006 Apr 9; 332(7548):1022-4.
5. Bowling A. Measuring disease. A review of disease-specific quality of life measurement scales. Second edition 2001, Open University Press, Buckingham Philadelphia.
6. Schneider C. et al. Traumeel - an emerging option to nonsteroidal anti-inflammatory drugs in the management of acute musculoskeletal injuries. *Int J Gen Med*. 2011 Mar 25; 4:225-34.
7. Shah J. et al. Uncovering the biochemical milieu of myofascial trigger points using in vivo microdialysis: An application of muscle pain concepts to myofascial pain syndrome. *Journal of Bodywork and Movement Therapies* (2008) 12, 371-384.
8. Cummings M. et al. Regional myofascial pain: diagnosis and management. *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 2007 Apr; 21(2):367-87.
9. Han S. et al. Myofascial Pain Syndrome and Trigger Point Management. *Regional Anesthesia* 22(1): 89-101, 1997.
10. Kamanli A. et al. Comparison of lidocaine injection, botulinum toxin injection, and dry needling to trigger points in myofascial pain syndrome. *Rheumatol Int* (2005) 25: 604-611.
11. Lavelle Ed. et al. Myofascial trigger points. *Med Clin North Am*. 2007 Mar; 91(2):229-39.
12. Perez-Palomares S. et al. Contributions of myofascial pain in diagnosis and treatment of shoulder pain. A randomized control trial. *BMC Musculoskelet Disord*. 2009 Jul 24; 10:92.
13. Van den Beuken-van Everdingen M.H.J. et al. Prevalence of pain in patients with cancer: a systematic review of the past 40 years. *Annals of Oncology* 18: 1437 - 1449, 2007.
14. Marcus NJ. et al. Treating nonacute pain in the cancer population. *Pain Med* 2007 Mar; 8(2) 189 - 98.
15. Burton A. et al. Chronic Pain in the Cancer Survivor: A New Frontier. *Pain Med* 2007 Sep; 8(6) 539.
16. Giordano J. et al. On the Potential Role for Interventional Pain Management in Palliative Care. *Pain Physician* 2007; 10:395-398.
17. Christo P. et al. Interventional Pain Treatments for Cancer Pain. *Ann. N.Y. Acad. Sci.* 1138: 299-328(2008).
18. Wallisch B. et al. Anesthesia and analgesia for cancer-related amputation. Techniques in regional Anesthesia and Pain Management (2010) 14, 25-31.
19. Smith A. et al. The epidemiology of pain during the last 2 years of life. *Ann Intern Med*. 2010; 153:563-569.