

Utilización de Analgesia en el Paciente Oncológico

Almudena Ruiz Giménez^a, Olga Fernández Rodríguez^b, Inmaculada Álvarez Navarro^b, Sara de la Peña García Barba^b, Julia N. Muñoz de Haro^b, Inmaculada Raja Casillas^a

^a Unidad de Cuidados Paliativos del Hospital Virgen de la Salud, Toledo.

^b Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Toledo

Correspondencia: Almudena Ruiz Giménez. Ronda de Buenavista Nº 29, Portal 10, 1ºC, 45005, Toledo. Telf.: 607596675, e-mail: almuruiz@yahoo.es

Recibido el 25 de septiembre de 2006.

Aceptado para su publicación el 30 de septiembre de 2006.

RESUMEN

Objetivo. Describir el tratamiento y grado de control del dolor en pacientes oncológicos derivados a una Unidad de Cuidados Paliativos (UCP).

Diseño. Estudio descriptivo transversal.

Material y métodos. Se hizo una revisión de las 131 historias de los pacientes derivados a la UCP durante el año 2005. Las variables recogidas fueron: sexo, edad, localización del tumor primario, metástasis y localización, procedencia del paciente, tipo de dolor, intensidad (medida con Escala Visual Analógica EVA), presencia de dolor irruptivo, tratamiento basal, de rescate y coadyuvante.

Resultados. El porcentaje de hombres fue 68.7, siendo el 54.2 % mayores de 65 años. El 74.5% fue derivado desde Oncología frente a 11% desde Atención Primaria. La localización más frecuente fue la pulmonar (26.7%), seguida de colorrectal (16.7%) y páncreas (7.6%). El 78.6% presentaba metástasis, siendo múltiples en 52.4% de los casos. Las localizaciones metastásicas predominantes fueron hepática (41.7%), pulmonar (30.1%) y ósea (30.1%). Casi el 70% presentaba dolor, siendo el visceral el más frecuente (45.8%). Más de la mitad (55.1%) refería dolor irruptivo. Los fármacos más utilizados de cada grupo fueron: Paracetamol 41.2% en primer escalón, Tramadol 56.3% en el segundo y Fentanilo 80.6 % en el tercero. El 21.4% no recibía analgesia basal, mientras el 51.4% no recibía tratamiento del dolor irruptivo. El 67.9% tenía tratamiento coadyuvante siendo los más frecuentes Corticoides 33.8% y Benzodicepinas 31.5%. Sólo una historia recogía EVA al ingreso. La valoración realizada por la UCP mostró un 50.8 % (IC95%: 41.7-59.9) de pacientes con dolor no controlado (EVA>3).

Conclusiones. La mayoría de los pacientes presenta dolor tanto basal como irruptivo. Más de la mitad se había derivado sin tratamiento analgésico de rescate. Prácticamente no se utilizó la EVA. El dolor no estaba controlado en uno de cada dos pacientes.

Palabras clave. Analgésicos opioides, cuidados paliativos, dolor oncológico.

ABSTRACT

Use of analgesia over oncologic patient

Objective. To describe the treatment and degree control in the pain over oncologic patient who have been sent to Mitigating Care Unit.

Design. Cross sectional and descriptive research.

Material and Methods. It has been made a revision of 131 clinic documents from patients who have been sent to Mitigating Care Unit during 2005. The variables that have been harvested was: gender, age, location of primary tumour, metastasis and location, patient's origin, pain type, intensity (tested by Analogical Visual Score AVS), presence of irruptive pain, treatment in basal, rescue or collaborative conditions.

Result. It there was 68.7 % male (54.2 % older than 65). They have been sent from Oncology 74.5%, vs 11% from Primary Care Units. The more frequent location are lung (26.7%), colorectal (16.7%) and pancreas (7.6 %). 78.6 % patients suffer metastasis (52.4% cases are multiple). The more frequent placement of metastasis are liver (41.7%), lung (30.1%) and bone (30.1%). The more frequent symptom are pain (70%), visceral pain (45.8%). 55.1% patients speak about an irruptive pain. The more frequent used molecules have been Paracetamol (41.2%) in the first steep, Tramadol (56.3%) in the second steep or Fentanyl (80.6%) in the third. 21.4% patients don't receive the adequate treatment for irruptive pain. They have receive collaborative treatment 67.9% patients, 33.8% corticoids, 31.5% benzodiazepins. Only one clinic document have showed AVS. The quantifying by MCU offer 50.8 % (CI 95%: 41.7-59.9) patients who suffer no controlled pain (AVS > 3).

Conclusions. Majority of patients suffer pain, also basal like irruptive. More than half they have been sent to MCU without rescue treatment. Mainly, AVS was not used. The pain is not controlled on half of patients.

Key words. Analgesics opioid, palliative care, cancer pain.

Este trabajo fue presentado como comunicación oral en el VII Congreso de Atención Primaria de Castilla La Mancha celebrado en Cuenca del 8 al 10 de Junio del 2006.

INTRODUCCIÓN

El paciente oncológico y su familia se enfrentan a una enfermedad grave y a todas las complicaciones derivadas de la misma¹. La actitud frente a estos pacientes debe ser aliviar eficazmente su sufrimiento². El dolor es un síntoma subjetivo, la forma de vivirlo y expresarlo dependen de cada persona, y el del paciente oncológico en tratamiento paliativo se convierte en un dolor complejo acentuado por la situación de desesperanza³⁻⁴.

Como ya se ha publicado, del 60 al 80 % de los pacientes oncológicos presentan dolor de moderado a severo, y la incidencia del mismo aumenta según avanza la enfermedad⁵⁻⁷. En el 30% de los pacientes el dolor es intenso e intolerable⁴, de manera que no es sólo uno de los síntomas más frecuentes en estos pacientes, sino también uno de los más invalidantes.

Actualmente, tenemos en nuestras manos todo un arsenal terapéutico para el control del dolor. Se ha demostrado que mediante una utilización correcta de la escala analgésica de la Organización Mundial de la Salud (OMS) podríamos controlar este síntoma en el 90% de los casos^{3,8}, pero, muy al contrario de lo que debería ocurrir, el uso de opioides, que constituyen el segundo y tercer escalón de la escala analgésica, no está muy extendido, a pesar de ser de elección frente a dolores de tipo moderado a severo⁵.

Para poder hacer un tratamiento adecuado se debe hacer un diagnóstico correcto, siendo necesario un adecuado registro del tipo de dolor y el uso de escalas de valoración de la intensidad de mismo⁸. Creemos responsabilidad de todos los profesionales sanitarios el saber actuar de forma precoz para evitar la aparición del dolor o, una vez presente, ser capaces de reconocer el tipo de dolor, su intensidad y las complicaciones asociadas, y de pautar un tratamiento adecuado al mismo.

Por este motivo, hemos planteado la realización del presente estudio, ya que consideramos importante conocer el tratamiento y el grado de control del dolor en los pacientes oncológicos cuando son derivados a la Unidad de Cuidados Paliativos de Toledo.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo transversal, basado en la revisión de las historias clínicas de los pacientes derivados a la Unidad de Cuidados Paliativos (UCP) de Toledo durante el año 2005.

El cuestionario recogía información sobre: edad y sexo del paciente, servicio desde donde era derivado el paciente (Atención Primaria, Hospital u otros), localización del tumor primario, existencia de metástasis y su localización, tipo de dolor (óseo, visceral, neuropático, muscular, no etiquetado) y la intensidad del mismo medida mediante la Escala Visual Analógica (EVA),

considerando que un valor entre 0 y 3 representa un dolor bien controlado, de 3 a 6 un dolor moderado, de 6 a 8 un dolor severo y más de 8 un dolor insoportable^{3,7,9,10}. De la misma forma, se recogió la presencia de episodios de dolor irruptivo y su intensidad medidos mediante EVA, los tratamientos para el dolor con los que los pacientes eran derivados a la unidad, tanto para el dolor basal como para el irruptivo, y los tratamientos coadyuvantes.

Los datos se introdujeron en una base creada a tal efecto y fueron analizados con el paquete estadístico SPSS 12.0 para Windows, utilizándose la media, distribución de frecuencias y la χ^2 de Pearson para la comparación de proporciones en el análisis bivariente.

RESULTADOS

Se revisaron las historias clínicas de 131 pacientes. Un 68,7% fueron hombres. La edad media fue de 65,05 años, con un rango de edad comprendido entre los 19 y los 89 años. Del total de pacientes, 111 fueron derivados desde el Hospital, 14 desde distintos centros de Atención Primaria y 6 desde otros centros.

Respecto a la localización del tumor primario, un 25,6% lo presentaba en el pulmón, seguido del 16,3% que presentaba cáncer colorrectal y un 7,4% cáncer de páncreas. El 78,6% de los pacientes presentaba metástasis, siendo la localización más frecuente el hígado (22,2%), seguido de pulmonares y óseas (16% en ambos casos) y del cerebro (9,3%).

En cuanto al tratamiento analgésico con el que los pacientes eran derivados, el 58,3% tenían pautado un fármaco de tercer escalón, siendo los más utilizados la morfina, la oxicodona y el fentanilo. El 13,6% tomaba un fármaco de segundo escalón, de los que los más utilizados fueron la codeína y el tramadol. El 28,1% tenía un fármaco de primer escalón, sin diferencias en cuanto a la frecuencia de utilización de cualquiera de ellos (ácido acetil salicílico, paracetamol, antiinflamatorios no esteroideos y metamizol). El 67,95% de

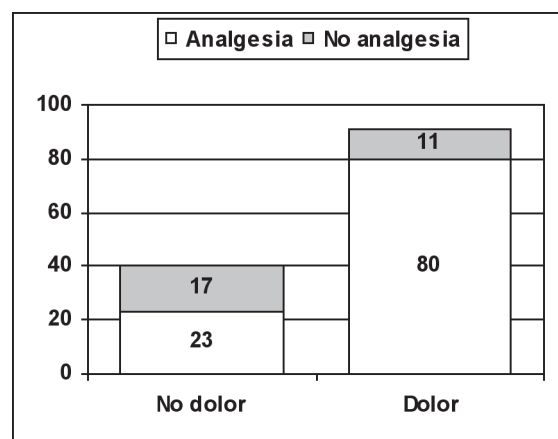


Figura 1. Utilización de analgesia en pacientes con dolor y sin dolor.

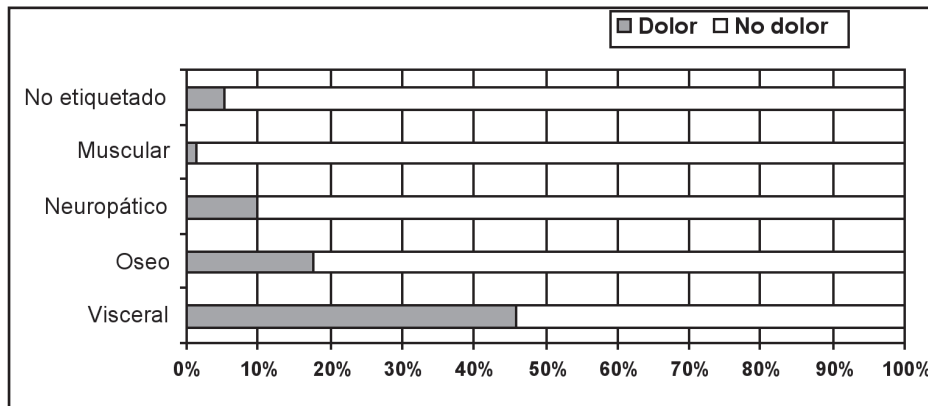


Figura 2. Tipos de dolor.

los pacientes tomaba algún tipo de tratamiento coanalgesico, predominando los corticoides en un 33,8% de los enfermos y las benzodiacepinas en un 31,5%. Un 21,4% de los pacientes fue derivado a la UCP sin tratamiento analgesico.

El 69,5% (IC 95%: 60,7 - 77,1) de los pacientes presentaba dolor en el momento de la primera valoración, siendo el dolor visceral el más frecuente, seguido por el dolor óseo como se muestra en la figura 1. De estos pacientes, el 12,1% no tenía establecido ningún tratamiento analgesico (figura 2).

El 55,1% de los pacientes derivados padecían crisis de dolor irruptivo en la primera valoración por la UCP. Un 40% no tomaba tratamiento alguno para estas crisis, mientras que un 15% no tomaba el tratamiento apropiado. El número de episodios diarios de dolor irruptivo se recogió en la mitad de los casos, encontrándose que el 57,1% presentaba más de tres episodios de dolor irruptivo al día.

En el 99,2% de las hojas de derivación a la UCP no se valoró la intensidad del dolor mediante ninguna de las escalas recomendadas para ello. En la primera valoración realizada por la UCP se utilizó la Escala Visual Analógica (EVA) para medir la intensidad del dolor. El 50,8% (IC95%: 41,6-59,9) de los pacientes puntuó más de 3.

DISCUSIÓN

En este estudio nos enfrentamos inicialmente a la limitación derivada del trabajo con historia clínica que conlleva la pérdida de datos por ausencia de registro. Sin embargo, creemos que tal limitación no ha sido importante, ya que únicamente hemos perdido datos en el número de episodios de dolor irruptivo, dato que se recoge en la mitad de las historias de la UCP, a pesar de ser un valioso marcador del grado de control del dolor y un arma para establecer las bases para su manejo farmacológico.

El dolor definido como “una experiencia sensorial y emocional desagradable³...” conlleva, en los pacientes oncológicos, unas connotaciones psicológicas, so-

ciales y espirituales que podrían agravar su vivencia. De esta forma, el reconocimiento y control del mismo debe suponer una prioridad en la actividad asistencial. Analizando las pautas analgesicas de los pacientes cuando son derivados a la UCP, encontramos que casi una cuarta parte de ellos son derivados sin tratamiento analgesico alguno, hecho que llama la atención al tratarse en su mayoría de enfermos con cánceres avanzados. De la misma forma, poco más de la mitad de los pacientes tienen pautado un opioide mayor, dato coincidente con las prescripciones de este grupo farmacológico encontradas en otras series consultadas^{2,7}. Junto a estos datos, debemos resaltar que casi el 70% de estos pacientes presentaban dolor en el momento de su derivación, porcentaje que, a pesar de ser coincidente con los encontrados en otros estudios^{6,7,10}, resulta elevado. Vemos cómo los pacientes que presentan dolor reciben tratamiento con opioides mayores en más de la mitad de los casos, lo que nos hace suponer, al igual que refleja Rispaú Faldá et al en su estudio, que estos fármacos se están utilizando a dosis infraterapéuticas⁵. De la misma forma, el hecho de que uno de cada ocho pacientes con dolor no tenga pautado tratamiento analgesico, a pesar de que para su derivación ha sido valorado por un médico, debe hacernos reflexionar sobre el abordaje que se está realizando en todos los niveles asistenciales de este importante problema.

El tratamiento del dolor está bien establecido en protocolos y estudios, y está especialmente simplificado por la escala analgesica de la OMS^{2,5,7,8}, pero los resultados obtenidos nos plantean dudas sobre el uso correcto del tratamiento analgesico. El abordaje inadecuado del dolor oncológico puede obedecer a diferentes causas, como señala Benítez del Rosario en su serie sobre Cuidados Paliativos. Podría atribuirse esta inadecuación terapéutica a una escasa formación en el abordaje del dolor y cuidados paliativos de los sanitarios, así como a diferentes problemas de actitud y motivación hacia estos pacientes¹¹. Tampoco debe olvidarse los mitos existentes sobre el uso de los opiáceos, que suponen un obstáculo en la aceptación de estos tratamientos por parte de los pacientes y familiares¹¹⁻¹².

Junto al conocimiento y manejo adecuado del amplio arsenal terapéutico disponible para tratar adecuadamente el dolor oncológico, se debe evaluar de forma continuada al paciente. Una anamnesis completa junto a una exploración física adecuada son las principales herramientas de las que disponemos para este fin^{3,13}. Es fundamental establecer una comunicación fluida con el paciente puesto que las características del dolor sólo pueden conocerse mediante la información que éste nos transmite. Por ello, es llamativo que, a pesar de que más de la mitad de nuestros pacientes referían crisis de dolor irruptivo, no siempre se recogía el número de episodios al día. Cuando este dato fue preguntado, se observó que estos episodios no estaban controlados, presentando más de tres crisis diarias casi el 60% de los pacientes. Esta ausencia de control estaría motivada, por un lado, por la ausencia de información sobre la periodicidad del dolor y, por otro, porque muchos de estos pacientes carecían de tratamiento analgésico para este cuadro, y entre los que lo tenían pautado en un 15% de los casos era inadecuado. La inadecuación del tratamiento se establece porque se utilizaron fármacos de los dos primeros escalones analgésicos, cuando la indicación terapéutica para el dolor irruptivo es la administración de dosis suplementarias de opiodes de liberación inmediata¹⁴. De nuevo, nos enfrentamos a la posible existencia de lagunas formativas o "miedos" injustificados para la utilización de estos fármacos, así como a la falta de una comunicación directa y completa con el paciente, que impide establecer las características específicas de su proceso.

Dentro de la entrevista con el paciente, y siempre con el objetivo del control adecuado del dolor, se debe valorar la intensidad de este, para lo que contamos con distintas escalas de graduación^{3,19}. Concretamente, la más utilizada por la UCP es la EVA. A pesar de que en las hojas de derivación a la UCP existe un apartado para especificar dicha puntuación, prácticamente no se utiliza. En nuestro estudio, mediante el EVA recogido en la primera valoración realizada por la UCP, en uno de cada dos pacientes el dolor no está controlado, ya que refleja una puntuación superior a 3 en dicha escala. El dolor no controlado disminuye la actividad del enfermo, interfiere en el sueño, el apetito o el estado de ánimo, y en definitiva, como se ha comentado anteriormente, deteriora su calidad de vida¹⁶. Es lógico que, si se desconoce cuánto le duele a una persona, no puedan adoptarse las actitudes terapéuticas necesarias, por lo que sería necesario que los profesionales sanitarios tuvieran presente la importancia de la utilización de las diferentes escalas para la valoración del dolor (ya sea mediante EVA, como en nuestro caso, o mediante EN) o, en su defecto, la importancia del diálogo y la comunicación con el enfermo.

Según la OMS, "el no padecimiento de dolor por una enfermedad es un derecho irrenunciable de todos los pacientes". Son pocos los sanitarios que realizan una historia clínica detallada sobre las características del dolor, es escasísima la utilización de medidas para establecer la intensidad del dolor y mínima la diferen-

ciación entre dolor basal e irruptivo. Hemos podido comprobar que una elevada proporción de pacientes presentaba dolor, a pesar de que casi la mitad estaban derivados con tratamiento de tercer escalón. Concretamente, los médicos de Atención Primaria nos encontramos, por la cercanía al paciente y a su ámbito familiar, en una posición aventajada para aliviar y cuidar. Mediante la mejora de nuestros conocimientos tenemos la posibilidad de ofrecer calidad de vida, aliviar el sufrimiento y dar apoyo emocional al paciente y a su familia hasta el final.

BIBLIOGRAFÍA

- 1- Boceta Osuna J. Sobre cuidados paliativos, atención en la agonia, sedación y otros asuntos. *Medicina de Familia (And)* 2005; 3:160-5.
- 2- Badia X, Muriel C, Gracia A, Nuñez-Olarte JM, Perulero N, Gálvez R, et al. Validación española del cuestionario Brief Pain Inventory en pacientes con dolor de causa neoplásica. *Med Clin (Barc)* 2003; 120(2):52-9.
- 3- Raja Casillas I, Martín González MR. Cuidados paliativos en Atención Primaria. Cuadernos de Formación Continuada. *Gerencia de Atención Primaria de Toledo* 2004; 4:4-34.
- 4- Alonso Pérez JL, Crespo Gazón A, Sionis A, Sabugal Rodelgo G, Velásquez García A, Olano Espinosa E. Atención al paciente oncológico Terminal en un distrito de Atención Primaria. *Aten Primaria* 1997; 9(19):483-6.
- 5- Rispaú Falgás A, Soler Vila M, García Bayo I, Vallés Plasencia A, Saladich Puig R, Martínez Alemany V. Como utilizamos los fármacos opioides en los pacientes neoplásicos. *Aten Primaria* 1999; 24 (9):537-9.
- 6- Atención sanitaria y comunicación con el enfermo oncológico en situación terminal y su familia en un área de salud. *Aten Primaria* 1999; 24(5):285-8.
- 7- Pili F, Gracia A. Dolor irruptivo: una entidad específica que precisa de un tratamiento adecuado. *Med Pal (Madrid)* 2001; 2(8):109-12.
- 8- Hermida Porto L, Blanco Rodríguez R, Prego Domínguez J. Tratamiento del dolor en pacientes paliativos: asignatura pendiente en la mayoría de los servicios intra y extrahospitalarios. *Med Pal (Madrid)* 2005; 12(2):74-8.
- 9- Gómez Sancho M, Ojeda Martín M. Cuidados Paliativos: control de síntomas. *Laboratorios Viatrix*; 2003.
- 10- González Barón S, Rodríguez López M. *Sistemas de medición. Dolor y Cáncer: hacia una oncología sin dolor*. 1a ed. Madrid: Médica Panamericana; 2003, p. 24-31.
- 11- Benítez del Rosario MA, Pérez Suárez MC, Fernández Díaz R, Cabrerías Sánchez A. Diagnóstico y tratamiento del dolor oncológico crónico (I). *Aten Primaria* 2002; 29(6):374-7.
- 12- Benítez del Rosario MA, Pérez Suárez MC, Fernández Díaz R, Cabrerías Sánchez A. Diagnóstico y tratamiento del dolor oncológico crónico (II). *Aten Primaria* 2002; 29(8):513-6.
- 13- García Cantero E, Prieto Redondo L, Pérez Hernández F. Optimización del uso de morfina como objetivo de un equipo de soporte de atención domiciliaria en un Área de Salud. *Medicina Paliativa*. 2003; 10:202-7.
- 14- Segura Huerta A, Díaz Beveridge R, Calderero Aragón V, Palomar Abad L. Manejo farmacológico del dolor crónico oncológico. Una aproximación actual. *Rev Oncol* 2004; 6(5):272-82.
- 15- Silva César M, Aldamiz-Echevarría B, Lamelo Alfonsín F, Vidán Martínez L. Manejo del dolor oncológico Guías Clínicas de Fisterra. 2006; 6(34) [consultado el 27/9/2006]. Disponible en: http://www.fisterra.com/guias2/dolor_oncologico.asp.
- 16- Araujo AM, Gómez M, Pascual J, Castañeada M, Pezonaga I, Borque JL. Tratamiento del dolor en el paciente oncológico. *An Sist Sanit Navar* 2004; 27(Suppl. 3):63-75.
- 17- Caraceni A, Cherny N, Faisinger R, Kaasa S, Poulain P, Radbruch L, et al. Pain measurements tools and methods in clinical research in Palliative Care: recommendations of the Expert Working Group of the European Association of Palliative Care. *J Pain Symptom Manage* 2002; 23:239-55.