



UNIVERSIDAD AUSTRAL DE CHILE
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERÍA

**EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD DEL TRATAMIENTO PARA EL DOLOR
EN PACIENTES ONCOLÓGICOS EN ETAPA AVANZADA,
UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS, HOSPITAL CLÍNICO REGIONAL
VALDIVIA, PERIODO ENERO A SEPTIEMBRE 2007**

Tesis presentada como parte de
los requisitos para optar al
grado de licenciado en Enfermería

Angela Flores Zambrano – Carola Orellana Valencia
Valdivia - Chile
2008

Profesor Patrocinante:

Nombre : Sra. Ana Luisa Cisternas Muñoz
Profesión : Enfermera Universitaria
Grado : Experta en Gerontología
Magíster en Gerontología
Doctor en Geriatria (c)
Magíster en modelado del conocimiento para entornos
virtuales educativos

Instituto : Enfermería
Facultad : Medicina

Firma :

Profesores Informantes:

1) Nombre : Srta. Moira Holmqvist Curimil
Profesión : Enfermera Universitaria
Grado : Magister en Comunicación

Instituto : Enfermería
Facultad : Medicina

Firma :

2) Nombre : Sra. Yannet González Castro
Profesión : Enfermera Universitaria
Grado :

Instituto : Enfermería
Facultad : Medicina

Firma :

Fecha de Examen de grado:

INDICE

1. RESUMEN	
2. SUMMARY	
3. INTRODUCCION	6
4. ANTECEDENTES	8
5. OBJETIVOS	19
6. MATERIAL Y METODOS	
6.1 TIPO DE ESTUDIO	20
6.2 POBLACION EN ESTUDIO	20
6.2.1 Criterios de Inclusión	20
6.2.2 Criterios de Exclusión	21
6.3 METODO E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE INFORMACIÓN	
6.3.1 Técnica De Recolección	21
6.3.2 Descripción Del Instrumento	22
6.4 PLAN DE TABULACION Y ANALISIS	25
6.5 DEFINICION NOMINAL Y OPERACIONAL DE VARIABLES	26
7. RESULTADOS	30
8. DISCUSION	45
9. CONCLUSIONES	48
10. PROYECCIONES DE ENFERMERIA	50
11. BIBLIOGRAFIA	52
12. ANEXOS	56

1. RESUMEN

El dolor oncológico es uno de los síntomas más preocupantes de los pacientes que padecen cáncer en etapa avanzada, ya que afecta su calidad de vida, tanto en su aspecto físico como psicosocial. A raíz de esto, el manejo farmacológico del dolor en estos pacientes es vital para un tratamiento paliativo exitoso.

El presente estudio tiene por objetivo evaluar la efectividad del tratamiento para el dolor de los pacientes oncológicos que se atienden de forma ambulatoria en la Unidad de Cuidados Paliativos del Hospital Clínico Regional Valdivia, durante el primer semestre del año 2007.

El universo de estudio correspondió a un grupo de 26 personas adultas con cáncer en etapa avanzada ingresados al Programa de Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos (PAD y CP), en el periodo de Enero a Septiembre del año 2007 y que continuaban en control durante el periodo del estudio, los cuales se encontraban en tratamiento farmacológico con el esquema propuesto por la OMS (escala analgésica).

El estudio fue de carácter Cuantitativo, Descriptivo y Transversal. El instrumento aplicado fue el Cuestionario Breve del Dolor (CBD), creado por el Pain Research Group de la Universidad de Wisconsin. Consta de 2 ítems: Intensidad del dolor e Interferencia en las actividades, con 9 preguntas de selección.

La investigación arrojó como resultados, que del total de la población encuestada existe un predominio del grupo Adulto Mayor, con un 66%. El dolor es en 85% de tipo locorregional. Tanto en el sexo masculino como en el femenino predomina un EVA entre 4 y 7 para el dolor máximo.

De acuerdo al tratamiento según escalera analgésica de la OMS, en el primer peldaño los pacientes aliviaron en un 100% su dolor. Asimismo en el segundo y tercer peldaño el alivio total del dolor también representa la mayoría de los porcentajes, sobre un 80%. Según el análisis de intensidad del dolor, en el primer peldaño la mayoría de los pacientes con un 75% refieren una intensidad máxima de dolor con EVA que oscila entre 4 y 7; en el segundo peldaño sólo un 51% refiere una intensidad de dolor con EVA entre 4 y 7; de los que se encuentran en el tercer peldaño, la mayoría 67%, experimentan una intensidad máxima de dolor con EVA mayor a 8. La interferencia del dolor en las actividades de la vida diaria se produce mayoritariamente en el Trabajo 50% y en Caminar 31%, sin embargo, no lo hace en las Relaciones Interpersonales, ni en la Diversión. El ánimo se ve afectado en forma moderada con 39%. El 80% de la población presentó un alivio total de su dolor para todos los tipos de cánceres, por lo tanto, los esquemas de tratamientos utilizados por la Unidad de Cuidados Paliativos del H.C.R.V. son efectivos.

2. SUMMARY

The oncological pain is one of the most worrying symptoms of patients in advanced stage of cancer, affects their life quality in its physical and psychosocial appearance. Because of this, pharmacological control of these patients pain is vital for a successful palliative treatment.

This study's aim is to evaluate the pain treatment's effectiveness in cancer patients who attend on an outpatient basis in the Palliative Care Unit of Valdivia's Regional Hospital, during the first semester of 2007.

The research's universe contained a group of 26 adult people with cancer in advanced state admitted to Alleviation Program of Pain, between January and September of 2007 and continuing in control during the period of the study, treated with the scheme proposed by the WHO (scale analgesic).

This work was Quantitative, Descriptive and Transversal. In this matter it was used the Brief Questionnaire of Pain, created by the Pain Research Group at the University of Wisconsin. It contains 2 items: pain intensity and interference in activities, with 9 choice selection questions.

The research results showed that from the total population surveyed there is predominance of the Elderly group, with 66%. Pain is in 85% from the local rate kind. In both, male and female sex, predominates the EVA with values between 4 and 7 for the maximum pain.

According with the treatment proposed by WHO, the first rung of patients alleviate their pain in 100%. As well in the second and third rungs total relief of pain represents the majority of percentages, about 80%. According to the pain intensity's analysis, the first rung in most patients (75%) declare a maximum pain's intensity with EVA ranging between 4 and 7 in the second rung only 51% deals with an intensity of pain EVA between 4 and 7 of which are in the third step, most 67%, experienced a maximum intensity of pain with EVA higher than 8. The pain interference in daily activities occurs mostly at Work with 50% and during Walking with 31%, however, fails to do so during interpersonal relationships, nor in the fun. The mood is moderately affected with 39%. 80% of population presented a total pain relief for all of cancer's kinds, hence, the treatments outlines used by the Palliative Care Unit of HCRV are really effective.

3. INTRODUCCION

Uno de los principales problemas de los pacientes oncológicos en etapa avanzada es el dolor. Su evaluación y control constituyen a nivel internacional uno de los objetivos sanitarios más importantes debido al aumento progresivo de los casos de cáncer y de pacientes con dolor, ya que provoca en ellos no sólo sufrimiento, sino además, un componente psicológico que repercute en la vida total de cada persona.

El tratamiento del cáncer tiene dentro de sus objetivos fundamentales controlar la progresión de la enfermedad para aumentar así el tiempo de sobrevivencia y disminuir tanto la frecuencia del dolor como su intensidad. Asimismo, el tratamiento para el dolor en los pacientes oncológicos debe ser multidisciplinario, por eso tiene especial importancia que los diferentes profesionales que participan en él, estén familiarizados con su valoración y tratamiento para lograr un manejo integral de estos enfermos.

Nuestra motivación principal para la realización de esta investigación, surge a partir de nuestras experiencias clínicas en el Servicio de Oncología del Hospital Clínico Regional Valdivia y en la Unidad de Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos propiamente tal, en que día a día el equipo de salud valoraba el dolor que sufrían estos pacientes, para proporcionarles el tratamiento más adecuado según la intensidad de este, al mismo tiempo que observábamos la creciente incidencia de pacientes con diagnósticos oncológicos terminales, y la preocupación de los profesionales por aliviar su dolor y facilitarles un mejor confort y calidad de vida.

Así mismo, existía una gran concurrencia de pacientes a la Unidad con problemas para manejar el dolor con las dosis de medicamentos indicados, que también se hacía evidente mediante consultas telefónicas al equipo de salud. Según sus propias percepciones, los pacientes señalaban que el dolor era tan intenso que los fármacos no eran capaces de aliviarlos y esto les interfería en sus vidas completamente.

Todo esto nos llevó a plantearnos la interrogante acerca de cuán efectivo estaba siendo realmente el tratamiento farmacológico en estos pacientes, en que la patología está tan avanzada y en que no existe otro fin más que el control del dolor y síntomas acompañantes, donde se debe cambiar constantemente los esquemas de tratamiento y en el que existen variadas alternativas farmacológicas.

Por lo tanto, el objetivo de este estudio es evaluar la efectividad del tratamiento del dolor en los pacientes con cáncer en etapa avanzada de la Unidad de Cuidados Paliativos y Alivio del Dolor del HCRV, para lo cual identificamos la intensidad del dolor, que puede ir desde una mínima poco perceptible, a una máxima insoportable. Además, evaluar el nivel de alivio es muy relevante, ya que así podremos saber, según la percepción del paciente,

cuán efectivo está siendo su tratamiento y, del mismo modo, determinar cómo este dolor los afecta en su diario vivir.

La presente investigación, se realizó bajo un enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo y transversal. Se utilizó el Cuestionario Breve del Dolor, que consiste en una serie de preguntas que utilizan escalas numéricas para los pacientes, acerca de la intensidad del dolor y su interferencia en las actividades de la vida diaria. La población en estudio se desprende del total de pacientes oncológicos terminales ingresados a la Unidad de Cuidados Paliativos del Hospital Clínico Regional Valdivia, entre los meses de Enero y Septiembre del año 2007 y que aún se encontraban en controles al momento del estudio.

4. ANTECEDENTES

Durante el año 2002 se diagnosticaron alrededor de 10.900.000 nuevos casos de cáncer en el mundo. El mayor número de casos fue encontrado en Asia (4.900.000), pero las mayores tasas de incidencia, en ambos sexos, se dan en Norteamérica y Australia. En Europa la incidencia, se puede considerar alta para el sexo masculino y media para el femenino. Asimismo, “el número de casos aumenta lentamente en el mundo, debido a dos motivos fundamentales: el aumento de la población mundial y la elevación de la esperanza de vida, que implica envejecimiento”⁽¹⁾

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estimó que en el año 2005 murieron de cáncer 7,6 millones de personas en todo el mundo por cáncer⁽²⁾ y se diagnostican 7 millones de casos nuevos. Según sus estadísticas, la prevalencia de cáncer en el mundo se acerca a los 14 millones de personas.⁽⁵⁾

En nuestro país los tumores malignos ocupan el segundo lugar, precedidos por las enfermedades cardiovasculares, posición que mantienen desde hace dos décadas. La tasa de mortalidad por cáncer en el año 2002 fue de 122.8 por 100 mil habitantes, 19.146 muertes en ambos sexos y una incidencia de 36.100 a 36.500 nuevos casos por año⁽⁹⁾. De aquí se desprende la importancia de un tratamiento adecuado y efectivo para esta enfermedad.

A medida que el cáncer va avanzando progresivamente y ya no existe evidencia clínica de curación o mejoría, nos encontramos con una enfermedad oncológica en etapa avanzada, en la que no existen posibilidades de respuesta a un tratamiento específico, asociada a numerosos problemas o síntomas intensos, múltiples y cambiantes.

En este sentido, el dolor es uno de los síntomas más usuales y temidos del cáncer. Su frecuencia de aparición se incrementa en función del estadio de la enfermedad, de hecho aparece en un 40% del total de los pacientes oncológicos, mientras que está presente en el 70%-80% de aquellos en fase terminal.⁽²⁾

Diversos estudios han demostrado que la prevalencia del dolor por cáncer aumenta con la progresión de la enfermedad, y que la intensidad, tipo y localización del dolor varía de acuerdo al sitio primario del cáncer, extensión de la progresión de la enfermedad y los tratamientos empleados. Es así como los pacientes adultos con tumores primarios óseos llegan a tener hasta un 85% de dolor. En el carcinoma mamario, un 52% de los pacientes presenta dolor, sin embargo, sólo un 5% de los pacientes con leucemia lo sufren.⁽⁷⁾

Dolor por cáncer es definido por el MINSAL como: *“un dolor crónico, cuya característica patognomónica no es sólo el tiempo de duración, sino la presencia de alteraciones psicológicas (impotencia, desesperanza) que condicionan la conducta dolorosa, debido al compromiso afectivo. Puede ser tan maligno como para inducir al paciente al suicidio, aquí el dolor no es un síntoma sino la enfermedad misma”*.⁽¹⁸⁾

Por otra parte, la Asociación Mundial para el Estudio del Dolor propone que el dolor es *“una experiencia sensorial y emocional desagradable que se asocia a una lesión actual o potencial de los tejidos o que se describe en función de dicha lesión. El dolor es siempre subjetivo. Indudablemente se trata de una sensación en una o más partes del cuerpo, pero es siempre desagradable y, por consiguiente, supone una experiencia emocional”*. Afecta a gran parte de los pacientes en etapa terminal.⁽¹⁵⁾

En otras palabras, el dolor es una experiencia psicosomática, e inevitablemente estará modulado por el estado de ánimo, la moral y la percepción de su significado; incluso hace más de 2.000 años, Aristóteles ya describía al dolor como la *“pasión del alma”*. Al omitirlo de su lista de los cinco sentidos (vista, oído, olfato, gusto y tacto), hacía hincapié en que el dolor no es sólo una sensación física⁽³⁴⁾. Si bien, los efectos fisiológicos y físicos del dolor incluyen aumento del pulso, la presión sanguínea y la frecuencia respiratoria y disminución de la actividad y movilidad; también incluyen un componente psicológico que se asocia a la amenaza y estrés que el cáncer representa para el paciente y que varía de individuo a individuo puesto que produce agotamiento, interrupción del sueño, alteración del afecto y depresión⁽⁵⁾. Del mismo modo, el dolor conlleva a una serie de efectos sociológicos que incluyen una interacción y participación en las actividades de la vida diaria disminuidas. Hay una menor productividad caracterizada por ausentismo laboral, problemas económicos y deterioro en las relaciones familiares. Los efectos espirituales del dolor se demuestran por la pérdida de la esperanza y sentimientos de aislamiento.⁽¹³⁾

El dolor neoplásico puede originarse por diversas causas. Así, puede ser causado por el tumor mismo, por las metástasis, por complicaciones relacionadas (por ejemplo, úlceras por decúbito), por algún trastorno concurrente (por ejemplo, osteoartritis), o puede estar vinculado a los distintos tratamientos (por ejemplo, dolor crónico en la cicatriz postoperatoria).⁽²⁰⁾

Se puede clasificar el dolor primordialmente en 2 tipos. Según su duración puede ser agudo o crónico y según su fisiopatología, somático, visceral o neuropático.⁽¹¹⁾

Se clasifica como dolor agudo por ser de duración limitada y generalmente se debe a la aplicación de técnicas diagnósticas y tratamientos. El dolor crónico, a su vez, es el típico dolor por cáncer, se prolonga en el tiempo⁽¹¹⁾ y por esta razón puede llegar a alterar de forma importante la calidad de vida del enfermo oncológico terminal.⁽²⁾

El dolor, especialmente en sus formas crónicas, de difícil tratamiento, no es simplemente un síntoma que el enfermo presenta para el diagnóstico. Es una tonalidad que impregna todas las relaciones sociales y las hace cambiar, aglutina y condensa todos los aspectos de la vida ⁽²⁷⁾. Por lo tanto, con el paso del tiempo, el efecto del dolor crónico en el paciente, sea cual sea la causa, tiende a ser más insidioso que el dolor agudo, dado que afecta más profundamente al estado de ánimo del individuo, a sus relaciones con el entorno y a su capacidad para disfrutar de lo que le rodea.

“Estudios epidemiológicos hechos en adultos muestran que el dolor crónico representa un importante problema de salud pública. La frecuencia de síndromes dolorosos persistentes aumenta con la edad estimándose la prevalencia del dolor entre el 73 y 80%. Otras investigaciones limitadas a personas de más de 65 años demostraban una prevalencia entre el 70 y 83%”. ⁽¹⁴⁾

Por otra parte, una característica relevante de este tipo de dolor es que la mayoría de los pacientes pueden sufrir crisis de *dolor irruptivo*, es decir, exacerbaciones transitorias del dolor, las cuales se asocian a mayor discapacidad. Son de rápida instauración, corta duración y elevada intensidad siendo su tratamiento principal las dosis de rescate ⁽¹¹⁾ (dosis adicional equivalente al 50% de la habitual o al 10 % de la total diaria). ⁽⁵⁾

Con respecto a la clasificación fisiopatológica el dolor de tipo somático, se produce por activación de los nociceptores cutáneos o tejidos profundos; es bien localizado, sordo y punzante. El dolor de tipo visceral, en cambio, se produce por estimulación de los nociceptores debido a la infiltración, compresión y estiramiento de vísceras; se caracteriza por ser profundo, opresivo y mal localizado. ⁽¹¹⁾

El dolor neuropático a su vez, se produce por daño del sistema nervioso central o periférico, después de la compresión o la infiltración tumoral de un nervio periférico o de la médula espinal o como consecuencia de un trauma o una lesión química del nervio, secundarios a daño quirúrgico, a radioterapia o a quimioterapia; se caracteriza por ser tipo intenso, quemante, o disestésico, y es más frecuente en las áreas de pérdidas sensitivas. ⁽¹¹⁾

En relación a la incidencia, más de 80% de los pacientes en estado avanzado de la enfermedad tiene dolor mixto, ⁽⁵⁾ es decir, en su mayoría presentan dolor nociocectivo (somático o visceral) y neuropático, siendo sólo el porcentaje menor (20%) el que presenta un dolor más específico.

Desde un punto de vista terapéutico esta clasificación permite definir 2 tipos de dolor: respondedor a opioides, como es el caso del dolor nociocectivo (somático/visceral) y no respondedor a opioides, como es el caso del dolor neuropático, es decir, es aliviado parcialmente por los opiodes y que requiere fármacos coadyuvantes para su control. ⁽²⁴⁾

Actualmente, en el ámbito sanitario se insiste cada vez más en la importancia del control del dolor. Esta importancia se argumenta en dos hechos fundamentales: Primero, que la repercusión negativa del dolor sobre las funciones básicas del paciente (sueño, apetito, actividad física) debilita su estado general, a la vez disminuye considerablemente su calidad de vida y estado de ánimo y segundo, que los conocimientos médicos actuales y los fármacos disponibles permiten abordar su control con éxito en la mayoría de los casos ⁽⁶⁾. Es en relación a esto que la Organización Mundial de la Salud considera el dolor oncológico un problema de gran prioridad, por lo que insiste en que todos los sistemas de salud deben establecer programas de vigilancia del control del dolor.

La evaluación continua del dolor es de vital importancia para tomar decisiones respecto a su tratamiento en casos de cáncer, exige un conocimiento no sólo del problema físico, sino también de los componentes psicológicos, sociales y espirituales del sufrimiento del paciente ⁽²⁰⁾. Del mismo modo, la evaluación semiológica del dolor hace posible la formulación de su causa, así como de los mecanismos fisiopatológicos, estructuras involucradas y vías de conducción empleadas. Por lo tanto resulta fundamental para la selección de intervenciones terapéuticas y para el control de la eficacia y eficiencia del tratamiento implementado. ⁽¹⁵⁾

La evaluación del dolor oncológico debe incluir:

1.- Intensidad del dolor: La cual es, sin lugar a dudas, la dimensión más sobresaliente del dolor y una gran variedad de procedimientos se han desarrollado para su evaluación. ⁽²⁴⁾

Existen varios instrumentos para medirla, la más utilizada la Escala Visual Análoga (EVA). Según esta escala, se considera que la intensidad es 0, cuando hay ausencia de dolor; intensidad leve (entre 1 y 3), cuando el dolor es tolerable y no precisa iniciar tratamiento farmacológico o cambiar el que se recibe; intensidad moderada (entre 4 y 7), cuando sin ser el dolor el peor imaginable, limita las actividades, por lo que es necesario iniciar o cambiar el esquema de tratamiento por uno de mayor potencia. Finalmente se considera como dolor de intensidad máxima (entre 8 y 10), al peor dolor imaginable o posible, presente la mayor parte del día, que impide las actividades y que obliga a iniciar o cambiar, a un esquema al igual que en el caso anterior, de mayor potencia. ⁽¹¹⁾

En otros instrumentos de evaluación como las Escalas Descriptivas Simples o Escalas de Valoración Verbal, se pide al paciente que exprese la intensidad de su dolor mediante un sistema convencional, unidimensional, donde se valora desde la ausencia del dolor hasta el dolor insoportable, las descripciones más utilizadas son: ningún dolor, dolor leve-ligero, dolor moderado, dolor severo-intenso, dolor insoportable. ⁽¹⁴⁾

2.- Características de dolor: Localización, duración, ritmo, irradiación y calidad (por ejemplo, punzante, palpitante.) La localización y distribución del dolor son características que ayudan a comprender su fisiopatología. En este caso, hay formas didácticas para poder

representarlo como diagramas corporales en donde el paciente puede marcar las áreas en donde siente dolor. ⁽⁵⁾

3.- *Factores que alivian el dolor:* Como el movimiento, el reposo y lo que cada paciente considera le ayuda a disminuir su dolor.

4.- *Efectos del dolor en las actividades cotidianas:* El dolor de acuerdo a sus características en muchos pacientes suele ser invalidante, llegando a afectar cualquiera de sus actividades por más pequeña que esta sea y alterando directamente su calidad de vida. Por ejemplo, interfiere en el sueño, apetito, concentración etc.

5.- *Preocupaciones que genera el dolor en el paciente:* El dolor es una causa frecuente de estrés en los pacientes, ya que si no es bien controlado está siempre presente y afecta su estado anímico y su relación con el medio que lo rodea. Al mismo tiempo le produce inquietud por no poder realizar las actividades como antes, ya que esto trae consigo algunos problemas tales como los económicos, por ejemplo.

Existen muchos métodos para valorar y medir el dolor. La medición mas útil del dolor es la expresión subjetiva de los enfermos mediante las escalas para valorar la intensidad dolorosa y establecer las dosis farmacológicas para el manejo analgésico.

De esta forma, puede ser evaluado mediante instrumentos subjetivos, entre los cuales la Escala Visual Análoga (EVA) es la más utilizada (Ver Anexo N°1, Figura n° 1). El paciente califica su dolor verbalmente (por ejemplo, ninguno, leve, moderado intenso, muy intenso) o dándole valores numéricos de 0 a 10, donde 0 representa la ausencia de dolor y 10 un dolor muy intenso.

También existen instrumentos para evaluar los aspectos multidimensionales del dolor como el cuestionario de McGill. La forma breve de este cuestionario ha demostrado ser confiable como prueba para realizar las evaluaciones. A través de este se le presenta al paciente una serie de palabras agrupadas que describen las dos dimensiones que integran la experiencia dolorosa: Sensorial y Afectiva; junto a la dimensión Evaluativa, hay un total de 78 adjetivos del dolor en 20 grupos que reflejan las distintas dimensiones del dolor. El cuestionario ha sido validado en varios idiomas, incluyendo el español. ⁽⁵⁾

Otro cuestionario de muy fácil comprensión y breve es el Wisconsin Brief Pain Inventory (BPI) (ver Anexo N°4 y N°5). Fue diseñado para pacientes con dolor neoplásico y dolor crónico benigno. Consta de 2 partes: *Intensidad del dolor* (4 ítems), e *Interferencia en las actividades* (7 ítems), a cada uno de los cuales se les asigna puntuación mediante una escala que va de 0 (ausencia de dolor/interferencia en la vida diaria) a 10 (peor dolor imaginable/afectación máxima en la vida diaria).

En cuanto al equipo que otorga la atención al paciente con dolor oncológico, debe ser siempre multidisciplinar, teniendo en cuenta todos los aspectos como persona sin prescindir de ninguna de las posibilidades que se puedan ofrecer, abarcando tanto los aspectos biomédicos como psicológicos del paciente, redes de apoyo, aspectos familiares, laborales y económicos. Además, con los avances de la terapéutica antineoplásica (quimioterapia con drogas más potentes y específicas, alta tecnología en radioterapia), se han alargado en forma considerable las cifras de supervivencia, en comparación con las terapias. En el caso de La terapia farmacológica con analgésicos es un elemento esencial del tratamiento en virtud de que si se utiliza bien, controla el dolor en la mayoría de los pacientes. ⁽¹⁰⁾

En el tratamiento del cáncer en etapa avanzada, el objetivo fundamental de la terapia farmacológica es aliviar el dolor en reposo y durante el movimiento con la menor cantidad posible de efectos colaterales, mantener al enfermo lúcido y consciente durante el día y aumentar la calidad y la cantidad de las horas de sueño durante la noche. ⁽⁵⁾

El dolor oncológico casi siempre responde a tratamiento farmacológico utilizando analgésicos y adyuvantes administrados por vía oral. Para esto, se utiliza el modelo de la Organización Mundial de la Salud, basado en una “escalera analgésica” (ver Anexo N°2, Figura N°2) que propone una estrategia secuencial para el uso de los analgésicos y que constituye básicamente un marco de principios más que un protocolo rígido ⁽²²⁾. Esta estrategia permite una flexibilidad considerable en la elección de fármacos específicos para el manejo del dolor oncológico. Asimismo, el tratamiento farmacológico de los demás síntomas se complementa con un tratamiento dirigido a la propia enfermedad y otras medidas no farmacológicas. ⁽¹²⁾

Para asegurar un buen tratamiento analgésico mediante el esquema de la OMS, este se rige por ciertos principios. El primero de ellos es que se debe privilegiar la administración de la analgesia por vía oral siempre que sea posible. El segundo, consiste en que dicha administración ha de ser siempre en un horario fijo (reloj en mano), es decir, con determinados intervalos de tiempo. La dosis siguiente será administrada antes de que haya desaparecido por completo el efecto de la dosis anterior para mitigar continuamente el dolor.

El tercer principio se refiere a la administración escalonada de la analgesia; el primer paso es dar un fármaco no opioide, como el paracetamol. Si esto no alivia el dolor, se debe agregar como segundo paso un opioide débil para calmar el dolor entre leve y moderado, como la codeína. Si con esto no se alivia el dolor, el tercer paso será administrar un opioide potente para calmar el dolor entre moderado e intenso. En los tres escalones terapéuticos se pueden asociar fármacos coadyuvantes no analgésicos. El paso de un escalón al siguiente vendrá siempre determinado por la persistencia o intensificación del dolor. (ver Anexo N°2)

El cuarto principio corresponde a que las dosis de analgésicos son individualizadas para cada paciente ya que no hay una dosis estándar para los medicamentos opioides, siendo así la dosis correcta la que mitiga su dolor. Por lo tanto, se debe titular la dosis para cada paciente, intentando buscar la dosis mínima adecuada, que permita al paciente aliviar su dolor y tener un mínimo de efectos adversos. El quinto y último de los principios, se refiere a la necesidad de la administración sistemática de fármacos que calman el dolor. Lo ideal es poner por escrito el tratamiento farmacológico del paciente en forma detallada para que pueda ser aplicado por el paciente y su familia.⁽¹⁸⁾

Se ha comprobado que la aplicación de esta aproximación terapéutica consigue aliviar el dolor en el 90% de los pacientes y sobre el 75% de los pacientes terminales⁽²⁴⁾

Twycross, realiza un estudio en 2.266 pacientes con cáncer acogidos en un servicio de tratamiento del dolor, dando como resultados que el 77% de los pacientes sufría dolor intenso al ingreso; 17% lo padecía desde hacía seis meses y 44% entre uno y seis meses. La mayoría de estos enfermos aliviaron satisfactoriamente en la primera semana de tratamiento empleando la escalera analgésica de la OMS.⁽³⁴⁾

El esquema de la Escalera analgésica ilustrado en la figura 1(ver Anexo N°1), ilustra los tres peldaños base del tratamiento del dolor oncológico, correspondiente a 3 categorías de analgésicos: periféricos, opioides débiles y opioides potentes. Como se mencionó anteriormente, se comienza por los peldaños inferiores y se asciende a medida que el dolor no es controlado por el peldaño anterior, hasta llegar al último donde se ubica la morfina. En la escala se incluyen además, fármacos coanalgésicos (o coadyuvantes) por cada escalón.⁽⁵⁾

En el primer escalón, de los analgésicos periféricos, también llamados no opioides, analgésicos menores o periféricos, se encuentran el ácido acetilsalicílico, nefersil, ketorolaco, ketoprofeno, paracetamol y el resto de los AINE (antiinflamatorios no esteroideos), actúan sobre el sistema nervioso central y son utilizados principalmente para los dolores de intensidad leve, secundarios a compromiso somático y visceral⁽⁵⁾⁽¹¹⁾. Estos fármacos se pueden administrar en conjunto con los opiáceos. Tienen efectos secundarios gastrointestinales que limitan su uso a largo plazo y además un techo terapéutico, es decir, el aumento de su dosis por encima de un nivel dado no produce un mayor alivio.

En el segundo escalón, se encuentran los opioides débiles, para dolores de intensidad moderada como el tramadol, a codeína, y que actúan sobre el sistema nervioso central. Una desventaja de estos fármacos es que su dosis no puede ser aumentada en forma indefinida ya que poseen una dosis techo.

Finalmente, en el tercer escalón, se encuentran los opioides fuertes siendo la principal de ellos y más usada la morfina. Se trata de opioides potentes y de liberación rápida, ya que son utilizados para los dolores de intensidad severa.⁽⁵⁾ Posibles alternativas a la morfina, son la metadona, el fentanilo o la buprenorfina, los dos últimos en forma de parches transdérmicos.

En un estudio retrospectivo multicéntrico realizado por un Grupo de Trabajo sobre Dolor de la Sociedad Española del Dolor en el año 2004, cuyo objetivo era conocer la eficacia del parche de buprenorfina transdérmica, la titulación y la seguridad en pacientes con dolor oncológico; se concluye que el TRANSTEC es eficaz en el alivio del dolor según la EVA. Más del 50% de reducción en la EVA en las 8 semanas de tratamiento, Posibilidad de titulación con el parche, manteniéndose la mayoría de los pacientes con dosis bajas a lo largo del estudio. Por otra parte, el Tramadol es útil como tratamiento de rescate y existe un buen perfil de seguridad que mejora a lo largo del tratamiento. Para la realización de este estudio se obtuvieron datos de 164 pacientes con dolor oncológico que fueron tratados con el parche de buprenorfina en las 8 semanas previas.⁽³²⁾

Sobre los efectos adversos de los opioides, el más común es el estreñimiento, para el cual se indican al paciente tratamiento profiláctico desde el momento en que se inician los opioides. La sedación también es un síntoma frecuente, pero que desaparece rápidamente. Náuseas y vómitos se presentan en el 20 a 30 % de los pacientes a nivel mundial.⁽⁵⁾

A diferencia de los analgésicos antiinflamatorios no esteroideos las vías de administración de los opioides son múltiples, sin embargo, la indicación principal de la administración de opiáceos es por vía subcutánea en el caso de la enfermedad oncológica avanzada. Se trata de un procedimiento seguro, sencillo, de bajo costo y de uso ambulatorio. El fentanilo transdérmico ofrece un sistema adecuado para la administración de un opioide potente de forma continua y no cruenta. Su indicación la constituye el dolor crónico en pacientes que requieren una administración continua de opioides, y no debe emplearse de forma sistemática en el tratamiento del dolor agudo. Aún así, la vía oral es sin duda la vía más importante de administración de opiáceos en el paciente con dolor crónico, por lo que supone de confortable, bajo costo, facilidad de manejo (no tan sólo para el paciente, sino también para la familia) y gran eficacia terapéutica.⁽⁷⁾

El doctor Suresh Reddy, especialista en Anestesiología y Tratamiento del Dolor y Director del Programa de Control de Síntomas y Cuidados Paliativos del Anderson Cancer Center de Houston, ha realizado múltiples investigaciones sobre la tolerancia a los opioides, entre otras, sobre la rotación de opioides, una estrategia que se basa en la sustitución de un opioide por otro, que ha demostrado que mejora la eficacia del tratamiento oncológico hasta un 60%.⁽²⁹⁾

“Un estudio, realizado el año 2007 en el que participaron el Hospital Clínico de Valencia y el Instituto Valenciano de Oncología (IVO), señala que la cada vez mayor y mejor utilización de los opioides mayores, como la morfina, permite que los enfermos atendidos en las unidades de cuidados paliativos consigan un “alivio aceptable” y un “control óptimo” del dolor. Los resultados del estudio indican que en el 90% de los enfermos se consigue un alivio aceptable del dolor y en el 25% de los casos un control óptimo, valores que se asocian con la mayor y cada vez mejor utilización de los opioides mayores. Según fuentes de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL), la mayoría de pacientes atendidos en estas unidades presenta una amplia historia de dolor, con una media de 9 meses de evolución y controlado de “forma aceptable” en la mayor parte de los casos. Finalmente, el estudio también señala que dos factores de mal pronóstico son la existencia de dolor neuropático, presente en el 35% de los pacientes, y el dolor irruptivo (responsable de que el paciente no quiera moverse ya que cada vez que lo hace el dolor aumenta), que aparece en el 38% de los enfermos.⁽³¹⁾

En otro estudio del año 2003, realizado para determinar la eficacia analgésica de los opioides codeína, tramadol e hidrocodona en el alivio del dolor por cáncer, se diseñó un ensayo clínico controlado con la participación de 127 pacientes colombianos que padecen dolor de origen canceroso de intensidad moderada y severa, que asisten a la consulta de Medicina del Dolor y Cuidados Paliativos del Instituto de los Seguros Sociales de Cali y del Hospital General de Medellín y al Hospital Universitario del Valle. Estos se distribuyeron en forma aleatoria, hidrocodona fue recibida por 45 pacientes, codeína por 42 y 40 recibieron tramadol. Según los resultados obtenidos el dolor neoplásico se presentó con mayor frecuencia en pacientes con cáncer de estómago, mama y próstata. El 51% pertenecían al género femenino. 67% tenían entre 60-79 años de edad, mientras que el 44% se encontraban entre los 40-59 años. La intensidad del dolor fue moderada en el 86% y severa en 14%. El dolor fue somático en el 33 %, visceral 68%, 3% neuropático y mixto en los demás. Con respecto a la hidrocodona, afirman que el 40% de los pacientes aliviaron con una dosis inicial de 30 mg/día, 25% con una dosis duplicada y fue inefectiva en el 35%. En cuanto a la codeína el 57% encontró alivio con una dosis inicial de 180 mg/día y el 10 % con la dosis doblada, y no produjo alivio en el 33%. En relación a la eficacia analgésica, concluyen que no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los opioides estudiados, a pesar de que se analizó esta variable entre los diferentes grupos de edad.⁽³⁰⁾

En cuanto a la terapia coadyuvante, esta puede ser usada para potenciar la acción de los analgésicos, disminuir los efectos indeseables de los mismos o bien para tratar otros síntomas que con frecuencia acompañan al dolor crónico. Los coadyuvantes más utilizados son los psicotrópicos tales como los antidepresivos tricíclicos (amitriptilina, imipramina) anticonvulsivantes (carbamazepina, clonazepam) y glucocorticoides (prednisona, dexametasona), usados para el manejo el dolor por compresión medular y en algunos casos de dolor de difícil manejo secundario a metástasis óseas.⁽⁵⁾

Los neurolépticos más empleados son la clorpromazina del grupo de las fenotiazinas y el haloperidol del grupo de las butirofenonas. Suelen utilizarse como potenciadores y coadyuvantes de los analgésicos opiáceos, ayudando simultáneamente a tratar la ansiedad, agitación psicomotriz e insomnio que presentan muchos pacientes con dolor. ⁽⁷⁾

Una investigación sobre el comportamiento del dolor neoplásico en enfermos terminales geriátricos presentado en el V Congreso de la Sociedad del Dolor (Salamanca 2002), cuyo objetivo fue determinar el tipo, localización y características de los síndromes dolorosos diagnosticados en los pacientes ingresados en una Unidad de Cuidados Paliativos (UCP); demostró que según la clasificación sindromática del dolor, el 38,9% es de tipo visceral, y la localización multicéntrica. El primario tumoral más frecuente es el pulmón (23,1%). Los efectos secundarios más frecuentes de la medicación empleada, fueron somnolencia y estreñimiento. Por lo que concluyeron que los pacientes estudiados presentaban síndromes dolorosos que, en su mayoría (70%) son de fácil abordaje terapéutico con métodos convencionales. ⁽³⁾

Según los resultados de una encuesta prospectiva multilingüe realizada por el Grupo de Trabajo sobre Dolor asociado al Cáncer en la que participaron 24 países, queda demostrado que el 40% de los pacientes oncológicos tenían dolor en ese momento a pesar de que más del 90% estaba recibiendo un tratamiento farmacológico con opiáceos, situándose la evolución media del dolor en torno a los 6 meses, y la intensidad del mismo entre moderada y grave en más del 50% de los casos. Así mismo, más del 60% de los participantes habían experimentado dolores irruptivos transitorios de intensidad grave además de su dolor basal. ⁽¹⁹⁾

En nuestro país, el dolor es reconocido como el quinto signo vital y la importancia que se le asigna está dada por su incorporación en el Plan AUGE, donde el Programa de alivio de éste y sus cuidados paliativos, ofrece garantías a los pacientes oncológicos y terminales, de hecho, el Ministerio de Salud incluye dentro de sus Objetivos Sanitarios para Chile 2000 – 2010: *Disminuir la prevalencia de dolor en los enfermos con cáncer terminal.* ⁽¹⁷⁾

Para estos fines, se han conformado a lo largo del país establecimientos asistenciales públicos y privados, Unidades de Alivio del Dolor que actualizan permanentemente sus estrategias a fin de otorgar un servicio integral a los pacientes y someterlos a los tratamientos más avanzados para mitigar y aliviar el dolor crónico y severo.

El objetivo de las unidades del dolor, es la continuidad de los cuidados. Ese concepto resulta particularmente importante en enfermos con dolor crónico y cáncer, en el cual el temor al dolor progresivo sin alivio tiene un papel importante en la calidad de vida. Es un modelo centrado en el paciente y los familiares, en el que se utiliza un método de colaboración entre enfermera y médico, incluyendo psicólogo. El grupo tiene una base en el alivio del dolor pero se orienta a la comunidad. En este modelo, el médico es responsable

del tratamiento, siendo la enfermera la que realiza el control del dolor del paciente, trabajando con el enfermo, sus familiares y médicos, y enfermeras de la atención primaria en el control del síntoma y los cuidados de sostén.⁽³³⁾

A nivel local, desde el año 1999 las enfermeras del Hospital Clínico Regional Valdivia atendían a pacientes paliativos, pero aún no existía un programa específico para tales fines. Recién en el año 2003 se instauró en el centro de salud la Unidad de Cuidados Paliativos pacientes con cáncer terminal en las dependencias del CAE, que actualmente depende del subdepartamento de Oncología. Esta unidad es el centro de referencia en la región, apoyando a la extensa red asistencial que allí existe.

La Oncology Nursing Society afirma que “las enfermeras son responsables de poner en marcha y coordinar el plan de cuidados para el dolor producido por el cáncer”. Esto es importante en todos los entornos de la atención de salud debido a que las enfermeras son los profesionales que con más frecuencia realizan la valoración continua y pueden determinar si el dolor ha aumentado, si el control de los efectos secundarios ha sido exitoso y, lo más importante, si el paciente y su familia están satisfecho con el nivel de analgesia alcanzado.⁽²³⁾

En este contexto, Joyce Travelbee, (enfermera, 1926-1973) en su Modelo de Relación Persona a Persona, propone que la enfermera, presta ayuda al paciente a enfrentarse a la experiencia que supone la enfermedad y el sufrimiento y a encontrarles un sentido en muchas ocasiones.⁽¹⁶⁾ Es así como el dolor que sufren los pacientes oncológicos es una experiencia que necesita de un apoyo tanto a nivel de la medicina como personal, donde la enfermera cumple un rol preponderante, apoyándolos en todo momento.

Para la relación de ayuda, Travelbee afirma que se debe establecer una relación muy directa persona a persona (paciente/enfermera), donde las percepciones y conocimientos entre ambos influyen en la cantidad y calidad de los cuidados de enfermería dispensados hacia el paciente y en la cual, los roles de ambos deben trascenderse para lograr los objetivos.⁽¹⁶⁾ Su teoría refuerza la relación terapéutica que existe entre la enfermera y el paciente. La importancia que concede a los cuidados, que refuerzan la empatía, la simpatía y la compenetración, se centra en el aspecto emocional. De esta forma, ambos pueden experimentar el dolor (sensación individual, no observable pero detectable), siendo el paciente quien lo sufre y la enfermera quien lo comprende; el sufrimiento (sensación de malestar transitoria, mental, física o espiritual, que produce gran angustia) y, finalmente, esperanza (deseo de lograr un objetivo con la expectativa de que puede ser asequible).⁽¹⁶⁾ En el caso de la enfermedad oncológica avanzada, el principal objetivo a lograr es el alivio del dolor a través de la analgesia y tratamiento farmacológico, evitando de este modo el sufrimiento de los pacientes en esta etapa Terminal de su vida y en la cual existe una esperanza de mantener y/o mejorar la calidad de la vida del paciente, durante el tiempo que dure el proceso de la enfermedad.

5. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Evaluar la Efectividad del Tratamiento Farmacológico para el Dolor en Pacientes Oncológicos en Etapa Avanzada, pertenecientes a la Unidad de Cuidados Paliativos, Hospital Clínico Regional Valdivia, periodo Enero a Septiembre 2007.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- ✓ Identificar el nivel de alivio que el tratamiento para el dolor proporciona al paciente.
- ✓ Establecer la relación entre el nivel de alivio del dolor con tipo de cáncer.
- ✓ Establecer la relación entre la intensidad máxima del dolor con género y grupo étnico.
- ✓ Relacionar la escalera analgésica con el grado de intensidad del dolor (mínima, media, máxima y actual).
- ✓ Relacionar la escalera analgésica del tratamiento con el nivel de alivio del dolor.
- ✓ Describir la interferencia del dolor en las actividades de la vida diaria (actividades en general, ánimo, capacidad para caminar, trabajo normal, relaciones con otras personas, sueño, capacidad de diversión).
- ✓ Proponer un estándar de efectividad para el tratamiento del dolor.

6. MATERIAL Y METODOS

6.1 TIPO DE ESTUDIO:

El presente estudio es de tipo:

- Cuantitativo, ya que se utilizarán variables medibles.
- Descriptivo, por permitirnos caracterizar un fenómeno (efectividad del tratamiento para el dolor en pacientes oncológicos).
- Transversal, las variables se piensan estudiar simultáneamente y en un momento determinado de tiempo.
- Observacional o no experimental, a través de la observación de los hechos tal como se dan en la realidad.

6.2 POBLACIÓN EN ESTUDIO:

La población de análisis corresponde a un grupo heterogéneo de 26 pacientes oncológicos en etapa avanzada ingresados al Programa de Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos (PAD y CP), en el periodo de Enero a Septiembre del año 2007 y que continuaban en control durante el periodo del estudio, en la Unidad de Cuidados Paliativos del Subdepartamento de Oncología del Hospital Clínico Regional Valdivia, que cumplían con los criterios de inclusión definidos y dieron su consentimiento.

Los pacientes se encontraban en tratamiento farmacológico con el esquema propuesto por la OMS (escala analgésica); estos presentaban la diversidad de patologías cancerígenas clasificadas por el CIE-10 (Códigos CIX tumores, ver Anexo N°8), correspondiendo en su mayoría a cáncer de mama. Además se caracterizaron por tener un EVA de ingreso de intensidad mínima a moderada y un dolor de predominio somático. ⁽²⁸⁾

6.2.1 Criterios de Inclusión:

Se incluyen en este estudio:

- Los pacientes oncológicos en etapa avanzada ingresados al Programa entre los meses de Enero y Septiembre de 2007.
- Pacientes que actualmente continúan en control en la Unidad de Cuidados Paliativos del HCRV.
- Pacientes con conocimiento de su diagnóstico.
- Los pacientes oncológicos en edad adulta, es decir, mayores de 18 años de edad.
- Paciente con puntaje igual o mayor a 14 puntos en Minimal Abreviado.

6.2.2 Criterios de Exclusión:

Se excluyen de esta investigación:

- Pacientes oncológicos que son derivados y asisten a control en los consultorios.
- Fallecimiento del paciente durante el período de estudio.
- Pacientes que no deseen participar en la investigación.
- Pacientes no localizables, por razones geográficas o ausencias repetidas en el hogar o a controles en hospital.
- Pacientes que no firmen consentimiento informado.
- Pacientes cuyo estado de salud no les permita responder el cuestionario.
- Paciente con puntaje igual o menor a 13 puntos en Minimental Abreviado.

6.3 MÉTODO E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN:

6.3.1 Técnica De Recolección:

El método de recolección de datos fue de tipo indirecto, a través de la revisión de Base de Datos de la Unidad de Cuidados Paliativos, que es un sistema computacional de registro de cada paciente ingresado a la unidad, y directo, entrevistas a través de visitas domiciliarias, en las cuales se aplicó el Cuestionario Breve del Dolor de la Universidad de Wisconsin, validado para pacientes con dolor neoplásico, en forma guiada y con facilitador. Previo a su aplicación, se administró el Minimental Abreviado (Anexo N°3), con el fin de seleccionar a aquellos pacientes cuyas capacidades cognitivas les permitían dar su consentimiento para participar del estudio y responder el cuestionario.

Para la técnica indirecta se utilizó una planilla Excel en la que se recolectó información de la base de datos de la Unidad de Cuidados Paliativos, de todos los pacientes ingresados entre Enero y Septiembre del año 2007.

A las personas que se les aplicó el cuestionario se les garantizó la confidencialidad, y el anonimato. Este se realizó con su previa autorización, a través del consentimiento informado (Anexo N°6).

Para lograr acceder a la Base de Datos de la Unidad se efectuó una petición formal a los profesionales encargados del PAD y CP del HCRV. Asimismo se les dió a conocer el modelo de consentimiento informado para su previa revisión. Es importante señalar que el primer contacto establecido fue con la enfermera de la Unidad de Cuidados Paliativos.

En este estudio se realizó un Censo, ya que se deseaba obtener información de cada uno de los integrantes de la población en estudio y la población estaba al alcance puesto que todos los pacientes se encontraban en control en la Unidad.

Para la puesta en marcha de esta investigación se solicitó la aprobación del Comité de Ética del Hospital Base Valdivia. Se envió el proyecto adjunto a una carta a la presidenta del comité quien dio su consentimiento.

6.3.2 Descripción del Instrumento:

Desde la Base de Datos de la Unidad de Cuidados Paliativos, se obtuvo la información que permitió describir a la población en cuanto a sus condiciones médicas por sexo y grupo étnico, con el nivel de escala analgésica del tratamiento correspondiente al último mes.

Con el Cuestionario Breve del Dolor aplicado a los pacientes seleccionados se obtuvo una caracterización y calificación de la intensidad del dolor, el nivel de alivio alcanzado con los medicamentos y la interferencia en las actividades de la vida diaria.

El cuestionario se divide en varios ítems:

- El ítem N°2, permite caracterizar el dolor como:

Locorregional	si el dolor se encuentra limitado a zonas u órganos específicos afectados por cáncer
Diseminado	cuando el dolor es difuso, abarca más de la zona identificada con la afección

- Para calificar la intensidad del dolor, en los ítemes del N°3 al N°6, considerando situaciones de dolor máximo, dolor medio, dolor mínimo y dolor actual, se construye la siguiente escala:

GRUPO	CALIFICACIÓN DE LA INTENSIDAD DEL DOLOR	DESCRIPCIÓN	PUNTAJE
Grupo 1	0	ausencia de dolor	0
Grupo 2	1	dolor leve	1-3
Grupo 3	2	dolor moderado	4-7
Grupo 4	3	dolor grave	8-10

Proponemos la intensidad del dolor como un indicador de eficiencia del tratamiento si:

- La intensidad actual se califica en los grupos 1 y 2
- La intensidad máxima se califica a lo más en el grupo 3

- El nivel de alivio en el ítem N°8 se obtiene directamente de la percepción del paciente, expresado en porcentajes y se calificará como:

GRUPO	CALIFICACIÓN DEL NIVEL DE ALIVIO DEL DOLOR	DESCRIPCIÓN	PORCENTAJE
Grupo 1	0	ningún alivio	0%
Grupo 2	1	alivio leve	10%-30%
Grupo 3	2	alivio moderado	40%-70%
Grupo 4	3	alivio total	80%-100%

Según este criterio de calificación para el nivel de alivio del dolor, se propone que un tratamiento es efectivo si al menos alcanza al grupo 3 en cada paciente.

El tratamiento para el dolor se identificará por los fármacos prescritos en el último mes según escala analgésica.

6.4 PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS:

La información recolectada se ingresó a una planilla Excel y fue procesada con el programa Microsoft Office Excel 2007, a través del cual se realizó el análisis para la tabulación y presentación de los datos por medio de gráficos.

6.5 DEFINICIÓN NOMINAL Y OPERACIONAL DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION NOMINAL	DEFINICION OPERACIONAL
1. Edad	Número de años que ha vivido una persona a partir del momento de su nacimiento.	<ul style="list-style-type: none"> • Entre 20 y 29 años • Entre 30 y 39 años • Entre 40 y 49 años • Entre 50 y 59 años • 60 y más años
2. Sexo	Condición biológica que distingue al hombre de la mujer.	<ul style="list-style-type: none"> • Masculino • Femenino
3. Intensidad máxima del dolor	Escala Visual Análoga (EVA): permite medir la intensidad del dolor, según la percepción del paciente, cuando este es muy severo o el peor imaginable.	<ul style="list-style-type: none"> • Ausencia de dolor: 0 • Dolor leve: entre 1 y 3 • Dolor moderado: entre 4 y 7 • Dolor grave: entre 8 y 10
4. Intensidad mínima del dolor	Escala Visual Análoga (EVA): permite medir la intensidad del dolor que presenta el paciente, según su percepción, cuando este es poco o escasamente perceptible.	<ul style="list-style-type: none"> • Ausencia de dolor: 0 • Dolor leve: entre 1 y 3 • Dolor moderado: entre 4 y 7 • Dolor grave: entre 8 y 10
5. Intensidad media del dolor	Escala Visual Análoga (EVA): permite medir la intensidad del dolor que presenta el paciente, según su percepción, cuando este es menos intenso y moderado.	<ul style="list-style-type: none"> • Ausencia de dolor: 0 • Dolor leve: entre 1 y 3 • Dolor moderado: entre 4 y 7 • Dolor grave: entre 8 y 10

VARIABLE	DEFINICION NOMINAL	DEFINICION OPERACIONAL
6. Intensidad actual del dolor	Escala Visual Análoga (EVA): permite medir la intensidad del dolor que presenta el paciente, según su percepción, en el momento mismo de la entrevista.	<ul style="list-style-type: none"> • Ausencia de dolor: 0 • Dolor leve: entre 1 y 3 • Dolor moderado: entre 4 y 7 • Dolor grave: entre 8 y 10
7. Localización del dolor	Sitio anatómico en que el paciente indica experimentar su dolor.	<ul style="list-style-type: none"> • Locorregional: la neoplasia y el dolor se encuentran en un lugar anatómico específico: Cabeza, Cuello, Tórax, Abdomen, Pelvis, Extremidades Superiores, Extremidades Inferiores, Zona Lumbar. • Diseminado: la neoplasia y el dolor se encuentran en más de un sitio anatómico.
8. Tratamiento para el dolor (Escalera analgésica)	Esquema de la OMS en que se ilustra el proceso de selección de un fármaco específico para un tipo de dolor según la intensidad del mismo. Cada peldaño representa los fármacos que son eficaces para dolores leves, dolores moderados y dolores agudos.	<ul style="list-style-type: none"> • Primer peldaño: AINE más Coadyuvante. • Segundo peldaño: AINE más Opiode débil más Coadyuvante. • Tercer peldaño: AINE más Opiode potente más Coadyuvante.

VARIABLE	DEFINICION NOMINAL	DEFINICION OPERACIONAL
9. Nivel de Alivio del dolor	Estimación que realiza el paciente acerca del alivio que le han proporcionado los medicamentos o tratamientos para el dolor durante 24 horas.	<ul style="list-style-type: none"> Valores de 0% a 100%, donde 0% corresponde a: ningún alivio y 100% corresponde a: alivio total.
10. Tipo de cáncer	Forma que permite clasificar el cáncer según su localización anatómica.	<ul style="list-style-type: none"> Clasificación según CIX TUMORES (Ver Anexo)
11. Actividades en general	Todas las acciones que realiza comúnmente el paciente en el transcurso del día.	<ul style="list-style-type: none"> Valores de 0 a 10, donde 0 corresponde a: no interfiere y 10 corresponde a: interfiere por completo.
12. Estado de ánimo	Estado emocional que persiste en un determinado tiempo en el paciente y que puede variar de acuerdo a situaciones físicas o psíquicas del entorno.	<ul style="list-style-type: none"> Valores de 0 a 10, donde 0 corresponde a: no interfiere y 10 corresponde a: interfiere por completo.
13. Capacidad para caminar	Aptitud que tienen las personas para movilizarse con las extremidades inferiores.	<ul style="list-style-type: none"> Valores de 0 a 10, donde 0 corresponde a: no interfiere y 10 corresponde a: interfiere por completo.

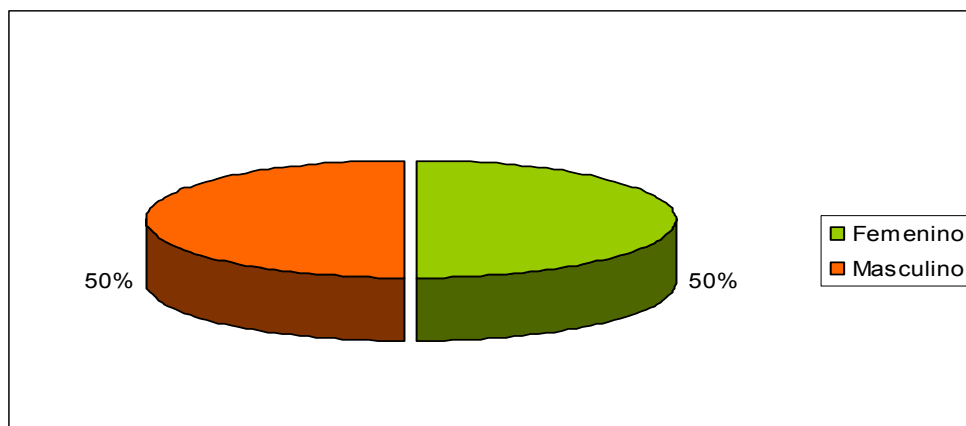
VARIABLE	DEFINICION NOMINAL	DEFINICION OPERACIONAL
14. Trabajo	Cualquier actividad que demande esfuerzo físico y/o mental, con o sin fines de lucro, ya sea en el hogar o fuera de este.	<ul style="list-style-type: none"> • Valores de 0 a 10, donde 0 corresponde a: no interfiere y 10 corresponde a: interfiere por completo.
15. Relaciones con otras personas	Conjunto de contactos que tenemos los seres humanos como seres sociables con el resto de las personas y con las cuales se establecen relaciones de amistad, convivencia entre otras.	<ul style="list-style-type: none"> • Valores de 0 a 10, donde 0 corresponde a: no interfiere y 10 corresponde a: interfiere por completo.
16. Sueño	Acción de dormir como el deseo de hacerlo.	<ul style="list-style-type: none"> • Valores de 0 a 10, donde 0 corresponde a: no interfiere y 10 corresponde a: interfiere por completo.
17. Capacidad de diversión	Motivación para realizar actividades de entretenimiento o distracción.	<ul style="list-style-type: none"> • Valores de 0 a 10, donde 0 corresponde a: no interfiere y 10 corresponde a: interfiere por completo.

7. RESULTADOS

A continuación se presentan los resultados obtenidos a través del desarrollo del Cuestionario Breve del Dolor.

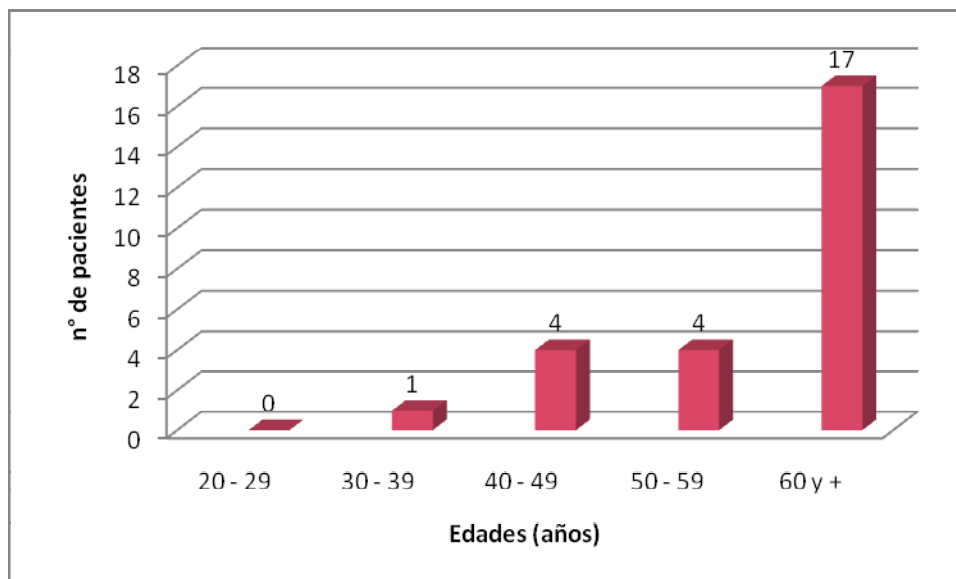
La población corresponde a 26 personas, de un total de 54 pacientes oncológicos en etapa avanzada, excluyéndose a 28 personas según los criterios de exclusión establecidos.

GRÁFICO N° 1: “Distribución porcentual de la población encuestada de acuerdo a Género, paciente oncológico en etapa avanzada, Unidad de Cuidados Paliativos, H.C.R.V”



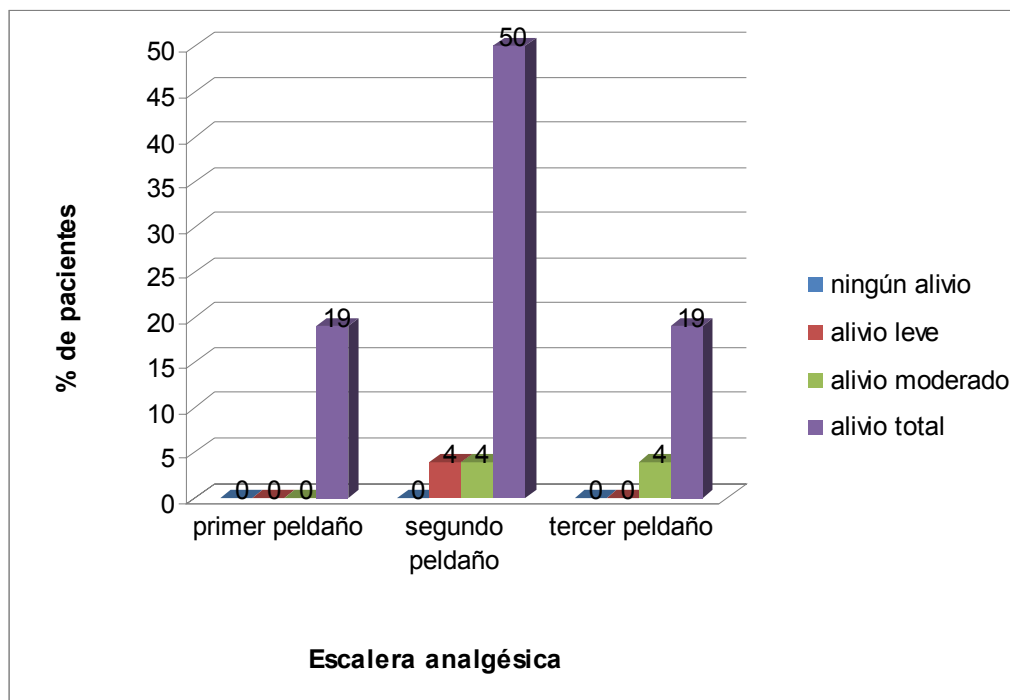
En este gráfico podemos observar que existe una equivalencia porcentual por sexo en la población encuestada, con un 50 % hombres y 50 % mujeres.

GRÁFICO N° 2; “Distribución por Grupo Etáreo, pacientes oncológicos en etapa avanzada, Unidad de Cuidados Paliativos, H.C.R.V”.



En el gráfico 2, se observa que del total de 26 pacientes estudiados, la mayoría de ellos se encuentran en el grupo etario de 60 y más años, con 17 pacientes; mientras que en los grupos de 40 a 49 y 50 a 59 años se concentra similar número de pacientes. También es importante destacar que no hubo registro de pacientes oncológicos en etapa avanzada en el grupo de 20 a 29 años.

GRÁFICO N° 3: “Distribución porcentual de pacientes según Escalera Analgésica de la OMS y Alivio del Dolor, Unidad de Cuidados Paliativos, H.C.R.V.”.

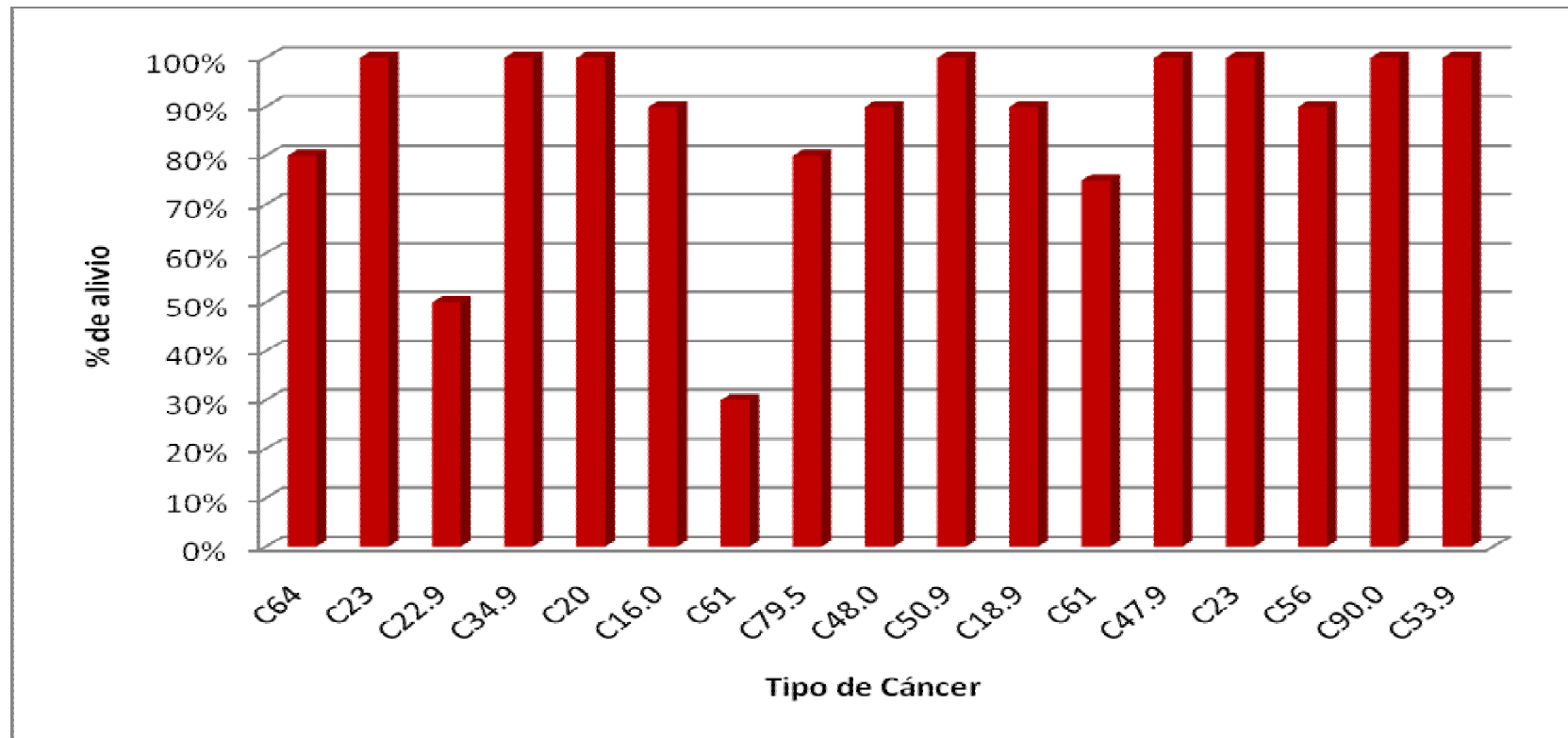


En este gráfico podemos observar que el 19% del total de pacientes estudiados y cuyo tratamiento farmacológico se encuentra en el Primer peldaño de la Escalera Analgésica, tienen un alivio total de su dolor. En el Segundo peldaño, el 50% del total de pacientes estudiados experimentó un alivio total de su dolor. En el tercer peldaño, sólo el 19% de la población logra un alivio total.

En relación al nivel de alivio del dolor que proporcionan los tratamientos farmacológicos según escalera analgésica, se observa que el 88% del total de pacientes estudiados presentó un alivio total de su dolor. El 8% logró alivio moderado y un 4% alivio leve.

Es importante destacar que el 100% de los pacientes presentaron algún tipo de alivio del dolor, ya sea leve, moderado o total.

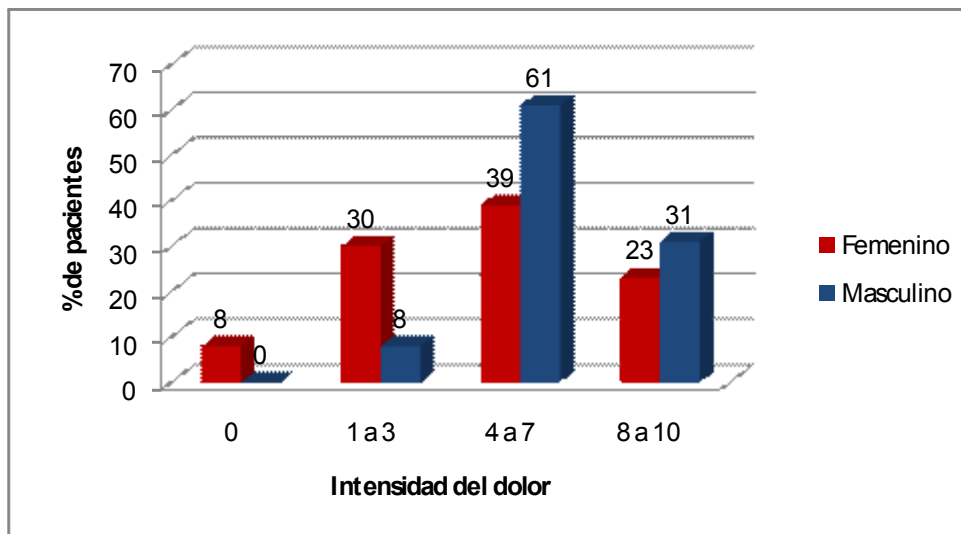
GRÁFICO N° 4: “Distribución porcentual de pacientes según Tipo de Cáncer y Nivel de Alivio del Dolor, Unidad de Cuidados Paliativos, H.C.R.V.”.



Anexo N° 8

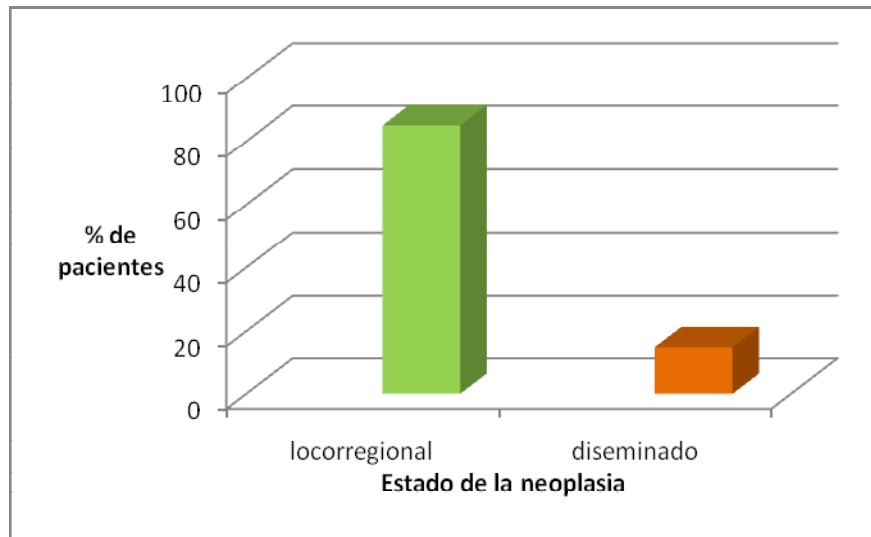
De acuerdo a este gráfico podemos señalar que sólo 2 pacientes tuvieron un porcentaje de alivio leve (30%) y alivio moderado (50%), correspondientes a Cáncer de Próstata y Cáncer Hepático respectivamente. Por lo tanto podemos concluir que la mayoría de los pacientes alcanza un alivio total de su dolor sin diferencia de patología, con porcentajes iguales o superiores al 80%.

GRAFICO N° 5: “Distribución porcentual de pacientes según Género e Intensidad Máxima de Dolor, Unidad de Cuidados Paliativos, H.C.R.V.”.



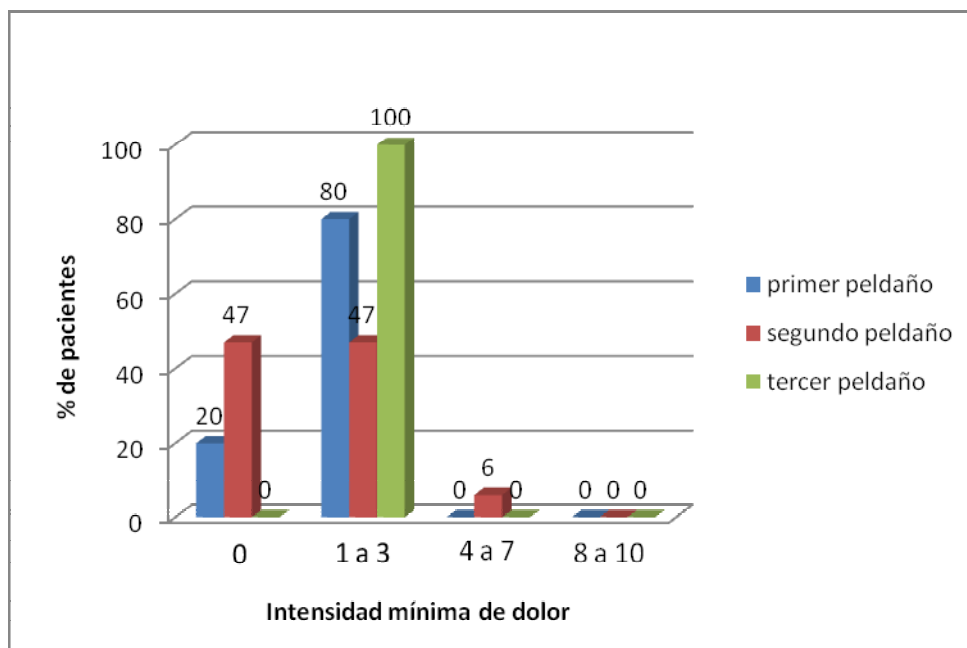
De acuerdo al gráfico, podemos observar que tanto el sexo masculino como el femenino, presentan en su mayoría una intensidad máxima de dolor que oscila entre un EVA de 4 y 7, con un 61% y un 39%, respectivamente. Al comparar ambos grupos, las mujeres con un 8% no presentan intensidad máxima de dolor, en cambio en los hombres, el dolor máximo siempre está presente.

GRÁFICO N° 6: “Distribución porcentual según Localización del Dolor, pacientes oncológicos en etapa avanzada, Unidad de Cuidados Paliativos, H.C.R.V.”.



En este gráfico podemos observar que la mayoría de los pacientes (85%) refirió un dolor localizado por lo que su estado neoplásico puede clasificarse como locorregional y sólo un 15% de los pacientes refirió que era diseminado.

GRÁFICO N° 7: “Distribución porcentual según Intensidad Mínima de Dolor por Peldaño de la Escalera Analgésica de Dolor, paciente oncológico en etapa avanzada, Unidad de Cuidados Paliativos, H.C.R.V.”.

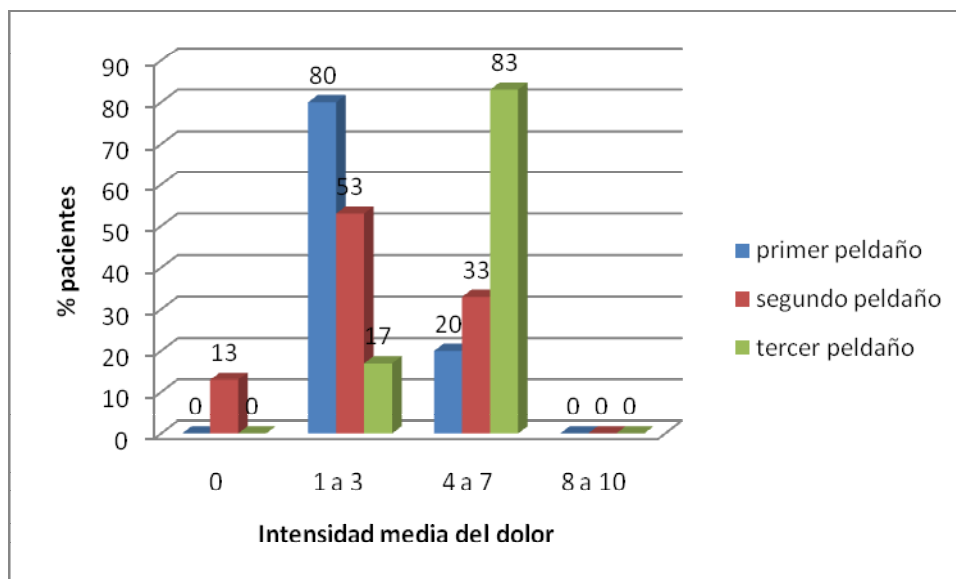


En este gráfico podemos observar que el 100% de los pacientes que se encuentran en el Tercer Peldaño de la Escalera Analgésica, refieren una intensidad mínima de dolor que oscila entre un EVA de 1 a 3. Lo mismo ocurre en el Primer escalón con un 80%.

En relación al Segundo Peldaño la mayoría de los pacientes (94%) logra disminuir su dolor ya que sólo refiere EVA entre 0 y 3. Sólo un pequeño porcentaje (6%) de los pacientes refirió experimentar un dolor de intensidad mínima que oscila entre un EVA de 4 y 7

No se registraron pacientes que experimentaran una intensidad mínima con EVA mayor a 8.

GRÁFICO N° 8: “Distribución porcentual según Intensidad Media de Dolor por Peldaño de la Escalera Analgésica, paciente oncológico en etapa avanzada, Unidad de Cuidados Paliativos, H.C.R.V.”.



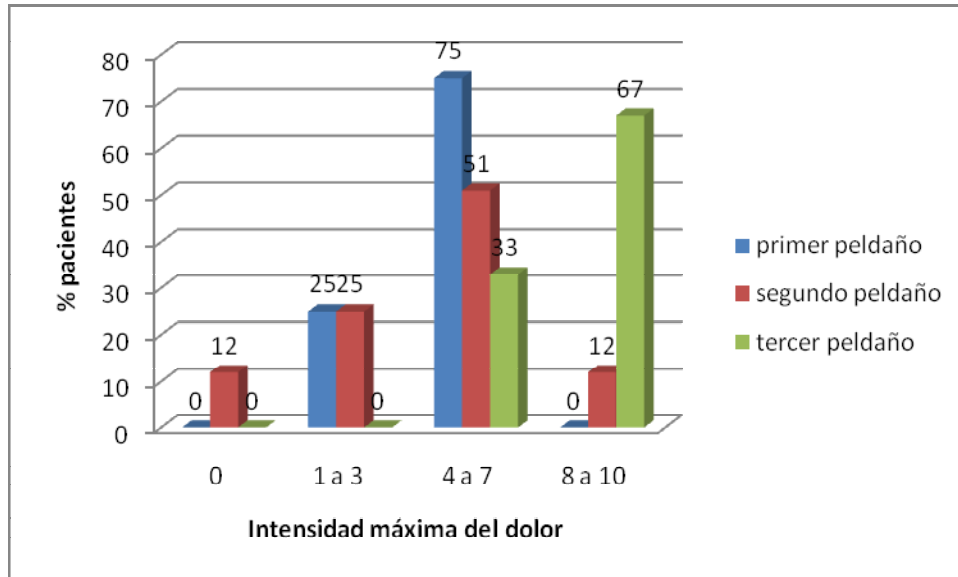
En este gráfico podemos observar que en el Primer y Segundo Peldaño de la Escalera Analgésica la mayoría de los pacientes con un 80% y 53% respectivamente, refieren una intensidad media de dolor que oscila entre un EVA de 1 a 3.

En relación al Tercer Peldaño el 83% de los pacientes refieren una intensidad moderada de dolor que oscila entre un EVA de 4 a 7.

No se registraron pacientes que experimentaran una intensidad media con EVA mayor a 8.

Sólo los pacientes que se encuentran en el Segundo Peldaño con un 13% refieren no experimentar dolor de intensidad media de dolor.

GRÁFICO N° 9: “Distribución porcentual según Intensidad Máxima de Dolor por Peldaño de la Escalera Analgésica de Dolor, paciente oncológico en etapa avanzada, Unidad de Cuidados Paliativos, H.C.R.V.”.



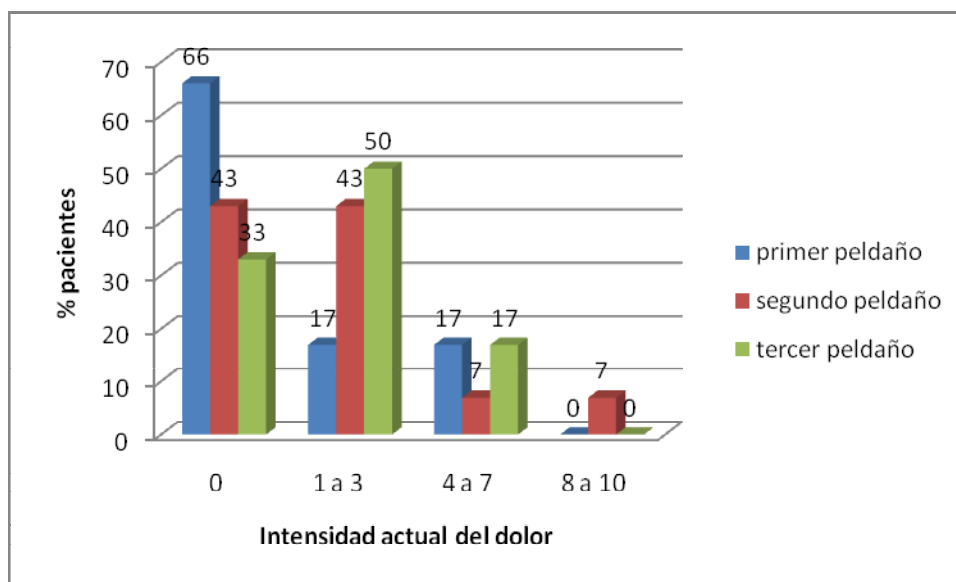
En este gráfico podemos observar que 2 tercios de los pacientes del Primer Peldaño refieren una intensidad máxima de dolor que oscila en un EVA entre 4 y 7, con un 75%.

En relación al Segundo Peldaño, la mitad de los pacientes (51%) refiere un dolor de intensidad máxima con EVA entre 4 y 7. La cuarta parte (25%), presenta un EVA entre 1 y 3, mientras que el resto se distribuye equitativamente entre los EVA 0 y mayor a 8, con un 12% para cada uno.

De los pacientes del Tercer Peldaño, en su mayoría refieren un EVA mayor a 8 para el dolor de intensidad máxima, con un 67%, en cambio sólo el 33% de ellos refieren un EVA que oscila entre 4 y 7.

Sólo los pacientes que se encuentran en el Segundo Peldaño no refieren un dolor máximo.

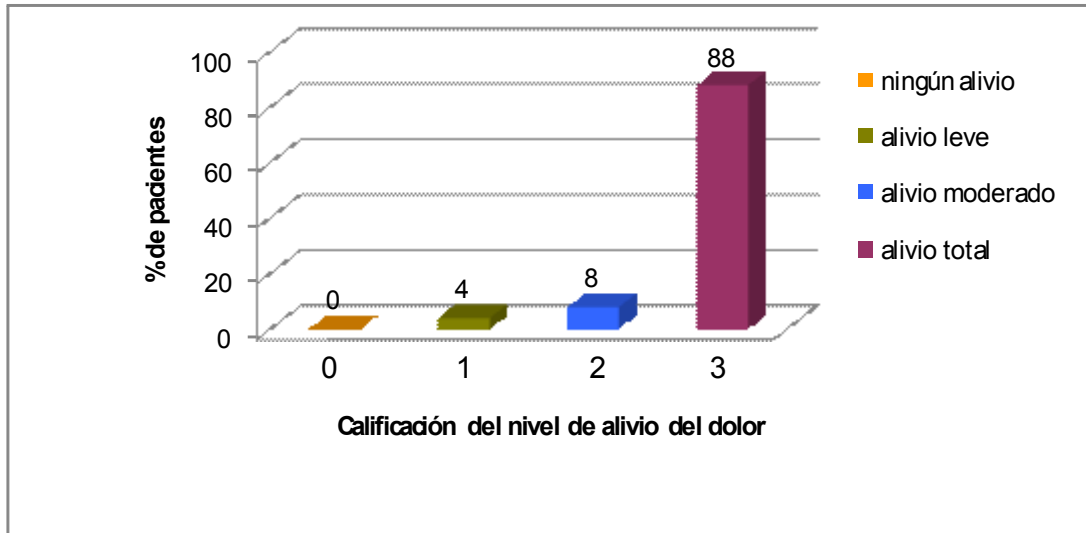
GRÁFICO N° 10: “Distribución porcentual según Intensidad Actual de Dolor por Peldaño de la Escalera Analgésica de Dolor, paciente oncológico en etapa avanzada, Unidad de Cuidados Paliativos, H.C.R.V.”.



En este gráfico podemos observar que la mayoría de los pacientes del primer Peldaño de la Escalera Analgésica, refieren no experimentar dolor al momento de realizar la encuesta, es decir, presentan un EVA 0, con un 66%. El 34% restante, se divide equitativamente entre EVA de 1 a 7.

De los pacientes que se encuentran en el Segundo Peldaño, la mayoría (86%) logra disminuir su dolor en gran medida, ya que refiere un EVA que oscila equitativamente entre 0 y 3. Algo similar sucede en el Tercer Peldaño con un 83%.

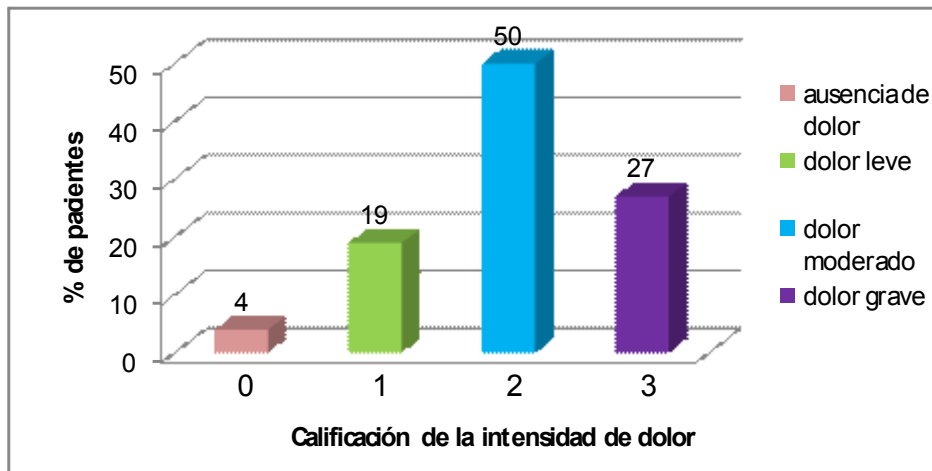
GRAFICO N° 11: Distribución de pacientes según Nivel de Alivio del Dolor, Unidad de Cuidados Paliativos, H.C.R.V.



GRUPO	CALIFICACIÓN DEL NIVEL DE ALIVIO DEL DOLOR	DESCRIPCIÓN	PORCENTAJE
Grupo 1	0	ningún alivio	0%
Grupo 2	1	alivio leve	10%-30%
Grupo 3	2	alivio moderado	40%-70%
Grupo 4	3	alivio total	80%-100%

De acuerdo al criterio de clasificación propuesto para el nivel de alivio del dolor, en el gráfico podemos observar que los pacientes se encuentran en el grupo 4, es decir, un 88% de ellos califica 3, lo cual corresponde a un alivio total del dolor, por lo tanto el tratamiento para el dolor en este caso es efectivo.

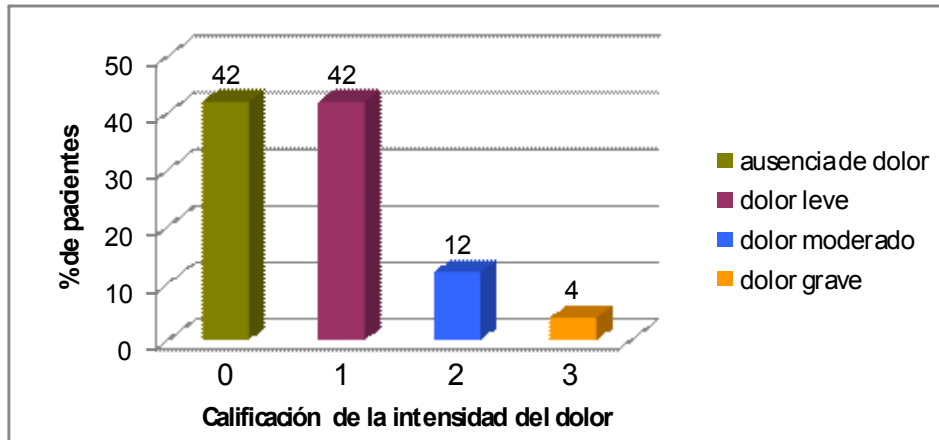
GRAFICO N° 12: Distribución de pacientes según Intensidad Máxima de Dolor, Unidad de Cuidados Paliativos, H.C.R.V.



GRUPO	CALIFICACIÓN DE LA INTENSIDAD DEL DOLOR	DESCRIPCIÓN	PUNTAJE
Grupo 1	0	ausencia de dolor	0
Grupo 2	1	dolor leve	1-3
Grupo 3	2	dolor moderado	4-7
Grupo 4	3	dolor grave	8-10

De acuerdo a la clasificación propuesta para la intensidad del dolor, en el gráfico podemos observar que la mitad de los pacientes se encuentra en el grupo 3, es decir, un 50% de ellos califica 2 (dolor moderado), por lo tanto el tratamiento para el dolor en este caso es efectivo.

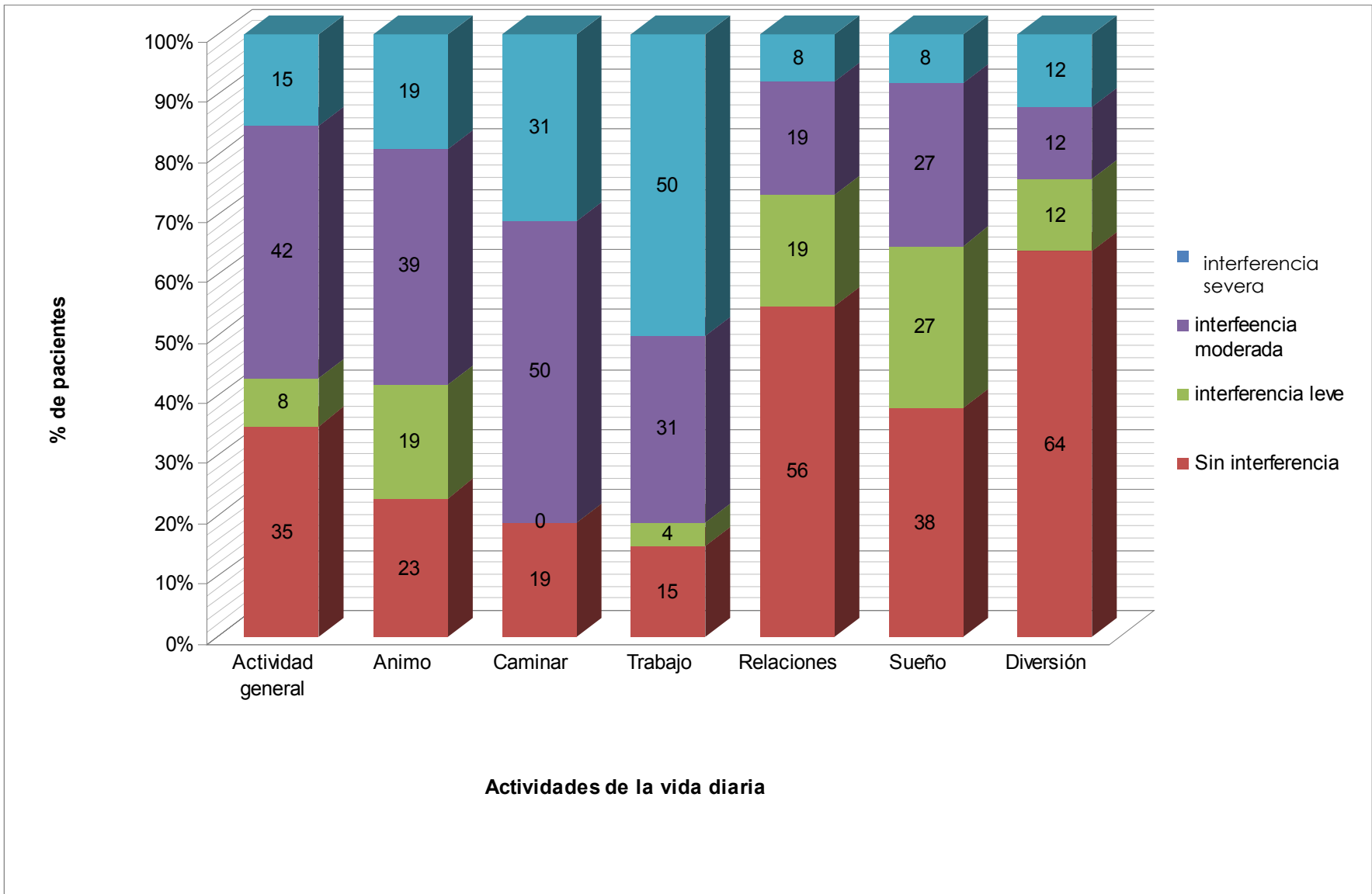
GRÁFICO N° 13: Distribución de pacientes según Intensidad Actual de Dolor, Unidad de Cuidados Paliativos, H.C.R.V.



GRUPO	CALIFICACIÓN DE LA INTENSIDAD DEL DOLOR	DESCRIPCIÓN	PUNTAJE
Grupo 1	0	ausencia de dolor	0
Grupo 2	1	dolor leve	1-3
Grupo 3	2	dolor moderado	4-7
Grupo 4	3	dolor grave	8-10

De acuerdo a la clasificación propuesta para la intensidad del dolor, en el gráfico podemos observar que los pacientes en su mayoría se encuentran en los grupos 1 y 2, es decir, un 42% de ellos califica 0 (ausencia de dolor) y otro 42% califica 1 (dolor leve); por lo tanto el tratamiento para el dolor en este caso es efectivo.

GRÁFICO N° 14: “Distribución porcentual según Interferencia del Dolor en las Actividades de la Vida Diaria, pacientes Oncológicos en Etapa Avanzada, Unidad de Cuidados Paliativos, H.C.R.V.”.



En el gráfico podemos apreciar que de entre todas las actividades de la vida diaria, predomina la Interferencia Severa de Dolor en el Trabajo, con un 50%, seguido de la actividad Caminar, con una Interferencia Moderada, con 31%.

Se observa además una notoria Interferencia Moderada de Dolor en: Caminar (50%), Estado de Animo (39%) y en las Actividades Generales (42%).

Por otra parte, el Dolor No Interfiere en las Relaciones Interpersonales (56%) ni en la Capacidad de Diversión (64%).

8. DISCUSION

A partir de los resultados obtenidos en las encuestas realizadas a la población estudiada, podemos decir que en relación a su perfil sociodemográfico, esta se caracteriza por ser equitativamente de ambos sexos, masculino y femenino, con un marcado predominio del grupo Adulto Mayor, representado por el 66% del total. Este porcentaje puede ser asociado directamente con el estado avanzado de la patología del grupo de estudio, siendo importante destacar que no se registró ningún paciente en el tramo inferior de edad, es decir, menor a 29 años. Al respecto, ciertas investigaciones revelan que la frecuencia de síndromes dolorosos persistentes aumenta con la edad estimándose la prevalencia del dolor entre el 73 y 80%. Así mismo, estudios epidemiológicos a personas de más de 65 años evidenciaban una prevalencia entre el 70 y 83%". Por lo tanto, se demuestra que el dolor crónico representa un importante problema de salud pública. ⁽¹⁴⁾

Al relacionar las variables tipo de cáncer y nivel de alivio mediante el tratamiento, se observa que, sin distinción del tipo de cáncer, la mayor parte de la población estudiada presenta un alivio total de su dolor, sobre un 80%. Esto permite deducir que el esquema de tratamiento utilizado a partir de la Escalera Analgésica, funciona para todos los tipos de cánceres.

Asimismo, al observar el alivio en consideración al tipo de tratamiento que está recibiendo la población, nos damos cuenta que en los tres peldaños experimentan en gran mayoría un alivio del dolor superior al 80%. Estos datos coinciden con los obtenidos por Twycross; que en el estudio de un grupo de pacientes con cáncer sometidos a un tratamiento del dolor, observó que la mayoría de ellos aliviaron satisfactoriamente durante la primera semana en la que se utilizó la escalera analgésica de la OMS. ⁽²⁶⁾

De este modo, en el primer peldaño en que se utilizan los fármacos más básicos como los antiinflamatorios no esteroideos, los pacientes aliviaron en un 100% su dolor; esto puede relacionarse con la etapa inicial de la enfermedad avanzada. En los peldaños de los analgésicos opioides, el alivio total del dolor también representa la mayoría de los porcentajes, sobre un 80%. Sin embargo aquí si existieron pacientes con alivio moderado y leve, aún cuando estos fármacos son más potentes. Esto concuerda con lo que han demostrado otros estudios, que afirman que la prevalencia del dolor por cáncer aumenta con la progresión de la enfermedad, y que la intensidad, tipo y localización del dolor varía de acuerdo al sitio primario del cáncer, extensión de la progresión de la enfermedad y los tratamientos empleados. ⁽⁷⁾

Al analizar el comportamiento de la intensidad máxima del dolor según el tratamiento que propone la Escalera Analgésica de la OMS, vemos que en el primer peldaño de los no opioides, 2 tercios de los pacientes refieren una intensidad máxima de dolor que oscila en un EVA entre 4 y 7, con un 75%. En el segundo peldaño de los

opioides débiles, la mitad de los pacientes refiere una intensidad de dolor con EVA entre 4 y 7; sin embargo, también es importante mencionar que la cuarta parte logra disminuir su dolor, ya que sólo refiere EVA entre 1 y 3. A su vez, la intensidad máxima de dolor con EVA mayor a 8, se da en gran mayoría (67%) en aquellos pacientes que están recibiendo el tratamiento de los opioides más fuertes, es decir, que están en el tercer peldaño de la escalera analgésica. Estos resultados también concuerdan con lo mencionado anteriormente, ya que a mayor progresión de la enfermedad, mayor es la intensidad del dolor y por lo tanto, mayor es el tratamiento requerido.

Si relacionamos la intensidad de dolor con la variable género, se aprecia que ambos sexos en su mayoría, presentan una intensidad máxima de dolor que oscila entre un EVA de 4 y 7, cuyos porcentajes alcanzan valores importantes 61% y 39 %, respectivamente. Además, se puede observar que sólo el sexo femenino destaca con un 8%, como el grupo que no presentó dolor de intensidad máxima en un momento determinado de su patología.

Según la localización del dolor, los datos nos señalan que el grupo en estudio en su mayoría, con un 85% del total, presenta un dolor de tipo locorregional, valor de gran importancia que nos permite decir que estos tipos de cánceres se caracterizan por tipo de dolor y ubicación específicos. Un bajo porcentaje, sólo un 15%, presentan dolor de tipo diseminado, lo que nos afirma que la minoría de la población, presenta neoplasias metastásicas y múltiples. Lo anterior incide además en la determinación del tipo de tratamiento que se necesita, tanto para el buen manejo del dolor como para adaptar el tipo de cuidado que requieran los pacientes.

En relación a los tipos de cánceres, podemos decir que no existe una diferencia porcentual significativa, ya que se produce una variedad de estos en la población, pero sí destacan entre el total, aquellos que sólo afectan a las mujeres, como el cáncer Mamario, Ovárico y Cervicouterino, que en conjunto suman casi la cuarta parte de la población en estudio con un 24% del total, cifra demostrativa que concuerda con las estadísticas de la OMS, que ubican al cáncer de Mama como la principal causa de muerte por cáncer en las mujeres de Chile. ⁽²¹⁾

A través de los resultados obtenidos por el Cuestionario Breve del Dolor, en una distribución porcentual efectuada en base a las respuestas, podemos observar que, el Trabajo es la actividad de la vida diaria más afectada por el dolor, con un valor del 50% (interferencia severa), seguido de la actividad Caminar, que se eleva con un 31%, resultando ambas determinantes en la vida de la población estudiada y que nos plantea lo limitante que puede llegar a ser una patología tan avanzada como lo es el cáncer terminal. Estos antecedentes constituyen aspectos que pueden incidir negativamente en el resto de las actividades. Es así que el Ánimo se ve moderadamente afectado alcanzando un 39%. Por el contrario, vemos que otros aspectos tales como la Diversión y las Relaciones Interpersonales, no son interferidos por el dolor, hecho que llama mucho la atención. Una explicación a esto podría darse considerando que la mayor parte de la población

corresponde al grupo Adulto Mayor y que al momento de ser encuestados refirieron que entre las actividades que realizaban para divertirse figuraban aquellas que no demandan mucho esfuerzo físico, tales como juegos de salón, la televisión y la radio, entre otras. Del mismo modo, la mayoría de ellos pertenecen a diversos grupos religiosos y en la misma comunidad, quienes los visitan frecuentemente y les proporcionan apoyo tanto en el ámbito psicológico como en el social. En este caso que los pacientes cuentan además con la ayuda de fármacos adyuvantes y un gran apoyo familiar. Todo lo anterior constituye entonces, un factor protector importante que incide positivamente en la calidad de vida de los pacientes, ya que el tratamiento se enfoca más bien en la calidad de vida que en la duración de la misma, puesto que el objetivo de la atención de enfermos terminales es ayudarlos a vivir cada día en plenitud, al aliviar sus síntomas y hacerlos sentir cómodos y con ello enfrentar el dolor en compañía y tener distracciones que permitan favorecer el ámbito psicosocial.

Según el estándar propuesto para la evaluación de la efectividad del tratamiento farmacológico, clasificamos a los pacientes en grupos, según la intensidad del dolor y el alivio que los esquemas les proporcionaron. De esta forma pudimos obtener una visión ordenada del comportamiento del dolor en la población estudiada.

Así, obtenemos que el tratamiento farmacológico para el dolor, proporcionado por la Unidad de Cuidados Paliativos del H.C.R.V. a pacientes con cáncer avanzado, cumple su objetivo, ya que se observó en un 88% de los pacientes un alivio total de su dolor. Este porcentaje nos proporciona una calificación del nivel de alivio del dolor muy aceptable, permitiendo clasificar a los pacientes según el estándar en el grupo 4, que nos indica que el tratamiento es efectivo. Esta es una cifra porcentual muy destacable que nos permite deducir que los fármacos utilizados son los adecuados y además realmente efectivos para el control del dolor por cáncer, independiente de su tipo y localización.

Asimismo, al analizar la intensidad del dolor, aplicando el mismo estándar, observamos que el tratamiento también cumple su objetivo, puesto que casi la totalidad de la población encuestada refirió que no tenía dolor y que si lo presentaba, este era de intensidad leve (84% en total). Podemos decir entonces, que existe un buen manejo del dolor por parte del equipo de salud y los esquemas farmacológicos mencionados.

9. CONCLUSIONES

Según los resultados del estudio realizado, se pueden hacer las siguientes conclusiones:

- Referente a la edad, existe un predominio en el rango de edad de 60 y más, con un 66%, que corresponde al grupo Adulto Mayor. Además, el 50% de la población es de sexo femenino y la otra mitad de sexo masculino.
- Respecto al tipo de cáncer, existe un predominio de cánceres que afectan preferentemente al sexo femenino, como son el cáncer de mamas, ovario y cervicouterino, que en conjunto representan un 24% del total.
- En cuanto a la localización del dolor, el grupo en estudio en su mayoría, con un 85% del total, presenta un dolor de tipo locorregional.
- La mayor parte de la población estudiada presenta un alivio total de su dolor, sobre un 80%, para todos los tipos de cánceres.
- Respecto al tipo de tratamiento, según escalera analgésica de la OMS, en el primer peldaño los pacientes aliviaron en un 100% su dolor. En el segundo y tercer peldaño el alivio total del dolor también representa la mayoría de los porcentajes, sobre un 80%.
- Referente a la intensidad del dolor, la mayoría de la población en estudio con un 61% los hombres y 39% mujeres, presentan un dolor de intensidad máxima que oscila entre un EVA de 4 y 7. En cuanto al comportamiento de la intensidad máxima del dolor según el tratamiento que propone la Escalera Analgésica de la OMS, en el primer peldaño el 75% de los pacientes refieren una intensidad máxima de dolor que oscila en un EVA entre 4 y 7. En el segundo peldaño sólo un 51% refiere una intensidad de dolor con EVA entre 4 y 7 y el 25% logra disminuir su dolor, ya que sólo refiere EVA entre 1 y 3. A su vez, la mayoría de los pacientes que experimentan una intensidad máxima de dolor con EVA mayor a 8 se encuentran en el tercer peldaño, con un 67%.
- La interferencia del dolor se da preferentemente en aquellas actividades que demandan cierto esfuerzo físico para su realización, como lo son el Trabajo 50% y la capacidad para Caminar 31%. Por el contrario, no interfiere en el ámbito psicosocial, es decir en las Relaciones interpersonales con un 56%, ni en la diversión 54%. El ánimo sí presenta una interferencia moderada con un 39%.

- El estándar propuesto para la evaluación de la efectividad del tratamiento farmacológico, es útil para clasificar a los pacientes según la intensidad y el alivio del dolor. De acuerdo a este, el tratamiento es efectivo, porque el 88% de la población en estudio, alivió totalmente y el 84%, resultó sin dolor o con uno de intensidad leve. Existe por lo tanto, un muy buen manejo del dolor por parte del equipo de salud y un correcto uso de los esquemas farmacológicos.

Los resultados de esta investigación nos permiten concluir, que los esquemas de tratamientos utilizados por la Unidad de Cuidados Paliativos del H.C.R.V. son efectivos, ya que se evidenció que la mayoría de los pacientes presentó un alivio total de su dolor.

Dada la tendencia actual al aumento de patologías neoplásicas avanzadas, el manejo óptimo del dolor es indispensable. Por lo tanto la evaluación de este es un proceso dinámico y de vital importancia, tanto para el ámbito de la salud como para la calidad de vida de los pacientes, mediante el cual enfermería va identificando continuamente la respuesta del paciente a los distintos tratamientos farmacológicos recibidos. De esta forma, evidencia la disminución de la intensidad del dolor y prepara estrategias necesarias para sobrellevar el proceso de la enfermedad, tales como hacer partícipe a la familia en el tratamiento y autocuidado del paciente, prevenir complicaciones y dar solución a las que se presentan.

10. PROYECCIONES DE ENFERMERIA

Nuestra investigación será de utilidad para todos aquellos profesionales que se encuentran comprometidos en el trabajo con pacientes oncológicos en etapa avanzada, ya que dará a conocer la efectividad de su tratamiento para el dolor y la manera en que su dolencia los afecta en sus actividades, lo que se refleja directamente en su calidad de vida.

Los resultados que aporta esta investigación permitirán entregar datos reales acerca de qué tan efectivo está siendo el tratamiento farmacológico para el dolor de una población determinada de pacientes oncológicos, en el sentido de descubrir y cubrir las necesidades de este, contribuyendo así a la labor asistencial de la enfermera, ya que es ella quien tiene a su cargo gran parte del tiempo el control de los pacientes y la evaluación de su dolor, estando en contacto directo y frecuente con él y sus familiares. Aquí adquiere además, un rol muy importante en la administración de los medicamentos en el hogar, a través de la educación continua, haciéndose partícipe del tratamiento y del autocuidado de los pacientes. A partir de lo anterior, y en conjunto con el equipo multidisciplinario, enfermería podrá planificar diversas estrategias de intervención como la aplicación de nuevos instrumentos de valoración del dolor, para la administración y control de ingesta de medicamentos, entre otras, cubriendo de esta forma todas las necesidades de los pacientes para mejorar cada vez más el manejo del dolor.

Por lo tanto, proyectamos que la información que se obtenga en el presente estudio constituya un gran aporte para las Unidades de Cuidados Paliativos, profesionales de la salud, nuestros pares, y para los propios pacientes y/o familiares. Y, de esta forma seamos capaces de abordar con criterios y fundamentos, las complejas dificultades que se van presentando durante la progresión de la enfermedad y a la vez mitigar el terrible dolor que aqueja a este tipo de pacientes, proporcionándole de esta manera el confort necesario para un buen morir. Asimismo, esperamos que en un futuro próximo se siga extendiendo este programa, con más tipos de tratamientos alternativos para el alivio del dolor del paciente, como por ejemplo la acupuntura y reiki, que cada vez están siendo más usados y difundidos, teniendo una aceptación y resultados muy positivos en los usuarios. Al mismo tiempo, esto permitiría continuar ampliando el campo investigativo en estas unidades, procurando así a contribuir a su desarrollo y mejoramiento para brindar una atención integral a los pacientes.

A partir de este estudio sería conveniente que surgieran nuevas investigaciones en las que se controlaran aquellas variables de las cuales se necesita mayor información, para conocer realmente cómo se comportan y hacer correlaciones entre ellas. Sería apropiado además, complementar con estudios cualitativos que investiguen más a fondo variables en las cuales la percepción del paciente es muy relevante, como es el caso de la calidad de vida y estados de ánimos de pacientes oncológicos en etapa avanzada. Por otra parte, sería relevante la implementación de un seguimiento de los pacientes en sus hogares,

aplicándoles el instrumento utilizado en esta investigación u otro más completo, de tal modo que abarque a la población en forma holística, es decir, su calidad de vida en general como paciente oncológico terminal.

11. BIBLIOGRAFIA

- 1) Asociación Española contra el Cáncer (2002). *El Cáncer en el mundo, Incidencia*. Recuperado: 13-08-07 desde: <http://www.todocancer.com/NR/rdonlyres/644E25A4-CE02-41EC-9EAC-3B2184DC1CDD/0/Incidencia.pdf>

- 2) Asociación Española contra el Cáncer (2007), *Dolor*. Recuperado: 03-10-07 desde: <http://www.todocancer.com/ESP/Informacion+Cancer/El+c%C3%A1ncer/DOLOR.htm>

- 3) Acquart, A.Z. y cols. (2002) *Comportamiento del Dolor Neoplásico en Enfermos Terminales Geriátricos (ETG)*. Recuperado: 10-10-07 desde: <http://www.sedolor.es/ponencia.php?id=531>

- 4) Badia y cols (2002). *Validación española del cuestionario Brief Pain Inventory en pacientes con dolor de causa neoplásica*. Recuperado: 25-10-07 desde: http://www.cuidadospaliativos.org/biblioteca/validacion_espanola_del_cuestionario.pdf

- 5) Cadavid, A. y cols. (2005), *Fundamentos de Medicina, Dolor y cuidados Paliativos*. (cap. 3, 5, 9, 24). Colombia: Corporación para Investigaciones Biológicas.

- 6) EDUPAC, Proyecto ALGOS y cols. (2003), *El Dolor en el Paciente Oncológico, Guía para pacientes y Familiares*. Recuperado: 04-10-07 desde: <http://www.edupac.es/d/guia-edupac.pdf>

- 7) Farreras, Rozman (2000), *Medicina Interna*, (sección, cap. 7). España: Harcourt, S. A. Versión en Cd-Room

- 8) Genzyme (2006), *Brief pain Inventory (BPI)*. Recuperado: 25-10-07 desde: http://www.lsdregistry.net/fabryregistry/hcp/partic/assess/freg_hc_p_BPI.asp

- 9) Gobierno de Chile, MINSAL (2002). Recuperado: 13-08-07 desde: <http://www.minsal.cl>

10) Gómez M, Ojeda MM (1996). *El dolor: Analgésicos opiáceos*. Tratado de medicina paliativa y tratamiento de soporte en el enfermo con cáncer. (pp. 467-481). Madrid: Panamericana.

11) Gómez Sancho y cols. (2003), *Avances en cuidados Paliativos*, (vol. 2, cap. 35, 36, 37, 38, 41, 44). España: GAFOS.

12) Hanks. G. W. y cols, (2002), *Morfina y opiáceos alternativos para el tratamiento del dolor oncológico: recomendaciones de la EAP*.

Recuperado: 04-10-07 desde:

http://www.eapcnet.org/download/forPublications/BJC_Espagnol.pdf

13) Long, B.C., Phipps W.J. (1992), *Enfermería Medicoquirúrgica*. (vol.1, cap. 12, pp. 267) España: Interamericana, Mcgraw Hill.

14) López, A y cols. (2004), *Dolor*.

Recuperado: 18-10-07 desde: http://www.segg.es/segg/tratadogeriatria/PDF/S35-05%2071_III.pdf

15) López R. y cols. Pontificia Universidad católica de Chile. *Manual de Medicina Paliativa*.

Recuperado: 03-10-07 desde:

<http://www.cuidadospaliativos.org/guias-enfermeia/medicinapaliativafinal.pdf>

16) Marriner – Tome, A. (1999), *Modelos y Teorías de Enfermería* (cap. 23, pp. 355-363). España: Harcourt Brace.

17) MINSAL (2002), Objetivos Sanitarios para la década 2000-2010, *El Vigía Boletín de Vigilancia en Salud Pública de Chile*, (Vol. 5, n15 - ISSN 0717-392X)

Recuperado: 13-10-07 desde: <http://epi.minsal.cl/epi/html/elvigia/vigia15.pdf>

18) MINSAL (2005). *Guía Clínica Alivio del dolor por Cáncer Avanzado y Cuidados Paliativos*.

Recuperado: 22-08-07 desde: <http://www.minsal.cl>

19) Monsalve, V. y cols., (2006) *Intervención psicológica en dolor oncológico: un estudio de revisión*. Psicooncología. Vol. 3, Núm. 1, 2006, pp. 139-152

desde: <http://www.ucm.es/BUCM/revistas/psi/16967240/articulos/PSIC0606130139A.PDF>

20) Organización Mundial de la Salud (1996), *Alivio del dolor en el Cáncer, con una guía sobre la disponibilidad de opioides*

21) Organización Mundial de la salud (2007). Datos y estadísticas. Cifras destacables: el impacto del cáncer. *What is the impact of cancer in your country?*.

Recuperado: 06-02-08 desde:

http://www.who.int/ncd_surveillance/infobase/web/InfoBasePolicyMaker/reports/ReporterFullView.aspx?id=5)

22) Organización Mundial de la Salud (2006), Día Mundial Contra el Cáncer: acción mundial para evitar 8 millones de muertes por cáncer de aquí a 2015

Recuperado: 29-11-07 desde:

<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2006/pr06/es/index.html>

23) Otto, S. (1999), *Enfermería Oncológica*, España: Harcourt Brace SA

24) Páeiele, C., Bilbeny, N. (1997), *El dolor , aspectos básicos y clínicos* (cap. 6, 17, 18). España: Mediterráneo

25) Pain research Group, *Cuestionario Breve para la Evaluación del dolor (edición corta)*

Recuperado: 12-10-07 desde: http://www.mdanderson.org/pdf/bpisf_spanish.pdf

26) Piriz, G. y cols. (2004), *Dolor Oncológico: un problema no resuelto*. Revista Médica de Uruguay; 20: 32-43

Recuperado: 18-10-07 desde: <http://www.rmu.org.uy/revista/2004v1/art5.pdf>

27) Pizzi P., Muñoz A., Fuller A. (2001) División de Extensión biomédica Facultad de Medicina Universidad de Chile, *El dolor, la muerte y el morir*, (pp. 49). Santiago: Mediterráneo.

28) Programa de Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos, Hospital Clínico Regional Valdivia. *Base de datos*

29) Reddy, S. (2007), *Expertos internacionales en dolor oncológico reclaman más formación para erradicar la "opiofobia"*. Cátedra de Investigación y Docencia en Dolor UAB-IMAS-MENARINI

Recuperado: 13-10-07 desde:

http://www.hospitaldelmar.cat/imas/Nota_de_prensa_postmodulo6.pdf

30) Rodríguez,R., Bravo, L. (2003), *Determinación de la dosis oral inicial de opioides débiles en alivio del dolor por cáncer*. Dolor por cáncer y opioides. Rev. Col. Anest. 31: 93.

Recuperado: 12-10-07 desde:

http://www.scare.org.co/rca/archivos/articulos/2003/vol_2/HTML/Opioides%20Debiles%20en%20dolor.htm

31) Sociedad Española del Dolor (2007). Noticia de prensa: *Estudio señala uso opioides mayores permite mejorar control dolor*.

Recuperado: 13-10-07 desde: <http://opi.areastematicas.com/noticia.php?id=20>

32) Sociedad Española del dolor (2004), *Valoración del parche transdérmico de Buprenorfina en pacientes con dolor oncológico*.

Recuperado: 17-10-07 desde: <http://do.areastematicas.com/articulooriginal.php?id=14>

33) Torres, L.M. (1997), *Medicina del dolor*. (pp. 337). Mason SA.

34) Twycross, R., *Factores que Influyen en el Dolor de Difícil Control*

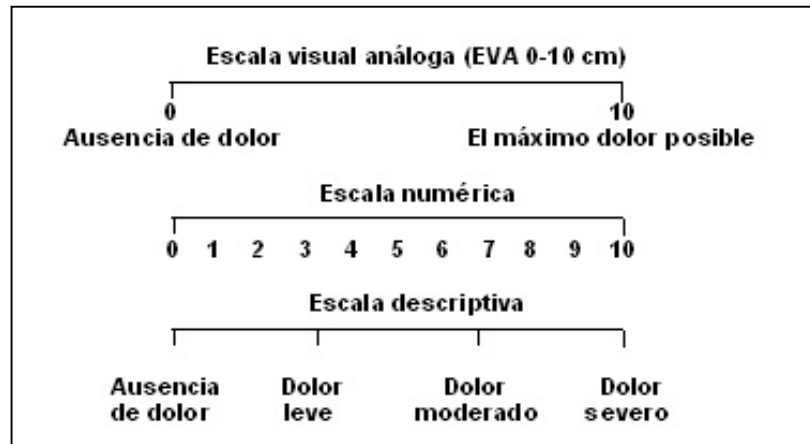
Recuperado: 03-10-07 desde:

<http://www.fundacionmhm.org/pdf/Mono2/Articulos/articulo7.pdf>

12. ANEXOS

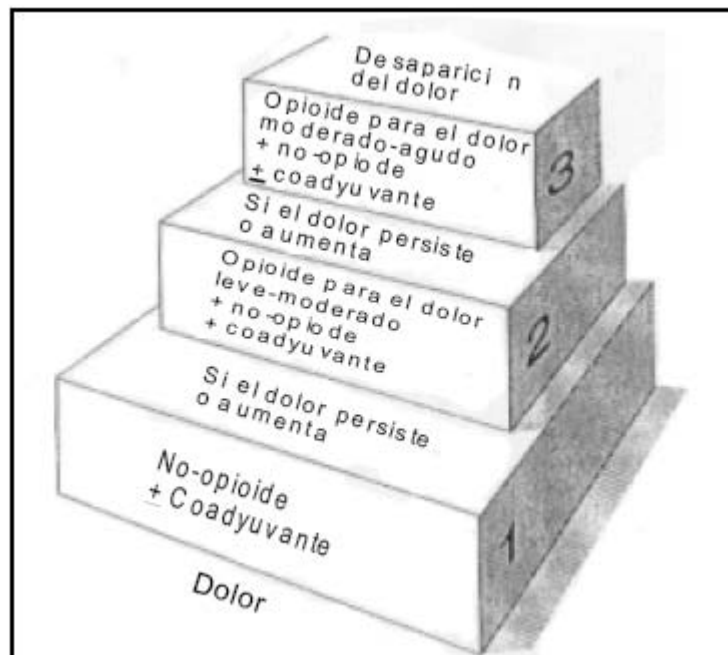
ANEXO N°1

FIGURA 1: Escalas para medir la Intensidad del Dolor. Tomado de: Fundamentos de Medicina, *Dolor y cuidados Paliativos*. Pp. 205 ⁽⁵⁾

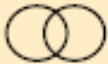


ANEXO N°2

FIGURA 2: Escalera Analgésica (modificada) de la Organización Mundial de la Salud. Tomado de: Avances en cuidados Paliativos, Gómez Sancho y cols., Tomo II, GAFOS, 2003. pp 3.



ANEXO N°3

MINIMENTAL ABREVIADO																										
<p>1. Por favor dígame la fecha de hoy.</p> <p>Sondee el mes, día del mes, año y día de la semana</p> <p>Anote un punto por cada respuesta correcta.</p>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">BIEN</td> <td style="text-align: center;">MAL</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Mes</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Día mes</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Año</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Día semana</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td colspan="2"></td> <td style="text-align: right;">TOTAL <input style="width: 30px;" type="text"/></td> </tr> </table>		BIEN	MAL		Mes				Día mes				Año				Día semana							TOTAL <input style="width: 30px;" type="text"/>	
	BIEN	MAL																								
Mes																										
Día mes																										
Año																										
Día semana																										
			TOTAL <input style="width: 30px;" type="text"/>																							
<p>2. Ahora le voy a nombrar tres objetos. Después que se los diga, le voy a pedir que repita en voz alta los que recuerde, en cualquier orden. Recuerde los objetos porque se los voy a nombrar más adelante. ¿Tiene alguna pregunta que hacerme?</p> <p>Explique bien para que el entrevistado entienda la tarea. Lea los nombres de los objetos lentamente y a ritmo constante, aproximadamente una palabra cada 2 segundos. Se anota un punto por cada objeto recordado en el primer intento.</p> <p>Si para algún objeto, la respuesta no es correcta, repítalos todos hasta que el entrevistado se los aprenda (máximo 5 repeticiones). Registre el número de repeticiones que debió hacer.</p>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">CORRECTA</td> <td style="text-align: center;">NO SABE</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Árbol ...</td> <td style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px;"></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Mesa ...</td> <td style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px;"></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Avión ...</td> <td style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px;"></td> <td style="text-align: right;">TOTAL <input style="width: 30px;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="padding-top: 10px;">Número de repeticiones</td> </tr> </table>		CORRECTA	NO SABE		Árbol ...				Mesa ...				Avión ...			TOTAL <input style="width: 30px;" type="text"/>	Número de repeticiones								
	CORRECTA	NO SABE																								
Árbol ...																										
Mesa ...																										
Avión ...			TOTAL <input style="width: 30px;" type="text"/>																							
Número de repeticiones																										
<p>3. Ahora voy a decirle unos números y quiero que me los repita de atrás para adelante:</p> <p style="text-align: center;">1 3 5 7 9</p> <p>Anote la respuesta (el número), en el espacio correspondiente.</p> <p>La puntuación es el número de dígitos en el orden correcto: ej.: 9 7 5 3 1 = 5 puntos</p>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: right;">Respuesta Entrevistado</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Respuesta Correcta</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td></td> <td colspan="4" style="text-align: center;">N° dígitos en el orden correcto</td> </tr> <tr> <td></td> <td colspan="4" style="text-align: right;">↓</td> </tr> <tr> <td></td> <td colspan="4" style="text-align: right;">TOTAL <input style="width: 30px;" type="text"/></td> </tr> </table>	Respuesta Entrevistado					Respuesta Correcta						N° dígitos en el orden correcto					↓					TOTAL <input style="width: 30px;" type="text"/>			
Respuesta Entrevistado																										
Respuesta Correcta																										
	N° dígitos en el orden correcto																									
	↓																									
	TOTAL <input style="width: 30px;" type="text"/>																									
<p>4. Le voy a dar un papel; tómelolo con su mano derecha, dóblelo por la mitad con ambas manos y colóquese sobre las piernas:</p> <p>Anote un punto por cada palabra que recuerde. No importa el orden</p>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: right;">Toma papel con mano derecha</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Dobla por la mitad con ambas manos...</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Coloca sobre las piernas</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Ninguna acción</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Ninguna acción</td> <td style="text-align: center;">0</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: right;">TOTAL <input style="width: 30px;" type="text"/></td> </tr> </table>	Toma papel con mano derecha		Dobla por la mitad con ambas manos...		Coloca sobre las piernas		Ninguna acción		Ninguna acción	0		TOTAL <input style="width: 30px;" type="text"/>													
Toma papel con mano derecha																										
Dobla por la mitad con ambas manos...																										
Coloca sobre las piernas																										
Ninguna acción																										
Ninguna acción	0																									
	TOTAL <input style="width: 30px;" type="text"/>																									
<p>5. Hace un momento le leí una serie de 3 palabras y usted repitió las que recordó. Por favor, dígame ahora cuáles recuerda.</p> <p>Anote un punto por cada palabra que recuerde. No importa el orden</p>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">CORRECTO</td> <td style="text-align: center;">INCORRECTO</td> <td style="text-align: center;">NR</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Árbol ...</td> <td style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px;"></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Mesa ...</td> <td style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px;"></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Avión ...</td> <td style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px;"></td> <td style="text-align: right;">TOTAL <input style="width: 30px;" type="text"/></td> </tr> </table>		CORRECTO	INCORRECTO	NR		Árbol ...					Mesa ...					Avión ...				TOTAL <input style="width: 30px;" type="text"/>					
	CORRECTO	INCORRECTO	NR																							
Árbol ...																										
Mesa ...																										
Avión ...				TOTAL <input style="width: 30px;" type="text"/>																						
<p>6. Por favor copie este dibujo: Muestre al entrevistado el dibujo. La acción está correcta si las figuras no se cruzan más de la mitad. Contabilice un punto si está correcto.</p> <div style="text-align: center;">  </div>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">CORRECTO</td> <td style="text-align: center;">INCORRECTO</td> <td style="text-align: center;">NR</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px;"></td> <td style="text-align: right;">TOTAL <input style="width: 30px;" type="text"/></td> </tr> </table>		CORRECTO	INCORRECTO	NR						TOTAL <input style="width: 30px;" type="text"/>															
	CORRECTO	INCORRECTO	NR																							
				TOTAL <input style="width: 30px;" type="text"/>																						
<p>Sume los puntos anotados en los totales de las preguntas 1 a 6</p>	<p>Suma Total = <input style="width: 30px;" type="text"/></p> <p>El puntaje máximo obtenido es de 19 puntos. Normal = ≥ 14 Alterado = ≤ 13</p>																									

ANEXO N°4

N° paciente

Título del Estudio:

"Evaluación de la Efectividad del Tratamiento para el Dolor en Pacientes Oncológicos en Etapa Avanzada, pertenecientes al PAD y C.F. Hospital Clínico Regional Valdivia, período Enero a Septiembre 2007".

Fecha
dd mm aa

Investigador:

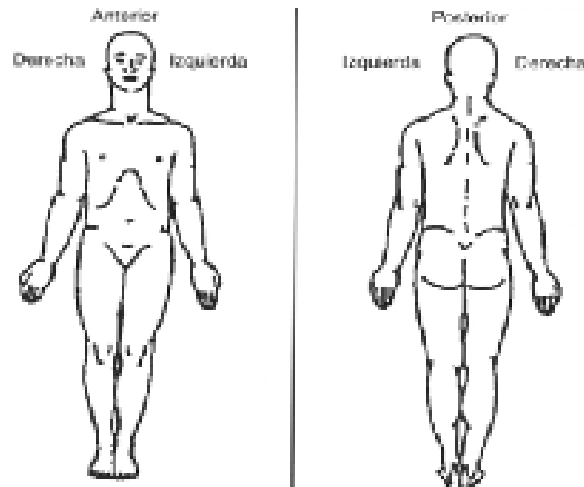
Questionario Breve Para La Evaluación Del Dolor (Edición Corta)

1. Todos hemos tenido dolor alguna vez en nuestra vida (por ejemplo, dolor de cabeza, contusiones, dolores de dientes). ¿En la actualidad, ha sentido un dolor distinto a estos dolores comunes?

SI

NO

2. Indique en el dibujo, con un lápiz, donde siente dolor. Indique con una "X" la parte en la cual el dolor es más grave.



3. Clasifique su dolor haciendo un círculo alrededor del número que mejor describe la intensidad **MAXIMA** de dolor sentido en las últimas 24 horas.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ningún
Dolor

El Peor Dolor
Imaginable

4. Clasifique su dolor haciendo un círculo alrededor del número que mejor describe la intensidad **MINIMA** de dolor sentido en las últimas 24 horas.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ningún
Dolor

El Peor Dolor
Imaginable

5. Clasifique su dolor haciendo un círculo alrededor del número que mejor describe la intensidad MEDIA de dolor sentido en las últimas 24 horas.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ningún
Dolor

El Peor Dolor
Imaginable

6. Clasifique su dolor haciendo un círculo alrededor del número que mejor describe la intensidad de su dolor ACTUAL.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ningún
Dolor

El Peor Dolor
Imaginable

7. ¿Qué tratamiento o medicamento recibe para su dolor?

8. En las últimas 24 horas, ¿Cuánto alivio ha sentido con el tratamiento o con el medicamento para el dolor? Indique con un círculo el porcentaje que mejor se adapta a su alivio.

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

Ningún
Alivio

Alivio
Total

9. Haga un círculo alrededor del número que mejor describe la manera en que el dolor ha interferido, durante las últimas 24 horas con su:

A. Actividad general:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

No
Interfiere

Interfiere por
Completo

B. Estado de ánimo:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

No
Interfiere

Interfiere por
Completo

C. Capacidad de caminar:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

No
interfiere

interfiere por
Completo

D. Trabajo Normal (ya sea en casa o fuera):

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

No
interfiere

interfiere por
Completo

E. Relaciones con otras personas:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

No
interfiere

interfiere por
Completo

F. Sueño:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

No
interfiere

interfiere por
Completo

G. Capacidad de diversión:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

No
interfiere

interfiere por
Completo

ANEXO N°5

CUESTIONARIO BREVE DEL DOLOR

El Cuestionario Breve del Dolor (CBD), es un extracto del Wisconsin Brief Pain Questionnaire (cuestionario breve del dolor de Wisconsin), fue desarrollado por el Pain Research Group del Departamento de Neurología de la Universidad de Wisconsin - Madison. Consta de 2 partes (ver Anexo): *Intensidad del dolor* (4 ítems), e *Interferencia en las actividades* (7 ítems), a cada uno de los cuales se les asigna puntuación mediante una escala que va de 0 (ausencia de dolor/interferencia en la vida diaria) a 10 (peor dolor imaginable/afectación máxima en la vida diaria).

Ya que el CBD utiliza las escalas de clasificación numéricas para cada ítem y debido a su simplicidad y falta de ambigüedad, resulta muy útil en la medición del dolor. Dado que el dolor puede variar en intensidad durante el día, el CBD evalúa el dolor actual de los pacientes (en el momento de responder el cuestionario), y también su intensidad mínima, media y máxima de las últimas 24 horas. El dolor de intensidad máxima puede ser elegido para ser la variable de comparación y los demás ítems como un control de la variabilidad. Las variables del cuestionario pueden además ser combinadas para entregar una aproximación de la gravedad del dolor.

Además de la valoración de la intensidad, al utilizar una escala de tipo numérica de 0 (no interfiere) a 10 (interfiere completamente) para las diversas actividades que realiza el paciente, el CBD evalúa el grado en que el dolor interfiere en el estado anímico, caminar, actividades físicas, trabajo, actividades sociales, relaciones con los demás y el sueño.

El CBD resulta ser un test confiable, por lo menos durante breves intervalos, prueba de la validez de este cuestionario es que ha sido aplicado tanto a pacientes con cáncer como en aquellos con otras enfermedades en que está presente el dolor.

Una de las características que hace único al CBD es que ha sido validado no sólo al español sino también a varios otros idiomas como el Chino, Filipino, Francés, Italiano, Hindú y Vietnamita y ha demostrado producir datos similares en los pacientes de todos estos países y diferentes culturas. Así mismo, este instrumento tiene muchas aplicaciones, incluyendo estudios epidemiológicos del dolor del cáncer, evaluación clínica rutinaria del dolor, esfuerzos para mejorar la calidad del manejo del dolor y en la realización de ensayos clínicos que analizan la eficacia de los tratamientos del dolor.

Siendo la versión original en inglés, el cuestionario fue traducido y validado en España por Badia y cols. en pacientes oncológicos en el año 2002. La versión española del

CBD se mostró válida para medir la intensidad del dolor de causa neoplásica y su impacto en las actividades de la vida diaria, en condiciones de práctica clínica habitual.

Para su validación, se realizó un estudio de tipo observacional, prospectivo y multicéntrico, en los servicios de Oncología y Unidades de Cuidados Paliativos de 9 centros hospitalarios españoles. Se incluyeron consecutivamente a pacientes con dolor de origen neoplásico. Con el objetivo de evaluar la validez de convergente se analizó la correlación de las dimensiones del CBD con las dimensiones del RSCL (Rotterdam Symptom Checklist), que mide sintomatología, y la correlación entre ambas dimensiones del CBD. Los pacientes completaron el CBD y el RSCL, al inicio del estudio. El CBD se repitió a los 3-5 días en los pacientes clínicamente estables de su dolor de origen neoplásico y ambos cuestionarios se repitieron al mes en los pacientes no estables de su dolor. ⁽⁸⁾

Para esta validación, “Se evaluaron en total a 126 pacientes, dando como resultado que el 85,1% había sufrido algún episodio de dolor irruptivo en las 24 horas previas al inicio del estudio. El 86,5% de los pacientes completó el CBD en su totalidad. Las puntuaciones del CBD se correlacionaron con la percepción del paciente de la intensidad máxima del dolor y con la presencia de tumor diseminado. La dimensión «síntomas psicológicos» del RSCL fue la que presentó mayor correlación con las dimensiones del CBD («intensidad del dolor» e «interferencia en las actividades»). La consistencia interna de las dimensiones fue buena (0,87 y 0,89), y la fiabilidad test-retest entre baja y moderada (0,53 y 0,77). El CBD ha demostrado ser un instrumento capaz de detectar cambios en el nivel de dolor. Los cambios observados en las dos dimensiones del CBD entre las dos visitas de estudio reflejaron los cambios percibidos por el propio paciente en la intensidad del dolor.” ⁽⁴⁾



ACTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

ESTUDIO: “Evaluación de la Efectividad del Tratamiento para el Dolor en Pacientes Oncológicos en Etapa Avanzada, pertenecientes al Programa de Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos, Hospital Clínico Regional Valdivia, periodo Enero a Septiembre 2007.”

Yo, _____, cédula de identidad n° _____, declaro haber recibido toda la información con respecto a este estudio, cuyo propósito es evaluar la efectividad del tratamiento para el dolor en pacientes oncológicos en etapa avanzada pertenecientes al Programa de Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos, HCRV.

Dado que cumpla con las características y requisitos para participar de este estudio, se me ha solicitado mi aprobación y consentimiento para mi incorporación. Se me asegura que los datos serán manejados confidencialmente y podrán ser publicados posteriormente.

Además declaro haber tenido la opción de negarme a ser parte de él o retirarme en cualquier momento, con la certeza de que esto no tendría ninguna consecuencia negativa en el tratamiento proporcionado para mi enfermedad, pudiendo manifestar todas mis inquietudes y que éstas me fueron resueltas satisfactoriamente.

Por lo tanto, sabiendo que esto no tendrá ningún riesgo para mí, sino más bien, será un aporte para ayudar a personas que padecen esta misma enfermedad; acepto participar voluntariamente de esta investigación que se encuentran realizando tesis de la Universidad Austral de Chile.

Firma Paciente

Angela Flores Zambrano
Rut: 14081307-9

Carola Orellana Valencia
Rut: 15229320-8

Tesistas de la Escuela de Enfermería
Universidad Austral de Chile

Fecha: ____ de _____ de 2007.

ANEXO N°7

GOBIERNO DE CHILE
MINISTERIO DE SALUD
SERVICIO SALUD VALDIVIA
HOSPITAL BASE VALDIVIA

VALDIVIA, 14 de Noviembre de 2007.

Señora:
María Julia Calvo
Comité Ético Científico
Hospital Base Valdivia

Señora Presidente Comité Ética:

Con motivo de la realización de nuestra Tesis de Licenciatura, adjuntamos para su consentimiento nuestro Proyecto: “Evaluación de la Efectividad del Tratamiento para el Dolor en Pacientes Oncológicos en Etapa Avanzada, pertenecientes al Programa de Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos, Hospital Clínico Regional Valdivia, periodo Enero a Septiembre 2007”, para su revisión por el Comité de Ética.

La puesta en marcha de esta investigación implica la realización de entrevistas a los siguientes sujetos tipo:

1. Pacientes oncológicos en etapa avanzada ingresados al Programa de Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos, en el periodo de Enero a Septiembre del año 2007.
2. Pacientes que se controlan en la Unidad de Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos, del Hospital Regional Valdivia.

A los sujetos propuestos, se les dará a conocer el propósito del estudio, para lo cual se trabajará bajo consentimiento informado, de manera que puedan acceder a participar en el estudio.

Ruego a usted informarnos si los antecedentes aportados son suficientes para aprobar la realización del proyecto y en caso negativo qué pasos son necesarios seguir para concretar esta petición.

Atentamente a Ud.

Angela Flores Zambrano
Carola Orellana Valencia
Tesisistas de la Escuela de Enfermería
Universidad Austral de Chile

ANEXO N°8

CODIGOS CIX TUMORES

LOCALIZACION	CODIGO	DEFINICION
AMÍGDALA	C09.9	Tumor maligno de la amígdala, parte no especificada
ANO	C21.0	Tumor maligno del Ano, parte no especificada
BAZO	C26.1	Tumor maligno del Bazo
BOCA	C06.9	Tumor maligno de la Boca, parte no especificada
BRONQUIOS Y/O PULMON	C34.9	Tumor maligno de los Bronquios o Pulmón, parte no especificada
COLON	C18.9	Tumor maligno del colon, arte no especificada
DIGESTIVO MAL DEFINIDO	C26.9	Tumor maligno de sitios mal definidos de los órganos digestivos
ENCEFALO	C71.9	Tumor maligno del Encéfalo, parte no especificada
ESOFAGO	C15.9	Tumor maligno del Esófago, parte no especificada
ESTÓMAGO	C16.9	Tumor maligno del Estómago, parte no especificada
FOSA NASAL	C30.0	Tumor maligno de la Fosa Nasal
GASTROESOFÁGICO	C16.0	Tumor maligno del Cardias
GENITAL FEMENINO NO ESPECIFICADO	C57.9	Tumor maligno de órgano genital femenino, parte no especificada
GENITAL MASCULINO NO ESPECIFICADO	C63.9	Tumor maligno de órgano genital masculino, parte no especificada
GLÁNDULA ENDOCRINA, OTRA	C75.9	Tumor maligno de la Glándula Endocrina no especificada
GLÁNDULA PAROTIDA	C07	Tumor maligno de la Glándula Parótida
GLÁNDULAS SALIVALES	C08.9	Tumor maligno de la Glándula Salival Mayor, no especificada
HÍGADO	C22.9	Tumor maligno del Hígado, no especificado
HIPOFARINGE	C13.9	Tumor maligno de la Hipofaringe, parte no especificada
HUESO Y CARTILAGO	C41.9	Tumor maligno del Hueso y el Cartílago Articular, no especificado
INTESTINO DELGADO	C17.9	Tumor maligno del Intestino Delgado, parte no especificada
LABIO	C00.9	Tumor maligno del Labio, parte no especificada
LARINGE	C32.9	Tumor maligno de la Laringe, parte no

		especificada
LENGUA	C02.9	Tumor maligno de la Lengua, parte no especificada
LEUCEMIA LINFOIDE	C91.9	Leucemia Linfoide, sin otra especificación
LEUCEMIA MIELOIDE	C92.9	Leucemia Mieloide, sin otra especificación
LEUCEMIA MONOCÍTICA	C93.9	Leucemia Monocítica, sin otra especificación
LEUCEMIA NO ESPECIFICADA	C95.9	Leucemia, sin otra especificación
LINFÁTICO GANGLIO, NO ESPECIFICADO	C77.9	Tumor maligno del Ganglio Linfático, sitio no especificado
LINFATICO, HEMATOPOYETICO TEJ.	C96.9	Tumor maligno del Tejido Linfático, Hematopoyético y Tejidos afines, sin otra especificación
LINFOMA NO HODGKING	C85.9	Linfoma no Hodgkin, no especificado
LINFOMA HODGKING	C81.9	Enfermedad de Hodgking, no especificada
MAMA	C50.9	Tumor maligno de la Mama, parte no especificada
MELANOMA	C43.9	Melanoma maligno de piel, sitio no especificado
MENINGES	C70.9	Tumor maligno de las Meninges, parte no especificada
MESOTELIOMA	C45.9	Mesotelioma, de sitio no especificado
METÁSTASIS CEREBRAL	C79.3	Tumor maligno secundario del Encéfalo y de las Meninges Cerebrales
METÁSTASIS HEPATICA	C78.7	Tumor maligno secundario del Hígado
METÁSTASIS OSEA	C79.5	Tumor maligno secundario de los Huesos y de la Médula Ósea
METÁSTASIS PERITONEAL (CARCINOMATOSIS)	C78.6	Tumor maligno secundario del Peritoneo y del Retroperitoneo
METÁSTASIS PIEL	C79.2	Tumor maligno secundario de la Piel
METÁSTASIS PULMONAR	C78.0	Tumor maligno secundario del Pulmón
MIELOMA	C90.0	Mieloma múltiple
NASOFARINGE	C11.9	Tumor maligno de la Nasofaringe, parte no especificada
NERVIOSO CENTRAL NO ESPECIFICADO	C72.9	Tumor maligno del Sistema Nervioso Central, sin otra especificación
NERVIO PERIFÉRICO Y AUTÓNOMO	C47.9	Tumor maligno de los Nervios Periféricos y del Sistema Nervioso Autónomo, parte no especificada
OÍDO MEDIO	C30.1	Tumor maligno del Oído Medio
OJO	C69.9	Tumor maligno del Ojo, parte no especificada
OROFARINGE	C10.9	Tumor maligno de la Orofaringe, parte no especificada
OVARIO	C56	Tumor maligno del Ovario

PALADAR	C05.9	Tumor maligno del Paladar, parte no especificada
PÁNCREAS	C23.9	Tumor maligno del Páncreas, parte no especificada
PENE	C60.9	Tumor maligno del Pene, parte no especificada
PERITONEO	C48.2	Tumor maligno del Peritoneo, sin otra especificación
PIEL	C44.9	Tumor maligno de la Piel, sitio no especificado
PISO BOCA	C04.9	Tumor maligno del Piso de la Boca, parte no especificada
PLACENTA	C58	Tumor maligno de la Placenta
PLEURA	C38.4	Tumor maligno de la Pleura
PRÓSTATA	C61	Tumor maligno de la Próstata
RECTO	C20	Tumor maligno del Recto
RENAL PELVIS	C65	Tumor maligno de la Pelvis Renal
RESPIRATORIO MAL DEFINIDO	C39.9	Tumor maligno de sitios mal definidos del Sistema Respiratorio
RETROPERITONEO	C48.0	Tumor maligno del Retroperitoneo
RIÑÓN	C64	Tumor maligno del Riñón, excepto de la Pelvis Renal
SARCOMA KAPOSI	C46.9	Sarcoma de Kaposi de sitio no especificado
SENO PARANASAL	C31.9	Tumor maligno de Seno Paranasal no específico
SITIO MÚLTIPLE INDEPENDIENTE	C97	Tumores malignos (primarios) de sitios múltiples independientes
SITIO NO ESPECIFICADO	C80	Tumores malignos de sitios no especificados
SUPRARRENAL	C74.9	Tumor maligno de la Glándula Suprarrenal, parte no especificada
TEJIDO CONJUNTIVO Y TEJIDO BLANDO	C49.9	Tumor maligno del Tejido Conjuntivo y Tejido Blando, parte no especificada
TESTÍCULO	C62.9	Tumor maligno del Testículo, no especificado
TIMO	C37	Tumor maligno del Timo
TIROIDES	C73	Tumor maligno de la Glándula Tiroides
TRÁQUEA	C33	Tumor maligno de la Tráquea
URETER	C66	Tumor maligno del Uréter
URINARIO NO ESPECIFICADO	C68.9	Tumor maligno de Órgano Urinario no especificado
ÚTERO CUELLO	C53.9	Tumor maligno del Cuello del Útero, sin otra especificación
ÚTERO CUERPO	C54.9	Tumor maligno del Cuerpo del Útero , parte no especificada
VAGINA	C52	Tumor maligno de la Vagina
VEJIGA	C67.9	Tumor maligno de la Vejiga Urinaria, parte

		no especificada
VESÍCULA BILIAR	C23	Tumor maligno de la Vesícula Biliar
VÍA BILIAR	C24.9	Tumor maligno de las Vías Biliares, parte no especificada
VULVA	C51.9	Tumor maligno de la Vulva, parte no especificada

Fuente: Base de datos Unidad de Cuidados Paliativos