

ARTÍCULOS ORIGINALES

## Programa alivio del dolor por cáncer avanzado y cuidados paliativos, Llay-Llay, enero 2001-febrero 2004

PAULA EBNER<sup>(1)</sup>, CLAUDIA CUEVAS<sup>(1)</sup>, EDUARDO SWETT<sup>(3)</sup>, GLADYS YENTZEN<sup>(4)</sup>

### RESUMEN

*El cáncer es una realidad presente en la población chilena que obliga al sistema de salud pública a implementar programas abocados a las distintas etapas clínicas del cáncer, entre éstos se encuentra el Programa Nacional de Alivio del Dolor por Cáncer y Cuidados Paliativos. El objetivo de este estudio es evaluar el funcionamiento de este programa en un hospital tipo IV, y establecer si existe cumplimiento de los objetivos propuesto por el Ministerio de Salud. Es un estudio descriptivo de 72 pacientes que se incorporaron al programa analizando variables como tiempo de estadía, disminución del dolor y tratamiento analgésico. El 38,9% tiene conocimiento de su patología al ingreso. La mayoría (73,6%) permaneció hasta 3 meses en el programa. Al ingreso del programa, el 62% ingresó con un EVA igual o superior a 4. En cambio, al egreso el 95,7% presentaba un EVA menor a 4. El 9,7% ingresó sin tratamiento analgésico, el 23,6% con tratamiento basado en AINES y el 66,7% utilizaba algún opiáceo. El 1,4% al fallecer no recibía ningún tratamiento analgésico. En cuanto a las prestaciones entregadas, existieron 4,7 consultas por mes. En cuanto a las visitas se realizaron 1,47 visitas por mes. Se efectuó un promedio de 1,35 talleres por persona. Este programa puesto en marcha desde 1997, proporciona las prestaciones suficientes para cumplir el principal objetivo propuesto que es disminuir el dolor en los pacientes ingresados y mejorar de esta forma su calidad de vida para lograr así una muerte digna y tranquila.*

**Palabras claves:** cuidados paliativos; manejo del dolor; cáncer terminal, EVA.

### ABSTRACT

PAIN RELIEF AND PALLIATIVE CARE PROGRAM FOR ADVANCED CANCER, LLAY-LLAY, JANUARY 2001-FEBRUARY 2004

*Cancer is a reality present in the Chilean population, a fact which compels the public health system to implement programs dealing with the different clinical stages of cancer, among them, the National Program for Pain Relief in Cancer and its Palliative Care. The aim of this study is that of evaluating the development of this program in a type IV hospital, and establishing whether the objectives propounded by the Ministry of Health are being observed. This is a descriptive*

(1) Becada Medicina, Interna. Universidad de Chile. pebner@vtr.net

(2) Becada Pediatría, Universidad de Chile.

(3) Interno Medicina. Universidad Mayor.

(4) Escuela de Salud Pública. Facultad de Medicina. Universidad de Chile.

*study of 72 patients incorporated into the program, analyzing variables such as time of permanence, decrease of pain and analgesic treatment. A 38.9% of the patients were aware of their pathology upon entry. The majority (73.6%) remained in the program for as long as 3 months. Upon entry to the program, 62% had a visual-analogue scale (VAS) equal to 4 or higher. Upon departure, on the other hand, 95.7% had a VAS below 4. A 9.7% entered the program without analgesic treatment, 23.6% with treatment based on non-steroidal antiinflammatory drugs (NSAIDs) and 66.7% using some opiate. The deceased 1.4% received no analgesic treatment. As far as services delivered, there were 4.7 office visits per month. As far as outpatient visits are concerned, 1.47 visits took place per month. An average of 1.35 workshops per person were carried out. This program, which was started in 1997, provides adequate benefits to cover the main objective contemplated, which is that of diminishing pain to the incorporated patients, thus improving their quality of life to reach a worthy and peaceful death.*

**Key words:** Palliative care; pain management; cancer, terminal; VAS. Non-steroidal antiinflammatory drugs (NSAIDs) Visual analogue scale (VAS).

## INTRODUCCIÓN

La salud es un bien social. En consecuencia, el acceso a las acciones de fomento de la salud y prevención de la enfermedad, así como a los servicios de atención de salud, es un derecho esencial de las personas<sup>1</sup>. Actualmente, en Chile existe dentro de la reforma del sistema de salud, el Plan Auge, cuyo objetivo es establecer el acceso universal a las acciones de salud con garantías explícitas de oportunidad, calidad y protección financiera<sup>1</sup>. Este Plan pretende ser un instrumento para promover la equidad y materializar los objetivos sanitarios y de protección social en salud para todos los chilenos<sup>1</sup>. Está conformado por varios programas, entre los cuales se encuentra el de alivio del dolor por cáncer avanzado y cuidados paliativos.

La transición demográfica experimentada en Chile ha modificado nuestro perfil epidemiológico. En forma global, la mortalidad por cáncer ha mantenido un aumento constante a lo largo de los años<sup>2,3</sup>, ha pasado a ser la segunda causa de muerte en Chile<sup>3</sup>. En 1991, hubo 14.412 defunciones por cáncer, sin diferencias significativas en cuanto al sexo<sup>2</sup>. La situación actual del cáncer obliga al sistema de salud pública a implementar programas abocados a las distintas etapas clínicas de abordaje: prevención primaria, secundaria y terciaria. Lamentablemente no todos los pacientes están al alcance terapéutico y es así

como emerge el Programa Nacional de Alivio del Dolor por Cáncer y Cuidados Paliativos. Este forma parte del Programa Nacional de Cáncer del Ministerio de Salud y hace propio el Modelo de continuidad de los cuidados, propuesto por el Programa de Lucha contra el Cáncer de la OMS<sup>4</sup>. Dicho programa se está implementando en Chile como Plan Auge desde el año 2003, derivado del Programa nacional de cáncer. Su objetivo es mejorar la calidad de vida y contribuir a una muerte digna en los pacientes con cáncer avanzado<sup>4,5</sup>, lo que se puede lograr evaluando el dolor y otros síntomas por un equipo multidisciplinario, compuesto por médico, enfermera y químico farmacéutico, quienes otorgan el tratamiento farmacológico y los insumos adecuados para aliviar el dolor del paciente. A la vez, da educación y apoyo tanto al paciente como a la familia en lo que se refiere a la vivencia del proceso terminal del cáncer.

Los requisitos para ingresar a este programa están establecidos por el Ministerio de Salud y consideran a aquellos pacientes que padezcan cáncer terminal, (aquella enfermedad oncológica avanzada y en progresión, sin evidencia clínica de respuesta hacia la remisión completa, curación o mejoría<sup>4-5</sup>). La condición de paciente terminal debe ser acreditada por un especialista catalogado, del sistema público, quien referirá al paciente a este programa.

El cáncer terminal está asociado a numerosos problemas y síntomas intensos<sup>6</sup> y

es el dolor el principal síntoma y base de este programa, siendo el segundo requisito que debe estar presente, para ingresar a él. El dolor se define como aquella experiencia sensorial y emocional no placentera, asociada a una lesión actual o potencial de los tejidos<sup>7</sup>. Es un dolor crónico, su característica patognomónica no es sólo el tiempo de duración, sino la presencia de alteraciones psicológicas (impotencia, desesperanza) que condicionan la conducta dolorosa<sup>8</sup>. La OMS establece: que “La ausencia del dolor debe ser considerada como un derecho de todo enfermo con cáncer y el acceso al tratamiento contra el dolor, como una manifestación de respeto hacia ese derecho”<sup>4,5,9</sup>.

Nuestro estudio se centró en la comunidad de Llay-Llay, en la Vª región de Chile. Con una población estimada de 20.276 habitantes<sup>10</sup>.

Desde 1997 esta implementándose el programa en el Hospital San Francisco de Llay-Llay, (hospital tipo 4). Es importante destacar que son pocas las revisiones que evalúan el desarrollo de este programa en comunidades rurales<sup>11</sup>.

El objetivo general de este estudio es evaluar el desarrollo del programa en esta localidad. Los objetivos específicos son:

- Establecer cuántos pacientes tienen conocimiento de su patología al ingresar.
- Importancia relativa de cada localización de cáncer, en el total de casos de cáncer.
- Establecer promedio de tiempo que están los pacientes en el programa.
- Establecer si existe una real disminución del dolor del paciente durante su inclusión en el programa y su relación con el tratamiento analgésico.
- Establecer el promedio de prestaciones requeridas por los pacientes en un tiempo establecido.

## MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo basado en la revisión de fichas clínicas del total de pacientes afiliados al sistema público, inscritos en el consultorio adosado al hospital de Llay Llay, que ingresaron al programa en el periodo comprendido entre enero 2001 y febrero 2004 y que, al momento del análisis, marzo del 2004, habían fallecido.

La población estudiada corresponde a 72 pacientes que cumplen con los requisitos de inclusión 50% hombres 50% mujeres. No hay diferencias en la distribución entre ambos sexos. La mediana de edad es de 70 años, con un rango de 5 a 91 años.

Variables:

- Diagnóstico
- Dolor al ingreso y egreso
- Tratamiento analgésico
- Tiempo de permanencia en el programa
- Prestaciones recibidas.

Definiciones operacionales:

- *Dolor*: experiencia sensorial medida a través de la escala visual análoga (EVA), en la cual se cuantifica el dolor referido por el paciente en una escala de 0 a 10, siendo 0 ausencia de dolor y 10 el máximo dolor experimentado o imaginable por la persona. Es referido por el mismo paciente o por alguna persona cercana a éste.
- *Tratamiento farmacológico*: El tratamiento analgésico se agrupó en tres etapas según el tipo e intensidad analgésica de los medicamentos. De esta forma, la etapa uno esta conformado por los antiinflamatorios no esteroideos (AINES), la etapa dos por los AINES y opioides débiles (codeína) y la etapa tres por los opioides potentes (morfina). Cuando el paciente presentaba dolor se comenzaba con tratamiento analgésico básico, y se iba avanzando en potencia analgésica según el control ejercido sobre el dolor.
- *Prestaciones*: Asistencia a talleres: se ofrece como parte del programa dos talleres; uno al momento de incorporarse y otro al fallecer el paciente como apoyo al duelo para la familia y/o cuidadores del paciente. Consultas: consideradas como aquellas efectuadas por lo menos con dos integrantes del equipo (enfermera, médico, farmacéutico y/o psicólogo). Visitas a domicilio por el equipo del programa y hospitalizaciones.

Para el análisis de los datos se agruparon las variables en una tabla excel y se analizaron los datos, aplicando medianas y promedios para

las variables EVA y tiempo dentro del programa. En cuanto a las variables tratamiento analgésico y diagnóstico, se agruparon los datos según etapa de tratamiento analgésico y tipo de cáncer respectivamente, y se aplicó porcentajes con respecto al total de la población recopilada. En cuanto al número de consultas y visitas por pacientes, el análisis se hizo con el total de consultas en relación al tiempo de observación.

**RESULTADOS**

El 57% de los pacientes ignora al ingresar al programa su diagnóstico como paciente terminal. (Tabla 1).

En cuanto a la distribución de la población estudiada según tipo de cáncer; el de vesícula biliar presenta la mayor incidencia (16,7%), seguido por el de pulmón (13,9%), próstata

(8,3%), luego mama y páncreas (6,9%). Los cánceres de vesícula biliar, pulmón, próstata, mama y páncreas representan el 52,7% del total de cánceres.

Se agrupó el tiempo de permanencia de los pacientes, obteniéndose que el 73,6% permaneció hasta 3 meses; el 18% entre 3 meses un día y 6 meses, y el 8,4% permaneció más de 6 meses. El promedio de estada en el Programa fue de 2 meses y medio, con una mediana de 41 días. (Tabla 2).

Al ingresar al programa, el 62% de los pacientes tenía un EVA igual o superior a 4. Al egreso el 95,7% presentaba un EVA menor a 4. Es decir un 57,7% de los pacientes que antes presentaba un dolor intenso, al momento de morir fallecieron sin dolor o con un mínimo (Tabla 3).

**Tabla 1. Conocimiento de su diagnóstico**

Conoce diagnóstico	n	%
Si	28	38,9
No	41	56,9
No sabe/sin información	3	4,2
Total	72	100,0

**Tabla 2. Tiempo de permanencia en el Programa**

Tiempo (días)	n	%
< 30	29	40,3
30 - 90	24	33,3
91 - 180	13	18,0
181 - 270	2	2,8
271 - 365	2	2,8
> 365	2	2,8
Total	72	1000

**Tabla 3. Distribución de los pacientes según EVA al ingreso y egreso del programa**

EVA	Ingreso		Egreso	
	n	%	n	%
00 - 03	27	38,0	66	95,7
04 - 07	32	45,1	2	2,9
08 - 10	12	16,9	1	1,4
Total	71	100,0	69	100,0

(Se ignora el dato de 1 paciente al ingreso y de 3 pacientes al egreso).

**Tabla 4. Distribución de los pacientes según etapa de tratamiento analgésico y EVA al ingreso al programa**

EVA	Etapa 0		Etapa I		Etapa II		Etapa III		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
00 - 03	6	8,33	8	11,11	11	15,28	3	4,17	28	38,89
04 - 07	1	1,39	9	12,50	19	26,39	2	2,78	31	43,06
08 - 10	0	0,00	0	0,00	9	12,50	3	4,17	12	16,67
No sabe	0	0,00	0	0,00	1	1,39	0	0,00	1	1,39
Total	7	9,72	17	23,61	40	55,56	8	11,11	72	100,00

**Tabla 5. Distribución de pacientes según etapa de tratamiento analgésico y EVA al egreso del programa**

EVA	Etapa 0		Etapa I		Etapa II		Etapa III		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
00 - 03	0	0,00	1	1,39	22	30,56	43	59,72	66	91,67
04 - 07	0	0,00	0	0,00	1	1,39	1	1,39	2	2,78
08 - 10	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	1,39	1	1,39
No sabe	1	1,39	0	0,00	2	2,78	0	0,00	3	4,17
Total	1	1,39	1	1,39	25	34,72	45	62,50	72	100,00

El 9,7% de la población estudiada ingresó sin tratamiento analgésico, el 23,6% ingresó con un solo tratamiento a base de AINES y el 66,7% utilizaba algún opiáceo. Por otro lado, al egreso el 97,2% utilizaba algún opiáceo y de éstos, el 62,5% era un opiáceo potente. El 1,4% no utilizó ningún tratamiento analgésico al fallecer.

Al agrupar los datos según EVA y etapa de tratamiento, obtuvimos que al ingreso al programa el 55,6% de los pacientes se encontraba en etapa de tratamiento analgésico II y que de éstos el 72,5% presentaba un EVA mayor o igual a 4. El 100% de los pacientes, que al ingreso presentaban un dolor muy intenso (EVA > 8) se encontraban con algún tipo de opiáceo como tratamiento analgésico. (Tabla 4).

En cuanto a la distribución de los pacientes al egreso, se aprecia que el 62,5% se encontraban en etapa III y de éstos el 95,5% presentaba un EVA menor a 4. Ningún paciente se encontraba sin tratamiento analgésico al momento de fallecer. (Tabla 5).

En cuanto a las prestaciones entregadas por el equipo, se efectuaron 840 consultas, en un tiempo de observación de 177,2 meses, lo que arroja que existieron 4,7 consultas por mes, con 57,5 consultas por año. En cuanto a las visitas, se realizaron 261 en el mismo grupo y tiempo de observación por lo tanto se efectuaron 1,47 visitas por mes. Se realizaron 97 talleres, con un promedio de 1,35 talleres por persona y una mediana de 1 taller. En cuanto a las hospitalizaciones durante su permanencia en el programa, éstas fueron 16 para un total de 72 personas. De ellos, 71 fallecieron en su hogar y sólo uno durante la hospitalización.

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

De los pacientes ingresados al programa, el 38,9% tiene conocimiento de su patología al ingreso, es decir más de la mitad ignoraba su diagnóstico al momento de ingresar al programa. El objetivo del programa es que el paciente conozca su patología y de esta forma coopere y a la vez resuelva inquietudes con respecto a cómo enfrentar el proceso de la muerte. Este objetivo, analizado al momento del ingreso, no se cumple, pero no podemos descartar la posibilidad de que conozca su diagnóstico, durante la permanencia en el programa. Existen dos situaciones que pueden explicar esto: una de tipo médico que impide al paciente conocer su patología (compromiso de conciencia, retraso mental, etc.) y por otra parte, la razón -quizás más importante-, es la existencia de una petición formal por parte de la familia para ocultárselo. Sin embargo, es necesario recalcar que es un derecho de los pacientes saber sobre su patología, pronóstico y alternativas terapéuticas. Es por ello que recomendamos, siempre que sea posible, dar la información más completa y clara al paciente sobre su enfermedad, de esta manera entenderá mejor el proceso y podremos lograr una mejor adherencia al tratamiento; además de evitar que recurra a medidas terapéuticas no demostradas o de dudosa eficacia.

Otro de los objetivos del trabajo es establecer la importancia relativa de cada localización en el total de casos de cáncer en Llay Llay. Sobre este punto podemos concluir que el cáncer que se presenta con más frecuencia es el vesicular con un 16,7%, seguido por el pulmonar y de próstata. Esta distribución es similar<sup>5</sup> a la encontrada en Chile<sup>14</sup>.

En cuanto a la permanencia del paciente en el programa, el 91,6% permaneció menos de 6 meses, con una mediana de 41 días. La mayoría falleció antes de los tres meses (73,6%), lo que demuestra que la expectativa de vida de los asientes incluidos en el programa es muy baja. El problema surge al explicar por qué algunos pacientes tienen una permanencia superior a 6 meses. La explicación se centra en que la mayoría, por no decir todos los pacientes con estadías prolongadas, no necesariamente cumplieron con el requisito de paciente terminal, sino con ser pacientes con cánceres avanzados, incluidos en los primeros años de funcionamiento del programa, cuando los requisitos no estaban estipulados y el programa no era reconocido como Plan Auge, como una transición proveniente del antiguo programa. Estos -durante su evolución- pasaron a ser pacientes con cáncer terminal, lo que evitó su exclusión del programa.

El principal objetivo del programa es disminuir el dolor de los pacientes ingresados y por tanto, lograr una mejor calidad de vida. Esto se cumplió en más de un 90% de los casos y aquellos en los que no se logró, podría ser explicado por las características de cada paciente, más que por una falla global del sistema; entre ellas la cantidad de días de permanencia en el programa y la cantidad de prestaciones e insumos obtenidas durante su estadía; ya que hay pacientes que mueren a los pocos días de ser ingresados y no alcanzan a recibir un manejo efectivo. Con esto podemos concluir que es muy importante que los pacientes sean derivados precozmente al programa de cuidados paliativos y del dolor, de esta forma nos aseguramos que reciba el manejo adecuado del dolor y tenga una muerte digna.

Al evaluar tanto el EVA al ingreso y al egreso, podemos observar que en el primero un 62% de los pacientes presentaba dolor moderado a severo (EVA > 4), sin embargo, al egreso podemos observar que más del 95% presentaba dolor leve o nulo (EVA < 4). Para explicar esta disminución del dolor, a pesar del avance sistemático de la enfermedad en el paciente, podemos relacionar el EVA de egreso de los pacientes con la administración de la

analgesia, en sus diferentes etapas. Así podemos observar que más de un 50% de los pacientes que egresa con EVA < 4 se encuentra en una etapa III del tratamiento analgésico entregado en el programa. Es importante recalcar que sólo un paciente (1,4%) se encontraba sin tratamiento analgésico al momento de fallecer, lo que podría indicar una buena accesibilidad a los medicamentos.

El número de prestaciones promedio por paciente fue de 4,7 consultas y 1,47 visitas por mes de observación; lo indica que los pacientes con cáncer avanzado requieren por lo menos una consulta a la semana, y 1,5 visitas domiciliarias al mes para comprobar estado de salud y necesidad de tratamiento por personal entrenado o para entrenar a la familia.

Podemos concluir que este programa, puesto en marcha en 1997, proporciona las prestaciones suficientes para cumplir el principal objetivo de este programa, que es disminuir el dolor en los pacientes ingresados y mejorar de esta forma su calidad de vida para así tener una muerte digna y tranquila<sup>13</sup>. Sugerimos al equipo médico de todos los hospitales de Chile que evalúen la posibilidad de introducir este programa a su quehacer diario ya que la incidencia de cáncer va aumentando en forma progresiva en nuestro país, convirtiéndose en una de las principales causas de muerte.

## REFERENCIAS

- 1.- PLAN DE ACCESO UNIVERSAL CON GARANTÍAS EXPLÍCITAS AUGE. Haciendo realidad el derecho a la Salud. Documento de difusión. Conceptos esenciales de objetivos y de diseño del Plan de Salud. Enero de 2002.
- 2.- VALDIVIA CABRERA G, BASTÍAS SILVA G. Epidemiología del cáncer en Chile. Boletín Escuela de Medicina, P. Universidad Católica de Chile 1994; 23: 45-9.
- 3.- MEDINA L E, KAEMPPFER R A. Mortalidad por cáncer en Chile: consideraciones epidemiológicas Rev Méd Chile 2001; 129: 1195-202.
- 4.- PROTOCOLO AUGE. Alivio del dolor por cáncer avanzado y cuidados paliativos. Documento de trabajo, 23 diciembre 2003.
- 5.- PROTOCOLO AUGE. Alivio del dolor por cáncer avanzado y cuidados paliativos. Documento de trabajo, abril 2004.
- 6.- MONTEJO-ROSAS G. El enfermo con cáncer incurable y la medicina paliativa en México. Rev

- Salud Pública de México 1992; 34: 5.
- 7.- BEJARANO P F, DE JARAMILLO I. Morir con dignidad. Fundamentos del Cuidado Paliativo. Atención Interdisciplinaria del Paciente Terminal. Fundación Omega. Bogotá, 1992.
  - 8.- GUERRERO L M, LEÓN R A, DAGNINO S J. Dolor en cáncer. Boletín Escuela de Medicina, P. Universidad Católica de Chile 1994; 23: 3.
  - 9.- OMS. Alivio del dolor en el cáncer: Con una guía sobre la disponibilidad de opioides. Organización Panamericana de la Salud. 1996.
  - 10.- MIDEPLAN; INE Censo 1992.
  - 11.- EVANS R, STONE D, ELWYN G. Organizing palliative care for rural population a systematic review of the evidence. Fam Pract 2003; 20: 304-10.
  - 12.- TORREGROSA Z S, BUGEDO T G. Medición del dolor Boletín Escuela de Medicina P. Universidad Católica de Chile 1994; 23: 3.
  - 13.- GUERRERO L M, DAGNINO S J. Cuidados paliativos. Boletín Escuela de Medicina, P. Universidad Católica de Chile 1994; 23: 3.
  - 14.- SERRA C I. ¿Ha disminuido la mortalidad por cáncer vesicular en Chile? Rev Méd Chile 2001; 129: 1079 84.

Usted puede comentar éste y otros artículos publicados en la Revista Chilena de Salud Pública, enviando un correo electrónico a [revistas@med.uchile.cl](mailto:revistas@med.uchile.cl)