

Valoración del dolor en pacientes oncológicos en agonía

Pain assessment in agonic oncological patients

Maricarmen Alfaro¹, Beatriz Estrella¹, Raquel Baldeos¹.

Afiliaciones:

1, TOTALCARE, Programa Paliativos domiciliarios, Oncosalud.

Autor para correspondencia:

Maricarmen Alfaro
TOTALCARE, Programa Paliativos Domiciliarios, Oncosalud.
Av. Guardia Civil 571, San Borja
Lima 41— Perú
Teléfono: 511 5137900 Anexo 3270
Email: malfaro@oncosalud.com.pe

Aceptado para publicación el 17 de Julio de 2012

La doctora Bárbara Carlés describió: “El dolor es una experiencia única, multidimensional y subjetiva. Estas características hacen difícil su evaluación, sin embargo, la valoración del dolor es indispensable para el éxito del tratamiento” en el quinto capítulo de las guías para el manejo paliativo de la Organización Panamericana de la Salud.¹

La valoración del dolor es el pilar de su manejo exitoso. La valoración nos exige considerar las múltiples dimensiones de la expresión del dolor, una adecuada evaluación, genera una respuesta al tratamiento favorable, el seguimiento, monitorización y modificaciones de la terapéutica. Todo este proceso requiere una historia completa y un examen físico exhaustivo y es importante indagar sobre el historial del dolor, localización, intensidad, cronología así como qué condiciones lo alivian y cuales lo exacerbaban.²

En nuestro programa de cuidados paliativos domiciliarios, alrededor del 70% de pacientes ingresados y asistidos en casa se encuentran en fase avanzada de la enfermedad (datos no publicados). El proceso de “terminalidad”, agonía y muerte son asistidos permanentemente por profesionales de enfermería y enfermeras técnicas quienes se encargan de brindar cuidado integral. Es en éste proceso que identificamos al dolor como uno de los síntomas que se presentan en la mayoría de ellos y su presencia es sinónimo de sufrimiento no sólo para el paciente sino también para su familia. La identificación temprana a través de la valoración de la presencia del dolor, su evaluación y tratamiento constituye el alivio del sufrimiento.

Tabla 1. Características generales de los pacientes.

Característica	N	%
Sexo		
Masculino	69	46,0
Femenino	81	54,0
Escala de valoración del dolor		
PABS	118	78,7
Wong-Baker	29	19,3
Ambas	3	2,0
Nivel de dolor		
Leve a moderado	9	6,0
Moderado-Grave	133	88,7
Intenso	8	5,3
Analgésicos		
Morfina	91	60,7
Fentanilo	8	5,3
Tramal	40	26,7
Combinaciones / Otros	11	7,3
Vías de administración de analgésicos		
Endovenoso	127	84,7
Transdérmico	7	4,7
Endovenoso/transdérmicoi	2	1,3
Nasogástrico	1	0,7
Oral	9	6
Subcutáneo	4	2,7
Sedación paliativa		
Si	127	84,7
No	23	15,3

Tabla 2. Compromiso de tumor primario o metástasis y nivel de dolor.

Sitio Primario	Nivel de Dolor		
	Leve a Moderado	Moderado-Grave	Intenso
Pulmón	0	17 (94,4%)	1 (5,6%)
Mama	0	14 (100%)	0
Páncreas	1 (6,3%)	15 (93,7)	0
Linfomas	1 (12,5%)	7 (87,5%)	0
Colorectal	1 (5,9%)	16 (94,1%)	0
Próstata	1 (11,1%)	7 (77,8%)	1 (11,1%)
Cervix	1 (20%)	3 (60%)	1 (20%)
Primario Desconocido	0	3 (100%)	0
Ovario	0	8 (100%)	0
Endometrio	0	3 (75%)	1 (25%)
Glioblastoma	0	6 (85,7%)	1 (14,3%)
Piel	1 (25%)	3 (75%)	0
Otros Tumores sólidos	3 (23,1%)	10 (76,9%)	0
Gástrico	0	10 (83,3%)	2 (16,7%)
Hígado	0	2 (66,7%)	1 (33,3%)
Renal	0	7 (100%)	0
Leucemia	0	2 (100%)	0

En este reporte, cuyo objetivo fue el de evaluar los niveles de dolor en la agonía, revisamos 150 casos de pacientes incluidos en el programa TOTAL CARE desde mayo del 2010 hasta enero del 2011. Se colectó información sobre edad, sexo, tipo de neoplasia, y tratamiento paliativo. Se realizó una evaluación basal de nivel del dolor mediante la escala PABS o Wong-Baker. Los puntajes obtenidos fueron categorizados de acuerdo al nivel del dolor en: dolor leve a moderado (1-3), dolor moderado – grave (4 – 6) y dolor fuerte (>6). Se comparó el nivel de dolor según la localización primaria del tumor y adicionalmente, se comparó el nivel del dolor según el compromiso metastásico o del tumor primario de neoplasias en el sistema nervioso central, hueso, hígado y pulmones.

Al realizar el análisis estadístico determinamos que el 46% (69 pacientes) fueron varones y el 54% (81 pacientes) fueron mujeres. El 78,7% (118) fueron evaluados con la escala PABS, el 19,3% (29) con la fue evaluado con la escala Wong Baker y el 2,0% (3) fueron evaluados por ambas escalas. Los niveles de dolor observado fueron leve a moderado en 9 pacientes (6,0%), moderado-grave en 133 pacientes (88,7%) e intenso en 8 pacientes (5,3%).

El uso de analgésicos, la vía de administración de estos y el uso de sedación paliativa se describe en la **tabla 1**. Sin importar la localización primaria del tumor, o compromiso de tumor primario o metástasis, el dolor moderado a grave fue el más frecuente (**tabla 2 y 3**).

Tradicionalmente, es el paciente quien identifica y refiere el tipo de dolor y sus características. Sabemos que en pacientes con cáncer avanzado, el 70% de los dolores tienen su origen en la progresión de la propia neoplasia, mientras que el 30% restante se relaciona con los tratamientos y patologías asociadas, vamos a poder identificar gracias a la ayuda del paciente el tipo de dolor, intensidad, características, etc.³ En aquellos pacientes con dificultad para comunicarse o aquellos que se encuentren en etapa de agonía incapaces de referir o identificar su dolor y/o sufrimiento, podrá valorarse a través de expresiones conductuales.⁴

La Escala de Valoración Conductual, PABS (por sus siglas, *Pain Assesment Behavioral Scale*) fue elaborada y validada por el equipo encabezado por la enfermera Margaret Campbell, del Medical Center Detroit, creado para tasar el dolor agudo en

Tabla 3.- Compromiso de tumor primario o metástasis y nivel de dolor

Compromiso	Nivel de Dolor			P*
	Leve a Moderado	Moderado-Grave	Intenso	
Sistema Nervioso Central				0,989
No	8 (6,1%)	116 (88,5%)	7 (5,3%)	
Si	1 (5,2%)	17 (88,5%)	1 (5,3%)	
Hueso				0,886
No	8 (5,8%)	122 (89,1%)	7 (5,1%)	
Si	1 (7,7%)	11 (84,6%)	1 (7,7%)	
Pulmón				0,628
No	8 (6,7%)	29 (87,3%)	7 (5,8%)	
Si	1 (3,2%)	29 (94,5%)	1 (3,2%)	
Hígado				0,591
No	9 (6,6%)	120 (88,2%)	7 (5,1%)	
Si	0	13 (86,7%)	1 (7,1%)	

*, Test Chi-Cuadrado

laringuectomizados post operados, es una escala que permite identificar las expresiones de dolor.⁵

A pesar de que la valoración del dolor es pieza fundamental para el correcto manejo del dolor, hay poca información en la literatura acerca de la valoración en pacientes terminales con cáncer. En nuestro programa de cuidado paliativo, en la gran mayoría de pacientes realizamos intervenciones terapéuticas antes que el dolor sea intenso, esto significa menos sufrimiento para el paciente terminal. En nuestra experiencia, la escala de PABS es de mucha utilidad con estos pacientes ya que usa muchas conductas indicativas de la experiencia dolorosa, como los quejidos, muecas, suspiros, ciertas conductas corporales, expresiones faciales y también el bajo nivel de actividad y sugerimos que su uso debería difundirse en pacientes terminales con cáncer.

REFERENCIAS

1. Carlés B. Valoración del dolor por cáncer. En: Cuidados paliativos. Guías para el manejo clínico. Organización Panamericana de la Salud.
2. Fink R. Pain assessment: the cornerstone to optimal pain management. BUMC PROCEEDINGS 2000;13:236-239.
3. Puebla Díaz F. Tipos de dolor y escala terapéutica de la O.M.S. Dolor iatrogénico. Oncología 2005; 28:139-143.
4. Herr K, Coyne PJ, Key T, Manworren R, McCaffery M, Merkel S, Pelosi-Kelly J, Wild L; American Society for Pain Management Nursing. Pain assessment in the nonverbal patient: position statement with clinical practice recommendations. Pain Manag Nurs 2006;7:44-52.
5. Campbell M. Psychometric Testing of a New Pain Assessment Behavior Scale (PABS). Abstract presented at the 29th Annual MNRS Conference, 2005.

Declaración de conflictos de intereses: Los autores declaran que no existen potenciales conflictos de intereses con esta investigación.

ERRATUM

El número 2 del volumen 1 de Carcinosis contiene un error en el artículo de la página 41 con respecto a la afiliación de los autores, el cual debe ser Jhon Orozco¹, Juan Valencia², Eleonora Aiello³, y Sebastián Garrido Lecca⁴. El equipo editor de Carcinosis se disculpa por la inconveniencia.

El número 2 del volumen 1 de Carcinosis contiene un error en el artículo de la página 63. En el texto de la figura 1 dice "CD20(-)" y debería decir "CD30(-)". Los autores de la publicación y el equipo editor de Carcinosis se disculpan por la inconveniencia.