

Temas Libres

VI Congreso Chileno del Dolor
V Reunión Ibero-Americana de Dolor
Noviembre de 2006

Toxina Botulínica en Dolor Crónico

Dra. Maritza Velasco, Dr. Víctor Wildner, Sra. Cristina Darrigrandi, Sra. Ma Soledad Mella.(*)

Objetivo

Evaluar la efectividad de la Toxina Botulínica en el tratamiento del dolor crónico de origen muscular.

Introducción

La Toxina Botulínica es una toxina producida por el Clostridium botulínico. Desde 1989 la FDA aprueba su uso en patologías de origen neuromuscular, en algunos casos de dolor crónico y en cosmética. Su acción se produce en la unión neuromuscular, produciendo una parálisis muscular localizada y reversible. Existen patologías que provocan dolor crónico causadas por contracturas o hipertonías musculares localizadas; es así como la toxina botulínica se usa en casos de dolor lumbar, síndrome miofacial y cefaleas.

Método

Evaluar efectividad de la infiltración con toxina mediante medición de dolor con EVA inicial y final a la población de pacientes que tengan dolor secundario a patologías con contracturas musculares localizadas. Se considerará una reducción significativa una diferencia de más de 4 ptos. de diferencia entre EVA inicial y EVA final.

Resultados

Se estudió una población de 47 pacientes con 67 infiltraciones.

Edad promedio: 43 años (13 - 82 a) 18 Mujeres 25 Hombres	
- 70%	1 infiltración
- 23%	2 infiltraciones
- 4%	3 infiltraciones
- 2%	4 ó más infiltraciones

Diagnósticos:	
- Dolor Lumbar	46%
- Síndrome Miofascial	19%
- Síndrome Piriforme	16%
- Tendinopatías	9%
- AVES	10%

Nº promedio U utilizados:	200 U
Inicio de acción promedio:	7 ds.
Duración de acción promedio:	6 meses
EVA inicial promedio:	7
EVA final promedio:	3

Conclusiones

El uso de Toxina Botulínica es útil como tratamiento en patologías de dolor crónico en donde predomina la hipertonía muscular, basado en medición de EVA con significación estadística.

* Unidad Tratamiento del Dolor HOSMIL.

Estilos de Afrontamiento al Dolor en Pacientes con Dolor Crónico no Oncológico

Dr. Hugo Salinas Cerda, Psicólogo Sr. Boris Araos.

Abstract

Los pacientes con dolor crónico emplean estrategias para enfrentar al dolor que pueden ser de tipo adaptativas, desadaptativas o ambas.

Sin embargo, no sabemos cuál es la prevalencia real de estas respuestas.

El objetivo de este estudio consiste en evaluar qué tipos de estrategias de afrontamiento al dolor son utilizadas con mayor frecuencia por los pacientes con dolor crónico no oncológico.

Introducción

La IASP (Asociación Internacional para el Estudio del Dolor, 1979) define al dolor como "una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada a daño tisular real o potencial, o descrita en términos de ese daño".

El dolor, por tanto, además de ser una experiencia sensorial, involucra aspectos cognitivos y conductuales.

La evaluación de pacientes con dolor crónico es incompleta si no se toman en cuenta estos factores. De hecho, el modelo biopsicosocial de evaluación, que incluye los aspectos médicos, psicológicos y físicos involucrados en el dolor crónico y su tratamiento multidisciplinario, han demostrado ser más eficaces que el abordaje y tratamiento con una sola modalidad (Pflingten, Hildebrandt, Leibing, et al., 1997). Como hipótesis, postulamos que los pacientes con dolor crónico no oncológico, emplean significativamente un mayor número de respuestas desadaptativas para el afrontamiento al dolor.

Método

A 92 pacientes, derivados a la Unidad de Medicina del Dolor del Hospital FACH, durante un periodo de siete meses, se les realizó el cuestionario, Coping Strategies Questionnaire (Rosenstiel y Keefe, 1983), para la autoevaluación de cómo estos pacientes enfrentan el dolor crónico.

Diseño general Trabajo Prospectivo

Exclusiones: pacientes con antecedentes de psicopatía, drogadicción, alcoholismo o aquéllos con problemas de tipo legal o laboral o de compensación económica.

Las variables estudiadas fueron edad, sexo, género.

Se consideró una respuesta desadaptativa significativa si el empleo de este tipo de respuestas era mayor a un 60%. Se consideró una respuesta adaptativa significativamente baja si el empleo de este tipo de respuesta era menor a un 40%

Se realizó un análisis general de todos los pacientes, un análisis según edad y un análisis según patología.

Resultados

De los 92 pacientes evaluados, un 40% eran hombres y un 60% eran mujeres.

De éstos, 32 pacientes correspondían a patología discal lumbar degenerativa; 7 pacientes a síndrome de cirugía fallida; 13 pacientes a fibromialgia; 8 pacientes de síndrome doloroso regional complejo; 8 pacientes con neuralgia post herpética. El resto de los pacientes tenían diagnósticos de neuropatía periférica o dolor torácico crónico, entre otros. La edad promedio fue de 53 años.

Análisis General

El promedio general de empleo de técnicas adaptativas para el manejo del dolor (cognitivas y conductuales), fue de un 47% en la muestra estudiada y el porcentaje de uso de estrategias desadaptativas fue de un 60%. La utilización de la catastrofización, la estrategia que tiene más efectos negativos sobre el dolor, es muy alta, alrededor de 48% de la muestra estudiada.

Análisis Según Edad

Los pacientes se dividieron en cuatro grupos etáreos <45; 45-59; 60-74 y 75 o más.

Técnicas Adaptativas

Todos los grupos etáreos presentaron una disminución significativa (<de un 50%) en el empleo de técnicas adaptativas, excepto el grupo etario 45 - 59 años que empleó técnicas positivas de enfrentamiento en un promedio de 50%.

El grupo etáreo > 75 años mostró un promedio especialmente bajo (29%) de empleo de técnicas adaptativas en el manejo del dolor.

Técnicas Desadaptativas

Todos los grupos etáreos, presentaron una elevación significativa en el empleo de técnicas de afrontamiento desadaptativas, siendo el promedio 60% de utilización.

Análisis según Patología

Técnicas adaptativas

Un bajo porcentaje de respuestas adaptativas se vio en el promedio general en los diversos grupos patológicos, promedio = 47%, (r: 33 - 55), siendo el grupo con raquiestenosis el que menos respuestas adaptativas tuvo para el afrontamiento al dolor = 33 %

Técnicas Desadaptativas

Todos los grupos patológicos presentaron promedios altos, significativos, promedio 60% (r: 51 - 72%) en el empleo de respuestas desadaptativas, siendo el grupo de pacientes con fibromialgia, el mayor porcentaje con un 72% (esperanza pasiva).

Discusión

Llegar a un correcto diagnóstico de la situación tridimensional del dolor crónico es difícil. En el área de los factores psicológicos, ¿cuál o cuáles variables psicológicas son importantes de evaluar?: ¿El estado de ánimo? ¿El nivel de estrés? ¿Los rasgos de personalidad? ¿Las estrategias de afrontamiento al dolor?

Respecto al estado de ánimo, los estudios muestran que alrededor de un 60 a 70% de los pacientes con dolor crónico cumplen las categorías diagnósticas del DSM para depresión, el 36% presenta desórdenes por abuso de sustancias psicoactivas y un 19 a 20% presenta trastornos de ansiedad (Rama, France, Pelton, et al., 1985). La evaluación de pacientes con dolor debe incluir la valoración de los síntomas de depresión y ansiedad. Sin embargo, estudios longitudinales han concluido que la psicopatología, especialmente el grado de depresión o de abuso de sustancias no se correlaciona directamente con el desarrollo del dolor crónico, sino con la incapacidad consecuente (Gatchel, Polatin, Mayer, Garcy, 1995). Así ocurre que los tests que entregan índices generales de estado de ánimo de tipo ansioso o depresivo pueden encontrarse dentro de rangos normales o levemente alterados en pacientes con dolor crónico y aún así el dolor puede persistir por mucho tiempo, incluso en pacientes con daño orgánico mínimo.

Los estudios respecto a la personalidad señalan que alrededor de un 50% de los pacientes con dolor crónico presentan un trastorno de la personalidad, siendo los más importantes el trastorno paranoide de personalidad (33%), el trastorno límite de la personalidad (15%), el trastorno de personalidad por evitación (14%) y el trastorno de personalidad pasivo agresivo (12%) (Polatin, et al., 1993). Sin embargo, no existen suficientes estudios que muestren con claridad que la presencia de un trastorno de la personalidad predisponga al desarrollo de un dolor crónico. Algunas investigaciones han encontrado una asociación entre dolor, especialmente cefaleas y personalidades ansiosas, y entre neuroticismo y dolor temporomandibular, pero faltan mayores investigaciones al respecto (Callahan, 2000).

En las últimas dos décadas se ha ido desarrollando una fructífera línea de investigación en torno a las estrategias de afrontamiento al dolor, ya que ellas permiten explicar la adaptación al dolor crónico (Boothby, Thorn, Stroud y Jensen, 1999; Jensen, Turner, Romano y Karoly, 1991). Las estrategias de afrontamiento que predicen una mejor adaptación al dolor crónico son aquellas que incluyen conductas dirigidas a aliviar el dolor (afrontamiento conductual: incremento de la actividad) y esfuerzos cognitivos por reinterpretar las sensaciones de dolor, ignorarlas, distraerse o darse autoafirmaciones de afrontamiento (autoafirmaciones positivas) (Keefe et al.,

1997; Lawson et al., 1990). Por otra parte, la catastrofización es la estrategia de afrontamiento que tiene más efectos negativos sobre el dolor; ella cuenta con la evidencia más consistente en las investigaciones sobre una peor adaptación al dolor (Esteve et al., 2001; Rodríguez et al., 2000; Thorn et al., 2002). Los pacientes que catastrofizan evalúan su dolor como intolerable e incontrolable exageran las propiedades amenazantes del estímulo doloroso y no pueden apartar su mente del dolor.

Considerando lo anterior, el objetivo de este estudio consiste en evaluar la frecuencia de utilización de estrategias de afrontamiento adaptativas y desadaptativas por pacientes con dolor crónico. Como hipótesis, postulamos una alta frecuencia de estrategias desadaptativas de afrontamiento. Los resultados indican que en un porcentaje significativo, los pacientes con dolor crónico no oncológico emplean técnicas desadaptativas de afrontamiento al dolor y una menor utilización de estrategias que ayudan a adaptarse a él.

La importancia de esta evaluación radica en que este conocimiento nos servirá para proporcionar tratamientos adecuados en la esfera psicosocial.

El CSQ es un cuestionario autoevaluativo, consta de 44 ítems y mide:

- La frecuencia con que el paciente utiliza estrategias cognitivas de afrontamiento adaptativas al dolor: distracción de la atención, reinterpretación de la sensación de dolor, ignorar las sensaciones de dolor y autoafirmaciones de afrontamiento.

- La frecuencia con que el paciente utiliza estrategias cognitivas desadaptativas al dolor: esperanza pasiva y catastrofización.

- La frecuencia con que el paciente utiliza estrategias conductuales de afrontamiento: incremento de la actividad
- La percepción de eficacia en la utilización de dichas estrategias para controlar y disminuir el dolor.

A pesar de que la idea de que el dolor crónico como un fenómeno multicausal es compartida por la mayoría de los profesionales de la salud, esta idea no se aplica a los tratamientos, ya que la mayoría son exclusivamente médicos. Por ejemplo, un estudio realizado en España mostró que sólo 23 de 9.019 consultas por dolor de espalda incluían el concepto de tratamiento multidisciplinario (Rull, 2004), aunque el tratamiento multidisciplinario de dolor, médico y psicológico, ha demostrado ser más eficaz que el tratamiento con una sola modalidad (Pfungten, et al., 1997)

En el ámbito de los factores psicológicos, los resultados de la investigación indican que existe una alta frecuencia de utilización de estrategias desadaptativas de afrontamiento al dolor. Dichas estrategias son relevantes en el inicio, gravedad, exacerbación y mantenimiento del dolor. Existe suficiente evidencia que la modificación de esas estrategias desadaptativas de afrontamiento mejoran la eficacia del tratamiento multidisciplinario y reducen el fracaso de los tratamientos convencionales, situado en torno al 25% en algunos trastornos específicos de dolor (Turk et al., 1993). Por lo anterior consideramos importante la evaluación de las estrategias de afrontamiento en los pacientes con dolor crónico, y que la modificación de las estrategias

Ign S	AutoA+	> act	Cata	Esp P	Ctrl D	< D	Edad	Prom Adaptativas	Prom Desadaptativas
46	60	50	48	72	3	3	53	47	60

Ign S	AutoA+	> act	Cata	Esp P	Ctrl D	< D	Edad	Total pac	Adaptativas	Desadaptativas
51	67	46	44	74	3	3	37 < 45	28	49	59
51	62	52	47	72	3	3	51 45-60	37	50	60
39	57	55	53	72	3	3	68 60-74	19	47	62
25	36	39	56	65	2	3	80 > 75	8	29	61
92									44	60

Ign S	AutoA+	> act	Cata	Esp P	Ctrl D	< D	Edad	DLC	HNP	Cir Fa	RQE	FMA	SDRC	NPH	Adaptativas	Desadaptativas
52	69	51	40	74	3	3	48	20	8	7	4	13	8	8	51	57
61	70	53	46	57	3	3	41	8	7	4	13	8	8	55	51	
49	65	63	38	74	3	2	46	7	4	4	13	8	8	52	56	
17	42	40	59	65	2	3	74	7	4	4	13	8	8	33	62	
49	59	46	66	77	3	2	56	13	8	8	13	8	8	45	72	
42	57	49	51	69	3	4	50	8	8	8	13	8	8	44	60	
45	60	50	50	69	3	3	66	8	8	8	13	8	8	47	60	
44	59	49	50	70	69									47	60	

desadaptativas, especialmente de la catastrofización, sea un objetivo especial de los programas de tratamiento. Algunas publicaciones exponen en forma detallada la forma de disminuir la catastrofización (Thorn et al., 2002).

Conclusiones

Creemos que los resultados del presente trabajo proporcionan una evidencia que apoya la hipótesis de una alta frecuencia de utilización de estrategias desadaptativas de afrontamiento al dolor y una menor utilización de estrategias que ayudan a adaptarse a él.

Bibliografía

Boothby JL, Thorn BE, Stroud MW y Jensen MP (1999). Coping with pain. En RJ Gatchel y Turk (Eds.), Psychosocial factors in pain. New York: Guilford Press

Callahan CD (2000). Stress, coping and personality hardiness in patients with temporomandibular disorders. Rehabilitation psychology, 45 (1), 38-48

Esteve R., Ramirez C., López A.E., Aspectos emocionales en el dolor. Actualizaciones Dolor 2001; 2 (4): 252-61

Gatchel RJ, Polatin PB, Mayer TG, Garcy PD. The dominant role of psycho-social risk factors in development of chronic low back pain disability. Spine 1995; 20:2702-2709

Jensen MP, Turner P, Romano JM y Karoly P. (1991). Coping with chronic pain: A critical Review of literature. Pain, 47, 249-283

Keefe FJ y Caldwell DS. Cognitive behavioral control of arthritis pain. Medical Clinics of North America, 81 (1997), 277-290.

Lawson K, Reesor KA, Keefe FJ y Turner JA (1990). Dimensions of pain - related cognitive coping: Cross validation of the factor structure of Coping Strategy Questionnaire. Pain, 43, 195 - 204

Miller L. Psychotherapy of the chronic pain patient II: Treatment principles and practices. Psychotherapy in Private Practice 1992; 11:69-82.

Pfingten M, Hildebrandt J, Leibing E, et al. Effectiveness of a multimodal treatment program for chronic low-back pain. Pain 1997; 73:77-85

Polatin PB, et al. Psychiatric illness and chronic low low back pain. The mind and the spine-wich goes first? Spine 1993; 18: 66-71

Rama KR, France RD, Pelton S, et al. Chronic pain and depresión II. Symptoms of anxiety in chronic low back pain patients and their relations hip to subtypes of depresión. Pain 1985; 2:289-294

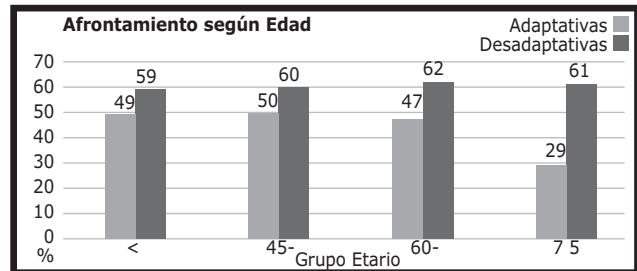
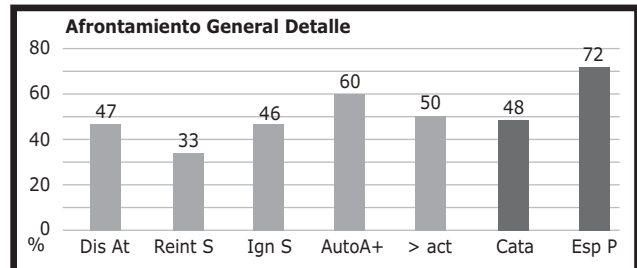
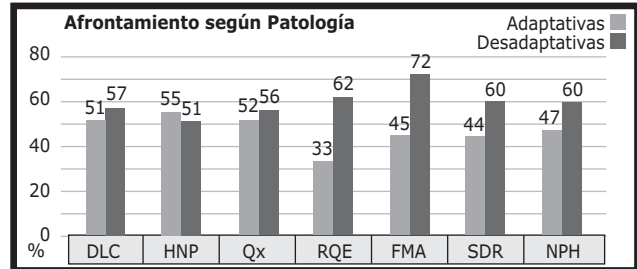
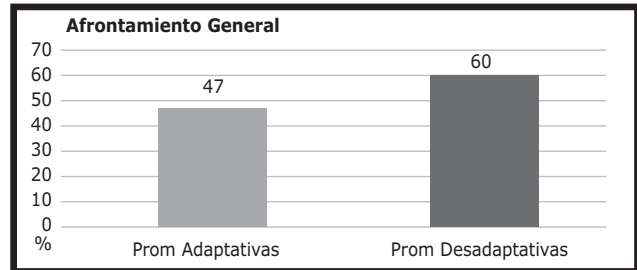
Rodríguez M.J., Esteve R. y López A.E. (2000) Dolor crónico y estrategias de afrontamiento. Análisis y Modificación de Conducta, 26, 391-418.

Rosenstiel AK y Keefe FJ. The use of coping strategies in chronic low back pain patients: Relationship to patient characteristics and current adjustment. Pain, 17 (1983) 33 - 44

Rull M. (2004). Abordaje multidisciplinar del dolor de espalda. Revista de la Sociedad Española de Dolor, 11:119 -121

Thorn B.E., Bothby J.L. Targeted treatment of catastrophizing for the management of chronic pain. Cogn Behav Pract 2002; 9 (2): 127-38

Turk D.C., Zaki H.S. y Rudy T.E. (1993). Effects of intraoral appliance and biofeedback stress management alone an in combination in treating pain and depression in patients with temporomandibular disorders. Journal of Prosthetic Dentistry, 70, 158 - 164



Experiencia de Acupuntura en HOSMIL

Dra. Maritza Velasco, Dr. Leonardo Flanagan, Dr. Alex Flores, Ps. Danitza Zaninovic, TCL Arturo Zamorano ()*

Objetivo

Realizar una evaluación descriptiva de la experiencia de acupuntura en el HOSMIL, en el prospecto del Curso de Acupuntura impartido por médico del Ejército Chino en el HOSMIL.

Introducción

La acupuntura es una ciencia milenaria que forma parte de la medicina tradicional China. Se basa en el equilibrio entre yin-yang y las energías que transcurren en los meridianos del cuerpo. Ayuda a tratar dolor, ciertas adicciones y algunas patologías crónicas. La mirada occidental reconoce su acción a nivel de endorfinas y la revisión de metaanálisis muestran su eficacia en casos de dolor crónico. Desde octubre de 2005 hasta agosto de 2006, mediante convenio con el Ejército Chino, se efectuó un curso teórico-práctico de 1000 hrs. de duración, impartido a 11 profesionales del HOSMIL. El resultado de la experiencia práctica con pacientes de dolor crónico se analiza en esta revisión.

Método

Pacientes evaluados y tratados en la Unidad de Dolor del HOSMIL, que no respondieron a tratamientos convencionales, se les efectuaron ciclos de tratamiento con acupuntura. Se evalúan Dg. y resultados mediante EVA inicial y final.

Resultados

- Población: 51 pacientes: edad promedio 48 años (13-79), 22 mujeres y 18 hombres.
- Evolución del Dolor: Promedio: 6 años (3 semanas - 35 años)
 - Agudos: < 2 meses: 2 ptes
 - Crónicos: 38 ptes
- Diagnósticos más frecuentes:
 - Dolor lumbar 23%
 - Cefalea 11%
 - S Miofascial, Fibromialgia, Dolor neuropático periférico 9% cada uno

- Tratamientos efectuados:
 - Sesiones acupuntura 1096
 - Promedio 21 sesiones por pacientes (1-36)
 - Duración aproximada: 30-60 min./pcte.
- Dolor: EVA Inicio de Tratamiento: 7,1
Final de Tratamiento: 2,6
- Diferencia de EVA lograda con el tratamiento: 4,5.

Conclusiones

- Pacientes con patologías crónicas de dolor de 6 años promedio de enfermedad y con tratamientos multidisciplinarios con escasa o nula respuesta, se logra una diferencia de 4,5 puntos de EVA, comparando el inicio y el fin del tratamiento en el 57% de los pacientes.
- La acupuntura se considera un tratamiento complementario eficaz en el tratamiento de dolor crónico.

* *Equipo Acupuntura - Unidad Tratamiento del Dolor HOSMIL.*

Aspectos Demográficos de los Pacientes Atendidos en la Unidad de Dolor y Cuidados Paliativos del Hospital Clínico Universidad de Chile (HCUCh)

Manuela Gonzalez O. (1), Renato Contador F. (1), Juanita Jaque G. (1), Sergio Pacheco L. (2), Juan Pablo Miranda (2), Gerson Plaza C. (2):

Objetivo

Determinar el perfil demográfico de los pacientes atendidos en el policlínico de la Unidad de Dolor y Cuidados Paliativos del Hospital Clínico Universidad de Chile.

Introducción

Como dolor crónico se entiende cualquier dolor que persista más allá del tiempo considerado razonable para la mejoría de una lesión. Actualmente, constituye un grave problema internacional, sanitario y económico por las múltiples repercusiones en estas áreas, ya que aproximadamente un 20% de la población mundial lo padece. Su multifactorialidad explica que fallen las terapias simples destinadas a su alivio y sólo el manejo multi e interdisciplinario ha mostrado una tendencia a mejorar el pronóstico y calidad de vida de los pacientes. En el HCUCh, se crea en el año 1997 la Unidad de Alivio del Dolor, agregándose en el año 2000 la atención a pacientes y sus familias que requieren Cuidados Paliativos, siendo manejados por un equipo multidisciplinario en constante perfeccionamiento, con una demanda, tanto intra hospitalaria como en policlínico, en aumento creciente.

Método

Estudio prospectivo descriptivo de 349 pacientes que ingresaron a la Unidad del Dolor y Cuidados Paliativos del HCUCh durante el periodo 2004-2005. Se obtuvieron características demográficas y clínicas. Análisis con Chi², T-student y ANOVA en Stata 8.4

Resultados

Encontramos 124 pacientes de sexo masculino (35,53%), con un promedio total de la muestra de 59,70±16,64 años (15-90) sin diferencias por sexo. 192 pacientes presentaron dolor crónico no oncológico (55,01%) con edad promedio de 56,25±16,82 años y 157 con dolor oncológico (44,99%) con un promedio de edad de 63,91±15,46 años p<0.00001. Siendo ambos diagnósticos más frecuentes en los grupos etáreos mayores de 40 años p<0.0012.

Para el dolor crónico benigno, el dolor nociceptivo correspondió a un 64,52%, neuropático 29,57% y mixto

5,91% sin diferencias por sexo. En el dolor neuropático, encontramos un 30,91% de síndrome de dolor regional complejo, un 18,18% para neuralgia trigeminal y 18,18% para neuralgia post herpética. Dentro del dolor oncológico los principales motivos de consulta fueron cáncer gástrico (7,16%), cáncer de vesícula y vía biliar (5,73%) y cáncer pulmonar (5,16%), siendo el primero más frecuente en hombres (p<0.006), no encontrando diferencias en el resto de los grupos.

160 pacientes (46,11%) fueron derivados desde especialidades (p<0,0001). Los hombres presentaron un mayor porcentaje de cuidado, (p<0,04), siendo el principal cuidador un familiar directo para ambos grupos p<0,029. No se establecieron diferencias significativas en cuanto a la región de procedencia, escolaridad, previsión y apoyo familiar entre los grupos estudiados.

Conclusiones

La edad de inicio del dolor oncológico es significativamente mayor en relación al dolor crónico benigno. Las causas de consulta de dolor oncológico son diferentes a las de las comunicaciones internacionales, destacando el cáncer gástrico y de vías biliares, dado por la alta prevalencia e incidencia del cáncer en Chile. En relación al dolor crónico benigno, la prevalencia encontrada concuerda con la pesquisada en otras series nacionales e internacionales. Consideramos de gran importancia la mayor difusión a nivel médico general del funcionamiento de las Unidades de Dolor y Cuidados Paliativos, ya que las derivaciones se realizan principalmente desde médicos de especialidad.

(1) Unidad de Dolor y Cuidados Paliativos. Hospital Clínico Universidad de Chile.

(2) Interno Medicina. Universidad de Chile.

Programa de Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos, Llay-Llay, Enero 2001-Junio 2006

Largo A (1), Elgueta F (2), Cordero MJ(3), Castro F (3), Charles R (3), Roman JC (3), Luza L (4)

Objetivo

El objetivo del presente trabajo es evaluar el funcionamiento del programa en un hospital tipo IV, establecer el promedio de tiempo que los pacientes permanecen en éste, establecer si existe una disminución real del dolor y su relación con el tratamiento analgésico.

Introducción

El año 2003, con el nacimiento del plan AUGE, se crea el Programa Nacional de Alivio del Dolor por Cáncer y Cuidados Paliativos, con el fin de mejorar la calidad de vida y contribuir a una muerte digna en los pacientes con cáncer en etapa terminal, a través del trabajo de un equipo multidisciplinario.

Metodo

Estudio descriptivo, retrospectivo en que se revisaron las fichas clínicas de los 62 pacientes incluidos en el programa entre enero 2001 y junio 2006. Se consignaron diagnóstico, edad, sobrevida, dolor al ingreso y egreso del programa según escala visual análoga (EVA) y tratamiento analgésico recibido, el cual consta de 3 fases, la primera donde sólo se utiliza paracetamol, la segunda donde se combina paracetamol con codeína y la tercera en la cual se asocia morfina con paracetamol. Los resultados fueron analizados con el programa Sigma Stat (Systat Software, Inc, 2006).

Resultados

La muestra estaba constituida por 37 hombres y 25 mujeres, el 53% de los cánceres correspondían a cáncer gástrico, de vesícula biliar, pulmón, próstata y mama con una sobrevida de 89,6 días (DS 141,5), un EVA de ingreso de 4,5 (DS 5,5) y de egreso de 0,4 (DS 1,5). No se observaron diferencias entre los EVA de ingreso y egreso, ni en los requerimientos farmacológicos entre hombres y mujeres ($p=0,144$; $p=0,165$; $p=0,590$, respectivamente). Tampoco se observan diferencias entre los tiempos que los pacientes permanecen en las distintas fases de tratamiento ($p=0,420$). Sí se observan diferencias en las dosis de paracetamol que los pacientes reciben en cada fase, siendo mayor en la fase 3 ($p<0,05$).

Conclusiones

La sobrevida promedio de los pacientes es menor a 3 meses, pero presenta gran dispersión, ya que la mediana es de 39 días. Esto refleja que la mayoría de los pacientes incluidos en el programa tienen una baja sobrevida, la cual es concordante con el diagnóstico de paciente en etapa terminal, aunque existe un escaso número que tiene una sobrevida más larga que altera el promedio. Paracetamol fue el fármaco que requirió ajustar dosis con mayor frecuencia. De los tipos de cánceres estudiados, el de origen digestivo fue el que se dio con mayor frecuencia, siendo el gástrico el más prevalente. Se observa una diferencia significativa en los EVA de ingreso y egreso ($p<0,001$), lo cual refleja el cumplimiento de los objetivos del programa, que son principalmente el aliviar el dolor del paciente y mejorar su calidad de vida. Esto se debería principalmente a la dedicación y compromiso del equipo con el paciente y su familia.

Referencias

- 1.- PROTOCOLO AUGE. Alivio del dolor por cáncer avanzado y cuidados paliativos. Documento de trabajo, abril 2004.
- 2.- VARGAS-SCHAFFER G., ESPOSITO G. Dolor y cuidados Paliativos en Oncología. Evaluación, manejo y tratamiento. Ed. Expansión científica G&S, Caracas, Venezuela 1999.
- 3.- ROJAS C., MARINELLI S., VELEZ M., MONTES DE OCA B. Cuidado del enfermo crónico y terminal, Manual básico para profesionales, voluntarios y familiares. Ed. Cuaderno del Centro San Camilo, Sept. 2004.

(1) Médico EDF Llay-Llay,
(2) Médico Becado Anestesiología,
(3) Interno Medicina, Universidad de Chile,
(4) Enfermera Hospital Llay-Llay

Uso de la Vía Subcutánea en el Control de los Síntomas en Cuidados Paliativos

Dra. Moyra López R., Sra. E.U. Claudia Pérez C., Dr. Andrés Sepúlveda S. ()*

Introducción

La vía de elección para la administración de fármacos en cuidados paliativos es la vía oral. Esta vía es efectiva en el control del dolor y otros síntomas, incluso hasta muy avanzada la enfermedad. Cuando la ingesta oral no es posible o se ve dificultada por diversas razones (náuseas o vómitos importantes, disnea severa, debilidad extrema, etc.) es la vía subcutánea la elección para la administración de medicamentos, siendo incluso una importante alternativa para proporcionar hidratación (hipodermocclisis) a los pacientes que así lo requieran; destacando la facilidad en su utilización, mejor tolerancia por parte del enfermo, la baja incidencia de complicaciones y la posibilidad de administrar diversos fármacos para el manejo sintomático de estos pacientes. En la Unidad de Cuidados Paliativos del Hospital Barros Luco, esta técnica es ampliamente utilizada, educando activamente a la familia acerca de su uso y los cuidados necesarios que ésta requiere.

Método

Se analizaron retrospectivamente los registros médicos y de enfermería de 100 pacientes ingresados a la Unidad de Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos del Hospital Barros Luco entre marzo de 2005 y mayo de 2006, en los cuales se utilizó la vía subcutánea para el control de los síntomas, todos ellos en etapa IV de la enfermedad neoplásica (pacientes en etapa avanzada o terminal).

Resultados

De un total de 100 pacientes estudiados los resultados fueron los siguientes: el promedio de edad fue de 62 años, un 39% eran hombres y un 61% mujeres. El 83% de los pacientes estaba en un Performance Status 4 (100% del día en cama) y el 17% Performance Status 3 (más del 50% del día en cama). El 60% eran portadores de tumores gastroesofágicos, el 37% tumores orofaríngeos y el 3% de otras localizaciones. En el 94% de los pacientes se administró más de un medicamento (opioide potente+coayudantes). Se logró el control de los síntomas a las 48 horas del inicio de la terapia subcutánea en un 63% de los pacientes, entre 48 y 72 horas en un 31% de los pacientes y en más de 72 horas en el 6% restante. Sólo un paciente presentó reacción

local alérgica en el sitio de punción, no encontrándose en ninguno de los pacientes analizados otro tipo de complicaciones.

Conclusiones

El adecuado y rápido control de los síntomas, la baja incidencia de complicaciones, la posibilidad de administrar múltiples fármacos y la facilidad en su manejo por parte de los familiares son las principales ventajas del uso de la vía subcutánea en cuidados paliativos, lo que cobra especial relevancia cuando se trata de enfermos cuyo cuidado es domiciliario.

* Unidad de Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos,
Servicio de Oncología Hospital Barros Luco Trudeau

Dolor... Enfrentando el Futuro

Dr. Rodrigo Fernández R. , Sra. E.U. Nancy Chávez M., Ps. Loreto Contreras, Q.F. Cristián Plaza P., A.P. Romina Morales N. (*)

Objetivo

Comunicar la creación y funcionamiento de la Unidad del Dolor y Cuidados Paliativos del Instituto Nacional de Geriátrica (UAD y CP ING), analizando resultados preliminares.

Introducción

El ING, perteneciente al Servicio de Salud Metropolitano Oriente, es un centro de referencia nacional que resume su misión en términos de "Elevar la calidad de vida del adulto mayor". Para cumplimiento de sus objetivos, creó (Sept. 2006) la UAD y CP, servicio que suma a los ya existentes en la institución. La unidad en una primera etapa estará enfocada al tratamiento de los adultos mayores de 60 años con cáncer avanzado y en una segunda etapa a la atención de pacientes con dolor crónico no oncológico.

ANCIANOS

En 1992, las personas mayores de 60 años en Chile constituían el 9,8% de la población; el año 2002, el porcentaje subió al 11,4%. La proyección efectuada para el año 2.025 es de un aumento de la población envejecida al 22,6%, situación que implica enfrentar una nueva prevalencia de patologías, asociadas muchas de ellas a dolor crónico.

CÁNCER - DOLOR POR CÁNCER

Constituye la segunda causa de muerte en Chile. El dolor afecta a alrededor del 50% de los enfermos al inicio de la enfermedad, mientras que en la etapa final, la cifra es cercana al 90%. La población favorecida por el programa, desarrollado a partir del año 2002 por el MINSAL, para Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos, se compone en más de un 64% por personas mayores de 65 años.

MISIÓN UAD y CP ING

Unidad de salud interdisciplinaria de referencia nacional, destinada a brindar atención al adulto mayor de ambos sexos con dolor crónico de origen oncológico y no oncológico, basándose en una atención integral para mejorar la calidad de vida del paciente, abordándolo desde un enfoque biopsicosocial y espiritual

Método

Creación en una primera etapa, una UAD y CP básica multidisciplinaria, para enfermos con Cáncer Avanzado, mayores de 60 años, utilizando los medios disponibles por el plan GES del MINSAL, teniendo como estrategia terapéutica la propuesta por la OMS.

EQUIPO DE PROFESIONALES

Dr. Rodrigo Fernández R., Ps. Loreto Contreras C., E.U. Nancy Chávez M., Q.F. Cristián Plaza P., A.P. Romina Morales N.

Resultados

A dos meses de funcionamiento real de la unidad nuestros resultados son: n: 27

- Sexo: 81,4 Femenino - 18,5% Masculino
- ** Dg.: 55% Desconoce Dg. - 37% Conoce Dg. - 7,4% no evaluable.
- ***Ca Mama 33,3% - Ca Gástrico 11,1% - Ca Colon 11,1%.
- Ca Vesícula 7,4% - Ca Rectal 7,4% - Ca Cérvico U. 7,4%
- Ca Pelvis 3,7% - Ca Páncreas 3,7% - Ca Endometrio - 3,7%
- Ca Pulmón 3,7% - Klatskin 3,7% - Melanoma Maligno 3,7%
- 62.9% de los pacientes ingresó con dolores intenso - severos.
- el 3.7 % de los enfermos presentaba a las 48 horas EVA de intensidad severa.
- más de la mitad de los pacientes desconocía su diagnóstico al momento del ingreso.

Conclusiones

Efectuado un análisis preliminar del funcionamiento inicial de la UAD y CP ING, podemos concluir: la aplicación y modelo propuesto representa un paso más para mejorar la calidad de vida en este grupo específico de adultos mayores.

* Unidad Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos, Instituto Nacional de Geriátrica Pdte. Eduardo Frei Montalva. VI Congreso Chileno del Dolor Ached.

Vertebroplastía Percutánea (VPP) Guiada por Imágenes para Aliviar el Dolor Producido por Fracturas por Compresión de Origen Osteoporótico (FCV)

Wortley, Roberto H.1; Stinga, Claudia1; Pilheu, Salome1; Daldovo, Lelia C.1; Daldovo E 1; Sahagian, Alejandra 1; San Martin, Viviana

Objetivo

Investigar la eficacia de la VPP para aliviar el dolor al estabilizar las microfracturas vertebrales, reforzando el cuerpo vertebral y también evaluar la seguridad y precisión de este procedimiento guiado por tomografía computada helicoidal.

Método

Las FCV pueden provocar dolor intenso y discapacidad. Se efectuó una revisión retrospectiva de 91 pacientes consecutivos (67 mujeres y 24 hombres; edad media 76 años), con 185 vértebras comprometidas (las afectadas con más frecuencia fueron D12, L1 y L2: 48,26%), entre octubre de 1999 y diciembre de 2005. Todos los pacientes incluidos tenían FCVs sintomáticas con dolor refractario, de semanas o meses de evolución, comprobadas por imágenes. La VPP es un procedimiento terapéutico guiado por imágenes que consiste en inyectar cemento acrílico (polimetilmetacrilato) en el cuerpo vertebral para aliviar el dolor y reforzar las vértebras. La VPP se realizó con anestesia local y sedación consciente, con el paciente en posición prona y guiada por tomografía computada-helicoidal. En el seguimiento temprano, se evaluó el alivio de dolor (con la Escala Visual Numérica - EVN), la disminución en el consumo de analgésicos y el nivel de actividad.

Resultados

Antes del procedimiento, casi todos los pacientes calificaron su dolor en alrededor de 10 puntos. El 66,5% obtuvo un alivio completo del dolor (EVN: 0-3). Se logró un alivio moderado (EVN: 3-5) en el 26,5% y escaso control (EVN: 5-7) en el 4,5%; en el 2,5% de los casos el dolor empeoró. Más del 90% de los pacientes disminuyó o suspendió el consumo de analgésicos y mejoró su nivel de actividad. El nivel de satisfacción fue alto.

Conclusiones

La VPP guiada por TC-helicoidal es un tratamiento sumamente eficaz para aliviar el dolor y mejorar la movilidad, independientemente de la antigüedad de la fractura. La VPP se ha vuelto un procedimiento importante y confiable para el manejo del dolor provocado por fracturas osteoporóticas en un elevado porcentaje de pacientes y sin complicaciones serias atribuibles al procedimiento.

1. Centro de Medicina del Dolor, Clínica y Maternidad Suizo-Argentina, Buenos Aires, Argentina.
2. Departamento de Radiología, Clínica y Maternidad Suizo-Argentina, Buenos Aires, Argentina

Tratamiento No Cruento (MPS) del Dolor en Hernias Discales Extruidas

E . D. Marchevsky , R . L. Baistrocchi , M. del C. Graciá , A .U. Rolón

Introducción

El dolor severo en la hernia de disco extruída (HDE) suele precipitar la indicación quirúrgica (Q). La historia natural de la hernia discal demuestra que son pacientes potencialmente pasibles de tratamiento conservador como se ha indicado en muchos trabajos, sobre todo cuando no hay compromiso neurológico severo. El objetivo es poner en evidencia que pacientes con dolor incapacitante por HDE resistente a tratamiento conservador clásico, al ser tratados con terapéutica MPS, remiten el dolor severo sin administración de fármacos.

Método

Población: pacientes (p) recibidos en Centro Licium entre marzo del 2000 y diciembre de 2002, con lumbociatalgia por hernia discal. 25 p presentaban extrusiones discales con compresión de raíz nerviosa confirmado por RNM y lumbociatalgia incapacitante por dolor crónico severo que no respondían a: reposo-AINes-corticoides-fisioterapia durante 1 mes (m) (mínimo). 10 p fueron excluidos según criterios. Los restantes 15 p con HDE que en este período se incluía tradicionalmente en criterio Q (2,9 m. sin responder a tratamiento conservador), fueron sometidos a MPS. 4 p no continuaron los controles. 11 p restantes realizaron el nuevo tratamiento propuesto y se verificó resultados según criterios de inclusión (CI), exclusión (CE), recuperación (CR) y curación (CC).

Método terapéutico empleado: Manipulación Profunda Sensoperceptiva (MPS), consiste en descompresión axial de columna vertebral a través de digitopresión selectiva, adicionando estímulo cognitivo. Se aplica en puntos de dolor e hipertono.

Resultados

En los 11 p con criterios de Spangfort tipo 3 (dolor incapacitante que tradicionalmente requiere reposo y medicación), el dolor remitió 50 a 70% en intensidad, entre 2da. y 3ra. sesión (48 a 72 hrs) evaluado con escala visual analógica. CR se verificó en 8 p (72,7%), 5p (45,4%) recuperados a los 21 días (d), 3 p (27,2%) a los 30 d. No respondieron 3 p (27,2%), 1 p a los 60 d, 1 p a 90 d ,1 p a 120 d. El CC se verificó en los 11 p, no observándose indicios de HDE a los 180 d ni clínica, ni por RNM. El follow-up mostró 65,2 m con pacientes asintomáticos (pa).

Conclusiones

1. Mediante tratamiento MPS se obtuvo reducción del 50 al 70% en la intensidad del dolor incapacitante (en 48 a 72 hs) en la población investigada, sin empleo de AINes-corticoides.
2. Se acompañó la historia natural de la HDE con retracción estable del fragmento herniario (demostrado por RNM) en el total de los casos.
3. El follow-up de 65,2 m no evidenció recidivas, mostró pa con regularidad de actividad laboral y deportiva.

Evaluación del Dolor en Pacientes con Demencia Moderada a Severa Ingresados a una Unidad de Psicogeriatría. Fase preliminar

Budinich M, Fuentes P, Rebolledo V, Sastre J.

Objetivo

Evaluar la presencia de dolor en pacientes con diagnóstico de demencia moderada a severa mediante uso de escala PAINAD. Fase piloto para lograr un acercamiento al problema de dolor en pacientes con demencia y evaluar la factibilidad de protocolizar la evaluación del dolor en este grupo de pacientes.

Tipo de estudio:

Prospectivo longitudinal.

Introducción

Participantes: Pacientes con demencia moderada a severa ingresados a la unidad de Neuropsicogeriatría del Centro de Rehabilitación Capredena La Florida, en el período comprendido entre el 1 de octubre y el 1 de noviembre 2006.

Método

Registro de variables demográficas, patologías crónicas y agudas, MMSE, Katz, Barthel, fármacos en uso, patrón de sueño.

Evaluación diaria durante 7 días consecutivos mediante escala PAINAD a los pacientes que cumplieron con los diagnósticos de inclusión.

Pacientes con puntaje mayor a 5 fueron evaluados por el médico tratante para identificar probable causa de dolor o patología intercurrente e indicación de analgesia apropiada para el paciente. Aplicación de la escala dos horas posterior a la administración de la medicación, estableciéndola por horario si se encontraba respuesta favorable en esa segunda evaluación. Seguimiento diario para evaluar evolución de los signos.

Resultados

Fueron evaluados 15 pacientes en forma diaria. 13 mujeres, 2 hombres. Edad promedio: 79,2 años, 59% con diagnóstico de Enfermedad de Alzheimer, 18% demencia mixta y 23% Demencia Vascular. La variable más frecuentemente alterada fue B. Puntaje máximo encontrado 7. Se encontró un paciente con dolor de acuerdo a escala el cual respondió

a analgesia, disminuyendo 5 puntos a las dos hrs; posteriormente se mantuvo con analgesia y puntajes menores a 2. 12% de los pacientes tenía indicación de analgesia previo a intervención.

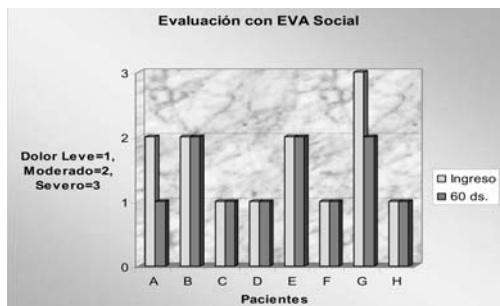
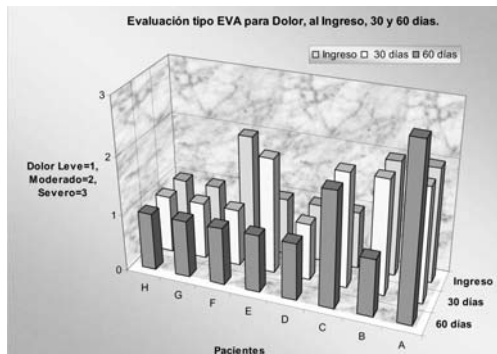
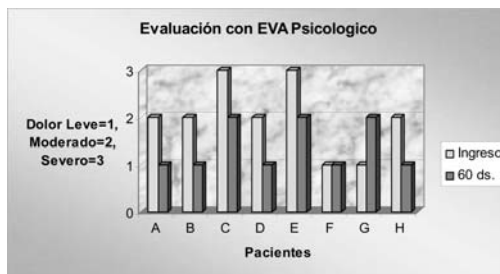
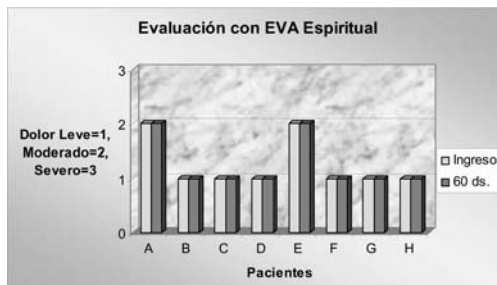
Conclusiones

La escala PAINAD es un elemento útil, de fácil y rápida aplicación que permite objetivar la presencia de dolor y la respuesta a la analgesia indicada en pacientes con demencia moderada a severa, grupo poblacional que se encuentra en aumento creciente y en el cual las escalas clásicas son poco aplicables. Es factible protocolizar su aplicación en el enfrentamiento de este tipo de pacientes.

* Centro de Rehabilitación Capredena La Florida.

Manejo del Dolor y Cuidados Paliativos en Sala Padre Hurtado, Hogar de Cristo, Región Metropolitana

Granata S. Paulo (*); González V. Elizabeth (*); Bañados S. Paulina (*); Galleguillos R. Pilar (*); Vergara M. Loreto (*); Vaillemans B. Christiane; Celedón G. Consuelo (*).



Introducción

En la Sala Padre Hurtado se atienden personas en situación de extrema pobreza que requieren cuidados paliativos y alivio del dolor. El equipo de salud de esta unidad ha tenido la necesidad de evaluar con simplicidad y rapidez, síntomas médicos, sociales, psicológicos y espirituales, valorando la intensidad de cada uno de ellos, mediante el diseño de un EVA multidimensional (Biopsicosocioespiritual) para establecer planes terapéuticos flexibles, integrales, continuos y eficaces.

Método

Se realizó un estudio retrospectivo, analizando los resultados de la intervención interdisciplinaria en el manejo del dolor y de los síntomas biopsicosocioespirituales a los pacientes de la Sala Padre Hurtado en el último trimestre, que comprende los meses de agosto a octubre del 2006. La evaluación se realizó al ingreso, a los 30 y 60 días, durante los meses señalados, midiendo el EVA dolor basal. Al mismo tiempo se utiliza el EVA al ingreso y 60 días para evaluar síntomas psicológicos, sociales y espirituales. Estos se representan a través de un factor promedio, que es una expresión semicuantitativa de las variables mencionadas.

Resultados

Los resultados muestran una tendencia a la reducción y/o mantención del EVA Dolor a los 30 y 60 días, respecto del ingreso.

El EVA Dolor a los 30 y 60 días mostraron que la contención adecuada del síntoma fue a costa de un aumento en las dosis de opioides y fármacos coadyuvantes del dolor, como así mismo a la implementación de las medidas biopsicosocioespirituales.

El factor social y espiritual es más difícil de modificar en las etapas tardías de la vida, lo que se refleja en el gráfico. El factor psicológico en general muestra una tendencia a la disminución de la sintomatología.

Conclusiones

La intervención interdisciplinaria en el paciente terminal, a través del EVA multidimensional, pareciera tener un efecto en la disminución de EVA dolor y psicológico. Esto se explica por mecanismos no farmacológicos, relacionados con la interpretación y la elevación del umbral mediada por mecanismos psicosociales. La compañía, y por sobretodo la escucha activa, parecen tener roles más relevantes de los hasta ahora considerados.

El análisis de factores sociales y espirituales es de una complejidad tal que requieren de mayor estudio que el aquí planteado. Lo que se constituye en un desafío para nuestro equipo.

* Equipo Paliativo, Sala de Pacientes Terminales Padre Hurtado. Área de Salud. Hogar de Cristo.

Uso de la Vía Subcutánea en el Control de los Síntomas en Cuidados Paliativos

Dra. Moyra López R., Sra. E.U Claudia Pérez C., Dr. Andrés Sepúlveda S. ()*

Introducción

La vía de elección para la administración de fármacos en cuidados paliativos es la vía oral. Esta vía es efectiva en el control del dolor y otros síntomas, incluso hasta muy avanzada la enfermedad. Cuando la ingesta oral no es posible o se ve dificultada por diversas razones (náuseas o vómitos importantes, disnea severa, debilidad extrema, etc.) es la vía subcutánea la elección para la administración de medicamentos, siendo incluso una importante alternativa para proporcionar hidratación (hipodermocclisis) a los pacientes que así lo requieran; destacando la facilidad en su utilización, mejor tolerancia por parte del enfermo, la baja incidencia de complicaciones y la posibilidad de administrar diversos fármacos para el manejo sintomático de estos pacientes. En la Unidad de Cuidados Paliativos del Hospital Barros Luco esta técnica es ampliamente utilizada, educando activamente a la familia acerca de su uso y los cuidados necesarios que ésta requiere.

Método

Se analizaron retrospectivamente los registros médicos y de enfermería de 100 pacientes ingresados a la Unidad de Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos del Hospital Barros Luco entre marzo del 2005 y mayo del 2006, en los cuales se utilizó la vía subcutánea para el control de los síntomas, todos ellos en etapa IV de la enfermedad neoplásica. (pacientes en etapa avanzada o terminal).

Resultados

De un total de 100 pacientes estudiados, los resultados fueron los siguientes: el promedio de edad fue de 62 años, un 39% eran hombres y un 61% mujeres. El 83% de los pacientes estaba en un Performance Status 4 (100% del día en cama) y el 17% Performance Status 3 (más del 50% del día en cama). El 60% eran portadores de tumores gastroesofágicos, el 37% tumores orofaríngeos y el 3% de otras localizaciones. En el 94% de los pacientes se administró más de un medicamento (opioide potente+coayudantes). Se logró el control de los síntomas a las 48 horas del inicio de la terapia subcutánea en un 63% de los pacientes, entre 48 y 72 horas en un 31% de los pacientes y en más de 72 horas en el 6% restante.

Sólo un paciente presentó reacción local alérgica en el sitio de punción, no encontrándose en ninguno de los pacientes analizados otro tipo de complicaciones.

Conclusiones

El adecuado y rápido control de los síntomas, la baja incidencia de complicaciones, la posibilidad de administrar múltiples fármacos y la facilidad en su manejo por parte de los familiares son las principales ventajas del uso de la vía subcutánea en cuidados paliativos, lo que cobra especial relevancia cuando se trata de enfermos cuyo cuidado es domiciliario.

* Unidad de Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos, Servicio de Oncología, Hospital Barros Luco Trudeau.

Resumen

Psi. Sandra Liberona Aranda (*)

Introducción

Dada la alta tasa de recurrencia de pacientes con patologías oncológicas atendidas en el sistema de salud naval, el Hospital, y particularmente el Servicio de Oncología y Hematología, se vio en la necesidad de crear una Unidad de Atención de pacientes con dolor. Es así como surge en diciembre de 2005 la Unidad de Dolor Oncológico (UDO) como un aporte en el Tratamiento Sintomático y de Soporte para los pacientes con enfermedad Hemato-Oncológica, El principio básico de la UDO es pesquisar a los pacientes con enfermedad neoplásica en etapas tempranas, idealmente desde el diagnóstico, haciendo un continuo en la atención hasta la etapa final de la enfermedad. Se consideran distintos factores que intervienen en la percepción del Dolor como: localización del tumor, estado evolutivo de la enfermedad, factores que aumentan o disminuyen el umbral del dolor, edad, sexo, situación laboral u ocupación, entre otros.

Es fundamental la coordinación del Equipo Multidisciplinar y el uso de instrumentos de valoración del Dolor. Para esto el equipo da un enfoque multifactorial al tratamiento que favorece el manejo efectivo y eficiente del dolor oncológico de los pacientes.

Al organizar la intervención se pretende -además- disminuir el tiempo de hospitalización, reducir el número de consultas a urgencia de los pacientes oncológicos con dolor y proporcionar atención integral al enfermo de cáncer en forma ambulatoria, durante su hospitalización y una vez que sea dado de alta a su domicilio.

Material

- Escala Visual Análoga
- Calendario del Dolor
- Esquema Corporal
- Carné UDO

Método

- Flujograma que permite coordinar con historia clínica el ingreso del paciente y su atención.
- Reunión semanal del Equipo Multidisciplinar.
- Exámenes de Laboratorio y Rayos.
- Uso de un arsenal farmacológico definido principalmente por el éxito terapéutico a nivel nacional y mundial en el control del Dolor.
- Radioterapia y Medicina Nuclear.

Conclusiones

La consolidación y coordinación de un Equipo Multidisciplinar, el uso de una variada batería farmacológica, la pesquisa temprana de pacientes con patología neoplásica y el seguimiento en el control sintomático en las distintas etapas de la enfermedad, nos llevan concluir que el 100% de los pacientes atendidos, refieren que el dolor se ha controlado, disminuido y, en un alto porcentaje, desaparecido.

Pacientes Atendidos Hasta Octubre de 2006	Intervencion	EVA de Inicio	EVAde Pacientes en Tratamiento
65	Flujograma	Entre 7-10	Entre 0-3

* *PsicoOncóloga
Unidad de Dolor Oncológico
Hospital Naval Almirante Nef, Valparaíso*

Métodos de Tratamiento Intradiscuales Percutáneos en Pacientes Ambulatorios con Dolor Crónico Lumbar Estudio de Casos Enero - Octubre Lima, 2006

Dr. Víctor Espinoza Aranguren (*), Dr. Freddy Fernández Valeriano, Lic. Gladys Mauricio Colqui, Lic. Susana Rivas Urbano (**)

Objetivo

- 1.- Control óptimo del dolor por métodos de tratamiento intradiscal percutáneos (Nucleoplastia).
- 2.- Disminuir el uso de analgésicos y coadyuvantes.
- 3.- Reinserción laboral y recreativa.

Introducción

El control del dolor lumbar crónico (DLC) es complejo y representa la más alta tasa de morbilidad a nivel mundial, su repercusión bio-psicosocial afecta y limita al paciente.

Material y Métodos

Se realizó un estudio clínico, descriptivo, reporte de casos de corte transversal para evaluar la efectividad de la Nucleoplastia en pacientes con (DLC), agrupados con los mismos criterios de selección, que participan voluntariamente a una valoración clínica y procedimiento invasivo.

Resultados

Hubo 17 pacientes valorables, con diagnóstico por imagenología de HNP Lumbar contenida, 02 casos Hernia Extruida; al término de la valoración clínica, los resultados más relevantes son: Alivio del dolor versus porcentaje de Mejoría 11 pcts. Alcanzan de 50 a 100% de mejoría con una media de 53%, EVA inicial dolor intenso - muy intenso 10 pcts, dolor moderado 07 pcts arrojando un valor muy significativo para $p < 0.001$. Alivio del dolor versus Reinserción a la actividad laboral y social (recreativa). Fue Completa 05 pcts (67%), Parcial 10 pcts (30%). Nula 02pcts (3%)· EVA final ausencia de dolor 02pcts, moderado 12 pcts,

intenso 02 pcts, muy intenso 01 pcte. Valor para $p < 0.005$ significativo.

Discusión

La efectividad de los Métodos de Tratamiento Intradiscal Percutáneo en pacientes con dolor crónico, en relación al alivio del dolor presenta un porcentaje de 85% de efectividad. En relación al tiempo de mejoría (máximo 18 meses a la actualidad), la alteración de actividad laboral (capacidad física) está relacionada a eventos fisiológicos que desarrolla el dolor lumbar, y al mal manejo terapéutico del dolor; y la recreativa, a la alteración del estado de ánimo y sueño.

Conclusiones

Los resultados son satisfactorios en el 85% de pacientes que tenían posibilidad quirúrgica de columna, o no tributarios a cirugía por ser hernia pequeña (sintomática), o pacientes tributarios al uso crónico de opiodes débiles o fuertes. El manejo óptimo del (DLC) compromete al profesional a mejorar los métodos de tratamiento invasivo y no invasivo con capacitación continua. Normar procedimientos a nivel institucional, porque la atención especializada es un derecho del paciente, y ofrecer calidad de vida según la OMS (Organización mundial de la Salud), IASP (Asociación Internacional para el estudio del dolor, es nuestra meta.

Palabras Claves

Dolor Lumbar, Disco génico, Hernia discal contenida, Nucleoplastia expresada en: Porcentaje de Alivio del dolor, Tiempo de mejoría, Alivio de discapacidad física, Reinserción social, Escalas de Valoración (EVA).

(*) *Unidad de Terapia de Dolor-Cuidados Paliativos*
Hospital Guillermo Almenara Irigoyen
Av. Grau S/N Lima 34 - Perú
Teléfono: 3242983, Anexo 4496
Celular: 9634-0904,
Email: perudolor@hotmail.com

(**) *Unidad de Cuidados Intermedios*
Instituto de Enfermedades Neoplásicas
Av. Angamos Este Nº 2520 - Lima 34 - Perú
Teléfonos: 7106900, Anexo 2303,
Celular: 96657298,
Email: glamac25@hotmail.com