

Cuidados paliativos en cáncer avanzado. Experiencia de siete años en el hospital civil de Guadalajara, Jalisco, México, Dr. Juan I. Menchaca

Gustavo Montejo-Rosas,* Adriana Galaviz-Muro,** L. Noemí Espinoza-Rodríguez,*** Leonor Cortéz-Gutiérrez****

Recepción versión modificada 20 de junio del 2001; aceptación 06 de agosto del 2001

Resumen

Describimos la experiencia de siete años en la atención de pacientes con cáncer avanzado, enfermos con menos de 6 meses de expectativa de vida o que abandonaron la terapia oncológica convencional. El servicio fue integrado por un equipo multidisciplinario específicamente asignado para esta labor. Solicitaron el servicio durante el periodo 995 personas, de las cuales se incluyeron para el estudio 649. La edad promedio fue de 58 años. El 60.5% fueron del sexo femenino y el 39.5% pertenecían al sexo masculino. El cáncer cervico-uterino fue el más frecuente, seguido por el de mama y el de próstata. El síntoma principal y motivo de ingreso fue el dolor, seguido por debilidad, pérdida de peso, anorexia, y emesis (náusea y vómito). El tiempo promedio de estancia en el programa, de los pacientes que fallecieron (406) fue de 67 días con un rango de 1 a 707 días. Se compara la incidencia de síntomas y el modelo de atención en relación con otros programas de Medicina Paliativa en el mundo. Discutimos el costo beneficio y la futura implementación de programas similares para enfrentar el problema del cáncer incurable en México.

Palabras clave: Cuidados paliativos, control de síntomas, dolor por cáncer, cáncer avanzado

Summary

We describe 7 years of experience in terminal cancer care provided by a multi-professional palliative care team. A total of 995 persons requested our services during this period. We included 649 patients for whom we had sufficient information for this study. Average age was 58 years; 60.2% patients were female, whereas 39.7% were male. Underlying disease was cervical cancer followed by breast cancer and prostate, etc. The most frequent symptom on admission was pain followed by weakness, loss of weight, anorexia, and emesis (nausea and vomiting). Average stay in the program of patients who died (406) was 67 days with a range of 1-707 days. We compare symptom incidence and model of care with other palliative care and hospice programs in the world. Cost-Benefit and future implementation of similar programs in Mexico is discussed.

Key words: Palliative care, symptom control, cancer pain, advanced cancer

El cáncer es un problema de salud pública en México y en el mundo. Cada año son diagnosticados 7 millones de casos nuevos y mueren del 60 al 67% de los pacientes.^{1,2,3} En respuesta a esta necesidad, la Organización Mundial de la Salud (OMS) remarca la necesidad de los cuidados paliativos como parte integral del manejo del paciente oncológico, recomendando una reubicación de

los recursos de acuerdo a la realidad de los tratamientos curativos y a nuestra realidad económica.^{4,5}

La conciencia de atender a las personas con enfermedad terminal inició en 1967 en Inglaterra con la creación del Hospicio de San Cristóbal.⁶ La historia de la atención de Cuidados Paliativos en México, surge con las clínicas del dolor, servicios donde se atiende a personas con dolor

* Médico Anestesiólogo, Jefe de la Unidad de Cuidados Paliativos y Clínica del Dolor, Hospital Civil Dr. Juan I. Menchaca.

** Médico Anestesiólogo, Unidad de Cuidados Paliativos y Clínica del Dolor Hospital Civil Dr. Juan I. Menchaca.

*** Enfermera General, Unidad de Cuidados Paliativos y Clínica del Dolor Hospital Civil Dr. Juan I. Menchaca.

**** Enfermera General, Unidad de Cuidados Paliativos y Clínica del Dolor Hospital Civil Dr. Juan I. Menchaca.

Correspondencia y solicitud de sobretiros: Dr. Gustavo Montejo-Rosas Salvador Quevedo y Zubieta 750 Col. Independencia, Guadalajara Jalisco, México, C.P.44340

crónico y oncológico en consulta externa.⁷ En el trabajo cotidiano se generó la necesidad de la atención continuada del paciente oncológico terminal, el tratamiento de síntomas diferentes al dolor y la consideración de los aspectos psicológicos y sociales.⁷ En febrero de 1992 la administración del Hospital Juan I. Menchaca, Hospital Universitario puso al servicio de la población abierta un equipo de profesionales de la salud específicamente asignado y entrenado para la atención del paciente oncológico en situación terminal o paliativa. El objetivo de la atención en cuidados paliativos es brindar la máxima calidad de vida posible al paciente incurable y a su familia con acciones específicas que incluyen el control del dolor y otros síntomas, el apoyo psicológico, social, espiritual y la asesoría de enfermería para el cuidado de las necesidades físicas. El propósito de este artículo es describir la experiencia de 7 años de atención.

Material y métodos

Se realizó un estudio retrospectivo de tipo descriptivo sobre la población atendida. Se incluyeron a los pacientes que acudieron por lo menos 1 vez a solicitar los servicios de la Unidad de Cuidados Paliativos, desde el inicio de sus actividades formales en julio de 1992 hasta el 15 de octubre de 1999. Se incluyeron enfermos referidos por un servicio oncológico así como enfermos que acuden de manera espontánea con información clínica de su servicio tratante. Se contó con facilidades para hospitalización, un área para consulta externa, una Unidad Móvil para el seguimiento de los pacientes a domicilio y disponibilidad de gabinete de rayos X y laboratorio. El equipo que brindó la atención es multiprofesional, constituido por Médicos, Enfermeras, Psicólogos, Trabajadores Sociales y Voluntarios. La información fue recabada de los expedientes clínicos, libretas de registro y archivos computarizados. Se excluyeron a los pacientes de los que no se pudo obtener información suficiente para el reporte. Los resultados se analizaron por medidas de tendencia central.

Resultados

Durante este periodo, 995 pacientes acudieron cuando menos una vez a solicitar los servicios. Se obtuvo información suficiente para este estudio de 649 pacientes. La edad promedio fue de 58.4 años. Predominó el sexo femenino con 60.5% en comparación con el sexo masculino en que se atendieron 39.5%. El diagnóstico más frecuente fue de cáncer cervico uterino con 26.9% (n=175), seguido por el de mama con 15.2% (n=99), y próstata con 14.7% (n=96), como lo muestra la figura número 1. El principal síntoma al ingreso fue el dolor, seguido por debilidad, pérdida de peso, náusea y vómito como se observa en el cuadro I. Se realizaron 282 admisiones al

hospital durante el periodo, teniendo un promedio de estancia hospitalaria de 8.9 días con un rango de menos de 24 horas a 66 días. 91 personas fallecieron durante su estancia y el resto fueron dados de alta por mejoría o por su preferencia de fallecer en su domicilio. El destino final de la población atendida se muestra en la figura 2, donde destacan 62.5% (n=406) de pacientes que fallecieron, 23.1% (n=150) de personas con las que se perdió contacto y 14.2% (n=78) de los pacientes aún vivos. El promedio de estancia en el programa, de los pacientes que fallecieron (406), fue de 67 días. La mayoría de los pacientes admitidos carecían de institución de asistencia en salud (394 pacientes); sin embargo, destaca la presencia de 246 pacientes (39.7%) de esta población atendida que fueron diagnosticados y derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), (Figura 3).

Cuidados paliativos del cáncer avanzado, experiencia de 7 años.
Diagnóstico oncológico de pacientes admitidos para tratamiento paliativo
UCPCD HCJIM

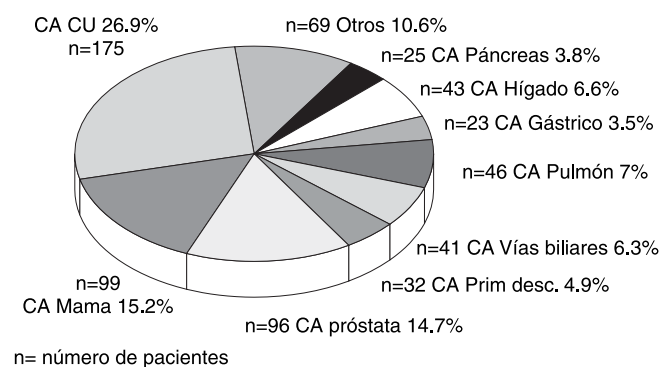


Figura 1.

Cuidados paliativos del cáncer avanzado, experiencia de 7 años.
Pacientes admitidos para tratamiento paliativo
UCPCD HCJIM

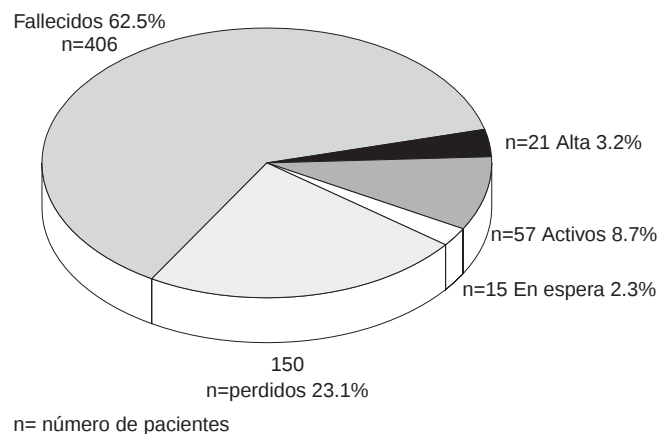
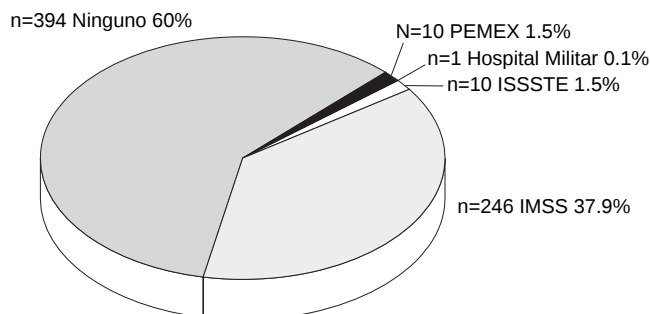


Figura 2.

Cuidados paliativos del cáncer avanzado, experiencia de 7 años.

Pacientes admitidos para tratamiento paliativo
UCPCD HCJIM

n= número de pacientes

Figura 3.

Cuadro I. Cuidados paliativos del cáncer avanzado, experiencia de 7 años

Síntoma	No. de pacientes	%
Dolor	526	81%
Astenia	492	43%
Pérdida de peso	355	55%
Anorexia	306	47%
Náuseas	286	44%
Constipación	249	38%
Insomnio	225	35%
Depresión	196	30%
Disnea	122	19%
Somnolencia	120	18%
Mareo	113	17%
Tos	106	16%
Disfagia	78	12%
Confusión	55	8%
Diarrea	31	5%
Alucinaciones	19	3%
Incontinencia	17	2,60%

Discusión

Los datos demográficos del presente estudio, concuerdan con las estadísticas de cáncer en relación con las edades de mayor incidencia de las neoplasias⁹ las cuales son más frecuentes en la 5ª. y 6ª. décadas de la vida. La mayor incidencia de tumores cervico uterinos, seguida por el cáncer de mama y el de próstata en nuestro estudio, coinciden con los datos epidemiológicos de los padecimientos oncológicos en México.³ La presencia de 8.64% de los pacientes catalogados como portadores de cáncer con primario desconocido, podría reflejar: 1) la carencia de facilidades sanitarias para el estudio y tratamiento del cáncer con las que se pudiera lograr un diagnóstico histopatológico certero, o 2) lo avanzado de la enfermedad cuando los pacientes acu-

den a solicitar el servicio médico. El control de síntomas, incluyendo el dolor ha sido identificado como el objetivo del tratamiento en la atención del paciente incurable.⁴ Nuestros resultados muestran al dolor como síntoma más frecuente al ingreso al programa, lo cual difiere con otros reportes. La incidencia y prevalencia de los síntomas reportada en la literatura son variables, dependiendo del modelo de atención y el momento en que se realice la investigación. Bruera y colaboradores, en un estudio realizado en 275 pacientes consecutivos encontraron que la astenia y la anorexia fueron los síntomas más frecuentes al ingreso, y que el dolor ocupaba el tercer lugar.¹⁰ Coyle y cols.¹¹ reportan la astenia como el síntoma más frecuente, mientras que el dolor ocupa el segundo y decimoprimer lugar, 4 semanas y una semana antes de la defunción, respectivamente. Conill y cols.¹² reportan la astenia y la anorexia como los síntomas más frecuentes al ingreso y 48 horas antes de la defunción, mientras que el dolor ocupaba el decimoprimer lugar. Nuestros resultados mostraron al dolor como síntoma más frecuente al ingreso, lo cual podría indicar la carencia de una cultura de tratamiento paliativo en nuestro país. En este caso los pacientes serán referidos o solicitarán el servicio cuando se identifique al dolor como problema difícil de tratar y que produce sufrimiento. En países donde el cuidado paliativo es conocido por la comunidad como opción de tratamiento, los pacientes son referidos desde el momento en que se determina la naturaleza incurable del padecimiento, donde la astenia y la anorexia son más frecuentes. Aunque el modelo de atención queda fuera del alcance de este estudio, cabe hacer mención que se aplicó un modelo mixto, en el que la mayoría de los pacientes reciben el servicio por consulta externa, asesoría telefónica o en el hospital. Las modalidades y el sitio de atención varían de acuerdo con los sistemas de salud de los diferentes países y con las facilidades de atención y preferencias culturales del sitio en donde el paciente desea permanecer hasta el momento de la muerte. Mientras que en Inglaterra un número considerable de personas se atienden durante sus últimas etapas y fallecen en los hospicios, instituciones semi-hospitalarias, otros países han desarrollado programas que en su mayoría son de atención domiciliaria.¹³⁻¹⁶ Dada la preferencia de nuestros pacientes de morir en su casa y con los suyos, es deseable que en el futuro se desarrollen programas de atención a domicilio. El Hospital Juan I. Menchaca es un hospital financiado principalmente por la Secretaría de Salud que atiende a población abierta con costos de recuperación. La presencia de pacientes (39.7%) con derecho a Servicios de Salud en el IMSS.(Figura 3), principal institución de seguridad social de México, confirma la carencia de opciones de tratamiento especializado, en esta etapa de la enfermedad, en las instituciones de salud oficiales. A

pesar de que México adoptó desde el 6 de julio de 1990 una política de Alivio del Dolor en Cáncer,¹⁸ los escasos programas desarrollados se han enfocado exclusivamente al alivio del Dolor (Clínicas del Dolor), sin tener en cuenta el resto de los factores implicados en el tratamiento (control de otros síntomas, apoyo psicológico, social y espiritual).⁴ Dichos programas tampoco consideran la continuidad en el cuidado como vía para obtener un adecuado tratamiento paliativo.^{4,15}

Los resultados de la presente investigación muestran datos de una iniciativa institucional aislada y no reflejan una política del sistema sanitario. En Jalisco se han realizado algunos esfuerzos inter-institucionales para afrontar el problema con algunos avances.¹⁹

En países donde la atención del cáncer avanzado se ha tomado como una política de salud pública, se ha demostrado el adecuado costo-beneficio de esta modalidad de tratamiento.¹⁶ Ejemplos de países de Latinoamérica que han desarrollado programas efectivos son Brasil, Argentina y Colombia,²⁰ así como Chile.²¹

Aunque las autoridades sanitarias no han contemplado la atención del desahuciado como una política de salud, es de esperarse que a futuro se difundan este tipo de programas. Dada la crisis económica, cada vez son menos los pacientes que tienen acceso a tratamiento oncológico con fines curativos. Con el aumento de las expectativas de vida, la pirámide poblacional se modifica, aumentando la cantidad de personas de la tercera edad y con esto las enfermedades de tipo degenerativo. Esto aunado a las aún deficientes campañas de detección oportuna del cáncer impiden la prevención y la captación de los pacientes en etapas potencialmente curativas.² Los resultados de este estudio, muestran una experiencia de atención del cáncer avanzado (Cuidados Paliativos) que es nueva en México. Sería recomendable a futuro registrar la incidencia y severidad de los síntomas en etapas más avanzadas de la enfermedad, con el fin de medir la efectividad obtenida durante la estancia en el programa.

Agradecimientos: Agradecemos a la Fundación Mexicana de Medicina Paliativa y Alivio del Dolor en Cáncer A.C. por el apoyo financiero para la realización de este estudio y al Dr. Amador Covarrubias Pinedo por su revisión crítica de la propuesta para el estudio.

Referencias

1. World Health Statistics. Annual 1988. Geneva, Switzerland: World Health Organization;1988.
2. **Montejo-Rosas G.** El enfermo con cáncer incurable y la medicina paliativa en México. *Salud Publica Mex* 1992;34:569-574.
3. Secretaría de Salud Jalisco. Anuario de mortalidad 1998.69,96.
4. World Health Organization. Cancer pain relief and palliative Care. WHO Tech Rep Ser 1990.
5. **Parkin DM, Lara E, Muir CS.** Estimates of the worldwide frequency of sixteen major cancers. *Int J Cancer* 1988;41:184-197.
6. **Saunders C.** The management of terminal illness. London: Edward Arnold;1984.
7. **Montejo G.** Desarrollo de la medicina paliativa en Latinoamérica. En: Gómez SM Ed. *Medicina paliativa en la Cultura Latina: España: Aran Editores*, 1999;328-330.
8. Organización Mundial de la Salud. Mexico adopts national cancer pain policy. *Cancer Pain Release*. 1990;4:2-34.
9. Secretaria de Salud Jalisco. Comité Estatal de Vigilancia Epidemiológica. *Tendencias epidemiológicas del cáncer*, Jalisco: 1999.
10. **Bruera E.** Symptom control in patients with cancer. *J Psychol Oncol* 1990;8:213;47-73.
11. **Coyle N, Adelhart J, Foley K et al.** Character of terminal illness in the advanced cancer patient. Pain and other symptoms during the last four weeks of life. *J Pain Symptom Manage* 1990;5:83-89.
12. **Conill C, Verger E, Henriquez I, et al.** Symptom prevalence in the last week of life. *J Pain Symptom Manage* 1997;14:328-331.
13. **Hocley JO.** The evolution of hospice approach. New themes in palliative care. Buckingham. UK: Open University Press, 1997:84-100.
14. **Hunt R-W, Maddocks I.** Terminal care in South Australia: historical aspects and equity issues. New themes in palliative care. Buckingham. UK: Open University Press, 1997:101-115.
15. **Fontanals D, Gómez X, Vallés E y cols.** Planificación y organización de los cuidados paliativos. *Cuidados paliativos en oncología*. Barcelona: Jims, 1996:313-321.
16. **Gómez X, Fontanas D, Roca J, et al.** WHO demonstration project on palliative care implementation 1990-1995: Results in 1995. *J Pain Symptom Manage* 1996;12:73-78.
17. **Carlin A, Jaime E, Montejo G.** Evaluación del dolor en pacientes oncológicos que acuden a los servicios de urgencias. *Rev Med IMSS Vol36 No. 41-6*.
18. World Health Organization. Cancer pain release 1990;4(2-3):1.
19. **Montejo G, Ruiz C, Vargas R, y cols.** El problema del cáncer en Jalisco y la medicina paliativa: La declaración de Guadalajara. En prensa.
20. **Bruera E.** Palliative care program in Latin America. *Palliative medicine*, 1992;6(3):182-184.
21. **Fernández A, Acuña G.** Chile: Status of cancer pain and palliative care. *J. of Pain and Symptom Manage* 1996;12:102-103.