



**UNIVERSIDAD AUTONOMA DE AGUASCALIENTES**

**CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**HOSPITAL GENERAL DE ZONA NO. 1**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

**EVALUACIÓN DEL MANEJO DEL DOLOR EN PACIENTES  
ONCOLÓGICOS DE PRIMERA VEZ EN LA CONSULTA DE  
CUIDADOS PALIATIVOS DEL H.G.Z. NO.1 “DR. JOSÉ LUIS ÁVILA  
PARDO”**

**TESIS PRESENTADA POR**

**REYES SOLEDAD MAYRA LETICIA PARA OBTENER EL  
GRADO DE ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGIA**

**ASESOR:**

**DR. CARLOS ARMANDO SÁNCHEZ NAVARRO**

**Aguascalientes, Ags., enero de 2026.**

**Dictamen de Aprobado**

Comité Local de Investigación en Salud **101**.  
H GRAL ZONA NUM 1

Registro COFEPRIS **17 CI 01 001 038**  
Registro CONBIOÉTICA **CONBIOETICA 01 CEI 001 2018082**

FECHA **Viernes, 02 de mayo de 2025**

**Doctor (a) CARLOS ARMANDO SANCHEZ NAVARRO**

**P R E S E N T E**

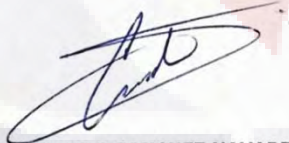
Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **EVALUACIÓN DEL MANEJO DEL DOLOR EN PACIENTES ONCOLÓGICOS DE PRIMERA VEZ EN LA CONSULTA DE CUIDADOS PALIATIVOS DEL H.G.Z. NO.1 "DR. JOSÉ LUIS ÁVILA PARDO"** que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A P R O B A D O**:

Número de Registro Institucional

R-2025-101-070

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE



**Doctor (a) CARLOS ARMANDO SANCHEZ NAVARRO**  
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 101



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

### Dictamen de Aprobado

Comité de Ética en Investigación 1018.  
H. GRAL ZONA NUM 1

Registro COFEPRIS 17 CI 01 001 038

Registro CONBIOÉTICA CONBIOÉTICA 01 CEI 001 2018062

FECHA Martes, 18 de marzo de 2025

Doctor (a) CARLOS ARMANDO SÁNCHEZ NAVARRO

**P R E S E N T E**

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **EVALUACIÓN DEL MANEJO DEL DOLOR EN PACIENTES ONCOLÓGICOS DE PRIMERA VEZ EN LA CONSULTA DE CUIDADOS PALIATIVOS DEL H.G.Z. NO.1 "DR. JOSÉ LUIS ÁVILA PARDO"** que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A P R O B A D O**:

Número de Registro Institucional

Sin número de registro

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE

Doctor (a) AGUILAR MERCADO VIRGINIA VERONICA  
Presidente del Comité de Ética en Investigación No. 1018



### CARTA DE APROBACIÓN DE TRABAJO DE TESIS

AGUASCALIENTES, AGS. A 10 DE OCTUBRE DEL 2025

**CÓMITE DE INVESTIGACIÓN Y ÉTICA EN SALUD 101**  
**HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 1, AGUASCALIENTES**  
**DRA. JANNETT PADILLA LÓPEZ**  
**COORDINADOR AUXILIAR MÉDICO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD**  
**P R E S E N T E**

Por medio de la presente le informo que la Residente de la Especialidad de Anestesiología del Hospital General de Zona No. 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social de la Delegación Aguascalientes.

**DRA. MAYRA LETICIA REYES SOLEDAD**

Ha concluido satisfactoriamente con el trabajo de titulación denominado:

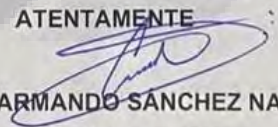
**EVALUACIÓN DEL MANEJO DEL DOLOR EN PACIENTES ONCOLÓGICOS DE PRIMERA VEZ EN LA CONSULTA DE CUIDADOS PALIATIVOS DEL H.G.Z. NO.1 "DR. JOSÉ LUIS ÁVILA PARDO"**

Número de Registro: **R-2025-101-070** del Comité Local de Ética en Investigación No. 1018 y el Comité de Investigación en Salud No. 101.

Elaborado de acuerdo con la opción de titulación: **TESIS**

La **Dra. Mayra Leticia Reyes Soledad** asistió a las asesorías correspondientes y realizó las actividades apegadas al plan de trabajo, por lo que no tengo inconvenientes para que se proceda a la impresión definitiva ante el comité que usted preside, para que sean realizados los trámites correspondientes a su especialidad. Sin otro particular, agradezco la atención al presente, quedando a sus órdenes para cualquier aclaración.

**ATENTAMENTE**

  
**DR. CARLOS ARMANDO SÁNCHEZ NAVARRO**  
**DIRECTOR DE TESIS**  
**PROFESOR TITULAR**





**CARTA DE CONCLUSIÓN DE TRABAJO DE TESIS**

AGUASCALIENTES, AGS. A 10 DE OCTUBRE DEL 2025

**DR. SERGIO RAMÍREZ GONZÁLEZ**

**DECANO DEL CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**P R E S E N T E**

Por medio de la presente le informo que la Residente de la Especialidad de ANESTESIOLOGÍA del Hospital General de Zona No. 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social de la Delegación Aguascalientes.

**DRA. MAYRA LETICIA REYES SOLEDAD**

Ha concluido satisfactoriamente con el trabajo de titulación denominado:

**EVALUACIÓN DEL MANEJO DEL DOLOR EN PACIENTES ONCOLÓGICOS DE PRIMERA VEZ EN LA CONSULTA DE CUIDADOS PALIATIVOS DEL H.G.Z. NO.1 "DR. JOSÉ LUIS ÁVILA PARDO"**

Número de Registro: **R-2025-101-070** del Comité Local de Ética en Investigación No. 1018 y el Comité de Investigación en Salud No. 101.

Elaborado de acuerdo con la opción de titulación: **TESIS**

La **Dra. MAYRA LETICIA REYES SOLEDAD** asistió a las asesorías correspondientes y realizó las actividades apegadas al plan de trabajo, cumpliendo con la normatividad de investigación vigente en el Instituto Mexicano del Seguro Social.

Sin otro particular, agradezco a usted su atención, enviándole un cordial saludo.

**ATENTAMENTE**

**DRA. JANNETT PADILLA LÓPEZ**

**COORDINADOR AUXILIAR MÉDICO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD**

**OQAD AGUASCALIENTES**



Carlos Sánchez <anestesiacarlosarmando@gmail.com>

## Artículo Registrado en Plataforma RESED

info@resed.es <info@resed.es>  
Para: anestesiacarlosarmando@gmail.com

20 de octubre de 2025, 1:21

(Español) Estimado Dr. Carlos Armando Sánchez Navarro

Le confirmamos que su artículo "Efecto terapéutico de la primera consulta de cuidados paliativos en pacientes oncológicos evaluado mediante el Cuestionario Breve de Dolor y la Escala de Evaluación de Síntomas de Edmonton: estudio observacional." ha sido recibido correctamente en la plataforma RESED (Revista de la Sociedad Española del Dolor) y que se le ha asignado la referencia 4254/2025.

A partir de este momento comenzará el proceso de evaluación del mismo, cuya evolución podrá seguir a través de la plataforma RESED.

Un Saludo.

Equipo Directivo RESED

**Título:** Efecto terapéutico de la primera consulta de cuidados paliativos en pacientes oncológicos evaluado mediante el Cuestionario Breve de Dolor y la Escala de Evaluación de Síntomas de Edmonton: estudio observacional.

**Título en inglés:** Therapeutic Effect of the First Palliative Care Consultation in Oncology Patients Assessed with the Brief Pain Inventory and the Edmonton Symptom Assessment Scale: An Observational Study.

### Nombres y filiaciones de los autores.

Mayra Leticia Reyes Soledad <sup>1</sup>, Carlos A. Sánchez-Navarro <sup>2</sup>, Erika Gómez Mejía <sup>3</sup>.

1.- Residente tercer año del Servicio de Anestesiología, Hospital General de Zona No. 1, IMSS, Aguascalientes. Correo: [mayra\\_reyes30@hotmail.com](mailto:mayra_reyes30@hotmail.com)

2.- Médico adscrito al Servicio de Anestesiología, Hospital General de Zona No. 1, IMSS, Aguascalientes. Correo: [anestesiacarlosarmando@gmail.com](mailto:anestesiacarlosarmando@gmail.com)

3.- Residente segundo año del Servicio de Anestesiología, Hospital General de Zona No. 1, IMSS, Aguascalientes. Correo: [erikagomezja@gmail.com](mailto:erikagomezja@gmail.com)

### Autor de correspondencia.

Dr. Carlos A. Sánchez-Navarro



DICTAMEN DE LIBERACIÓN ACADÉMICA PARA INICIAR LOS TRÁMITES DEL  
EXAMEN DE GRADO - ESPECIALIDADES MÉDICAS



Fecha de dictaminación dd/mm/aa: 15/01/2026

NOMBRE: REYES SOLEDAD MAYRA LETICIA ID 16942

ESPECIALIDAD: ANESTESIOLOGÍA LGAC (del posgrado): TÉCNICAS ANESTÉSICAS

TIPO DE TRABAJO: ( X ) Tesis ( ) Trabajo práctico

SEDE HOSPITALARIA: INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

EVALUACIÓN DEL MANEJO DEL DOLOR EN PACIENTES ONCOLÓGICOS DE PRIMERA VEZ EN LA CONSULTA DE CUIDADOS PALIATIVOS DEL  
H.G.Z. NO.1 "DR. JOSE LUIS AVILA PARDO

TÍTULO:

MANEJO DEL DOLOR EN PACIENTES ONCOLÓGICOS

IMPACTO SOCIAL (señalar el impacto logrado):

INDICAR SI - NO - NA (No aplica) SEGÚN CORRESPONDA:

Elementos para la revisión académica del trabajo de tesis o trabajo práctico:

SI	El trabajo es congruente con las LGAC de la especialidad médica
SI	La problemática fue abordada desde un enfoque multidisciplinario
SI	Existe coherencia, continuidad y orden lógico del tema central con cada apartado
SI	Los resultados del trabajo dan respuesta a las preguntas de investigación o a la problemática que aborda
SI	Los resultados presentados en el trabajo son de gran relevancia científica, tecnológica o profesional según el área
SI	El trabajo demuestra más de una aportación original al conocimiento de su área
SI	Las aportaciones responden a los problemas prioritarios del país
NO	Generó transferencia del conocimiento o tecnológica
SI	Cumple con la ética para la investigación (reporte de la herramienta antiplagio)

El egresado cumple con lo siguiente:

SI	Cumple con lo señalado por el Reglamento General de Posgrado
SI	Cumple con los requisitos señalados en el plan de estudios
SI	Cuenta con los votos aprobatorios del comité tutorial
SI	Cuenta con la aprobación del (la) Jefe de Enseñanza y/o Hospital
SI	Coincide con el título y objetivo registrado
SI	Tiene el CVU de la SECIHTI actualizado
NA	Tiene el artículo aceptado o publicado y cumple con los requisitos institucionales

Con base a estos criterios, se autoriza se continúen con los trámites de titulación y programación del examen de grado

SI X  
No

FIRMAS

Revisó:

NOMBRE Y FIRMA DEL SECRETARIO DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO:

MCB.E SILVIA PATRICIA GONZÁLEZ FLORES

Autorizó:

NOMBRE Y FIRMA DEL DECANO:

DR. EN FARM. SERGIO RAMÍREZ GONZÁLEZ

**Nota:** procede el trámite para el Depto. de Apoyo al Posgrado

En cumplimiento con el Art. 136 fracción II, inciso g) del Reglamento General de Posgrado que a la letra señala: autorización de la persona titular del Decanato del Centro de Ciencias de la Salud.



## AGRADECIMIENTOS

Quiero expresar mi más sincero agradecimiento al Dr. Carlos Armando Sánchez Navarro, por su guía, sus valiosas observaciones y su compromiso en la orientación de este trabajo. Su acompañamiento académico y humano fue esencial para el desarrollo de esta investigación.

Extiendo también mi gratitud a los profesores y compañeros de la Especialidad de Anestesiología del Hospital General de Zona No.1 "Dr. José Luis Ávila Pardo", quienes compartieron conmigo sus conocimientos, experiencias y motivaciones, contribuyendo a mi formación profesional y personal.

Agradezco profundamente a los pacientes que participaron en este estudio, especialmente a aquellos que, desde los cuidados paliativos, me enseñaron el verdadero sentido de la empatía, la compasión y la dignidad en el cuidado del ser humano. Su valentía y humanidad dieron sentido a este trabajo.

A mis compañeros de residencia, especialmente a mis amigos, Mayra Delgado, Lucía Ruiz, Gustavo Ruiz, Cristina González y Erika Gómez por su apoyo, su compañía, consejos, enseñanzas y amistad.

A mi hermana Patricia Bravo, por ir de la mano conmigo en este proyecto, por tus consejos y tus oraciones.

A mi maestro, el Dr. Francisco Javier Pedroza Robles, por sus enseñanzas, sus consejos, su confianza, su apoyo y su invaluable amistad.

Para el Dr. Rubén López Venegas, una de mis grandes inspiraciones para dedicarme a la medicina, gracias padrino por su cariño y ejemplo.

A todos ustedes, mi más profundo agradecimiento.



## DEDICATORIA

**A Dios,** Gracias, Padre, por sembrar en mi corazón este sueño y por guiarme siempre por el camino que Tú querías que recorriera. Gracias por escuchar mis oraciones y las de mi hermana Paty, por estar a mi lado incluso cuando yo no podía verte, y por sostenerme con tu amor incondicional en cada momento. Gracias por cuidarme, por protegerme en mis caídas y por ser mi fuerza cuando mis propias fuerzas humanas no alcanzaban.

*"Todo tiene su tiempo, y todo lo que se quiere debajo del cielo tiene su hora" (Eclesiastés 3:1-8).*

**A mi madre,** Mi mayor ejemplo de amor incondicional. Gracias, mamá, por ser mi fuerza en los momentos difíciles, por acompañarme con tu ternura en cada paso de este camino y por creer en mí incluso cuando yo misma dudaba. Gracias por las veces que dejaste de lado tus propios sueños para ayudarme a cumplir los míos, por tu amor puro, leal y desinteresado, y por enseñarme con tu vida el verdadero significado del sacrificio y la entrega. Gracias por escucharme, por guiarme y por tus oraciones. Todo lo que soy y todo lo que he logrado te lo debo a ti, mamá.

**A mi padre,** Papá, sé que dondequiera que estés, estás feliz de ver que tu hija logró su objetivo. Daría cualquier cosa por tenerte aquí, compartiendo este momento conmigo, pero también sé que te fuiste con la certeza de que lo lograría.

Gracias por ser mi motivación para levantarme cada día y seguir luchando por este sueño. La vida nos separó demasiado pronto, pero sé que algún día volveré a verte. Gracias por ser mi inspiración constante, por tu amor inmenso y por cuidarme desde donde estes. Este trabajo está dedicado a tu memoria. Tu forma de enfrentar el cáncer con dignidad y esperanza sembró en mí el deseo profundo de comprender y acompañar mejor a quienes atraviesan procesos similares. Tu recuerdo vive en cada paso de este camino, y este logro también es tuyo.

**A Francisco,** Gracias por acompañarme desde el inicio de este sueño, por caminar a mi lado en cada paso de este recorrido, por tu paciencia infinita y por escucharme y aconsejarme siempre. Tu apoyo constante, tus palabras de aliento y tu confianza se convirtieron en mi refugio y en la motivación que necesitaba para seguir adelante. Gracias por celebrar conmigo cada logro, por comprender mis ausencias y por regalarme la calma y la fuerza necesarias para llegar hasta aquí, por llenar mis días y mi vida de alegría. Nada de esto habría sido igual sin ti. Gracias corazón.

**A Zafiro,** Mi princesa, mi niña, mi fiel compañera, gracias por estar siempre cerca, dormida a mi lado o mirándome con esos ojitos llenos de calma y ternura. Gracias por tus ronroneos, que me dieron paz cuando el cansancio y la tristeza aparecían, y por hacerme sonreír en los días más difíciles. Tu presencia alegra mi vida y me llena de paz. Por salvarme y enseñarme lo que es el amor. Tu amor incondicional y tu compañía silenciosa fueron un recordatorio constante de que nunca estuve sola en este camino. Esta tesis también es para ti, mi querida Zafiro.

## ÍNDICE GENERAL

INDICE DE TABLAS.....	3
INDICE DE FIGURAS.....	4
ACRONIMOS.....	5
RESUMEN.....	6
ABSTRACT.....	7
1. INTRODUCCIÓN .....	8
1. MARCO TEORICO .....	10
1.1. ANTECEDENTES CIENTÍFICOS .....	10
1.2. ANTECEDENTES TEORICOS .....	15
1.2.1. Dolor oncológico .....	15
1.2.2. Cuidados paliativos .....	15
1.2.3. Evaluación del dolor oncológico .....	16
1.3. MARCO CONCEPTUAL .....	19
1.3.1. Variables de investigación (Variables de interés) .....	19
1.3.2. Epidemiología del dolor oncológico .....	19
1.3.3. Escalas validadas para evaluar el dolor oncológico y cuidados paliativos .....	20
1.3.4. Relevancia de la unidad de cuidados paliativos institucional .....	21
1.3.5. Tema prioritario en investigación a nivel institucional .....	21
2. JUSTIFICACIÓN .....	22
2.1. MAGNITUD.....	22
2.2. TRASCENDENCIA .....	22
2.3. FACTIBILIDAD .....	22
2.4. VIABILIDAD .....	23
2.5. VULNERABILIDAD .....	23
2.6. DIFUSIÓN DE RESULTADOS Y BENEFICIARIOS .....	23

3.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	24
3.1.	PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN .....	25
4.	OBJETIVOS.....	26
4.1.	OBJETIVO GENERAL .....	26
4.2.	OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	26
5.	HIPÓTESIS.....	27
5.1.	HIPÓTESIS NULA ( $H_0$ ).....	27
5.2.	HIPÓTESIS ALTERNA ( $H_1$ ) .....	27
6.	METODOLOGÍA .....	28
6.1.	DISEÑO DE INVESTIGACIÓN .....	28
6.2.	METODOLOGÍA.....	28
6.3.	UNIVERSO DE TRABAJO.....	29
6.4.	UNIVERSO DE ESTUDIO .....	29
6.5.	POBLACIÓN DE ESTUDIO .....	29
6.6.	UNIDADES DE OBSERVACIÓN .....	29
6.7.	UNIDADES DE ANÁLISIS .....	30
6.8.	UBICACIÓN ESPACIOTEMPORAL.....	30
6.9.	TAMAÑO DE MUESTRA (PARA MUESTRA INFINITA) .....	30
6.10.	MUESTREO .....	30
6.11.	SELECCIÓN DE LOS SUJETOS A ESTUDIO.....	30
6.11.1.	Criterios de inclusión .....	30
6.11.2.	Criterios de exclusión .....	31
6.11.3.	Criterios de eliminación .....	31
6.12.	DEFINICIÓN OPERATIVA DE LAS VARIABLES.....	32
6.13.	INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN.....	34
6.13.1.	Cuestionario Breve del Dolor (Brief Pain Inventory, BPI).....	34
6.13.2.	Interpretación .....	34

6.13.3.	Cuestionario de Evaluación de Síntomas de Edmonton (Edmonton Symptom Assessment Scale, ESAS).....	34
6.13.4.	Interpretación .....	35
6.14.	CONTROL DE SESGOS .....	35
6.15.	ANÁLISIS ESTADÍSTICO .....	35
6.16.	ASPECTOS ÉTICOS.....	36
7.	RESULTADOS.....	38
7.1.	19.3 PATOLOGÍA ONCOLÓGICA .....	39
7.2.	19.4 ADHERENCIA TERAPÉUTICA.....	40
8.	DISCUSIÓN .....	47
9.	CONCLUSIONES .....	50
10.	GLOSARIO.....	51
11.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	52
12.	ANEXOS .....	58
ANEXO A.	HOJA DE REGISTRO DE RECOLECCIÓN DE DATOS. ....	58
ANEXO B.	CUESTIONARIO BREVE DEL DOLOR (BRIEF PAIN INVENTORY; BPI). 59	
ANEXO C.	CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DE SÍNTOMAS DE EDMONTON (Edmonton Symptom Assessment Scale, ESAS).....	61
ANEXO D.	CONSENTIMIENTO INFORMADO .....	62
ANEXO E.	MANUAL OPERACIONAL: HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	64
ANEXO F.	CARTA DE NO INCONVENIENTE.....	65

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.	Definición Operativa de las Variables.....	32
Tabla 2.	Disminución del puntaje en los parámetros medidos por el Cuestionario Breve del Dolor (Brief Pain Inventory, BPI). ....	42



Tabla 3. Prueba T para el puntaje obtenido del instrumento BPI versión corta antes y después del inicio de Cuidados Paliativos en pacientes oncológicos del HGZ 1 OOAD Aguascalientes.....	43
Tabla 4. Reducción de síntomas según el ESAS y resultado de la prueba de Chi cuadrada de Pearson (X2) al comparar el dolor y otros síntomas entre la primera y segunda visita a cuidados paliativos (n=138).....	44
Tabla 5. Reducción del dolor asociado a la localización del cáncer y resultados de la prueba de t de Student al comparar la reducción el dolor por localización del cáncer entre la primera y segunda visita a cuidados paliativos (n=138).....	45
Tabla 6. Reducción del dolor de acuerdo con el tipo de tratamiento recibido antes y después de la primera consulta de Cuidados paliativos (n=138). ....	45

## ÍNDICE DE FIGURAS

<b>Figura 1.</b> Sexo de los pacientes de primera vez en la consulta de Cuidados Paliativos del H.G.Z. No.1 “Dr. José Luis Ávila Pardo”.....	38
<b>Figura 2.</b> Edad de los pacientes de primera vez en la consulta de Cuidados Paliativos del H.G.Z. No.1 “Dr. José Luis Ávila Pardo”.....	39
<b>Figura 3.</b> Patología oncológica de los pacientes de primera vez en la consulta de Cuidados Paliativos del H.G.Z. No.1 “Dr. José Luis Ávila Pardo”. ....	40
<b>Figura 4.</b> Adherencia terapéutica de los pacientes de primera vez en la consulta de Cuidados Paliativos del H.G.Z. No.1 “Dr. José Luis Ávila Pardo”. ....	41
<b>Figura 5.</b> Intensidad de dolor posterior al tratamiento en los pacientes de primera vez en la consulta de Cuidados Paliativos del H.G.Z. No.1 “Dr. José Luis Ávila Pardo”.....	41
<b>Figura 6.</b> Prueba de Wilcoxon para el puntaje obtenido del instrumento ESAS antes y después del inicio de Cuidados Paliativos en pacientes oncológicos del HGZ 1 OOAD Aguascalientes.....	44

## ACRÓNIMOS

**BPI** Brief Pain Inventory

**CP** Cuidados Paliativos

**ENA** Escala Numérica Análoga

**EVA** Escala Visual Análoga

**ESAS** Edmonton Symptom Assessment Scale

**HGZ** Hospital General de Zona

**IMSS** Instituto Mexicano del Seguro Social

**OOAD** Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada

**OMS** Organización Mundial de la Salud

## RESUMEN

**Introducción.** El cáncer es una pandemia mundial con tasas desproporcionadamente más altas en los países de ingresos bajos y medianos. Diversos estudios han demostrado que la prevalencia del dolor aumenta con la progresión de la enfermedad. Los días sin dolor son muy valorados por los pacientes y representan un papel vital para una mejor calidad de vida posible hasta el momento de la muerte.

**Objetivo.** Evaluar el manejo del dolor en pacientes oncológicos de primera vez en la consulta de Cuidados Paliativos del H.G.Z. No.1 “Dr. José Luis Ávila Pardo”.

**Metodología.** Se identificaron en la consulta externa de primera vez en Cuidados Paliativos (CP) a pacientes oncológicos de ambos sexos mayores de 18 años y se aplicó la hoja de recolección de datos y los instrumentos de evaluación: Cuestionario Breve del Dolor (*Brief Pain Inventory; BPI*) y el Cuestionario de Evaluación de Síntomas de Edmonton (*Edmonton Symptom Assessment Scale; ESAS*); se aplicaron los tres instrumentos en la segunda consulta. Para el análisis de los resultados se utilizó estadística descriptiva con medidas de tendencia central, frecuencias; y prueba de Wilcoxon y T de *student*.

**Resultados.** Se obtuvo una muestra de 168 participantes con edad media de 53.32 años, un 51% de hombres y 49% de mujeres. Se encontró un 57% de adherencia terapéutica y se evaluó el dolor y síntomas antes y después de la primera consulta, obteniendo menores puntuaciones medias reportadas del BPI versión corta ( $M= 5.59$  vs.  $M= 4.81$ ,  $DE= 0.81$  vs.  $DE= 0.71$ ) posterior al inicio de atención en el servicio de CP ( $t_{(137)} = 33.29$ ,  $p<0.001$ ) y disminuyó el resultado de la puntuación del ESAS con respecto a la consulta de primera vez, en la segunda consulta en el servicio de CP ( $4.8$  vs.  $3.1$ ) ( $p<0.001$ ).

**Conclusión.** La consulta de primera vez de CP disminuye el puntaje de los instrumentos BPI y ESAS de dolor y síntomas en pacientes oncológicos.

**Palabras clave:** Cuidados Paliativos, Dolor, Dolor Oncológico, Cuestionario Breve del Dolor (BPI), Cuestionario de Evaluación de Síntomas de Edmonton (ESAS), Intensidad de Dolor,

## ABSTRACT

**Introduction.** Cancer is a global pandemic with disproportionately higher rates in low- and middle-income countries. Several studies have shown that the prevalence of pain increases with disease progression. Pain-free days are highly valued by patients and play a vital role in achieving the best possible quality of life until the moment of death.

**Objective.** To evaluate pain management in first-time cancer patients in the Palliative Care Clinic of the General Hospital of Zone 1 “Dr. José Luis Ávila Pardo”.

**Methodology.** Cancer patients of both sexes over 18 years of age were identified in the first-time outpatient clinic in Palliative Care, and the data collection sheet and assessment instruments were administered: the Brief Pain Inventory (BPI) and the Edmonton Symptom Assessment Scale (ESAS). The three instruments were administered during the second consultation. Descriptive statistics with measures of central tendency, frequencies, and the Wilcoxon and Student t tests were used to analyze the results.

**Results.** A sample of 168 participants with a mean age of 53.32 years was obtained, 51% men and 49% women. Treatment adherence was found at 57%, and pain and symptoms were assessed before and after the first consultation. Lower mean scores were reported on the short version of the BPI ( $M = 5.59$  vs.  $M = 4.81$ ,  $SD = 0.81$  vs.  $SD = 0.71$ ) after the start of care in the Palliative Care service ( $t(137) = 33.29$ ,  $p < 0.001$ ). The ESAS score decreased compared to the first consultation at the second consultation in the PC service (4.8 vs. 3.1) ( $p < 0.001$ ).

**Conclusion.** First-time Palliative Care consultation reduces BPI and ESAS pain and symptom scores in cancer patients.

**Keywords:** Brief Pain Inventory (BPI), Cancer Pain, Edmonton Symptom Assessment Scale (ESAS), Pain Intensity, Palliative care.



## 1. INTRODUCCIÓN

Las enfermedades no transmisibles como el cáncer se han convertido en una pandemia mundial con tasas desproporcionadamente más altas en los países de bajos y medianos ingresos (1). El último informe sobre la carga global del cáncer en el mundo, según las estimaciones de GLOBOCAN 2018, ha estimado alrededor de 18,1 millones de nuevos casos de cáncer y 9,6 millones de muertes por neoplasias malignas en 2018 (2). En 2021, se registraron en México 1 122 249 defunciones, de las cuales 8% (90 123) fueron debidas a tumores malignos. En cuanto al lugar donde ocurrió la defunción, se reportó que en 57 106 casos (63%), ocurrió en el hogar; mientras que en 12 534 personas (14 %) ocurrió en instalaciones médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Los tipos de cáncer más frecuentes en mayores de 20 años fueron leucemia, tumor maligno de las meninges, del encéfalo y de otras partes del sistema nervioso central; tumor maligno del estómago, linfoma no Hodgkin, tumor maligno del cuello del útero, el tumor maligno de la mama y el tumor maligno de ovario (3).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) indica que, en 2030, el cáncer alcanzará aproximadamente 27 millones de casos incidentes en todo el mundo, 17 millones de muertes y 75 millones de personas con diagnóstico anual (2).

El dolor es la característica más común que conduce al diagnóstico de cáncer, entre el 25-50% de los pacientes presentan dolor en el momento de la detección, y sigue siendo el síntoma más temido por los pacientes durante el curso de la enfermedad (4) (5) (6). El tratamiento oncológico tiene dos objetivos fundamentales: controlar la progresión de la enfermedad para aumentar el tiempo de supervivencia y el desarrollo paralelo de los cuidados paliativos; sin embargo, el manejo del dolor oncológico, es un componente de la atención oncológica que a menudo se descuida por lo que ha estado estrechamente vinculado con el desarrollo del movimiento moderno de cuidados paliativos, centrado en la investigación y la educación del paciente, poniendo al dolor como tema prioritario en la atención del cáncer en todos los puntos del proceso de la enfermedad (6) (7).

Los pacientes con cáncer avanzado frecuentemente padecen una variedad de síntomas y sinergismos mal definidos entre factores físicos, psicológicos y sociales (8). Se ha demostrado que la prevalencia de dolor aumenta con la progresión de la enfermedad, presentando dolor de intensidad moderada a severa (al menos un valor de 5 en una escala de calificación del dolor de 0 a 10) en 59% de pacientes que reciben tratamientos contra el

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

cáncer, en 33% de los que han recibido tratamientos, 64% de los pacientes con cáncer metastásico y ya en 70 a 90% de los pacientes en etapa terminal (4) (5) (9) (10).

La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor desde 1979 define el dolor como “una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con un daño tisular real o potencial, o descrita en términos de dicho daño” (11) (12).

En un estudio de la Ciudad de México sobre pacientes con tumores sólidos avanzados recién diagnosticados, los investigadores encontraron que el dolor era el síntoma más experimentado en el 77% de los pacientes (6). En un estudio con una muestra representativa de 4526 sobrevivientes de cáncer el 34.6% informó tener dolor crónico y el 16.1% informó tener dolor de cáncer de alto impacto (13).

# TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

## 1. MARCO TEORICO

### 1.1. ANTECEDENTES CIENTÍFICOS

Andersson et. al (14) en su investigación tuvieron como objetivo explorar si el uso del Cuestionario Breve del Dolor (*Brief Pain Inventory, BPI*) podría mejorar el alivio del dolor en pacientes hospitalizados con cáncer en un hospital de Suecia. Se incluyeron un total de 264 pacientes y se llevó entre el 2016 y 2018. Los criterios de inclusión fueron pacientes hospitalizados diagnosticados con cáncer, mayores de 18 años, una calificación de dolor moderada o superior ( $\geq 4$ ) en una escala de calificación numérica (*NRS*) de 0 a 10 y que aceptaran participar en el estudio. El grupo control fue la primera mitad de los pacientes reclutados de cada hospital y recibieron su tratamiento habitual (completaron el BPI y el Cuestionario de Evaluación de Síntomas de Edmonton (*Edmonton Symptom Assessment Scale, ESAS*) al inicio del estudio y solo los investigadores tuvieron acceso a los cuestionarios. El grupo de intervención fue la segunda mitad de los pacientes y ellos completaron el *BPI* y la *ESAS* al inicio del estudio. Los médicos ajustaron la dosis analgésica según las puntuaciones del *BPI* informadas por los pacientes. Se realizó un seguimiento después de 2 a 5 días cuando los pacientes tanto del grupo de control como del grupo de intervención calificaron el *BPI* y la *ESAS* por segunda vez. Permanecieron durante todo el estudio un total de 120 pacientes del grupo de control y 122 del grupo de intervención. Al inicio del estudio ( $n = 264$ ), el 82% afirmó que los analgésicos proporcionaban alivio del dolor y el 26,5% informó que un cambio de posición aliviaba el dolor. Se encontraron diferencias significativas en todos los ítems del *BPI* en el grupo de intervención entre el inicio y el seguimiento ( $p < 0.001$ ). En el grupo de control, se encontraron diferencias significativas con respecto al peor dolor en las últimas 24 horas ( $p = 0.020$ ) y al dolor promedio ( $p = 0.022$ ). En el grupo de intervención hubo un aumento significativo en el uso regular prescrito de paracetamol en el seguimiento ( $p = 0.008$ ) pero una disminución en el uso de paracetamol a demanda ( $p = 0.035$ ); así como un aumento significativo en opioides fuertes en un horario fijo ( $p = 0.012$ ). La adición de medicamentos para el dolor neuropático había aumentado en el seguimiento en el grupo de intervención ( $p = 0.039$ ). La puntuación de *ESAS* al inicio y al seguimiento no tuvieron diferencias significativas en los síntomas evaluados.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Bonafé et. al (11) realizaron un estudio observacional en el que evaluaron las cualidades psicométricas del *BPI* en un centro odontológico en mayores de 18 años. Se invitaron a participar a 1426 personas, de las que 1214 aceptaron participar. Se evaluaron características demográficas como género, edad, estado civil y nivel económico. Se preguntó a los individuos sobre la presencia o ausencia de dolor en las últimas 24 horas antes de su participación en el estudio. Los individuos que no reportaron dolor en las últimas 24 horas antes de la entrevista reportaron que su última experiencia de dolor fue 47.27 días antes ( $DE = 111.97$ ). De los individuos que informaron dolor en las últimas 24 horas, 395 (47.5%) informaron dolor durante menos de 3 meses. De los 437 participantes que presentaron dolor durante más de 3 meses, 182 (41.6%) reportaron dolor continuo y 255 (58.4%) dolor recurrente. Entre los participantes, 656 (55.8%) indicaron la región orofacial como el lugar del dolor, donde 428 (65.2%) informaron dolor intraoral, 200 (30.5%) informaron dolor de cabeza y 28 (4.3%) dolor en la cara. Todos los modelos teóricos del *BPI* presentaron índices de ajuste adecuados (*Goodness of Fit Index, GFI*)  $\geq 0.9$ ; y error de aproximación  $< 0.1$ ;  $\alpha \geq 0.7$  cuando se utilizaron ambos periodos de referencia.

Hui et. al (15) en su trabajo de investigación incluyeron pacientes que acudieron a la consulta inicial de la especialidad de cuidados paliativos, mayores de 18 años y con diagnóstico de cáncer, con o sin evidencia de enfermedad activa, que informara haber tenido dolor en los últimos 3 meses y que no hubiesen tenido delirio durante el periodo de 16 de agosto de 2018 al 14 de marzo de 2019. Durante ese periodo hubo 606 consultas programadas de cuidados paliativos. En total, no se pudo incluir en el estudio a 392 pacientes porque el personal de investigación no estaba disponible ( $n = 117$ ), el paciente no se presentó ( $n = 92$ ), por estudios competitivos ( $n = 61$ ), porque el paciente no era elegible ( $n = 45$ ) y otras razones ( $n = 77$ ). Entre los 214 pacientes restantes, 200 (96%) de los 208 pacientes completamente elegibles fueron inscritos. El dolor se valoró mediante *BPI* y *ESAS*. La edad promedio fue de los participantes fue de 60 años, el 69% de estos pacientes tenían enfermedad metastásica, y supervivencia a 1 año del 77%, la mediana del número de diagnósticos de dolor fue de 2 (IQR 1-2); 67 (34%, IC del 95% 28-41%) tenían un diagnóstico de dolor crónico no maligno (DCNM); 133 (67%) tenían dolor relacionado con el cáncer; y 52 (26%) tenían dolor relacionado con el tratamiento. El dolor fue el síntoma con la intensidad más alta en *ESAS* (media  $5,1 \pm 2,7$ ). La puntuación de *BPI* fue de 4.0 para el dolor relacionado con el cáncer, 3.5 para el dolor relacionado con el tratamiento del



TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

cáncer y 3.4 para el dolor crónico no maligno ( $p = 0.08$ ), con una puntuación media correspondiente de interferencia del dolor del *BPI* de 3.5, 2.5 y 2.5, respectivamente ( $p = 0.004$ ).

Lee G et. al (16) realizaron un estudio en 212 pacientes mayores de 18 años con cáncer avanzado que fueron remitidos a la clínica ambulatoria de cuidados paliativos del centro oncológico de abril a diciembre de 2014. Los pacientes contestaron el *ESAS* en la visita inicial y en una visita de seguimiento 4 semanas después. En este estudio, sólo 71 pacientes cumplieron los criterios de inclusión. La edad promedio de los participantes fue de 65 años. Se reportó que el 30% de los pacientes tenían una carga de síntomas moderado/grave ( $ESAS \geq 5$ ; dolor 24%; fatiga 26%; náuseas 24%; depresión 25%; ansiedad 25%; somnolencia 26%; disnea 25%; trastorno del sueño 27%; y pérdida de apetito 28%). En pacientes con una carga de síntomas leves ( $ESAS < 5$ ) la evaluación de los cambios en los síntomas individuales desde el inicio y en la consulta de seguimiento se mantuvieron sin cambios durante los cuidados paliativos ambulatorios; la fatiga fue ligeramente peor (de 3.3 al inicio a 4.7 en el primer seguimiento); por otro lado, en pacientes con carga de síntomas moderados/graves ( $ESAS \geq 5$ ), la mayoría de los síntomas mejoraron significativamente en comparación con el valor inicial y las evaluaciones de náuseas y disnea mostraron una tendencia hacia la mejora comprobando el efecto de las consultas de cuidados paliativos sobre el valor obtenido en el *ESAS*.

Ben-Arye et. al (17) en 2021 publicaron un estudio prospectivo, controlado, no aleatorizado y de preferencia del paciente en pacientes oncológicos que se habían sometido a una consulta y un programa de tratamiento oncológico integrador (OI), asignados de acuerdo con su adherencia (alta vs. baja) al programa de atención integradora en un centro oncológico desde agosto de 2013 hasta agosto de 2020. Los pacientes elegibles eran mayores de 18 años y que recibían quimioterapia neoadyuvante/adyuvante para tumores sólidos localizados, o quimioterapia/cuidados paliativos para cáncer avanzado y que tuvieran alteración en la calidad de vida, ya sea efectos adversos del régimen de tratamiento oncológico, problemas relacionados con la angustia emocional, dificultad para afrontar la situación, dolor relacionado con la quimioterapia, dolor asociado con la progresión de la enfermedad, y dolor no oncológico exacerbado por el tratamiento oncológico. Los objetivos del programa de tratamiento OI se enfocan en cinco objetivos principales del tratamiento:

problemas gastrointestinales, fatiga, problemas emocionales (dentro del que se incluye el insomnio), dolor y funcionamiento diario. La alta adherencia a la atención integral se definió como la asistencia a más de 4 tratamientos integrales, con más de 30 días entre cada sesión durante las 6 semanas posteriores a la consulta. La gravedad del dolor y otros resultados relacionados con la calidad de vida se evaluaron para todos los pacientes al inicio, durante la visita inicial y nuevamente en las visitas de seguimiento de 6 y 12 semanas. La gravedad de los síntomas se midió Cuestionario de Evaluación de Síntomas de Edmonton (*ESAS*) y el Cuestionario de calidad de vida de la Organización Europea para la Investigación y el Tratamiento del Cáncer (*EORTC QLQ-C30*, por sus siglas en inglés). Un total de 815 pacientes fueron elegibles, de los que 699 fueron evaluados en la visita de seguimiento a las 6 semanas. 460 pacientes (65,8%) fueron considerados como de alta adherencia y 239 (34%) de baja adherencia. Las puntuaciones de dolor *ESAS* iniciales fueron similares para ambos grupos ( $p = 0.06$ ); sin embargo, las puntuaciones medias en la escala de dolor *EORTC* fueron significativamente menores entre los pacientes del grupo de alta adherencia ( $p = 0.006$ ). El análisis entre grupos indicó una mejoría significativamente mayor en el grupo de alta adherencia al inicio y a las 6 semanas en las puntuaciones de dolor *ESAS* (0.9 frente a 0.7,  $p = 0.008$ ) y en las puntuaciones en la escala de dolor *EORTC* (8.7 frente a 8.1,  $p = 0.009$ ). Las puntuaciones medias de dolor disminuyeron significativamente de 0 a 12 semanas en *ESAS* ( $-0.9 \pm 3.3$ ,  $p < 0.0001$ ) y *EORTC* ( $-10 \pm 35$ ,  $p < 0.001$ ) en ambos grupos, sin diferencia estadísticamente significativa (*ESAS*,  $p = 0.41$ ; *EORTC*,  $p = 0.11$ ).

Wong et. al (18) realizaron un estudio que incluyó pacientes ambulatorios con diagnóstico de cáncer avanzado definido como cáncer recurrente, localmente avanzado o metastásico, con edad a partir de 18 años, con capacidad para leer, escribir y comprender el idioma, y que nunca hubieran completado un cuestionario *ESAS*. Se inscribieron un total de 126 participantes que cumplieron los criterios de inclusión y fueron aleatorizados utilizando el sitio web de *Clinical Oncology Research* para completar un formulario auto aplicado ( $n = 57$ ) o completado con ayuda ( $n = 69$ ). La mediana del tiempo de realización del cuestionario fue significativamente menor en aquellos que tuvieron ayuda (73 segundos [42.9–89.1] frente a 109 segundos de quienes lo completaron sin ayuda ([79.5–136.7],  $p < 0.0001$ ).

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Belayneh et. al (19) en su investigación tuvieron como objetivo principal el describir la prevalencia de las características de la puntuación de Edmonton para el dolor por cáncer en pacientes con cáncer avanzado, utilizando evaluadores con capacitación estandarizada. Se reclutó un total de 1050 pacientes adultos con cáncer avanzado, de 11 centros canadienses. Un médico aplicó el cuestionario *ESAS*. De 1050 pacientes que ingresaron al estudio, 910 (87%) tenían dolor por cáncer: nociceptivo (n= 626; 68.8%); neuropático (n= 227; 24.9%); incidente (n= 329; 36.2%); distrés psicológico (n= 209; 23%); comportamiento adictivo (n= 51; 5.6%); y cognición normal (n= 639; 70.2%). Las frecuencias de las características de la puntuación de Edmonton para el dolor por cáncer en todos los entornos, es decir, en la totalidad de la población del estudio fueron de 68.8% para dolor nociceptivo (n= 626); 36.2% para dolor incidente (n= 329); 23% para distrés psicológico (n= 209) y de 70.2% para cognición normal (n= 639).

Finalmente, Traldi et. al (20) realizaron un estudio que tuvo como objetivo analizar el perfil sociodemográfico, los síntomas (incluido el bienestar psicológico) y la calidad de vida de los pacientes con cáncer avanzado ingresados en la sala de oncología de un hospital de Brasil de julio a diciembre de 2019. Se incluyeron pacientes con neoplasia maligna, edad mayor de 18 años y hospitalización por complicaciones clínicas relacionadas con la enfermedad neoplásica o tratamiento paliativo. Dentro del estudio, invitaron a los pacientes a completar los cuestionarios seleccionados: *ESAS* y *Palliative Care Outcome Scale (POS)*. Se incluyeron 59 pacientes, de los que se obtuvo una media de edad de 58 años. El 31.9% presentó dolor en el momento de la entrevista, 52.5% depresión y 76.3% ansiedad. Las puntuaciones individuales para *ESAS* tuvieron una mediana de 27 con rango intercuartil (RIC) de 17-41. El 32% de los pacientes tenían dolor en el momento de la entrevista, 57.6% informaron algún grado de astenia, 35.5% náuseas, 52.5% depresión, 76.3% ansiedad, 71.2% somnolencia, 69.5% anorexia, 78% disminución de la sensación de bienestar y 37.3% reportaron disnea. Los pacientes bajo terapia objetivo actual o quimioterapia (mediana 33 vs. 25.5) tuvieron puntuaciones *ESAS* más altas que los demás participantes.

## 1.2. ANTECEDENTES TEORICOS

### 1.2.1. *Dolor oncológico*

El dolor oncológico es una experiencia multidimensional, “sensaciones simultáneas de dolor agudo y crónico, de diferentes niveles de intensidad, asociadas a metástasis; consecuencia del tratamiento oncológico o afecciones relacionadas con el cáncer; describiéndose generalmente como impreciso, doloroso, aterrador o como una sensación insoportable, con episodios de sensaciones intensas, acompañadas de dificultades para dormir, irritabilidad, depresión, sufrimiento, aislamiento, desesperanza e impotencia” (2) (21).

El dolor es un síntoma frecuente que es difícil de evaluar, y más aún en medicina paliativa, donde la población es frágil y el deterioro cognitivo es mayor cuanto más avanza la enfermedad. Es un síntoma multidimensional con efectos negativos sobre la salud y suele ir acompañado de ansiedad, fatiga, pérdida de apetito y alteraciones del sueño (4) (22). La integración temprana de los cuidados paliativos en la atención integral del cáncer se ha convertido en un tema de debate en el que se recomienda ofrecer servicios de cuidados paliativos a pacientes con enfermedades malignas avanzadas mientras aún son capaces de tomar decisiones (10).

### 1.2.2. *Cuidados paliativos*

Los cuidados paliativos (CP) se definen como la atención que busca mejorar el bienestar de los pacientes y sus familias que afrontan complicaciones derivadas de enfermedades potencialmente letales, mediante la prevención y la reducción del sufrimiento, identificando de manera oportuna y abordando el dolor, así como otros problemas físicos, emocionales, sociales y espirituales. (2) (9). La OMS presenta el alivio del dolor en el cáncer y en la enfermedad terminal como un problema relevante de la Salud Pública (12). El propósito de los cuidados paliativos es mejorar la calidad de vida y aliviar los síntomas (7) (10). Su desarrollo en América Latina ha sido lento, aunque se han logrado avances importantes como consecuencia la alta prevalencia de dolor en pacientes con cáncer avanzado, que es incurable en casos terminales (13).

La primera clínica oficial del dolor en México se estableció en 1972 y desde entonces cada vez más hospitales desarrollaron sistemas multidisciplinarios para el dolor y los cuidados paliativos (10). En 2014, México aprobó la norma oficial mexicana (NOM-011-SSA3-2014)



tiene como objetivo establecer criterios paliativos específicos y la adecuada prestación de servicios para la atención de enfermos en situación terminal (1) (2).

Educación a los profesionales de la salud sobre el dolor oncológico y los cuidados paliativos es parte de su vida profesional en todos los entornos clínicos de todo el mundo. Los esfuerzos educativos globales, incluido el manejo de los síntomas comunes, la comunicación, la atención en el momento de la muerte, el duelo y otros temas, son imperativos para reducir el dolor y el sufrimiento (23). La integración de los cuidados paliativos tempranos en la atención oncológica estándar en pacientes con cáncer avanzado mejora la calidad de vida, reduce la depresión y la carga de síntomas y conduce a un beneficio de supervivencia y los resultados clínicos en todo el proceso continuo de atención del cáncer, mientras se administra el tratamiento específico del tumor (15) (16) (24) (25). Los días sin dolor son muy valorados por los pacientes, por eso, los cuidados paliativos se asocian con una supervivencia igual o mayor en comparación con la atención habitual (6) (24). Desempeña un papel vital para preservar la mejor calidad de vida posible hasta el momento de la muerte. Informar a los pacientes y sus familias sobre el derecho de los pacientes a tener una vida libre de dolor y educarlos sobre la importancia de utilizar herramientas de evaluación del dolor y diferentes opciones de tratamiento del dolor (26) (27).

### **1.2.3. Evaluación del dolor oncológico**

La evaluación y el tratamiento inadecuado del dolor “vulnera los principios éticos básicos de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia”, esta evaluación puede verse limitada por los desafíos del paciente, el proveedor y el sistema; es probable que la optimización de estos factores aporte mayores mejoras al tratamiento del dolor (12) (21). Mejorar la calidad de vida es un objetivo de los cuidados paliativos (28). Se debe tener en cuenta el impacto de la enfermedad oncológica mediante indicadores valorados por el paciente con preguntas dirigidas o cuestionarios estandarizados (10). Los médicos pueden decidir si incorporan una herramienta formal para la evaluación o desarrollan un conjunto de preguntas específicas en la historia para dilucidar la presencia, frecuencia y la gravedad del dolor irruptivo en un paciente y cómo afecta su calidad de vida y estado funcional (29). Además del dolor, la mayoría de los pacientes oncológicos tiene también afectada la función física y psicológica, lo que se agudiza a medida que el dolor se agrava en intensidad y

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

frecuencia de las crisis, y la mayoría de los pacientes parecen determinar si su dolor se controla en función de si pueden o no realizar actividades o tareas y mantener relaciones con familiares o amigos (5) (7).

En general, las escalas de evaluación del dolor utilizadas en la investigación clínica informan sobre la percepción de la intensidad de dolor sin tener en cuenta otros aspectos relacionados que también son importantes, como la frecuencia con la que se presenta el dolor, el impacto en las actividades cotidianas y la localización del dolor, entre otros. La evidencia científica necesaria para avanzar en medicina requiere la evaluación de las estrategias terapéuticas para asegurar su efectividad y definir actuaciones en cada caso. Una de las principales razones por las que la evaluación de los síntomas no se implementa de forma rutinaria es la percepción de que puede llevar mucho tiempo (16) (7) (30).

Un aspecto crítico del manejo de los síntomas es la evaluación y reevaluación rutinaria de los síntomas, que permite reconocer, diagnosticar, tratar y monitorear los síntomas a lo largo del tiempo (31). Para evaluar tanto la intensidad como el tipo y la repercusión del dolor en las actividades de la vida diaria se han desarrollado distintos instrumentos de medición como el Cuestionario Breve del Dolor (*Brief Pain Inventory, BPI*) y el Cuestionario de Evaluación de Síntomas de Edmonton (*Edmonton Symptom Assessment System, ESAS*). Si limitamos el estudio del dolor a la intensidad, el instrumento de medida tendría una estructura unidimensional. Pero si consideramos el dolor no sólo como una modalidad sensorial, sino como una experiencia con componente funcional, emocional, social y espiritual, nuestro instrumento de medida deberá ser multidimensional (7) (30) (32).

El *BPI* es un cuestionario autoadministrado y de fácil comprensión que contiene dos subescalas para evaluar el dolor del paciente: intensidad del dolor e interferencia relacionada con el dolor en la vida del paciente (actividad general, estado de ánimo, capacidad para caminar, trabajo normal, relaciones con otras personas, dormir y disfrutar de la vida). Hay dos versiones de este instrumento disponibles para su uso: el formulario completo (forma larga) con 32 preguntas y la versión reducida (forma corta) con 15 preguntas. Incluye 15 ítems organizados en: la subescala de gravedad del dolor (cuatro ítems) miden la gravedad de la experiencia del dolor y se califican en una escala de calificación numérica de 11 puntos, del 0 (sin dolor) al 10 (el mayor dolor imaginable) y la subescala de Interferencia (siete ítems), evaluados en una escala tipo Likert que va de cero a 10; un ítem dicotómico para determinar la presencia de dolor; un ítem sobre la localización del dolor; y dos ítems sobre ingesta de medicamentos y efecto de alivio del dolor (33) (34).

Las puntuaciones más altas indican mayor gravedad e interferencia funcional. Esta escala permite analizar el dolor y contribuir al alivio del dolor del cáncer y que la disminución del dolor puede tener un efecto positivo en otras dimensiones y síntomas relacionados con el dolor (14) (7) (30).

El cuestionario *ESAS*, se ha empleado como herramienta de evaluación para mejorar el seguimiento y cuidado de los pacientes con cáncer avanzado. Representa una de las primeras baterías de síntomas en cuidados paliativos y desde entonces ha sido validado por múltiples grupos, traducido a más de 20 idiomas y adoptado tanto en la práctica clínica como en la investigación para respaldar la evaluación de síntomas en muchos centros de todo el mundo. Evalúa de manera sistémica y eficiente 10 síntomas físicos y/o emocionales en pacientes con cáncer avanzado. Tiene la posibilidad de que se puede completar en aproximadamente 1 minuto y proporciona una perspectiva concisa pero integral y multidimensional de los síntomas que afectan la calidad de vida de los pacientes con cáncer. Resulta eficaz para la detección de síntomas y el seguimiento longitudinal para identificar las necesidades insatisfechas de los pacientes en materia de cuidados paliativos ambulatorios (31). Ha demostrado tener una confiabilidad del 75% y una validez de  $p < 0.001$  (35). Consiste en una escala numérica de 0 a 10 (0, ningún síntoma; 10, el peor posible) las puntuaciones se pueden agrupar en leves (0 a 3), moderadas (4 a 6) y graves (7 a 10), para calificar la gravedad de 10 síntomas individuales: dolor, fatiga, náuseas, depresión, ansiedad, somnolencia, disnea, trastornos del sueño, anorexia y bienestar (31). Ha demostrado utilidad para evaluar la calidad de vida y la carga de síntomas (36). Se debe registrar una evaluación del dolor y reevaluarse en cada consulta en cuidados paliativos con base en la respuesta (efectos beneficiosos y adversos), aunque es posible que los pacientes no estén completamente libres del dolor, los médicos y los pacientes pueden trabajar juntos para determinar un plan que le permita al paciente vivir una vida independiente y funcional con un nivel tolerable de dolor (9) (29).

### 1.3. MARCO CONCEPTUAL

#### 1.3.1. Variables de investigación (Variables de interés)

- Dolor oncológico: Dolor que puede ser causado o relacionado con cambios celulares, tisulares y sistémicos que ocurren durante el crecimiento de neoplasia, invasión de tejido y metástasis (30).
- Cuidados paliativos. Tratamiento para aliviar los síntomas sin curar la enfermedad (31).

#### 1.3.2. Epidemiología del dolor oncológico

De acuerdo con la Agencia Internacional para la Investigación sobre el Cáncer (*International Agency for Research on Cancer, IARC*) (37), el cáncer es una de las principales causas de muerte en todo el mundo; en 2022, hubo casi 20 millones de casos nuevos y 9,7 millones de muertes relacionadas con el cáncer en todo el mundo. Las tasas de cáncer siguen siendo una de las principales causas de muerte en la mayoría de los países de América Latina, aproximadamente el 40% de los pacientes de cuidados paliativos de América Latina tienen cáncer y tres cuartas partes de todos los pacientes con cáncer en el mundo están en fase terminal en el momento de la primera presentación. Diversas situaciones socioeconómicas favorecen que solo alrededor del 10% reciban cuidados paliativos y el 97% de esos servicios están disponibles sólo en las ciudades más grandes (38). En 2023, de acuerdo con el reporte por INEGI los tumores malignos fueron la tercera causa de muertes con 91 682 defunciones en el año (39). De acuerdo con *Global Oncology Trends 2024*, se prevé que la incidencia del cáncer aumentará significativamente hasta 2050, especialmente en los países de ingresos más bajos y que la incidencia del cáncer aumentará en más de 12 millones de casos nuevos cada año (40). En México, el Instituto Nacional de Cancerología estima que para 2025 la incidencia en México aumente un 50% pasando de 147,000 a 220,000 casos nuevos por año (41).

El dolor asociado al cáncer lo experimenta el 55 % de los pacientes que se someten a un tratamiento contra el cáncer y el 66 % de los pacientes que tienen una enfermedad avanzada, metastásica o terminal (42). De acuerdo con el metaanálisis realizado por Snijders et. al (43) las tasas de prevalencia del dolor agrupadas dieron como resultado una prevalencia general del 44.5% y el dolor moderado a severo dio como resultado una prevalencia general del 30.6%; la prevalencia más baja del dolor fue después del

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

tratamiento curativo (35.8 %), y el dolor moderado a severo se informó con mayor frecuencia los pacientes sin tratamiento anticanceroso factible (43.3%). En Latinoamérica entre el 20-50% de los pacientes con cáncer experimentan dolor, y el 80% de los pacientes con cáncer en etapa avanzada tienen dolor moderado a intenso y puede ocurrir en múltiples sitios; este dolor puede relacionarse al crecimiento tumoral, al tratamiento y también pueden tener afecciones dolorosas no relacionadas (44). Un estudio que examinó a pacientes con tumores sólidos avanzados recién diagnosticados en un centro de oncológico en la Ciudad de México se encontró que el dolor era el síntoma más común experimentado en el 77% de los pacientes (45). En el IMSS la Clínica del Dolor está orientada a estudiar el origen de la molestia a fin de realizar análisis de un tratamiento, en tanto que los Cuidados Paliativos ofrecen atención individualizada e integral a la persona con la enfermedad y a su familia (46).

### **1.3.3. Escalas validadas para evaluar el dolor oncológico y cuidados paliativos**

El Cuestionario Breve del Dolor (*Brief Pain Inventory, BPI*) ha demostrado ser un instrumento capaz de detectar cambios en el nivel de dolor, su validez se evaluó con la prueba de Kaiser-Mayer-Olkin de 0.88 y la prueba de esfericidad de Bartlett de 795.17 ( $p < 0.001$ ), lo que confirmó la adecuación del análisis factorial. El coeficiente  $\alpha$  de Cronbach obtenido para cada una de las dimensiones del *BPI* fue superior a 0.70, siendo de 0.89 en la dimensión “intensidad del dolor”, y de 0,87 en la dimensión “interferencia en las actividades” (Anexo B) (7).

Cuestionario de Evaluación de Síntomas de Edmonton (*Edmonton Symptom Assessment Scale, ESAS*), versión revisada *ESAS-r* (es) ha mostrado una fiabilidad calculada con alfa de Cronbach ( $\alpha = 0.75$ ) y la prueba test-retest ( $r_s = 0.32$  y  $0.94$ ). La validez concurrente del *ESAS* medida con el cuestionario RSCL22 obtuvo una concordancia entre 0.55 y 0.66 y la validez discriminante de la medición de las puntuaciones del *ESAS* diferían según el estado funcional del paciente encontrando diferencias significativas ( $p < 0.001$ ) en 7 de los 10 síntomas (Anexo C) (32).



#### ***1.3.4. Relevancia de la unidad de cuidados paliativos institucional***

Para brindar una mejor calidad de vida a personas con padecimientos oncológicos y enfermedades crónicas, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) cuenta con los servicios de cuidados paliativos con el objetivo de controlar y mitigar el dolor físico, social y emocional que enfrenta un paciente y sus familiares (46). El programa para fortalecer la atención paliativa y el manejo de dolor en el IMSS surge en 2019, aunque desde 1988 ya se implementaba en algunos hospitales del Instituto. El programa tiene como objetivo contribuir a mejorar los servicios integrales de salud de los derechohabientes. Desde su inicio el programa se gestionó en las 25 Unidades Médicas de Alta Especialidad (UMAE) del país (47).

#### ***1.3.5. Tema prioritario en investigación a nivel institucional***

Los cuidados paliativos son un manejo multidisciplinario que pueden iniciar desde el momento del diagnóstico de una enfermedad que no es curable, con una progresión, pero es tratable mediante intervenciones de soporte. El manejo se debe de individualizar, las necesidades de cada persona y familia son diferentes, se puede considerar un principio de justicia para dar a cada paciente lo que necesita, dar opciones que mejoren su calidad de vida; para lo cual no se requiere gran infraestructura y los beneficios son muchos. La investigación en esta área es un componente fundamental en el desarrollo de los cuidados paliativos, ya que contribuye a mejorar el tratamiento del dolor y otros síntomas (46) (47).

## **2. JUSTIFICACIÓN**

### **2.1. MAGNITUD**

Cerca de 40 millones de personas en el mundo requieren cuidados paliativos, y el 78% se encuentra en países de ingresos bajos; de los cuales, sólo el 14% los recibirán (45). En 2022, México reportó 847 716 defunciones, y el 10.6 % (89 574) se debió a tumores malignos. Aguascalientes fue uno de los estados con tasa más baja, con 47.39 a 59.62 defunciones por cada 100 mil habitantes; siendo las causas más comunes de morbilidad y mortalidad cáncer de mama, próstata, colorrectal y hematológico (39).

### **2.2. TRASCENDENCIA**

En nuestro país de acuerdo con la Dirección General de Información en Salud (DGIS) 2022, se registraron en el IMSS OOAD Aguascalientes 499 defunciones asociadas a patología oncológica, de los cuales desconocemos si estos pacientes recibieron atención en cuidados paliativos y, consecuentemente manejo para el dolor en caso de presentarlo. Tan solo entre el año 2013 y 2026 se estima que los recursos financieros para brindar seguimiento durante 10 años a mujeres con diagnóstico de cáncer de mama ascenderían a \$3,607.40 millones de pesos en un escenario base, \$4,151.79 millones de pesos en un escenario pesimista y \$3,414.85 millones de pesos en un escenario optimista; el gasto adicional representa un incremento anual de 9.1% de los recursos destinados a la atención tan solo para este tipo de cáncer (48). Este estudio nos permitió identificar de manera objetiva la mejoría en pacientes que presentaron dolor y evaluamos la mejoría en el desempeño de sus actividades diarias y subsecuentemente satisfacción en la calidad de la atención médica.

### **2.3. FACTIBILIDAD**

Fue posible realizar el estudio, pues sólo se requirieron cuestionarios aplicados a la población en estudio. La unidad de medicina del dolor y cuidados paliativos está integrada por un médico anestesiólogo y una enfermera. De acuerdo con el sistema de estadística del hospital durante el periodo comprendido de septiembre a octubre 2024 se registró una afluencia de 476 pacientes de primera vez y seguimiento.

## **2.4. VIABILIDAD**

En 2014 se publicó la NOM-011-SSA3-2104 “Criterios para la atención de enfermos en situación terminal a través de cuidados paliativos”, en donde se establecieron los criterios para la atención de enfermos en situación terminal a través de los cuidados paliativos y su importancia. La Guía de Práctica Clínica “Cuidados paliativos en pacientes adultos” con una última actualización en el año 2017 realiza recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible para el empleo de los instrumentos y/o escalas más efectivos que evalúan los síntomas y estado funcional en pacientes adultos oncológicos y no oncológicos que requieren cuidados paliativos, de donde se tomó el marco normativo que nos dio la viabilidad de este estudio (35).

## **2.5. VULNERABILIDAD**

Con la investigación realizada de este trabajo se identificaron los pacientes que reciben atención en cuidados paliativos y la importancia del manejo del dolor en este tipo de pacientes para mejorar su calidad de vida.

## **2.6. DIFUSIÓN DE RESULTADOS Y BENEFICIARIOS**

Los resultados se presentaron a los médicos anestesiólogos del servicio, jefatura de anestesiología y al personal que integra la clínica de cuidados paliativos favoreciendo a la población derechohabiente que acude a la unidad de Cuidados Paliativos del Hospital General de Zona 1 en Aguascalientes. El presente trabajo se incluye en el repositorio de acceso abierto de la Universidad Autónoma de Aguascalientes.

### 3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

A causa del envejecimiento de la población y a la mejora de la atención en salud, las enfermedades como el cáncer, son ahora las principales causas de morbilidad y mortalidad en el mundo. La Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer (*IARC*, por sus siglas en inglés), miembro de la Organización Mundial de la Salud (OMS) reporta que en México en el año 2022, el número de casos nuevos diagnosticados por cáncer fue de 207154 con una mortalidad de 96 210 casos en ese año; de acuerdo al INEGI (39) Aguascalientes fue uno de los estados con tasa más baja de muertes por esta causa, con 47.39 a 59.62 defunciones por cada 100 mil habitantes; alrededor del 60.2 % (53 904) de los fallecimientos por tumores malignos ocurrió en el hogar, desconociéndose la cantidad de pacientes que recibían cuidados paliativos.

Los cuidados paliativos tienen el propósito de mejorar la calidad de vida y aliviar los síntomas como el dolor; en los pacientes oncológicos el manejo del dolor resulta ser relevante para el paciente en poder realizar sus actividades cotidianas, sin embargo, la mejora en el control del dolor y su influencia en la calidad de vida deben ser valorados. De acuerdo con Snijders et. al en su metaanálisis observo que un 44.5% de los pacientes con cáncer que todavía experimentan dolor, persistiendo una prevalencia alta, lo que enfatiza la necesidad de una atención para el manejo del dolor oncológico (43), en México en el estudio de Silvia et. al, en los 490 pacientes oncológicos que acudían por primera vez a la clínica de cuidados paliativos la prevalencia de dolor fue de 50.4% de los pacientes y el 26.7% presentó una intensidad  $\geq 7$  (49). Una incorporación temprana de los cuidados paliativos mejora la supervivencia, el control de los síntomas (como el dolor), calidad de vida y la satisfacción de pacientes y familiares, sin embargo, no existe un modelo único para la evaluación y continúan existiendo barreras e interrogantes para lograr un objetivo para la valoración del dolor por esta causa. Con la información proporcionada por los estudios previos sobre el control del dolor en cuidados paliativos, es necesario realizar un seguimiento adecuado de los pacientes oncológicos que acuden a cuidados paliativos y la mejoría que presenten con respecto al manejo del dolor.

Existe discrepancia entre autores sobre los resultados de la aplicación de los dos instrumentos de evaluación de dolor que utilizamos en este estudio. En los estudios previos, se plantea su uso para evaluar la evolución del dolor y los síntomas de interferencia antes y después de que los pacientes reciban cuidados paliativos. Por un lado, el *BPI* presentó resultados de entre 2 a 4.9 en intensidad de dolor previo a la intervención, y variabilidad en

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

los valores de síntomas de interferencia de entre 2.5 a 3.5 dependiendo del estudio que presentara los resultados. En cuanto al instrumento *ESAS*, el dolor presentó la intensidad más alta con media de 5.1; en contraste con otro estudio en el que se dividió a la población entre intensidad menor que 5 y mayor que 5, observando un comportamiento diferente posterior a la intervención, en la que el grupo con puntuación mayor a 5, obtenía una mejoría de los síntomas estadísticamente significativa después de la intervención. Esto se explica por la heterogeneidad de los diseños experimentales y de las características de la población, además de haberse realizado en poblaciones diferentes a nuestro medio, por lo que se plantea la necesidad de estudiar estos instrumentos en nuestro medio (14) (16) (17) (18).

Por lo cual se plantea la pregunta de investigación:

### **3.1. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

¿Se pueden aplicar los instrumentos *BPI* y *ESAS* para evaluar el manejo del dolor en pacientes oncológicos de primera vez en la consulta de cuidados paliativos del Hospital General de Zona 1 “Dr. José Luis Ávila Pardo”?



## 4. OBJETIVOS

### 4.1. OBJETIVO GENERAL

Evaluar el manejo del dolor en pacientes oncológicos de primera vez en la consulta de Cuidados Paliativos del H.G.Z. No.1 “Dr. José Luis Ávila Pardo”.

### 4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Determinar mediante el uso del Cuestionario Breve del Dolor (*Brief Pain Inventory, BPI*) versión corta, la intensidad y la repercusión del dolor en las actividades de la vida diaria en pacientes oncológicos.
2. Demostrar mediante el empleo del Cuestionario de Evaluación de Síntomas de Edmonton (*Edmonton Symptom Assessment Scale, ESAS*) la mejoría en el control del dolor y cuidado de los pacientes oncológicos bajo cuidados paliativos.

## 5. HIPÓTESIS

Las hipótesis en este estudio se realizaron por motivos de enseñanza, ya que los estudios descriptivos no requieren de su desarrollo. Basado en los propósitos de este estudio se plantearon las siguientes hipótesis:

### 5.1. HIPÓTESIS NULA ( $H_0$ )

El uso del Cuestionario Breve del Dolor (*BPI*) y el Cuestionario de Evaluación de Síntomas de Edmonton (*ESAS*) no permite evaluar de forma objetiva el manejo del dolor en los pacientes oncológicos en cuidados paliativos.

### 5.2. HIPÓTESIS ALTERNA ( $H_1$ )

El uso del Cuestionario Breve del Dolor (*BPI*) y el Cuestionario de Evaluación de Síntomas de Edmonton (*ESAS*) permite evaluar de forma objetiva el manejo del dolor en los pacientes oncológicos en cuidados paliativos.

## 6. METODOLOGÍA

### 6.1. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Se trata de un estudio descriptivo, longitudinal, prospectivo, observacional

### 6.2. METODOLOGÍA

1. Una vez aprobado por el Comité Local de Ética e Investigación, y contando con número de registro en la plataforma SIRELCIS, se realizó el presente estudio.
2. Se incluyeron pacientes oncológicos que asistieron a la consulta externa de Cuidados Paliativos del HGZ 1 IMSS OOAD Aguascalientes durante el periodo de mayo a agosto de 2025, que cumplieron con los criterios de inclusión, exclusión y eliminación establecidos.
3. Se solicitó al Jefe de Consulta Externa del HGZ 1 OOAD Aguascalientes la autorización e información sobre las agendas de las consultas de Cuidados Paliativos de primera vez.
4. Se recabaron los datos de los pacientes marcados en la agenda como “Primera vez” de la consulta externa de Cuidados Paliativos, para fines de identificación durante su estancia en la sala de espera.
5. Una vez identificado el paciente, se le explicó el estudio y se le solicitó firmar el consentimiento informado.
6. Si el paciente aceptó participar, se recabaron los datos para la Hoja de recolección de datos (Anexo A).
7. Se valoró si el paciente cumplía los criterios de inclusión para participar en el estudio.
8. Si el paciente cumplió con criterios de inclusión, y no cumplió con los de exclusión, se procedió a aplicar los instrumentos *BPI* (Anexo B) y *ESAS* (Anexo C).
9. Se recabaron los datos de la siguiente cita del paciente al final de su consulta.
10. Al llegar la fecha de la siguiente cita, el investigador identificó al paciente y corroboró su asistencia e identidad y aplicó los instrumentos *BPI* y *ESAS*.
11. En ese momento, finalizó la participación del paciente en el estudio.
12. Se reiteró que el participante cumplió con los criterios de inclusión y no presentó criterios de exclusión.

13. El investigador estuvo involucrado durante todo el proceso de recolección de información y acompañó al paciente con el fin de resolver dudas durante la aplicación de los instrumentos.
14. Se recabó la información en una base de datos desarrollada por el investigador. Cuando se confirmó la auto aplicación de los instrumentos a la totalidad de la muestra calculada, se recopilaron los datos en la base de datos, donde se mantuvo el anonimato de los participantes, asignando un número de folio para efectos de tratamiento de los datos y así salvaguardar la confidencialidad de los participantes.
15. Se calificaron y capturaron los resultados de los instrumentos BPI y ESAS en la base de datos.
16. Se eliminaron los instrumentos que no hayan sido respondidos en su totalidad o los pacientes que cumplieron algún criterio de eliminación.
17. Al contar con la base de datos, se aplicó el análisis estadístico.

### **6.3. UNIVERSO DE TRABAJO**

Lugar y tiempo donde se desarrollará el estudio. Hospital General de Zona 1 del IMSS OOAD Aguascalientes de enero a agosto de 2025.

### **6.4. UNIVERSO DE ESTUDIO**

Pacientes oncológicos que acudan al HGZ 1 OOAD Aguascalientes.

### **6.5. POBLACIÓN DE ESTUDIO**

Pacientes oncológicos en la consulta externa de Cuidados Paliativos del HGZ 1 IMSS OOAD Aguascalientes.

### **6.6. UNIDADES DE OBSERVACIÓN**

Pacientes oncológicos que acudan por primera vez a la consulta externa de Cuidados Paliativos del HGZ 1 IMSS OOAD Aguascalientes.

## **6.7. UNIDADES DE ANÁLISIS**

Pacientes oncológicos que acudan por primera vez a la consulta externa de Cuidados Paliativos del HGZ 1 IMSS OOAD Aguascalientes en 2 periodos de tiempo: en la primera consulta y segunda consulta.

## **6.8. UBICACIÓN ESPACIOTEMPORAL**

Lugar. Área de Consulta Externa del Hospital General de Zona 1 OOAD Aguascalientes.

Tiempo. Se realizó en un periodo de 3 meses de mayo a agosto de 2025.

## **6.9. TAMAÑO DE MUESTRA (PARA MUESTRA INFINITA)**

Para este estudio descriptivo la muestra necesaria fue de 138 pacientes con un intervalo de confianza de 95%. Con una proporción del 0.10, con una amplitud total de confianza de 0.10.

## **6.10. MUESTREO**

No probabilístico a conveniencia del investigador.

## **6.11. SELECCIÓN DE LOS SUJETOS A ESTUDIO**

### ***6.11.1. Criterios de inclusión***

- Pacientes que ingresaron por primera vez a consulta de cuidados paliativos y diagnóstico de cáncer.
- Edad  $\geq 18$  años.
- Pacientes con capacidad para comprender y hablar español.
- Calificación de dolor moderada o superior ( $\geq 4$ ) valorado por ENA.
- Pacientes que aceptaron participar en el estudio y firmaron el consentimiento informado.



**6.11.2. Criterios de exclusión**

- Haber presentado dolor no oncológico provocado por trauma o intervención quirúrgica durante las 3 semanas previas a la consulta de primera vez a cuidados paliativos.
- Discapacidad cognitiva.
- Manejo con tratamiento previo por algología.

**6.11.3. Criterios de eliminación**

- Pacientes que contestaron de forma inadecuada o incompleta el instrumento de evaluación.
- Pacientes que requirieron intervención quirúrgica durante el periodo de estudio.
- Pacientes que fallecieron durante el periodo de estudio.
- Pacientes que perdieron derechohabencia durante el periodo de estudio.

## 6.12. DEFINICIÓN OPERATIVA DE LAS VARIABLES

**Tabla 1. Definición Operativa de las Variables**

Nombre de variable	Definición conceptual	Definición operativa	Tipo de variable	Indicador
<b>Sexo</b>	Característica fenotípica que define a una persona como hombre o mujer	Característica fenotípica que define a una persona como hombre o mujer	Cuantitativa dicotómica	1.Hombre. 2. Mujer
<b>Edad</b>	Tiempo cronológico de vida	Tiempo de vida en años	Cuantitativa continua	Años
<b>Patología oncológica</b>	Es una enfermedad que se produce cuando un grupo de células normales del organismo evolucionan de forma anómala	Tipo de cáncer diagnosticado en el paciente.	Cualitativa politómica	1. Tumor maligno de las meninges, del encéfalo y de otras partes del SNC. 2. Tumor maligno del hígado y de las vías biliares intrahepáticas. 3. Tumor maligno del estómago. 4. Tumor maligno del cuello del útero. 5. Tumor maligno de la mama. 6. Tumor maligno de ovario. 7. Linfoma no Hodgkin. 8. Leucemia. 9. Otros: Próstata
<b>Adherencia terapéutica</b>	Grado en que el comportamiento de una persona toma medicamento, sigue un régimen alimentario y ejecuta cambios del modo de vida se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria.	Apego a indicaciones medicas expresadas en la receta por escrito y/ o verbal por el médico.	Cuantitativa Dicotómica	1=Si 2=No
<b>Intensidad del dolor posterior al tratamiento.</b>	Tipo de respuesta tiene el paciente a la administración de analgésicos	Respuesta del paciente sobre el nivel del dolor después de la intervención farmacológica.	Cuantitativa Dicotómica	1=Disminuyo. 2=No Disminuyo.

<b>Cuestionario ESAS</b>	Herramienta de evaluación para mejorar el seguimiento y Cuidado de los pacientes con cáncer	Puntaje obtenido en el cuestionario de evaluación de síntomas de Edmonton	Ordinal	1. Nada/nulo 2. Leve 1-3 3. Moderado 4-6 4. Severo 7-10
<b>Cuestionario BPI abreviado.</b>	Cuestionario que mide la intensidad del Dolor y el impacto del dolor en las actividades De la vida del paciente.	Puntaje obtenido en el cuestionario de <i>Brief Pain Inventory</i> abreviado.	Ordinal	1. Sin cambios 2. Disminución del 50% en cada ítem. 3. Aumento con respecto al basal.



## **6.13. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN**

### **6.13.1. Cuestionario Breve del Dolor (*Brief Pain Inventory, BPI*)**

Es un cuestionario autoadministrado y de fácil comprensión que contiene dos subescalas para evaluar el dolor del paciente: intensidad del dolor e interferencia relacionada con el dolor en la vida del paciente (actividad general, estado de ánimo, capacidad para caminar, trabajo normal, relaciones con otras personas, dormir y disfrutar de la vida). Hay dos versiones de este instrumento disponibles para su uso: el formulario completo (forma larga) con 32 preguntas y la versión reducida (forma corta) con 15 preguntas, para fines de esta investigación se empleará la versión reducida (Anexo B).

### **6.13.2. Interpretación**

Incluye 15 ítems organizados en: la subescala de Gravedad del dolor (cuatro ítems) miden la gravedad de la experiencia del dolor y se califican en una escala de calificación numérica de 11 puntos, del 0 (sin dolor) al 10 (el mayor dolor imaginable) y la subescala de Interferencia (siete ítems), evaluados en una escala tipo Likert que va de cero a 10; un ítem dicotómico para determinar la presencia de dolor; un ítem sobre la localización del dolor; y dos ítems sobre ingesta de medicamentos y efecto de alivio del dolor. Las puntuaciones más altas indican mayor gravedad e interferencia funcional.

### **6.13.3. Cuestionario de Evaluación de Síntomas de Edmonton (*Edmonton Symptom Assessment Scale, ESAS*).**

El Cuestionario *ESAS* evalúa de manera sistémica y eficiente 10 síntomas físicos y/o emocionales en pacientes oncológicos. Tiene la posibilidad de que se puede completar en aproximadamente 1 minuto y proporciona una perspectiva concisa pero integral y multidimensional de los síntomas que afectan la calidad de vida de los pacientes con cáncer. Es eficaz para la detección de síntomas y el seguimiento longitudinal para identificar las necesidades insatisfechas de los pacientes en materia de cuidados paliativos ambulatorios (Anexo 3). La *ESAS* ha demostrado utilidad para evaluar la calidad de vida y la carga de síntomas.

#### **6.13.4. Interpretación**

La ESAS es una escala numérica de 0 a 10 (0, ningún síntoma; 10, el peor posible) las puntuaciones se pueden agrupar en leves (0 a 3), moderadas (4 a 6) y graves (7 a 10). Para calificar la gravedad de los siguientes 10 síntomas individuales: dolor, fatiga, náuseas, depresión, ansiedad, somnolencia, disnea, trastornos del sueño, anorexia y bienestar.

#### **6.14. CONTROL DE SESGOS**

Se aplicó el instrumento Cuestionario Breve del Dolor (*Brief Pain Inventory, BPI*), el cual está validado con un alfa de Cronbach 0.89 y Cuestionario de Evaluación de Síntomas de Edmonton (*Edmonton Symptom Assessment Scale, ESAS*) para evaluar el control del dolor el cual está validado en México con un alfa de Cronbach 0.86.

#### **6.15. ANÁLISIS ESTADÍSTICO**

El análisis estadístico se llevó a cabo con el programa SPSS 22 de Windows. Para el análisis de los resultados se calcularon medidas de tendencia central y de dispersión, además de medidas de distribución de frecuencias. Se aplicó la prueba estadística Wilcoxon para medir el tamaño del efecto en la intensidad de dolor entre la primera y la segunda consulta de cuidados paliativos cuando no se tuvo distribución normal y T de Student cuando se tuvo distribución normal de los datos. Se eligieron estas prueba por ser no paramétrica, usarse entre muestras pareadas y ser adecuada para datos ordinales.

## 6.16. ASPECTOS ÉTICOS

El presente trabajo de investigación está bajo las consideraciones del Reglamento de la Ley General de Salud, que hace referencia a los aspectos éticos de la investigación en seres humanos, así como también bajo los criterios de la Norma Oficial de Investigación Científica (Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012) que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos.

Para garantizar la pertinencia ética de esta investigación, se parte del reconocimiento de los principios establecidos en el Código de Núremberg, la declaración de Helsinki y las diferentes declaraciones de la Asociación Médica Mundial, la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos, además de los principios establecidos en el Informe Belmont en materia de investigación en seres humanos.

Durante las diferentes etapas de diseño, implementación y comunicación de los resultados de esta investigación, prevaleció el criterio del respeto a la dignidad y protección de los derechos y bienestar de las personas que participan en la misma, como lo establece el Artículo 13 del Capítulo I, Título segundo del Reglamento de la Ley General de Salud, en Materia de Investigación para la Salud. Se considera que esta investigación fue realizada en un grupo que reúne las características de grupos subordinados, siendo una población de estudiantes en entornos hospitalarios, como lo establece el Reglamento de la Ley General de Salud, en Materia de Investigación para la Salud. Por lo que se implementaron las acciones necesarias para dar cumplimiento a lo establecido por la misma, y con el fin de salvaguardar su integridad. Considerando como riesgo de la investigación “a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio”, el presente proyecto se clasificó como estudio clase II, **con riesgo mínimo**. Si bien se realizó una intervención que no planteó modificar la conducta de los participantes, las preguntas contenidas en los instrumentos de evaluación, tenía la probabilidad de llegar a incidir en la esfera emocional de los participantes.

Tomando como fundamento al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación, y los lineamientos del Instituto Mexicano de Seguro Social para la investigación en salud, el documento contiene los siguientes datos:



Nombre completo con que fue registrado el proyecto en el comité local de investigación, número de registro, efectos adversos que pudieran presentarse, beneficios y obligaciones de los participantes, así como nombre completo y teléfonos del investigador principal, nombre completo del participante, así como de dos testigos (Anexo D).



## 7. RESULTADOS

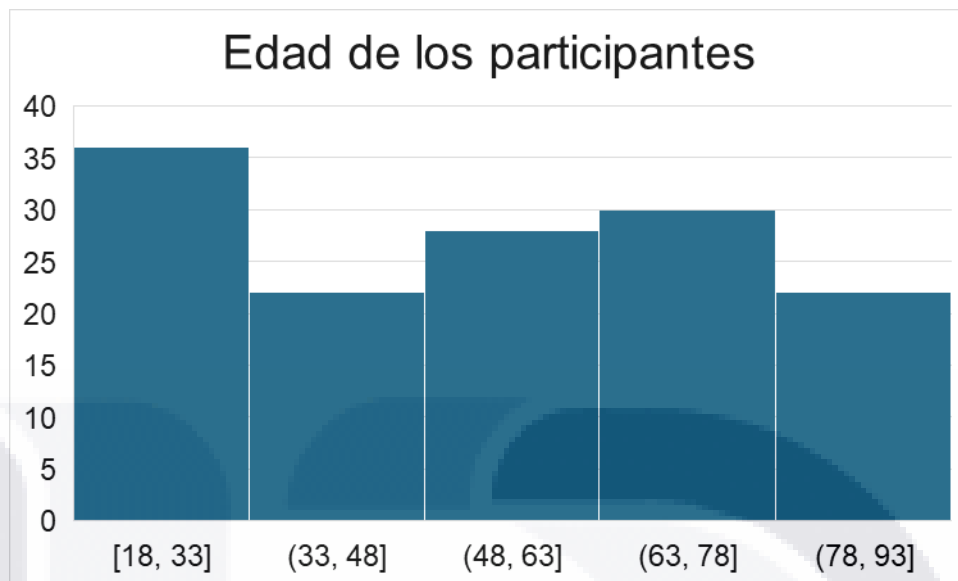
El objetivo general de este estudio fue evaluar el manejo del dolor en pacientes oncológicos de primera vez en la consulta de Cuidados Paliativos del H.G.Z. No.1 “Dr. José Luis Ávila Pardo”, para lo que se obtuvieron las respuestas de 168 pacientes y se listan a continuación de acuerdo con las variables de estudio.

De los 168 participantes de la muestra, se obtuvieron 70 hombres, equivalente al 51% de la muestra y 68 mujeres que corresponde al 49% (Figura 1).



**Figura 1.** Sexo de los pacientes de primera vez en la consulta de Cuidados Paliativos del H.G.Z. No.1 “Dr. José Luis Ávila Pardo”.

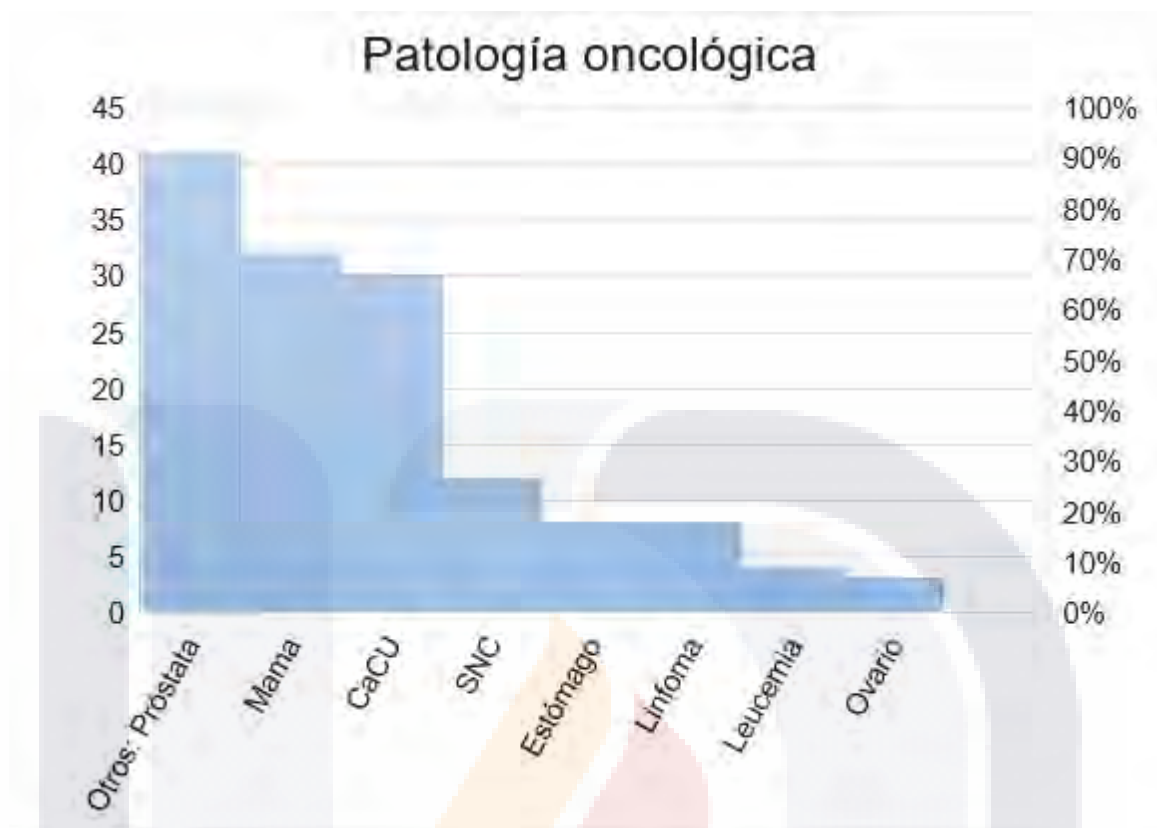
Obtuvimos una media de edad de 53.32 años, con una desviación estándar de 21.87. La edad mínima fue de 18 años y la máxima de 90 años. A continuación, se expresa la frecuencia de edad en un histograma (Figura 2).



**Figura 2.** Edad de los pacientes de primera vez en la consulta de Cuidados Paliativos del H.G.Z. No.1 “Dr. José Luis Ávila Pardo”.

### 7.1. 19.3 PATOLOGÍA ONCOLÓGICA

En cuanto a la frecuencia de patología oncológica que padece cada participante, reportamos los porcentajes de 30% (n=41) en el apartado de “otras” que para nuestro estudio fue de cáncer de próstata, 23% (n=32) cáncer de mama, el 22% (n=30) reportó cáncer cervicouterino (CaCU), 8% (n= 12) de sistema nervioso central (SNC), 6% (n= 8) era portador de cáncer de estómago, linfoma en 6% (n=8), leucemia en 3% (n=4), 2% (n=3) cáncer de ovario, y finalmente 0% (n=0) de los pacientes presentó cáncer de hígado y vías biliares como se observa en la Figura 3.



**Figura 3.** Patología oncológica de los pacientes de primera vez en la consulta de Cuidados Paliativos del H.G.Z. No.1 “Dr. José Luis Ávila Pardo”.

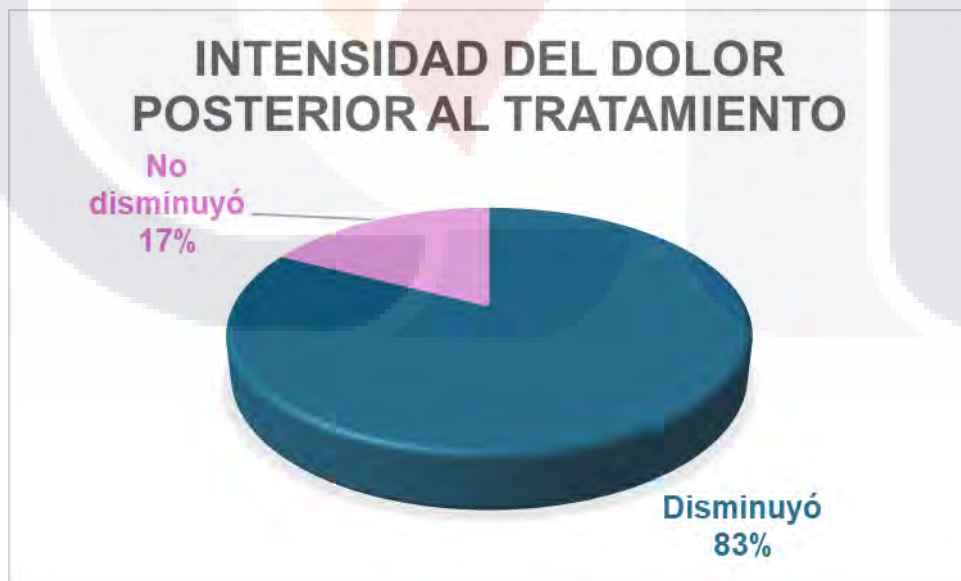
## 7.2. 19.4 ADHERENCIA TERAPÉUTICA

El grado de apego a indicaciones medicas reportada por los participantes de este estudio fue de 57% (n= 78) contra un 43% (n= 60) que reportó no apegarse de manera total al manejo indicado por el médico tratante (Figura 4).



**Figura 4.** Adherencia terapéutica de los pacientes de primera vez en la consulta de Cuidados Paliativos del H.G.Z. No.1 “Dr. José Luis Ávila Pardo”.

De acuerdo con lo reportado por los participantes, la intensidad del dolor disminuyó posterior al tratamiento en el 83% (n= 114) y 17% (n= 24) reportaron que no disminuyó el dolor después del tratamiento (Figura 5).



**Figura 5.** Intensidad de dolor posterior al tratamiento en los pacientes de primera vez en la consulta de Cuidados Paliativos del H.G.Z. No.1 “Dr. José Luis Ávila Pardo”.

Como objetivo específico, se planteó determinar la intensidad y la repercusión del dolor en las actividades de la vida diaria en pacientes oncológicos por la aplicación del BPI en la consulta de primera vez y posteriormente en la segunda consulta de los pacientes participantes con enfermedades oncológicas que acuden al servicio de Cuidados Paliativos, y comparar el impacto después de la intervención. Para lo que se calificó el BPI de los participantes de acuerdo con el procedimiento validado y se obtuvo el resultado del puntaje (Tabla 2). Se aplicó la prueba T de Student por ser muestras pareadas con distribución normal que se comprobó con la Prueba de Kolmogorov-Smirnov en la que se rechazó la hipótesis alterna y se aceptó la hipótesis nula por lo que los datos de las variables se comportan de manera normal ( $p < 0.05$ ).

La muestra evaluada reportó menores puntuaciones medias reportadas del BPI versión corta ( $M = 5.59$  vs.  $M = 4.81$ ,  $DE = 0.81$  vs.  $DE = 0.71$ ) posterior al inicio de atención en el servicio de Cuidados Paliativos ( $t_{(137)} = 33.29$ ,  $p < 0.001$ ) (Tabla 3).

**Tabla 2. Disminución del puntaje en los parámetros medidos por el Cuestionario Breve del Dolor (Brief Pain Inventory, BPI).**

<i>n</i> = 138					
Ítem	Control (Consulta de primera vez)		Intervención (Consulta subsecuente)		Valor <i>p</i> *
	Media	DE	Media	DE	
Intensidad máxima	6.86	2.040	5.86	2.040	<0.001
Intensidad mínima	5.88	1.635	4.94	1.373	<0.001
Intensidad media	5.36	1.812	4.59	1.536	<0.001
Dolor actual	4.68	1.780	3.74	1.424	<0.001
Alivio con tratamiento	40.36	18.140	52.61	23.500	<0.001
Interferencia con:					
Actividad general	5.68	2.839	4.72	2.356	<0.001
Estado de ánimo	5.43	2.979	4.46	2.443	<0.001
Capacidad de caminar	6.09	2.707	5.51	2.303	<0.001
Trabajo normal	5.54	2.716	5.04	2.291	<0.001
Relaciones	5.57	2.779	4.95	2.473	<0.001
Sueño	5.12	2.809	4.39	2.332	<0.001
Disfrutar la vida	5.33	2.965	4.63	2.614	<0.001

\*Prueba de rango de signo con Wilcoxon



**Tabla 3. Prueba T para el puntaje obtenido del instrumento BPI versión corta antes y después del inicio de Cuidados Paliativos en pacientes oncológicos del HGZ 1 OOAD Aguascalientes.**

Prueba T

[Conjunto\_de\_datos2]

Estadísticos de muestras relacionadas

		Media	N	Desviación típ.	Error típ. de la media
Par 1	BPIT0Res	5.5962	138	.81029	.06898
	BPIT1Res	4.8159	138	.71504	.06087

Correlaciones de muestras relacionadas

		N	Correlación	Sig.
Par 1	BPIT0Res y BPIT1Res	138	.942	.000

Prueba de muestras relacionadas

		Diferencias relacionadas				t	gl	Sig. (bilateral)	
		Media	Desviación típ.	Error típ. de la media	95% Intervalo de confianza para la diferencia				
					Inferior				Superior
Par 1	BPIT0Res - BPIT1Res	.78024	.27529	.02343	.73390	.82658	33.295	137	.000

Finalmente, para el segundo objetivo específico, se buscó demostrar mediante la aplicación del Cuestionario de Evaluación de Síntomas de Edmonton (*Edmonton Symptom Assessment Scale, ESAS*) la mejoría en el control del dolor y síntomas de los pacientes oncológicos después del inicio de los Cuidados Paliativos (Tabla 4). Por lo que posterior a su aplicación se procedió a su evaluación y cuantificación del resultado y obtuvimos que la muestra evaluada reportó menores puntuaciones del instrumento después de la intervención; es decir, disminuyó el resultado de la puntuación con respecto a la consulta de primera vez, en la segunda consulta en el servicio de Cuidados Paliativos (4.8 vs. 3.1) ( $p < 0.001$ ) (Figura 6) con lo que se demostró disminución en el dolor, náuseas, insomnio, ansiedad y agotamiento de los pacientes de la muestra, así como un aumento en la sensación de bienestar y calidad de vida.

**Tabla 4. Reducción de síntomas según el ESAS y resultado de la prueba de Chi cuadrada de Pearson (X<sup>2</sup>) al comparar el dolor y otros síntomas entre la primera y segunda visita a cuidados paliativos (n=138).**

Síntoma	Primera visita		Visita subsecuente		X <sup>2</sup>	p(bilateral)
	Media	EE	Media	EE		
Dolor	6.68	.144	5.68	.144	690	<0.001
Agotamiento	5.41	.231	4.32	.180	828	<0.001
Somnolencia	4.62	.147	3.77	.129	552	<0.001
Náuseas	2.52	.146	.15	.031	138	<0.001
Apetito	5.34	.257	3.80	.183	966	<0.001
Respiración	1.29	.097	1.29	.097	414	<0.001
Desánimo	5.10	.284	2.88	.157	828	<0.001
Nerviosismo	7.04	.173	2.84	.073	276	<0.001
Sueño	3.93	.118	3.14	.097	414	<0.001
Bienestar	5.84	.142	3.54	.093	414	<0.001

EE error estándar de la media. \*Significancia de p<0.05

# Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon

Rangos				
		N	Rango promedio	Suma de rangos
ESAST1Res - ESAST0Res	Rangos negativos	138 <sup>a</sup>	69.50	9591.00
	Rangos positivos	0 <sup>b</sup>	.00	.00
	Empates	0 <sup>c</sup>		
	Total	138		

a. ESAST1Res < ESAST0Res

b. ESAST1Res > ESAST0Res

c. ESAST1Res = ESAST0Res

## Estadísticos de contraste<sup>a</sup>

	ESAST1Res - ESAST0Res
Z	-10.192 <sup>b</sup>
Sig. asintót. (bilateral)	.000

a. Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon

b. Basado en los rangos positivos.

**Figura 6.** Prueba de Wilcoxon para el puntaje obtenido del instrumento ESAS antes y después del inicio de Cuidados Paliativos en pacientes oncológicos del HGZ 1 OOAD Aguascalientes.

Observamos cambios en el porcentaje de reducción de acuerdo con la localización del cáncer, siendo la mayor reducción en la leucemia en un 11% ( $t= 18.149$ ,  $p<0.001$ ) (Tabla 5). En cuanto al tipo de tratamiento recibido antes y después de la primera consulta de cuidados paliativos, encontramos que el mayor cambio se dio cuando los pacientes no recibían tratamiento antes de su referencia a CP y el menor cambio en los pacientes que ya recibían opioides y adyuvantes antes de su primera consulta en CP (Tabla 6).

**Tabla 5. Reducción del dolor asociado a la localización del cáncer y resultados de la prueba de t de Student al comparar la reducción el dolor por localización del cáncer entre la primera y segunda visita a cuidados paliativos (n=138).**

Localización del cáncer	n	Media	%	DE	T	p
SNC	12	.6942	6.9%	.19468	12.376	.000
Estómago	8	.8888	8.9%	.26210	9.589	.000
CaCU	30	.7050	7.1%	.28611	13.453	.000
Mama	32	.7941	7.9%	.25013	17.977	.000
Ovario	3	.7133	7.1%	.53407	2.315	.147
Linfoma	7	.9438	9.4%	.31609	8.452	.000
Leucemia	4	1.0950	11.0%	.11902	18.149	.000
Próstata	41	.7715	7.7%	.26805	18.441	.000

n=número, % porcentaje de reducción de puntaje del Brief Pain Inventory.

**Tabla 6. Reducción del dolor de acuerdo con el tipo de tratamiento recibido antes y después de la primera consulta de Cuidados paliativos (n=138).**

Reducción del dolor	T1	T2	T3	T4
Media	-.7264	.2424	.2938	.2968
DE	1.60699	.48877	.80395	.63356
T	-2.392	1.488	2.584	2.522
P	0.024	0.175	0.013	0.018

T1=Consumo de opioides más adyuvantes, T2=Sólo consumo de opioides, T3= Sólo consumo de adyuvantes, T4= Ningún consumo de medicamentos.

En conjunto, los análisis estadísticos evidencian que la intervención temprana en Cuidados Paliativos se asocia con una mejoría significativa en la intensidad del dolor y en el control de síntomas en pacientes oncológicos de primera vez.



## 8. DISCUSIÓN

El cáncer es una enfermedad que produce complicaciones y efectos adversos tanto por la convalecencia como por el tratamiento. Entre estos se encuentra principalmente el dolor, síntomas gastrointestinales, fatiga, desórdenes emocionales como ansiedad y depresión desde etapas tempranas. Esta situación está asociada a la cronicidad de la enfermedad y se ve empeorada por la falta de red de apoyo social, dificultades financieras y deterioro físico y cognitivo. Por estos factores, los cuidados paliativos (CP) juegan un papel importante en el manejo de pacientes con patología oncológica. Una de las prioridades de los CP, es contar con evaluación sobre el efecto de las intervenciones de esta especialidad en el paciente, con el fin de conocer las necesidades de recursos y potenciales mejoras para la atención de la población que padece enfermedades oncológicas en sus distintas etapas (50).

Dos instrumentos validados y sencillos de auto aplicar para evaluar los síntomas antes y después de las intervenciones de CP son el BPI versión corta y el ESAS, actualmente son de los más comúnmente usados a nivel mundial. Varios estudios han demostrado disminución de los síntomas documentada por el resultado del BPI tan pronto como en 72 horas, haciendo notar el beneficio que representa su aplicación de manera sistemática y rutinaria en los servicios de CP. Esto implica un cambio en la perspectiva del manejo como sólo del control de la enfermedad al manejo de síntomas y mejoramiento de la calidad de vida. La evaluación de las intervenciones de CP usando modelos conceptuales enfocados a la condición específica del paciente son los resultados más relevantes que se pueden reportar para el tratamiento de pacientes que requieren CP. Considerando que los 5 síntomas que más de la mitad de los pacientes con cáncer incurable padecen son fatiga, dolor, falta de energía, debilidad y pérdida de apetito, tanto el BPI como el ESAS los incluyen dentro de sus reactivos, por lo que hace una herramienta de evaluación importante y conveniente para los clínicos como apoyo en la toma de decisiones terapéuticas tomando en cuenta el bienestar del paciente. Estos instrumentos han sido poco estudiados en pacientes con cáncer avanzado con requerimiento de CP y de ahí la importancia de nuestro estudio. En la literatura se han analizado estos instrumentos y coinciden con el tipo de población presente en nuestro estudio tanto en edad y predominio de hombres, además de tratarse de población de habla hispana (51).

Por otro lado, la importancia de continuar validando los instrumentos para evaluar dolor y calidad de vida en pacientes con cáncer es porque actualmente no existe consenso en la

validez de los reactivos enfocados en síntomas que incluye cada instrumento. Por ejemplo, el BPI cuenta con validez para intensidad de dolor, por lo que, aunado a lo sencillo de su aplicación, se puede implementar en nuestro medio. En este punto también es importante mencionar la correlación que existe entre los resultados de un instrumento y otro, lo que en nuestro estudio pudimos observar valores más altos en el cuestionario ESAS contra los valores reportados en el BPI; sin embargo, en este caso no se deben considerar iguales, sino complementarios, puesto que se incluyen diferentes síntomas además del dolor y nos permite evaluar qué tan intenso lo presenta el paciente y si la intervención que realizamos produce mejoría en el estado clínico del mismo. La correlación que se puede presentar entre variables es dependiente del rango de medida y variabilidad entre sujetos, y se puede considerar un índice del contenido de información de dicha medida, aunque en el contexto de comparación entre dos métodos de evaluación este enfoque le puede restar validez. Ante este escenario, otros estudios han concluido que la combinación de dimensiones entre instrumentos puede llevar a un instrumento más sencillo con el objetivo de reducir la variabilidad de herramientas de evaluación de dolor multidimensionales (51), resaltando la importancia de establecer la combinación de los instrumentos que pueda lograr este objetivo como lo hicimos en nuestro estudio obteniendo resultados que podemos sistematizar en nuestro medio.

La evaluación de la herramienta ideal para evaluar el efecto de las intervenciones de CP en el dolor y síntomas en pacientes con cáncer es un proceso continuo y dinámico, por lo que este y futuros estudios son necesarios para llegar a la mejor herramienta de evaluación posible (52).

Por otro lado, la ventaja de los resultados reportados por el paciente se ha señalado como indicador de mejora en los servicios de salud, mejora en los síntomas y en la supervivencia, razón por la que en nuestro estudio utilizamos instrumentos autoaplicados. En este punto, nosotros encontramos resultados consistentes, observamos la facilidad de la aplicación del instrumento en un segundo tiempo, coincidiendo con el estudio de Ripamonti en el que validaron la escala ESAS en su población italiana, compuesta por pacientes con cánceres sólidos y hematológicos, en una población de edad media similar a la nuestra (62.6 vs. 53.32 años) y cuyo propósito es sentar bases para desarrollar escalas más avanzadas en las que se evalúe también el aspecto psicométrico y mover la investigación hacia un manejo totalmente personalizado del cáncer (53).



En cuanto a la adherencia al tratamiento, está establecido que es crítico para maximizar la supervivencia en pacientes con diagnóstico de cáncer. En nuestro estudio encontramos una adherencia terapéutica del 57%, en comparación con un estudio Canadiense, en la que se reporta que 8 de cada 10 pacientes se les administra el instrumento ESAS como autoaplicado y reportan adherencia al tratamiento. El escala de ESAS está bien establecida en cuanto a los síntomas, aunque se ha criticado que pudiera no resultar lo suficientemente específica en algunos tipos de cáncer, como en los tumores de cabeza y cuello, en los que haría falta poder evaluar dificultades para hablar y tragar, por lo que se reitera que la combinación de instrumentos es la más conveniente para la mejor evaluación de esta población (54).

En este estudio, se cumplieron los objetivos de evaluar el manejo del dolor en pacientes oncológicos de primera vez en la consulta de Cuidados Paliativos del H.G.Z. No.1 “Dr. José Luis Ávila Pardo” por medio de los instrumentos BPI versión corta y ESAS, además, pudimos demostrar que al aplicar estos instrumentos antes y después de la primera consulta de CP en nuestro centro, los pacientes reportan un menor puntaje, traducido en disminución del dolor y los síntomas, y resaltando la utilidad de los instrumentos en la evaluación de los servicios de CP, lo que coincide con el estudio de Hirayama y colaboradores en la que demostraron que el ingreso de los pacientes a CP, con una población de 318 participantes en los que el 86% era portador de cáncer, encontraron un 60% de mejora en 12 síntomas en condiciones severas y que fue evaluado por instrumentos reportados por el paciente, es decir, autoaplicados, como se realizó en este trabajo (55).

## 9. CONCLUSIONES

1. Se evaluó el manejo del dolor en pacientes oncológicos de primera vez en la consulta de Cuidados Paliativos del H.G.Z. No.1 “Dr. José Luis Ávila Pardo” por medio de instrumentos reportados por el paciente.
2. En los pacientes oncológicos de primera vez en la consulta de CP del H.G.Z. No.1 “Dr. José Luis Ávila Pardo” se encontró adherencia terapéutica en el 57%.
3. En el 83% de los pacientes oncológicos de primera vez en la consulta de CP del H.G.Z. No.1 “Dr. José Luis Ávila Pardo” disminuyó el dolor posterior a su atención.
4. Se obtuvo una disminución en el dolor y mejoría de las actividades de la vida diaria de los pacientes oncológicos después de su primera consulta en el servicio de CP medida por el instrumento reportado por el paciente BPI versión corta con una diferencia estadísticamente significativa.
5. Se obtuvo una disminución en el dolor y mejoría de las actividades de la vida diaria de los pacientes oncológicos después de su primera consulta en el servicio de CP medida por el instrumento reportado por el paciente ESAS con una diferencia estadísticamente significativa.

## 10. GLOSARIO

**Cuidados paliativos.** Enfoque que mejora la calidad de vida de los pacientes y sus familias que enfrentan los problemas asociados con enfermedades potencialmente mortales, a través de la prevención y el alivio del sufrimiento mediante la identificación temprana y la evaluación y el tratamiento del dolor y otros problemas físicos, psicosociales y espirituales

**Dolor.** Experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada a una lesión tisular real o potencial.

**Dolor oncológico.** Dolor que puede ser causado o relacionado con cambios celulares, tisulares y sistémicos que ocurren durante el crecimiento de neoplasia, invasión de tejido y metástasis.

**Enfermedad oncológica.** Es aquella que afecta al ciclo vital de las células del organismo y produce un crecimiento y división celular anormales, además de la capacidad que adquieren estas células para invadir y contaminar órganos y tejidos.

## 11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Soto-Perez-de-Celis E, Chavarri-Guerra Y, Pastrana T, Ruiz-Mendoza R, Bukowski A, Goss PE. End-of-Life Care in Latin America. *J Glob Oncol.* junio de 2017;3(3):261–70.
2. Lopes-Júnior LC, Rosa GS, Pessanha RM, Schuab SIP de C, Nunes KZ, Amorim MHC. Efficacy of the complementary therapies in the management of cancer pain in palliative care: A systematic review. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2020;28.
3. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Defunciones Generales México. México: <https://www.inegi.org.mx/rnm/index.php/catalog/822>; 2021.
4. Khatooni M. Cancer Pain. *Prof Case Manag.* noviembre de 2021;26(6):275–85.
5. Bennett MI. Mechanism-based cancer-pain therapy. *Pain.* el 31 de abril de 2017;158(1):S74–8.
6. Cleary JF. Restoring balance to cancer pain management. *Cancer.* el 15 de febrero de 2020;126(4):697–700.
7. Badia X, Muriel C, Gracia A, Manuel Núñez-Olarte J, Perulero N, Gálvez R, et al. Validación española del cuestionario Brief Pain Inventory en pacientes con dolor de causa neoplásica. *Med Clin (Barc).* enero de 2003;120(2):52–9.
8. Bükki J, Scherbel J, Stiel S, Klein C, Meidenbauer N, Ostgathe C. Palliative care needs, symptoms, and treatment intensity along the disease trajectory in medical oncology outpatients: a retrospective chart review. *Supportive Care in Cancer.* el 24 de junio de 2013;21(6):1743–50.
9. Lau J, Flamer D, Murphy-Kane P. Interventional anesthesia and palliative care collaboration to manage cancer pain: a narrative review. *Canadian Journal of Anesthesia/Journal canadien d'anesthésie.* el 30 de febrero de 2020;67(2):235–46.
10. Allende-Pérez S, Verástegui-Avilés E, Mohar-Betancourt A, Herrera-Gómez A. Integrated oncology and palliative care: five years experience at the National Cancer Institute of Mexico. *Salud Publica Mex.* marzo de 2016;58(2):317–24.

11. Bonafé FSS, de Campos LA, Marôco J, Campos JADB. Brief Pain Inventory: A proposal to extend its clinical application. *European Journal of Pain*. el 18 de marzo de 2019;23(3):565–76.
12. Domínguez-Cruz M. Consideraciones éticas para el cuidado de pacientes con dolor por cáncer en la comunidad. *Rev Cubana Med Gen Integr*. 2019;35(4):e1106.
13. Lincoln SB, Soto-Perez-de-Celis E, Chavarri-Guerra Y, Covarrubias-Gomez A, Navarro M, Goss PE. Cancer pain management in Mexico. *BMJ Support Palliat Care*. julio de 2022;12(e2):e271–6.
14. Andersson V, Bergman S, Henoch I, Simonsson H, Ahlberg K. Benefits of using the Brief Pain Inventory in patients with cancer pain: an intervention study conducted in Swedish hospitals. *Supportive Care in Cancer*. el 10 de agosto de 2020;28(8):3721–9.
15. Hui D, Abdelghani E, Chen J, Dibaj S, Zhukovsky D, Dev R, et al. Chronic Non-Malignant Pain in Patients with Cancer Seen at a Timely Outpatient Palliative Care Clinic. *Cancers (Basel)*. el 15 de enero de 2020;12(1):214.
16. Lee G, Kim HS, Lee SW, Park YR, Kim EH, Lee B, et al. Pre-screening of patient-reported symptoms using the Edmonton Symptom Assessment System in outpatient palliative cancer care. *Eur J Cancer Care (Engl)*. el 5 de noviembre de 2020;29(6).
17. Ben-Arye E, Elly D, Samuels N, Gressel O, Shulman K, Schiff E, et al. Effects of a patient-tailored integrative oncology intervention in the relief of pain in palliative and supportive cancer care. *J Cancer Res Clin Oncol*. el 12 de agosto de 2021;147(8):2361–72.
18. Wong A, Tayjasanant S, Rodriguez-Nunez A, Park M, Liu D, Zapata KP, et al. Edmonton Symptom Assessment Scale Time Duration of Self-Completion Versus Assisted Completion in Patients with Advanced Cancer: A Randomized Comparison. *Oncologist*. el 1 de febrero de 2021;26(2):165–71.
19. Belayneh M, Fainsinger R, Nikolaichuk C, Muller V, Bouchard S, Downar J, et al. Edmonton Classification System for Cancer Pain: Comparison of Pain Classification Features and Pain Intensity across Diverse Palliative Care Settings in Canada. *J Palliat Med*. el 1 de marzo de 2023;26(3):366–75.

20. Traldi Macedo L, Gomes Bastos Fernandes L, Palmeira HM, Souza Tanios B, Gaspar KC, Lima CSP. Assessment of symptom intensity and psychological well-being of patients with advanced cancer undergoing palliative care in a Brazilian public hospital: A cross-sectional study. *Palliat Support Care*. el 3 de agosto de 2023;21(4):651–7.
21. Gulati RR. The Challenge of Cancer Pain Assessment. *Ulster Med J*. enero de 2021;90(1):37–40.
22. Al-Ghabeesh SH, Bashayreh IH, Saifan AR, Rayan A, Alshraifeen AA. Barriers to Effective Pain Management in Cancer Patients From the Perspective of Patients and Family Caregivers: A Qualitative Study. *Pain Management Nursing*. junio de 2020;21(3):238–44.
23. Paice JA, Erickson-Hurt C, Ferrell B, Coyle N, Coyne PJ, Long CO, et al. Providing Pain and Palliative Care Education Internationally. *J Support Oncol*. julio de 2011;9(4):129–33.
24. Jackson LK, Imam SN, Braun UK. Opioids in Cancer Pain: Right or Privilege? *J Oncol Pract*. septiembre de 2017;13(9):e809–14.
25. Bausewein C, Simon ST, Pralong A, Radbruch L, Nauck F, Voltz R. Palliative Care of Adult Patients With Cancer. *Dtsch Arztebl Int*. el 11 de diciembre de 2015;
26. Are M, McIntyre A, Reddy S. Global disparities in cancer pain management and palliative care. *J Surg Oncol*. el 23 de abril de 2017;115(5):637–41.
27. Fumić Dunkić L. Palliative Treatment of Intractable Cancer Pain. *Acta Clin Croat*. 2022;
28. Rantanen P, Chochinov HM, Emanuel LL, Handzo G, Wilkie DJ, Yao Y, et al. Existential Quality of Life and Associated Factors in Cancer Patients Receiving Palliative Care. *J Pain Symptom Manage*. enero de 2022;63(1):61–70.
29. Scarborough BM, Smith CB. Optimal pain management for patients with cancer in the modern era. *CA Cancer J Clin*. el 30 de mayo de 2018;68(3):182–96.
30. Chopitea A, Noguera A, Centeno C. Algunos instrumentos de evaluación utilizados en cuidados paliativos (II): el cuestionario breve de dolor (Brief Pain Inventory, BPI). *Med Pal*. 2006;13:37–42.



31. Hui D, Bruera E. The Edmonton Symptom Assessment System 25 Years Later: Past, Present, and Future Developments. *J Pain Symptom Manage.* marzo de 2017;53(3):630–43.
32. Carvajal Valcárcel A, Martínez García M, Centeno Cortés C. Versión española del Edmonton Symptom Assessment Sytem (ESAS): un instrumento de referencia para la valoración sintomática del paciente con cáncer avanzado. *Medicina Paliativa.* octubre de 2013;20(4):143–9.
33. Gómez Penedo JM, Rubel JA, Blättler L, Schmidt SJ, Stewart J, Egloff N, et al. The Complex Interplay of Pain, Depression, and Anxiety Symptoms in Patients With Chronic Pain. *Clin J Pain.* abril de 2020;36(4):249–59.
34. Pereira MG, Carvalho C, Costa EC V., Leite Â, Almeida V. Quality of life in chronic pain patients: Illness- and wellness-focused coping as moderators. *Psych J.* el 30 de abril de 2021;10(2):283–94.
35. Instituto Mexicano del Seguro Social. Cuidados paliativos en pacientes adultos. Guía de Evidencias y Recomendaciones: Guía de Práctica Clínica. México, IMSS; 2017. Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica: IMSS-440-11 México; 2017.
36. Milton L, Behroozian T, Coburn N, Trudeau M, Razvi Y, McKenzie E, et al. Prediction of breast cancer–related outcomes with the Edmonton Symptom Assessment Scale: A literature review. *Supportive Care in Cancer.* el 11 de febrero de 2021;29(2):595–603.
37. Ferlay J, Ervik M, Lam F, Laversanne M, Colombet M, Mery L, et al. <https://gco.iarc.who.int/today>, accessed [DD Month YYYY]. 2024. Global Cancer Observatory: Cancer Today. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer.
38. Pergolizzi J, LeQuang JAK, Wagner M, Varrassi G. Challenges in Palliative Care in Latin America: A Narrative Review. *Cureus.* el 20 de mayo de 2024;
39. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Estadísticas de Defunciones Registradas (EDR). INEGI 2023.
40. IQVIA Institute for Human Data Science. Global Oncology Trends 2024: Outlook to 2028. [www.iqviainstitute.org](http://www.iqviainstitute.org); may, 2024.

41. Cuellar-Guzmán L, Ferretiz-López G. Analgesia perioperatoria en el paciente oncológico con uso crónico de opioides. *Rev mex anestesiología*. 2019;42(3):187–90.
42. World Health Organization. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. 2018. WHO guidelines for the pharmacological and radiotherapeutic management of cancer pain in adults and adolescents. Geneva: World Health Organization.
43. Snijders R, Brom L, Theunissen M, van den Beuken-van Everdingen M. Update on Prevalence of Pain in Patients with Cancer 2022: A Systematic Literature Review and Meta-Analysis. *Cancers (Basel)*. el 18 de enero de 2023;15(3):591.
44. Pergolizzi J V., Taylor R, LeQuang JA, Lara A, Ortiz AH, Iban MAR. Pain Control in Latin America: The Optimized Role of Buprenorphine in the Treatment of Cancer and Noncancer Pain. *Pain Ther*. el 17 de diciembre de 2019;8(2):187–201.
45. Lincoln SB, Soto-Perez-de-Celis E, Chavarri-Guerra Y, Covarrubias-Gomez A, Navarro M, Goss PE. Cancer pain management in Mexico. *BMJ Support Palliat Care*. julio de 2022;12(e2):e271–6.
46. Comunicación Social. Instituto Mexicano del Seguro Social. Atiende Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos más de 9 mil pacientes al año. <https://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/202311/571>. el 15 de noviembre de 2023;
47. Comunicación Social. Instituto Mexicano del Seguro Social. Atención paliativa y manejo del dolor. <https://www.gob.mx/imss/articulos/atencion-paliativa-y-manejo-del-dolor>. el 29 de julio de 2024;
48. Rodríguez-Aguilar R, Marmolejo-Saucedo JA, Tavera-Martínez S. Financial risk of increasing the follow-up period of breast cancer treatment currently covered by the Social Protection System in Health in México. *Cost Effectiveness and Resource Allocation*. el 8 de diciembre de 2018;16(1):9.
49. Silvia AP, Adriana PN, Laura GG, Edith MC, Emma VA. Reality, Delays, and Challenges within Pain Prevalence and Treatment in Palliative Care Patients: A Survey of First-Time Patients at the National Cancer Institute in Mexico. *J Palliat Care*. el 5 de julio de 2021;36(3):181–7.

50. Liu W, Liu J, Ma L, Chen J. Effect of mindfulness yoga on anxiety and depression in early breast cancer patients received adjuvant chemotherapy: a randomized clinical trial. *J Cancer Res Clin Oncol.* el 5 de septiembre de 2022;148(9):2549–60.
51. Pelayo-Alvarez M, Perez-Hoyos S, Agra-Varela Y. Reliability and Concurrent Validity of the Palliative Outcome Scale, the Rotterdam Symptom Checklist, and the Brief Pain Inventory. *J Palliat Med.* agosto de 2013;16(8):867–74.
52. Hjerstad M, Gibbins J, Haugen D, Caraceni A, Loge J, Kaasa S. Pain assessment tools in palliative care: an urgent need for consensus. *Palliat Med.* el 6 de diciembre de 2008;22(8):895–903.
53. Ripamonti C, Leporati R, De Feo G, Di Pede P, Toffolatti L, Guglielmo M, et al. Italian version of the Edmonton Symptom Assessment System (ESAS)–Total Care (TC): development and psychometric validation in patients undergoing cancer treatment or follow-up. *Supportive Care in Cancer.* el 8 de marzo de 2022;30(3):1923–33.
54. Noel CW, Forner D, Chepeha DB, Baran E, Chan KKW, Parmar A, et al. The Edmonton Symptom Assessment System: A narrative review of a standardized symptom assessment tool in head and neck oncology. *Oral Oncol.* diciembre de 2021;123:105595.
55. Hirayama H, Satomi E, Kizawa Y, Miyazaki M, Tagami K, Sekine R, et al. The effect of palliative care team intervention and symptom improvement using patient-reported outcomes: a multicenter prospective observational study. *Supportive Care in Cancer.* el 3 de julio de 2023;31(7):439.



# **EVALUACIÓN DEL MANEJO DEL DOLOR EN PACIENTES ONCOLÓGICOS DE PRIMERA VEZ EN LA CONSULTA DE CUIDADOS PALIATIVOS DEL H.G.Z. NO.1 “DR. JOSÉ LUIS ÁVILA PARDO”**

Hoja de Recolección de Datos.

**Ficha de Identificación.**

**Fecha:** \_\_\_\_\_

**Nombre de participante:** \_\_\_\_\_

**Expediente:** \_\_\_\_\_

<b>Edad</b>	Años			
<b>Sexo</b>	1. Hombre		2. Mujer	
<b>Patología oncológica</b>	1. Tumor maligno de las meninges, del encéfalo y de otras partes del SNC.	2. Tumor maligno del hígado y de las vías biliares intrahepáticas.	3. Tumor maligno del estómago.	4. Tumor maligno del cuello del útero.
	5. Tumor maligno de la mama.	6. Tumor maligno de ovario.	7. Linfoma no Hodgkin.	8. Leucemia.
	9. Otros.			
	<b>Especifique:</b>			
<b>Adherencia terapéutica</b>	1. Si		2. No	
<b>Cuestionario de Evaluación de Síntomas de Edmonton (Edmonton Symptom Assessment Scale; ESAS)</b>	1. Nada/nulo	2. Leve 1-3	3. Moderado 4-6	4. Severo 7-10
<b>Primera Consulta.</b>				
<b>Segunda Consulta.</b>				
<b>Cuestionario Breve del Dolor (Brief Pain Inventory; BPI)</b>	1. Sin cambios		2. Disminución del 50% en cada ítem.	
	3. Aumento con respecto al basal.			
<b>Primera Consulta.</b>				
<b>Segunda Consulta.</b>				
<b>Intensidad del dolor posterior al tratamiento.</b>	1=Disminuyo.		2=No Disminuyo.	

Nombre y firma de quien realiza la recolección de datos:

Elaborado por el investigador.

## ANEXO B. CUESTIONARIO BREVE DEL DOLOR (BRIEF PAIN INVENTORY; BPI).

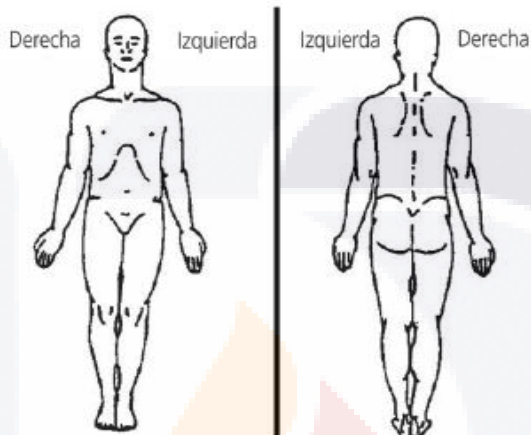
### Cuestionario Breve del Dolor (Brief Pain Inventory) Edición corta. Primera Parte

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

1. Si

2. No

2. Indique en el dibujo las zonas donde siente dolor, sombreando la parte afectada. Marque con una "X" la zona que mas le duela.



3. Por favor evalúe su dolor rodeando con un círculo el número que mejor describe la intensidad máxima de su dolor en la última semana.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
Ningun Dolor El peor dolor imaginable

4. Por favor, evalúe su dolor rodeando con un círculo el número que mejor describe la intensidad mínima de su dolor en la última

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
Ningun Dolor El peor dolor imaginable

5. Por favor, evalúe su dolor rodeando con un círculo el número que mejor describe la intensidad media de su dolor.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
Ningun Dolor El peor dolor imaginable

6. Por favor, evalúe su dolor rodeando con un círculo el número que mejor describe la intensidad de su dolor ahora mismo.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
Ningun Dolor El peor dolor imaginable

*Adaptado de:* Chopitea A, Noguera A, Centeno C. Algunos instrumentos de evaluación utilizados en cuidados paliativos (II): el cuestionario breve de dolor (Brief Pain Inventory, BPI). Med Pal. 2006;13:37-42.



## ANEXO C. CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DE SÍNTOMAS DE EDMONTON (Edmonton Symptom Assessment Scale, ESAS).

### Cuestionario de Evaluación de Síntomas de Edmonton (Edmonton Symptom Assessment Scale; ESAS) , versión revisada ESAS-r (es)

Por favor, marque el número que describa mejor como se siente AHORA:

Nada de dolor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	El peor dolor que se pueda imaginar
Nada agotado (cansancio, debilidad)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Lo más agotado que se pueda imaginar
Nada somnoliento (adormilado)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Lo más somnoliento que se pueda imaginar
Sin náuseas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Las peores náuseas que se pueda imaginar
Ninguna pérdida de apetito	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	El peor apetito que se pueda imaginar
Ninguna dificultad para respirar	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	La mayor dificultad para respirar que se pueda imaginar
Nada desanimado	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Lo más desanimado que se pueda imaginar
Nada nervioso (intranquilidad, ansiedad)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Lo más nervioso que se pueda imaginar
Duermo perfectamente	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	La mayor dificultad para dormir que se pueda imaginar
Sentirse perfectamente (sensación de bienestar)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Sentirse lo peor que se pueda imaginar
Nada _____ Otro problema (por ej; sequedad de boca)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Lo peor posible

*Adaptado de:* Valcárcel, Ana Carvajal; García, Marina Martínez; Cortés, Carlos Centeno. Versión española del Edmonton Symptom Assessment Sytem (ESAS): un instrumento de referencia para la valoración sintomática del paciente con cáncer avanzado. Medicina Paliativa, 2013, vol. 20, no 4, p. 143-149.



ANEXO D. CONSENTIMIENTO INFORMADO

 <p align="center"> <b>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL</b>  <b>UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN</b>  <b>Y POLITICAS DE SALUD</b>  <b>COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD</b>  <b>CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA</b>  <b>PARTICIPACIÓN</b>  <b>EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN (ADULTOS)</b> </p>	
Número de registro institucional:	En trámite.
Nombre del estudio:	<b>EVALUACIÓN DEL MANEJO DEL DOLOR EN PACIENTES ONCOLÓGICOS DE PRIMERA VEZ EN LA CONSULTA DE CUIDADOS PALIATIVOS DEL H.G.Z. NO.1 “DR. JOSÉ LUIS ÁVILA PARDO”</b>
Lugar y fecha:	Hospital General de Zona No. 1 Av. José María Chávez 1202, Col. Lindavista, Aguascalientes, C.P. 20270. 26 de abril de 2024
Justificación objetivo y del estudio:	Con la investigación realizada de este trabajo se podrá identificar cuales pacientes son aquellos que reciben atención en cuidados paliativos y la importancia del manejo del dolor en este tipo de pacientes. Se evaluará la presencia y características del dolor en los pacientes con patología oncológica (cáncer) que se presenten en la consulta de cuidados paliativos del H.G.Z. No.1 “Dr. José Luis Ávila Pardo” IMSS por primera vez y en la consulta subsecuentes la evolución del dolor posterior al tratamiento inicial. De esta forma en un futuro se podrán crear estrategias para pacientes oncológicos en cuidados paliativos.
Procedimientos y duración de la investigación:	Se me ha informado que se me realizará un cuestionario donde se recabaran datos personales, además de contestar dos cuestionarios que se realizaran en mi consulta de primera vez y la consulta subsecuente. Duración del estudio 4 meses.
Riesgos molestias:	Ninguno asociado a recabar los datos mencionados en el protocolo. Puede presentar efectos adversos asociados al tratamiento para el dolor asignado por el medico adscrito encargado de su atención en la consulta, el tratamiento de los mismos se hará a criterio del mismo médico.
Beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Se podrá medir el nivel de dolor en el que Ud. se encuentra al momento de acudir a consulta por primera vez y en la consulta subsecuente a esta, lo cual podrá ayudar a ajustar mi tratamiento del dolor. Con nuestro estudio podremos evaluar si el tratamiento del dolor asignado ha resultado beneficioso. El manejo del tratamiento del dolor estará a cargo del médico adscrito, los ajustes del tratamiento en sus consultas subsecuentes se realizarán en base a su patología y sus condiciones de salud en el momento de la valoración, quedando a criterio del médico tratante.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Al final del estudio si usted desea le informaremos los resultados obtenidos verbalmente. Como se explicó anteriormente los cambios en su tratamiento del dolor en caso de requerirlo será a consideración de su médico tratante, en base a sus características personales, patología y requerimientos analgésicos.

<b>Participación retiro:</b>	<b>o</b>	Entiendo que conservo el derecho de negarme a participar en el estudio y retirarme del mismo cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte mi relación con el servicio otorgado.
<b>Privacidad confidencialidad:</b>	<b>y</b>	El investigador responsable me ha asegurado que no se me identificará en las presentaciones y/o publicaciones que deriven de este estudio y los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial.
<b>Investigador Responsable:</b>		Dr. Carlos Armando Sánchez Navarro; Matricula: 98365829; Adscripción: Servicio de Anestesiología, Hospital General de Zona No.1, IMSS, Aguascalientes; Lugar de trabajo: Av. José María Chávez 1202, Col. Lindavista, Aguascalientes, C.P. 20270; Teléfono: 449 243 7797; Correo electrónico: anesthesiacarlosarmando@gmail.com
<b>Investigador asociado (tesista):</b>		Dra. Reyes Soledad Mayra Leticia; Matricula: 98011137; Adscripción: Residente de Anestesiología, Hospital General de Zona No. 1, IMSS, Aguascalientes; Lugar de trabajo: Av. José María Chávez 1202, Col. Lindavista, Aguascalientes, C.P. 20270; Teléfono: 449 243 7797; Correo electrónico: mayra_reyes30@hotmail.com
<b>Investigador asociado:</b>		NO APLICA

Declaración de consentimiento:

Después de haber leído y habiéndome explicado todas mis dudas acerca de este estudio:

☐

Si acepto que mi familiar o representado participe y que se tome la muestra solo para este estudio.

☐

Si acepto que mi familiar o representado participe y que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros, conservando su sangre hasta por dos años tras lo cual se destruirá la misma.

Se conservarán los datos o muestras hasta por **5** años tras lo cual se destruirán.

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del participante

Testigo 1

\_\_\_\_\_  
Nombre, dirección, relación y firma

Dr. Carlos Armando  
Sánchez Navarro

Nombre y firma de quien  
obtiene el consentimiento

Testigo 2

\_\_\_\_\_  
Nombre, dirección, relación  
y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio.

Clave: 2810-009-013

## ANEXO E. MANUAL OPERACIONAL: HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS



### EVALUACIÓN DEL MANEJO DEL DOLOR EN PACIENTES ONCOLÓGICOS DE PRIMERA VEZ EN LA CONSULTA DE CUIDADOS PALIATIVOS DEL H.G.Z. NO.1 "DR. JOSÉ LUIS ÁVILA PARDO" MANUAL DE OPERACIONES

Ficha de Identificación.

Fecha:

Nombre de participante:

Expediente:

Edad		Años		4	
Sexo	1. Hombre	2. Mujer		5	
Patología oncológica	1. Tumor maligno de las meninges, del encéfalo y de otras partes del SNC. 2. Tumor maligno del hígado y de las vías biliares intrahepáticas. 3. Tumor maligno del estómago. 4. Tumor maligno del cuello del útero. 5. Tumor maligno de la mama. 6. Tumor maligno de ovario. 7. Linfoma no Hodgkin. 8. Leucemia. 9. Otros.			6	
	Especifique:				
Adherencia terapéutica	1. Si	2. No		7	
Cuestionario de Evaluación de Síntomas de Edmonton (Edmonton Symptom Assessment Scale; ESAS)	1. Nada/nulo	2. Leve 1-3	3. Moderado 4-6	4. Severo 7-10	8
Primera Consulta.					9
Segunda Consulta.					10
Cuestionario Breve del Dolor (Brief Pain Inventory; BPI)	1. Sin cambios	2. Disminución del 50% en cada ítem.	3. Aumento con respecto al base		11
Primera Consulta.					12
Segunda Consulta.					13
Intensidad del dolor posterior al tratamiento.	1=Disminuyo.		2=No Disminuyo.		14

Nombre y firma de quien realiza la recolección de datos:

## ANEXO F. CARTA DE NO INCONVENIENTE



Gobierno de  
**México**



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Órgano de Operación Desconcentrada en Aguascalientes  
Coordinación de Investigación en Salud  
Hospital General de Zona 1



Aguascalientes, Aguascalientes, a 21 de enero del 2025

**ASUNTO: CARTA DE NO INCONVENIENTE**

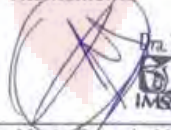
**DR. CARLOS ARMANDO SANCHEZ NAVARRO**  
**PRESIDENTE DEL COMITÉ LOCAL DE INVESTIGACION EN SALUD 101**  
**DELEGACIÓN AGUASCALIENTES**  
**HOSPITAL GENERAL DE ZONA NO. 1**

### **P R E S E N T E**

Por este conducto manifiesto que no tengo inconveniente para que la doctora, médico residente de segundo año de la especialidad en Anestesiología Dra. Mayra Leticia Reyes Soledad, adscrito al Hospital General de Zona No. 1 del Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada Aguascalientes, participe como investigador asociado en el proyecto "Evaluación del manejo del dolor en pacientes oncológicos de primera vez en la consulta de cuidados paliativos del Hospital General de Zona No. 1 Dr. José Luis Ávila Pardo" cuyo investigador principal es el Dr. Carlos Sánchez Navarro, con lugar de adscripción y trabajo en el mismo hospital.

En espera del valioso apoyo que usted siempre brinda, le reitero la seguridad de mi atenta consideración.

**Atentamente**



**Dra. Rosa María Osornio Moreno**  
MEDICINA DE URGENCIAS  
DIRECTORA H. G. Z. 1  
MATRÍCULA 99134531  
Céd. Prof. 7921777 UAHN  
Céd. Edo. 16097582 UNAHN

**Dra. Rosa María Osornio Moreno.**  
**Directora del Hospital General de Zona No. 1 OOAD Aguascalientes.**