



BUAP

**Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, Facultad de Medicina
Dirección de Estudios de Posgrado del Área de la Salud
Instituto Mexicano del Seguro Social
Unidad Médica de Alta Especialidad Hospital de Especialidades de Puebla,
C.M.N. "Gral. De Div. Manuel Ávila Camacho"**

**"Evaluación del dolor oncológico con el "cuestionario breve del dolor", en
pacientes con cáncer de mama terminal del hospital de especialidades
Puebla, IMSS"**

Tesis para obtener el Diploma de Especialidad en Anestesiología

Presenta:

Dr. José Alberto Bonilla Camilo

Directores

Dra. Martha Alicia Montes Alvarado

Médico especialista en Anestesiología

Dr. Álvaro José Montiel Jarquín

Médico especialista en Cirugía General

Maestría en ciencias



**Registro SIRELCIS: R-2020-2105-015
H. Puebla de Zaragoza. Septiembre 2020**



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud 2105.
HOSP TRAUMA Y ORTOPEEDIA PUEBLA

Registro COFEPRIS 17 CI 21 114 025

Registro CONBIOÉTICA CONBIOETICA 21 CEI 008 2017121

FECHA Jueves, 20 de febrero de 2020

M.C. Alvaro José Montiel Jarquin

PRESENTE

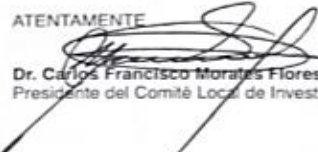
Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **Evaluación del dolor oncológico con el "cuestionario breve del dolor"**, en **pacientes con cáncer de mama terminal del hospital de especialidades Puebla, IMSS** que sometió a consideración para evaluación de este Comité, 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-2020-2105-015

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


Dr. Carlos Francisco Morales Flores
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 2105

[Imprimir](#)

IMSS

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado

Comité de Ética en Investigación 21058.
HOSP TRAUMA Y ORTOPEDIA PUEBLA

Registro COFEPRIS 17 CI 21 114 025
Registro CONBIOÉTICA CONBIOÉTICA 21 CEI 008 2017121

FECHA Jueves, 20 de febrero de 2020

M.C. Alvaro José Montiel Jarquin

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **Evaluación del dolor oncológico con el "cuestionario breve del dolor"**, en **pacientes con cáncer de mama terminal del hospital de especialidades Puebla, IMSS** 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 **APROBADO**:

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

Dr. JOSE PEDRO MARTINEZ ASENCION
Presidente del Comité de Ética en Investigación No. 21058

[Imprimir](#)

IMSS
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL



**GOBIERNO DE
MÉXICO**

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
UNIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA
COORDINACIÓN DE UNIDADES MÉDICAS DE
ALTA ESPECIALIDAD



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
UNIDAD MÉDICA DE ALTA ESPECIALIDAD
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DE PUEBLA

PUEBLA, PUE., A 28, septiembre, 2020.

AUTORIZACION DE IMPRESIÓN DE TESIS DE ESPECIALIDAD

LOS ASESORES: Dr. Álvaro José Montiel Jarquín
Dra. Martha Alicia Montes Alvarado

DE LA TESIS TITULADA: Evaluación del dolor oncológico con el "cuestionario breve del dolor," en pacientes con cáncer de mama terminal del hospital de especialidades Puebla, IMSS.

REALIZADA POR EL MÉDICO RESIDENTE: José Alberto Banilla Camilo


DE LA ESPECIALIDAD: Anestesiología.

HACEMOS CONSTAR QUE ESTE TRABAJO CIENTÍFICO HA SIDO REVISADO Y AUTORIZADO EN EL SIRELCS CON NÚMERO DE REGISTRO NACIONAL: R-2020-2105-015.

AUTORIZAMOS SU IMPRESIÓN


M. Alicia Montes Alvarado
ANESTESIÓLOGA
MAT-397384932
(NOMBRE, FIRMA Y FECHA)

(NOMBRE, FIRMA Y FECHA)


Dr. Álvaro José Montiel Jarquín
DIRECTOR DE EDUCACIÓN E
INVESTIGACIÓN EN SALUD
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DE PUEBLA
IMSS-UMAE-DR-59220177
(NOMBRE, FIRMA Y FECHA)

(NOMBRE, FIRMA Y FECHA)



CARTA COMPROMISO

Puebla, Puebla, a 29 de Septiembre de 2020

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
PRESENTE

El (la) suscrito (a) José Alberto Bonilla Cumilo, en mi calidad de estudiante y habiendo sido beneficiario de la residencia médica de Anestesiología de fecha 2018-2021 y estando cursando la (el) (maestría/doctorado/residencia) en Anestesiología, manifiesto bajo protesta de decir verdad que soy autor del trabajo de Tesis titulado Evaluación del dolor oncológico con el "Cuestionario breve del dolor", en pacientes con cáncer de mama temprano del hospital de especialidades Puebla, IMSS.

_____, el cual ha sido asesorado por el (los) doctor

(es) Martha Alicia Montes Alvarado. y
Álvaro José Montiel Joaquín en las instalaciones del Instituto Mexicano del Seguro Social. Por tanto, para fines de divulgación y publicación sobre la metodología, resultados y/o otra información desarrollada durante el proyecto, reconozco que deberé contar con la autorización escrita de todos los autores.

Asimismo, manifiesto que en caso de que el presente trabajo implique derechos de propiedad industrial e intelectual como resultado de su desarrollo, tomando en consideración que será producto de una investigación practicada en las instalaciones del Instituto y con pacientes, equipos, materiales y diversos instrumentos de su propiedad, se reconoce como legítimo propietario de dicha novedad al Instituto Mexicano del Seguro Social; en donde el suscrito participa en colaboración con mi (los) asesor (es), por lo que mi colaboración y derechos estará sujeta al porcentaje de autoría que corresponda a mi participación en relación con los demás autores en colaboración.

Atentamente


José Alberto Bonilla Cumilo.

Nombre y firma

AGRADECIMIENTOS

Un profundo agradecimiento a mis padres por enseñarme a trabajar por mis sueños desde muy pequeño, por formarme como el individuo que soy hoy en día, por su dedicación, esfuerzo, y apoyo para sacarme adelante a pesar de las adversidades, por confiar en mí, sin esperar nada a cambio.

Gracias a Dios por brindarme salud, y la amistad de mis compañeros residentes que formaron parte de mi nueva familia.

A mis maestros y asesores, por el apoyo a mi formación académica, por los conocimientos brindados, para mi formación, muchas gracias.

ÍNDICE

1.Introducción.....	10
1.1. Antecedentes Generales:	10
1.2. Antecedentes Especificos:.....	17
2.Planteamiento Del Problema.....	24
3.Justificacion.....	25
4. Material Y Métodos.	26
5.Resultados	29
6.Discusion.....	34
7.Conclusiones.....	38
8.Perspectiva:.....	39
9. Bibliografía	40
10.Anexos:	42

RESUMEN

EVALUACIÓN DEL DOLOR ONCOLÓGICO CON EL "CUESTIONARIO BREVE DEL DOLOR", EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA TERMINAL.

Sede: Unidad Media de Alta especialidad Puebla General Manuel Ávila Camacho.

Bonilla Camilo José Alberto, Montes Alvarado Martha Alicia, Montiel Jarquín

Álvaro José.

E-mail: zoeycar@hotmail.com

Introducción: El cáncer de mama es la neoplasia más frecuente en mujeres, y el dolor oncológico representa un gran problema por lo que es importante su valoración. El Cuestionario Breve del Dolor, evalúa el dolor oncológico; es utilizado en clínica e investigación para valorar la intensidad e impacto del dolor y los efectos del tratamiento analgésico.

Objetivo: Evaluar el dolor oncológico con el "cuestionario breve del dolor", en pacientes con cáncer de mama terminal del hospital de especialidades Puebla, IMSS.

Material y métodos: Estudio descriptivo, prospectivo, unicéntrico, homodémico. Se evaluaron 17 pacientes, con el diagnóstico de cáncer de mama en estado terminal de la clínica de dolor de la UMAE Puebla, IMSS, mediante el cuestionario breve del dolor. La estadística es descriptiva, con medidas de tendencia central.

Resultados: Se obtuvo una muestra de 17 pacientes. La edad promedio fue de 51 años, todas fueron mujeres con cáncer de mama en etapa terminal. El dolor se

encontró presente en el 94% de los pacientes. En el estudio se determina que la frecuencia del dolor predominante en las últimas 24 horas es de intensidad moderada (76.47%), mientras que la frecuencia de la interferencia del dolor en las actividades en las últimas 24 horas es mínima (64.70%). La mejoría de dolor con la medicación en las últimas 24 horas se encontró 60% en promedio.

Conclusiones: Según los hallazgos de nuestro estudio, un porcentaje significativo (94%) de los pacientes con cáncer experimentan dolor, de los cuales refieren tener en promedio un 60% de mejoría con la medicación. La intensidad de dolor con mayor frecuencia fue moderada, mientras que la frecuencia en la interferencia en sus actividades diarias predominante fue mínima. La interferencia de dolor en la vida diaria del paciente se vio más afectada en la actividad en general y en el trabajo normal, mientras que las menos afectadas por el dolor son las relaciones personales y la capacidad de caminar.

Palabras Clave: Dolor oncológico, Cáncer de mama, evaluación del dolor.

1.INTRODUCCIÓN

1.1. ANTECEDENTES GENERALES:

La definición del dolor de acuerdo con la International Association for the Study of Pain (IASP), es una experiencia sensorial o emocional desagradable, asociada a daño tisular real o potencial. Se trata en todo caso de una percepción subjetiva, y existe siempre el paciente que se queje de dolor. El dolor crónico representa más del 50% de las consultas al sistema de primer nivel, tendiendo un marcado impacto sobre la salud de las personas que lo padecen y forma una de las principales causas de incapacidad. (1) Este afecta todos los aspectos de la vida de una persona, no sólo interviene en su actividad diaria, sino también impacta en sus emociones, motivaciones, relaciones interpersonales y calidad de vida en general. (2)

El dolor es una de las primeras causas de consulta médica. El costo monetario del dolor es alto. En los Estados Unidos, en el 2010, se estimaron costos totales entre \$560 y \$635 billones de dólares. (3)

En 2002 en la Declaración de Ginebra de la Organización Mundial de la Salud (OMS), acordó que el tratamiento del dolor es un Derecho Humano Universal. Además, se menciona la importancia de una adecuada formación de los profesionales de la salud y disponibilidad de fármacos para el alivio de este síntoma. (4) Por lo que se ha iniciado el reconocimiento mundial del “tratamiento del dolor como un derecho fundamental del ser humano”. (5)

El dolor es uno de los efectos del cáncer en etapa terminal más temidas por los pacientes y sus familiares. En los estadios iniciales e intermedios entre un 30 y un 45% de los pacientes sienten dolor de moderado a grave. Por otra parte, el 75% de los pacientes con cáncer en etapa terminal presentan dolor. Mientras que el 40 a

50% de los pacientes con cáncer, lo califican como moderado a grave, y el restante 25 a 30% lo describe como grave. Se estima que más del 80% de los pacientes con cáncer terminal muestran dolor antes de trascender. La evaluación y tratamiento del dolor relacionado a cáncer sigue siendo un problema médico mundial, ya que su valoración es difícil y por lo tanto su tratamiento se convierte un problema para el tratante. Este síntoma en pacientes con cáncer es común, genera miedo en el paciente, y frecuentemente es mal diagnosticado y por lo tanto se obtiene un tratamiento ineficiente. Es el tercer síntoma más frecuente y se presenta en 65 a 85% de los pacientes con cáncer en etapa terminal. Por lo que se convierte en unos de los síntomas más relevantes a tratar. Hay que mencionar que la prevalencia del dolor no se encuentra relacionado en todos los casos con enfermedad avanzada, éste puede presentarse desde el diagnóstico de la enfermedad en etapas tempranas, así como durante el tratamiento, sin embargo se estima que entre un 33 a 64% que presentan dolor lo conforman pacientes con enfermedad metastásica o terminal. En varios estudios se ha mostrado que 56 a 82.3% de las personas con dolor por cáncer pueden estar mal tratados. (6)

Del 15-90% de los pacientes con un tumor solido maligno sufre dolor, este se encuentra relacionado con el tipo y el estadio del cáncer, así como la edad avanzada, la raza y el sexo del paciente. Casi todo el dolor obedece al propio cáncer, aunque una quinta parte se debe al tratamiento. (7)

Es importante que el equipo médico, conformado por oncólogos, paliativistas y otros especialistas en contacto con pacientes oncológicos evalúen de manera detallada y constante la presencia de dolor e inicie un tratamiento temprano y eficaz para reducir el riesgo de sensibilización central y la cronificación del dolor. Hay que

considerar que la mayoría de los pacientes con cáncer terminal presentan un alta prevalencia de síntomas de difícil control, ocasionado por múltiples factores que se encuentran asociados a la nocicepción y aspecto psicológicos. Por lo que es necesario contar con un servicio multidisciplinario para obtener un manejo integral del dolor y otros síntomas. (6)

En la fisiopatología del dolor existen cuatro procesos básicos en el cual se puede intervenir para el adecuado control de este síntoma, esta mediación puede ser en la traducción, conducción, modulación o la percepción de este síntoma. (3)

Podemos encontrar síndromes dolorosos por cáncer, estos pueden ser agudos, crónicos y crónicos agudizados. En el caso del síndrome doloroso agudo en su mayoría son iatrogénico o se encuentran relacionados, con algún procedimiento diagnóstico o terapéuticos como la quimioterapia. Este tipo de dolor se encuentra en su gran mayoría de los casos relacionado de forma directa con el tumor, por ejemplo, cuando la neoplasia se encuentra ocasionando obstrucción, fracturas o hemorragias. En la población con cáncer terminal, es alta la frecuencia de síndrome doloroso crónico. En este tipo de paciente, pueden identificarse síndromes crónicos agudizados, un ejemplo claro es el caso de metástasis óseas con dolor crónico que se exacerba al momento de la fractura patológica. La invasión directa del tumor a estructuras adyacentes al sitio de afectación, se relacionan con el dolor crónico, por lo que una semiología detalla puede orientar a sitios de actividad tumoral. Para fines prácticos y de tratamiento médico el dolor puede clasificarse en dos grupos nociceptivos o neuropático, sin importar su localización, ya que su fisiopatología implica procesos complejos. (4)

Definimos al cáncer de mama como el crecimiento desordenado de células de estirpe maligno en el tejido mamario. Histopatológicamente podemos dividirlo en dos grupos principales, el carcinoma ductal (el más frecuente) y el carcinoma lobulillar.

Este tipo de cáncer es la neoplasia más frecuente que afecta a la población femenina con una incidencia anual de aproximadamente 140 000 casos nuevos en EEUU. Este número de casos ha incrementado progresivamente en los últimos 50 años. (5) Actualmente una enfermedad devastadora y considerada como uno de los principales problemas de salud pública a nivel global. Estimada como una de las principales causas de muerte en la población femenina con base a datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Este tumor maligno tiene mayor afectación en la población femenina de países en desarrollo o en vías de desarrollado, de acuerdo con reseñas estadísticas de la OMS, en los últimos 25 años se duplico el número de casos anuales, sin embargo, la mortalidad ha disminuido en países en desarrollo, gracias al diagnóstico temprano y el descubrimiento de tratamiento eficaz. (6)

El cáncer de mama es una enfermedad con una fisiopatología de difícil estudio, a pesar de los avances tecnológicos en la investigación de diagnóstico y tratamiento de esta patología, sigue siendo la primera causa muerte por cáncer en la mujer, se estima un aproximado de 500 000 muertes por años, de las cuales en su mayoría se encuentra en países en desarrollo. El riesgo de padecer esta enfermedad es mayor en los países con población con nivel socioeconómico alto, pero el riesgo de morir es mayor en la población que vive en países pobre, debido a una falta de diagnóstico precoz, y tratamiento adecuado. (10)

En México esta neoplasia ocupa el primer lugar de mortalidad por tumores malignos en las mujeres mayores de 25 años desde el año 2006, desplazando al cáncer cervicouterino. En el año 2010, la mortalidad calculada fue de 18.76 por 100 000 mujeres de 25 años, lo que significó un aumento de casi el 50 % de nuevos casos en las últimas dos décadas registradas. (7)

Cuidados paliativos:

Los cuidados paliativos se centran en la evaluación experta, manejo del dolor y otros síntomas, evaluación y apoyo a las necesidades del cuidador, y coordinación de la atención. Los cuidados paliativos atienden lo físico, funcional, aspectos psicológicos, y espirituales de una enfermedad grave. Se centra en la persona y la familia. El enfoque de la atención es proporcionar a las personas que viven con enfermedades graves un alivio de los síntomas y el estrés de una enfermedad terminal. A través de la integración temprana, en el plan de atención para los enfermos graves, los cuidados paliativos mejoran la calidad de vida para el paciente y la familia. Proporcionar "atención de crisis" a personas con una enfermedad grave en donde las necesidades continuas de atención están mal administradas ha resultado en un aumento de gastos de atención médica que no necesariamente mejoran la calidad de vida. El cuidado de las personas con enfermedades graves a menudo está "marcado por control inadecuado de los síntomas y baja percepción del paciente y la familia de la calidad de la atención; y potencialmente discordante con las metas y preferencias personales. Pacientes con enfermedades graves y sus cuidadores familiares rara vez pueden satisfacer sus necesidades de atención

de manera confiable, lo que lleva a crisis de exacerbación de síntomas y visitas al servicio de urgencias y / o hospitalizaciones repetidas. (8)

En los últimos años la definición de cuidados paliativo ha tenido cambios, ya que en sus inicios se definía como aquellos cuidados que se realizaban, en la ausencia de tratamiento curativo y con un pronóstico fatal a corto plazo, no mayor a 6 meses. Por lo cual el tratamiento sintomático quedaba postergado a los últimos días del enfermo. Todo esto estaba ocasionado por el pobre recurso económico y humano que se le otorgaba a este tipo de paciente. Desde el 2002 la Organización mundial de la salud planteo una nueva definición de esta especialidad, que incluía una visión más amplia y ambiciosa. “Lo cuidados paliativos constituyen un modelo de atención que mejora la calidad de vida del paciente y su núcleo familiar, mediante el afrontamiento de los problemas que ocasiona una enfermedad incurable, incluyendo una atención precoz para obtener el alivio del sufrimiento”. Para evitar esta sensación se tomó en cuenta una identificación temprana, evaluación minuciosa y tratamiento del dolor y otros problemas físicos, psicosociales y espirituales, así como la formación de red de ayuda para el paciente y familiares. Existe una línea que divide el tratamiento curativo y el paliativo, este último aparece en el momento en el que el paciente y los familiares los necesiten, por lo que el modelo dicotómico queda reemplazado por un modelo progresivo, que inicia desde el tratamiento de soporte o cuidados continuos oncológicos y progresa, a medida que avanza la enfermedad hacia cuidados paliativos. La medicina paliativa debe ser considerada como una especialidad importante, que requerirá el paciente con cáncer. Esta disciplina se basa en modelos de atención complementarios basadas en el nivel de complejidad de cada paciente, fundadas en las necesidades de salud

que este requiere, sin importar el estadio oncológico en el que se encuentre, el tipo de tumor o el lugar de atención que solicite. (12)

La inversión en cuidados paliativos en los países en vías de desarrollo, toma gran importancia debido a que en estos países existe una gran población de paciente terminales, esto se debe a que gran porcentaje de estos pacientes son diagnosticados de forma tardía, cuando ya no es posible un tratamiento curativo, pero si un tratamiento que evite el sufrimiento, y que además sea de bajo costo, ya que existe una pobre inversión a la salud en estos países. Por lo que toma importancia emplear intervenciones de bajo costo que mejoren la condición de este tipo de pacientes, podemos concluir que la mayor parte de nuestra población pasará por una fase de enfermedad terminal, más o menos prolongada, con una gran necesidad de recursos humanos y económicos lo cual representa un reto a nuestros sistemas de salud, además de que la presencia de múltiples síntomas, cambiantes y progresivos tendrán gran impacto sobre el propio paciente, su familia y el equipo asistencial. A todo esto, es necesario crear guías de intervención adecuadas a la población mexicana en el ámbito de los cuidados paliativos, y forma recurso humano para la atención de este tipo de pacientes. (13)

Se define etapa terminal como esa última parte de la vida de un ser humano que engloba una carga especial y significativa para el paciente y los familiares. Esta etapa engloba a un conjunto de síntomas físico-psicológicos irreversibles de la patología de base, sumándose una intensidad emocional y espiritual.

Debido a todos estos procesos los Cuidados Paliativos (CP) resultan concluyentes en el alivio del dolor y del sufrimiento, así como en la atención a las necesidades físicas, psíquicas, sociales y espirituales del enfermo y sus cercanos; esto resulta

sin duda un apoyo esencial para el paciente, y le permite tener una vida digna hasta sus últimos días, se proporciona educación al familiar para un adecuado apoyo en los cuidados y aceptación a la pérdida al finalizar la vida del paciente. (14)

1.2. ANTECEDENTES ESPECIFICOS:

El dolor es una experiencia altamente subjetiva y afecta numerosos aspectos de la vida. Como tal la evaluación del paciente con dolor se basa sobre todo en la información provista por él y debe incluir una valoración en múltiples dominios. Debido a que el dolor es dinámico, debe evaluarse con regularidad y realizar los ajustes terapéutico-ade cuados. (15)

La evaluación del dolor debe tener un abordaje estructurado, incluyendo una valoración inicial y de seguimiento, que considere las distintas dimensiones que el dolor impacta en la calidad de vida del paciente y sus allegados.

Debe recordarse que el dolor es una experiencia subjetiva y multidimensional, por lo que la evaluación debe incluir diversos aspectos clínicos: como son la localización, la intensidad, la temporalidad, irradiación, tipo de dolor, duración, tratamiento, así como los factores que lo desencadenan, etc. En este proceso también debe tomarse en cuenta el efecto social y psicológico que este desencadena en el paciente. El dolor es relacionado muy frecuentemente con sufrimiento, por lo que toma importancia considerar creencias religiosas y aspectos culturales que mejoren la condición del paciente.

Durante años se han desarrollado diversos instrumentos para describir las diversas dimensiones del dolor, como por ejemplo la escala visual análoga es, esta una de las más utilizada y antigua, con el paso del tiempo se desarrollaron otros

materiales para este procedimiento, como el Cuestionario Breve del Dolor (Brief Pain Inventory, BPI) es un cuestionario auto aplicable que evalúa distintas áreas, como la intensidad del dolor y la forma en que interfiere en las actividades diarias. Otro de los múltiples instrumentos que existen es la tarjeta de evaluación del dolor del Memorial, que mide intensidad, alivio y estado de ánimo, y las escalas verbales y visuales. Para la evaluación es necesario tomar en cuenta que el dolor crónico por cáncer tiene muchas veces un inicio insidioso y prolongado, con periodos de mejoría y exacerbaciones, el denominado dolor irruptivo. Existen dos grupos de herramientas para la evaluación y vigilancia del dolor, el primer grupo son las escalas unidimensionales (como la Escala Analógica Visual, EAV; la Escala Numérica Análoga, ENA; o la Escala Verbal Análoga, EVA1), las cuales miden el dolor en ausente, mínimo, moderado e intenso. El segundo grupo son las escalas multidimensionales (que no sólo cuantifican la intensidad del dolor, sino también otras dimensiones, como la experiencia del dolor y aspectos afectivos, emocionales, sociales o cognitivos) (6).

La evaluación del dolor requiere la elaboración de un historia clínica y exploración física detallada. Es importante realizar una correcta semiología del dolor, incluyendo los siguientes aspectos: localización, intensidad, irradiación, tipo de dolor, factores que lo exacerbaban o lo mejoran, interferencia del dolor en la función, tratamiento establecido, estado emocional o problemas urgentes a desarrollar.

La edad, el estado emotivo, su situación cognitiva, y las experiencias dolorosas previa, son factores que pueden modificar la percepción del dolor en el

paciente. Todos estos factores pueden causar dolor intenso, aunque no exista una causa que justifique el problema. Una mala valoración de dolor se encuentra relacionada con un manejo analgésico inapropiado. El dolor se valora mediante una correcta comunicación con el paciente, por tal motivo cuando existe una barrera que afecte la relación entre el médico y paciente, se tiene alto riesgo de ser valorados de forma errónea y en consecuencia recibir un tratamiento deficiente, ejemplo de este caso son los pacientes que sufren delirium o demencia. La capacidad funcional se refiere a la posibilidad que tiene el enfermo para deambular, realizar actividades relacionadas con la vida diaria, o incluso el simple hecho de completar una inspiración profunda o toser. Se recomienda evaluar los arcos de movimiento, así como las restricciones que se tiene en este como efecto del dolor. Se han empleado escalas para medir la funcionalidad, las más utilizadas son las escalas de Karnofsky y la Palliative Performance Scale (pps). La evaluación del enfermo con dolor necesita la identificación de urgencias o emergencias potenciales que requieran atención inmediata. (16)

La evaluación del dolor debe ser individualizada, si el paciente presenta una discapacidad verbal, se debe buscar un método alternativo para evaluarlo como una escala no verbal. Por otra parte, si existe déficit cognitivo severo, la observación de signos de dolor (movimientos corporales, expresión facial, vocalización cambios en la rutina o en la interacción personal) son adecuados para identificar la presencia de este síntoma. Así como se debe de preguntar a familiares o cuidadores acerca de este síntoma.

Si en la evaluación inicial del paciente, no presenta dolor, se debe evaluar en las citas consecutivas o cuando amerite atención. Por otra parte, si la evaluación

cuantitativa del dolor arroja un valor superior a 0, se debe iniciar una evaluación minuciosa. Esta evaluación debe ser exhaustiva tomando en cuenta el tipo, intensidad, localización, las características, tiempo de evolución, irradiación del dolor. Se debe interrogar acerca de factores que exacerban o alivian, tratamiento analgésico actual, respuesta al tratamiento, tratamientos anteriores, episodios agudos de dolor o crisis no controladas con el tratamiento actual, factores psicosociales asociados (estrés, historia psiquiátrica, red de apoyo, etc.) y otras características relacionadas con el dolor (Preguntar el significado del dolor para el paciente y su familia, creencias y actitudes culturales hacia el dolor, expresión del dolor, consideraciones espirituales, etc.). Es transcendental también, conocer las expectativas y metas del paciente y su familia respecto al manejo del dolor, incluyendo nivel de comodidad y funcionalidad (2).

El cuestionario Breve del dolor (CBD), se desarrolló para la valoración integral del paciente con dolor oncológico, posteriormente fue utilizado en investigación y clínica, para evaluar el impacto del dolor en las actividades diarias del paciente, así como la intensidad y el efecto de tratamiento médico. Existen dos versiones, ambas validadas en español, la versión larga, y la corta. (1)

El CBD es una serie de preguntas, auto aplicables y de fácil comprensión. Desarrollado por Daut en 1983, en 2002 fue validado en versión española gracias al trabajo de Badia y cols.

Este es un instrumento que valora varias dimensiones relacionadas con el dolor, proporcionando información de los siguientes aspectos: intensidad del dolor, interferencia de dolor en las actividades diarias y el papel que desempeña el tratamiento establecido en la mejoría del dolor. Valora también la descripción

mediante una imagen sencilla, la localización del dolor. Como se mencionó existe la versión abreviada, que esta constituida por 11 ítems, esta suele ser más fácil de contestar por los pacientes que se encuentra en seguimiento por el servicio de cuidado paliativos. (17)

El Brief Pain Inventory (BPI) es un cuestionario desarrollado para evaluar la dificultad y el impacto del dolor en el desempeño diario de la persona. Se utiliza en diferentes patologías y síndromes dolorosos que incluyen desde las situaciones de dolor agudo hasta las de dolor crónico. Un grupo de consenso reciente el Initiative on Methods, Measurement, and Pain Assessment in Clinical Trials recomendó la inclusión de la versión corta del BPI en todos los ensayos clínicos del dolor crónico; así mismo, un grupo de peritos de la European Association of Palliative Care recomendó su utilización para el desarrollo de investigaciones científicas. La versión corta incluye imágenes que permiten indicar al paciente la localización del dolor de una forma rápida y fácil, además incluye un apartado para describir la intensidad y el impacto del dolor. El impacto del dolor evalúa la interferencia que tiene el dolor en las actividades diarias: actividad en general, la capacidad de trabajar, caminar, relaciones sociales, estado de ánimo, el sueño y la capacidad de diversión (18).

En la consulta diaria, la evaluación rápida y unidimensional de dolor es suficiente. Sin embargo, esto cambia cuando el problema principal a trata del paciente es el dolor, por lo tanto aquí la evaluación multidimensional es necesaria, y el CBD puede ser el instrumento adecuado a utilizar. Además, en las situaciones complejas, el CBD permite obtener resultados de un modo científicamente aceptado (19).

Su utilización de este cuestionario en los últimos años ha aumentado, como un método estandarizado de dolor en los pacientes con dolor oncológico y neuropático. Se ha realizado la traducción del cuestionario en diferentes idiomas. El CBD, esta constituido por varios ítems relacionados con el dolor y se desarrolla en nueve preguntas que hacen referencia a lo siguiente:

- 1) El paciente padece en la actualidad algún tipo de dolor distinto a los que se consideran como comunes (contusiones, dolor de cabeza, dolores de dientes).
- 2) El paciente debe indicar en la imagen del cuerpo humano (en decúbito supino y en decúbito prono) la zona de dolor padecidos, recalando aquella parte que tiene dolor con mayor intensidad.
- 3) Se pregunta la intensidad máxima del dolor en las últimas 24 horas, en una escala numérica del 0 al 10.
- 4) Solicita clasificar la intensidad mínima del dolor padecido en las últimas 24 horas, en una escala numérica del 0 al 10.
- 5) Pide clasificar la intensidad media del dolor sentido, en una escala numérica del 0 al 10.
- 6) Requiere clasificar la intensidad del dolor padecido en el momento actual, en una escala numérica del 0 al 10.
- 7) Se pregunta de forma libre el tipo de tratamiento recibido para el dolor.
- 8) Se pide al paciente calificar el porcentaje de alivio sentido en las últimas 24 horas, con el tratamiento prescrito.
- 9) Este último ítem solicita al paciente a calificar del 1 al 10, la manera en que el dolor interfiere en ciertas actividades de su vida diaria, durante las últimas 24 horas.

(20)

El objetivo general de este trabajo es evaluar el dolor oncológico con el “cuestionario breve del dolor”, en pacientes con cáncer de mama terminal en clínica de dolor del hospital de especialidades puebla IMSS, tomando en cuenta la intensidad de dolor, la mejoría de este síntoma con la medicación, y la interferencia de actividades en la vida diaria de las pacientes.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La valoración del dolor en el paciente oncológico con cáncer de mama terminal es una de las principales actividades que el médico que se encuentra en clínica de dolor debe realizar, para establecer un tratamiento eficaz, y adecuado para cada paciente.

El dolor en el paciente con cáncer es un síntoma de alta prevalencia, que causa temor en el paciente y familiar, comúnmente mal diagnosticado y tratado de forma deficiente. Ocupa el tercer lugar entre los síntomas a tratar, presentado un 65 a 85% de frecuencia en el paciente oncológico.

Por lo que surgieron las siguientes preguntas de investigación:

1. ¿Realmente es suficiente la valoración del dolor oncológico en la paciente con cáncer de mama terminal en clínica de dolor del Hospital de Especialidades Puebla IMSS?
2. ¿Es aplicable el cuestionario rápido del dolor, para valorar la intensidad, la mejoría del dolor con la medicación y la interferencia en las actividades diarias que ocasiona esta sensación en los pacientes con cáncer de mama en etapa terminal del hospital de especialidades Puebla IMSS?

3.JUSTIFICACIÓN

La prevalencia del dolor en pacientes con cáncer de mama en estado terminal es alta. Hay necesidad de mejorar la evaluación de este síntoma, que es uno de los pocos cuidados paliativos que se ofrece en la Unidad Médica de Alta Especialidad Hospital de Especialidades de Puebla, C.M.N. “Gral. De Div. Manuel Ávila Camacho”, dejando atrás la evaluación unidimensional que se lleva a cabo actualmente, e iniciar una evaluación multidimensional, para así mejorar la atención del paciente tratado, e implementar nuevas actividades paliativas que ayuden al tratamiento de este gran problema de salud.

4. MATERIAL Y MÉTODOS.

Tipo de estudio: Estudio transversal, descriptivo, homodémico, unicéntrico.

Pacientes: Se incluyeron todos los pacientes derechohabiente IMSS, con diagnóstico de cáncer de mama en etapa terminal, que habían tenido dolor en las últimas 24 horas y acudieron a consulta de seguimiento a la Clínica de dolor de la Unidad Médica de Alta Especialidad Hospital de Especialidades de Puebla, C.M.N. “Gral. De Div. Manuel Ávila Camacho” en el periodo comprendido del 1ro de marzo al 5 de abril de 2020, se incluyeron pacientes de sexo femenino, con edades entre 38 a 70 años.

Los pacientes que aceptaron participar en el estudio, previa firma de consentimiento informado, contestaron el cuestionario breve de dolor con apoyo del medico encuestador, de acuerdo a las posibilidades físicas y nivel de escolaridad de cada paciente.

Se excluyeron del trabajo aquellos pacientes que no presentaron dolor en las últimas 24 horas previas al realizar el cuestionario, pacientes con alguna discapacidad visual o auditiva que impidieron la adecuada comunicación, así como pacientes con alguna patología psiquiátrica.

Se eliminaron aquellos pacientes que durante el protocolo fallecieron.

Instrumentos: El alumno tesista con apoyo del médico encargado de la consulta de clínica de dolor, realizó el cuestionario breve del dolor a los pacientes con diagnóstico de cáncer de mama terminal. El costo del estudio fue cubierto por el investigador.

Procedimientos: Previa aprobación de protocolo de estudio por el Comité Local de investigación en Salud de acuerdo al reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud, Títulos del primero al sexto y noveno 1987, Norma Técnica No. 313. Título 45, sección 46 del reglamento federal, declaración de Helsinki octubre 2000. Se solicitó autorización del Jefe de Anestesiología de la Unidad Médica de Alta Especialidad Hospital de Especialidades de Puebla Centro Médico Nacional “Gral. De Div. Manuel Ávila Camacho”, para realizar el cuestionario a los pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión, formando un solo grupo, utilizando el cuestionario rápido del dolor versión corta, tomando en cuenta tres rubros a evaluar: intensidad del dolor en las últimas 24 horas constituido por cuatro ítems, alivio de dolor en la últimas 24 con el tratamiento establecido, evaluado con un ítem e interferencia del dolor en las actividades de la vida diaria formado por 7 ítems. Se ocupó estadística descriptiva, medidas de tendencia central y dispersión.

Análisis estadístico: Se realizó un estudio transversal, descriptivo, homodémico, unicéntrico, previa aprobación de protocolo de estudio y consentimiento informado (Anexo 1), en pacientes de género femenino, con diagnóstico previo de cáncer de mama en estado terminal, con estado físico ASA IV de clínica de dolor de la Unidad Médica de Alta Especialidad Hospital de Especialidades de Puebla, C.M.N. “Gral. De Div. Manuel Ávila Camacho”, se evaluó el dolor, con el “cuestionario rápido del dolor”. Se realizó estadística descriptiva, medidas de tendencia central y dispersión,

para la inferencia se utilizó estadística paramétrica y no paramétrica dependiendo de la distribución de los datos de las variables a analizar.

5.RESULTADOS

En este estudio de investigación se evaluaron 20 pacientes que fueron atendidas en el Centro Médico Nacional “Manuel Ávila Camacho”, bajo el registro del Comité Local de Ética e Investigación en Salud con número de registro R-2020-2105-015. Del total de pacientes evaluados se excluyeron 3, incluyendo 17 pacientes en el estudio que se realizó en dos meses.

La edad promedio fue de 51.6 ± 9.13 años, con edad mínima de 38 y máxima de 70 años, todas fueron mujeres con cáncer de mama en etapa terminal.

Con respecto a la presencia del dolor, 16 pacientes (94.1%) presentaron dolor y una (5.9%) no presentaba dolor al realizar el cuestionario (Tabla 1).

Tabla 1. Presencia del dolor en las pacientes al realizar el cuestionario.

	n	%
Ausencia de dolor	1	5.9
Presencia de dolor	16	94.1
Total	17	100.0

Abreviaturas: n=muestra, %=porcentaje.

La media de la intensidad del dolor en las últimas 24 horas referida por las pacientes fueron para intensidad máxima, intensidad mínima, e intensidad media de 8.12, 4.12 y 6, respectivamente (Tabla 2).

Tabla 2. Intensidad del dolor en las últimas 24 horas.

	n	Mínimo	Máximo	Media	\pm
Intensidad máxima del dolor en las últimas 24 horas.	17	6	10	8.12	1.269
Intensidad mínima del dolor en las últimas 24 horas.	17	3	6	4.12	.781
Intensidad media del dolor en las últimas 24 horas.	17	5	8	6.00	.866

Abreviaturas: n=muestra, \pm =desviación estándar.

En consideración a la media de la intensidad del dolor actual referido por las pacientes fue de 5 (Tabla 3).

Tabla 3. Intensidad actual del dolor.

	n	Mínima	Máxima	Media	Desviación estándar
Intensidad actual del dolor	17	0	7	5.00	1.936

Abreviaturas: n=muestra

Por su parte la frecuencia de la intensidad predominante del dolor en las últimas 24 horas en las pacientes fue moderada con un porcentaje de 76.47 %. (Tabla 4).

Tabla 4. Frecuencia de intensidad del dolor en las últimas 24 horas.

	n	Frecuencia	Porcentaje
Leve	17	0	0%
Moderado	17	13	76.47%
Intenso	17	4	23.52%

Abreviaturas: n=muestra

La media del alivio del dolor con la medicación en las pacientes estudiadas en las últimas 24 horas fue de 61.76% (Tabla 5).

Tabla 5. Alivio del dolor con la medición en las últimas 24 horas.

	n	Mínima	Máxima	Media	Desviación estándar
Alivio del dolor con la medicación en las últimas 24 horas	17	30	80	61.76	15.904

Abreviaturas: n=muestra

La interferencia del dolor en la actividad general de las pacientes en las últimas 24 horas tuvo una medición de media de 4.41 (Tabla 6).

Tabla 6. Interferencia del dolor en la actividad general de los pacientes en las últimas 24 horas.

	n	Mínima	Máxima	Media	Desviación estándar
El dolor ha interferido en su actividad general en las últimas 24 horas.	17	3	7	4.41	1.228

Abreviaturas: n=muestra

En cuanto a la interferencia del dolor en el estado de ánimo en las últimas 24 horas en los pacientes estudiados obtuvo una media de 2.71 (Tabla 7).

Tabla 7. Interferencia del dolor en el estado de ánimo en las últimas 24 horas.

	N	Mínima	Máxima	Media	Desviación estándar
El dolor ha interferido en su estado de ánimo en las últimas 24 horas.	17	1	8	2.71	2.144

Abreviaturas: n=muestra

Se obtuvo una media de 1.94 en la interferencia en la capacidad de caminar en las últimas 24 horas (Tabla 8).

Tabla 8. Interferencia del dolor en la capacidad de caminar en las últimas 24 horas.

	n	Mínima	Máxima	Media	Desviación estándar
El dolor ha interferido en su capacidad de caminar en las últimas 24 horas.	17	0	5	1.94	1.952

Abreviaturas: n=muestra

La interferencia que tiene el dolor en el trabajo habitual de los pacientes estudiados en las últimas 24 horas tuvo una media de 4.35 (Tabla 9).

Tabla 9. Interferencia del dolor en el trabajo habitual en las últimas 24 horas.

	n	Mínima	Máxima	Media	Desviación estándar.
El dolor ha interferido en su trabajo habitual en las últimas 24 horas.	17	2	8	4.35	2.523

Abreviaturas: n=muestra

Con respecto de la interferencia del dolor en las relaciones personales en las últimas 24 horas de los pacientes estudiados, los resultados fueron: 1.24 como media (Tabla 10).

Tabla 10. Interferencia del dolor en las relaciones personales en las últimas 24 horas.

	n	Mínima	Máxima	Media	Desviación estándar
El dolor ha interferido con sus relaciones con otras personas en las últimas 24 horas.	17	0	6	1.24	1.751

Abreviaturas: n=muestra

Con relación a la interferencia del dolor, en el sueño de la paciente en las últimas 24 horas, se obtuvo una media de 3.47 (Tabla 11).

Tabla 11. Interferencia del dolor en el sueño en las últimas 24 horas.

	n	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
El dolor ha interferido con su sueño en las últimas 24 horas.	17	0	9	3.47	3.375

Abreviaturas: n=muestra

En los pacientes estudiados el dolor interfirió en su diversión en las últimas 24 horas, teniendo 3.59 como media (Tabla 12).

Tabla 12. Interferencia del dolor en su diversión en las últimas 24 horas.

	n	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
El dolor ha interferido en su diversión en las últimas 24 horas.	17	2	8	3.59	1.543

Abreviaturas: n=muestra

En relación con la frecuencia de la interferencia del dolor en las actividades en las últimas 24 horas en las pacientes fue leve con un porcentaje de 64.70%. (Tabla 13).

Tabla 13. Frecuencia de interferencia del dolor en las actividades en las últimas 24 horas.

	n	Frecuencia	Porcentaje
leve	17	11	64.70%
Moderado	17	5	29.41%
Intenso	17	1	5.88%

Abreviaturas: n=muestra

6.DISCUSION

En el estudio se incluyeron 17 pacientes de clínica de dolor, a los cuales se aplicó el "cuestionario breve de dolor", para evaluar la intensidad, el alivio con la medicación, así como la interferencia que tiene este en sus actividades y relaciones personales de los pacientes.

En el estudio de Andersson V, Support Care Cancer la media de edad fue 69 años de edad, comparado con los pacientes encuestados en nuestro estudio fue de 51.65 ± 9.131 años, el 100% fueron de sexo femenino. Así mismo, en la investigación de Andersson se analizó la intensidad del dolor en las últimas 24 horas referida por las pacientes observando como media 6.7, 2.1, 4.5 los valores de media en intensidad máxima, intensidad mínima, e intensidad media respectivamente, correlacionados a nuestro estudio se registraron unas medias de 8.12, 4.12 y 6, correspondientemente, teniendo una diferencia significativa en las tres calificaciones; estas diferencias pueden estar relacionadas a la muestra reducida de nuestro estudio y a que se incluye un solo tipo de cáncer. El alivio del dolor con la medicación en las últimas 24 horas tuvo una media de 61.76%, comparado con 70% de este estudio. (21)

En la investigación observamos mayor calificación en el dolor de intensidad máxima, y con calificación baja a moderada en la interferencia en las actividades diarias, en comparación con la revisión literaria, de Christine Zaza, PhD y Natalie Baine se observa que el dolor con intensidad máxima, se encuentra asociado a una

mayor afectación de actividades sociales y psicológicas, las diferencias en estos estudios pueden estar relacionados por que se incluyeron paciente con dolor de diferentes tipos de cáncer, la muestra de estudio fue mayor, se utilizaron diferentes escalas de medición y algunos pacientes se encontraban sin tratamiento para el dolor oncológico.(22)

Con respecto a la interferencia del dolor con las actividades diarias en su ultimas 24 horas, 17 pacientes con dolor (100%) experimentaron interferencia del dolor con una o más actividades diarias en comparación con el estudio de Ijsseldijk M, Vissers K, Engels Y. de el 2012 el 89% presento interferencia, la relación es semejante en ambos estudios a pesar de la muestra reducido del estudio realizado.(23)

Se evaluó la interferencia que tiene el dolor en las actividades diarias de las pacientes, se obtuvo que en actividades en general en las últimas 24 horas, la media fue 4.1, mientras que la interferencia del dolor en las actividades en general en el estudio de Andersson V, Support Care Cancer fue de 5.8. (21)

La evidencia de una asociación entre el dolor crónico por cáncer y la angustia psicológica se considera sólida debido a la calidad de los estudios revisados, por ejemplo, Christine Zaza, PhD, y Natalie Baine en 2003, encontraron una asociación significativa entre la intensidad del dolor y la angustia psicológica, pero no entre la intensidad del dolor y la depresión; contrario a nuestro estudio el estado de ánimo en las últimas 24 horas en los pacientes estudiados, la media fue 2.71, lo que implica una asociación baja del estado de ánimo con la intensidad del dolor. (22)

Respecto a la capacidad de caminar en las últimas 24 horas en los pacientes estudiados se obtuvo una media de 1.94, mientras que el estudio de Andersson V, Support Care Cancer en 2020, la media fue de 4.3. Por su parte la media en la interferencia del dolor en el trabajo habitual en las últimas 24 horas, fue de 4.35 en comparación con este mismo trabajo donde se obtuvo una media de 6.3 la diferencia en ambas variables fue significativa, debido a que en el trabajo de Andersson, se incluyeron diferentes tipos de cáncer. (21)

La interferencia del dolor en las relaciones personales en las últimas 24 horas de los pacientes estudiados, los resultados fueron una media de 1.24, y en las actividades de diversión en las últimas 24 horas, 3.59 como media, lo que justifica la interferencia baja en la actividad social. Al contrario de lo descrito, en la revisión literaria de Christine Zaza 2003, encuentra en ocho estudios que examinaron una asociación entre el dolor por cáncer y el apoyo social, incluida la participación en actividades sociales, el tamaño de la red social y / o la resistencia del apoyo. Siete de los 8 estudios informaron haber encontrado una asociación directa significativa entre las actividades sociales y / o el apoyo social, y el dolor por cáncer. Los niveles más altos de dolor se asociaron con actividades sociales disminuidas, y niveles más bajos de apoyo social (22).

Andersson V, Support Care Cancer reporta la media en la interferencia del dolor con el sueño del paciente en sus últimas 24 horas, que fue de 4.0, traspolando a nuestro estudio se encontró una media de 3.47, correlacionando similitud entre los resultados de los pacientes. (21)

En el estudio se determina que la frecuencia del dolor predominante en las últimas 24 horas es de intensidad moderada (76.47%), coincidiendo con el trabajo de 2017 de Tegegn HG, Gebreyohannes EA, donde la intensidad que ellos reportan es igualmente moderada (57.8%). Mientras que la frecuencia de la interferencia del dolor en las actividades en las últimas 24 horas en nuestra investigación es mínima (64.70%), en contraste con este estudio, el resultado de interferencia fue moderada. (24)

De acuerdo al estudio es de importancia, mejorar el manejo integral en la paciente con cáncer de mama con dolor oncológico, iniciando con una correcta evaluación de este síntoma, así como la interferencia en las acciones de la vida cotidiana de las pacientes, por lo que se deben implementar las actividades de cuidados paliativos en esta unidad, para mejorar la evaluación y atención física, funcional, emocional del paciente y del cuidado de una forma integral. Al lograr este objetivo estaremos proporcionando a las personas que viven con enfermedades terminales un alivio de los síntomas y el estrés de esta enfermedad.

7.CONCLUSIONES

El dolor se encontró presente en el 94% de los pacientes y sólo el 6% no presentó dolor al realizar el cuestionario.

En el estudio se determina que la frecuencia del dolor predominante en las últimas 24 horas es de intensidad moderada (76.47%), mientras que la frecuencia de la interferencia del dolor en las actividades en las últimas 24 horas es mínima (64.70%).

La mejoría de dolor con la medicación en las últimas 24 horas se encontró 60% en promedio, con una mínima del 30%.

La inferencia de dolor en la vida diaria del paciente se vio más afectada en la actividad en general (4.1) y en el trabajo normal (4.35).

Las actividades que fueron menos afectadas por el dolor son las relaciones personales (1.24) y la capacidad de caminar (1.94).

8.PERSPECTIVA:

La evaluación del dolor en paciente con cáncer de mama en etapa terminal es un reto para el especialista de la salud dentro de los cuidados paliativos, por lo que la evaluación unidimensional no es factible. En controversia con nuestro estudio en el que la evaluación del dolor es multidimensional; tomando en cuenta la intensidad del dolor, la mejoría del dolor con el tratamiento establecido y la interferencia de este en las diferentes actividades de la vida de los pacientes. Se observo que a pesar del dolor intenso referido por los paciente, la inherencia en sus actividades personales es mínimo, esto puede deberse al apoyo social de la cultura Mexicana, sin embargo esta investigación presenta varias limitaciones algunas derivadas de la pandemia de SARS-COV2, como la cantidad de muestra, debido a la cancelación de la consulta de clínica de dolor por esta contingencia, por lo que queda abierto a actividades futuras de investigación, un mayor número de pacientes evaluados, así como el seguimiento y establecimiento de este cuestionario en dicha unidad y poder realizar un análisis comparativo de las variables establecidas, para determinar la utilidad de este cuestionario en los diferentes aspectos multidimensionales que evalúa.

9. BIBLIOGRAFÍA

1. Vicente Herrero MT, Delgado Bueno S, Bandrés Moyá F, Ramírez Iñiguez de la Torre MV, Capdevila García L. Valoración del dolor. Revisión Comparativa de Escalas y Cuestionarios. *Rev la Soc Española del Dolor*. 2018;25(4):228–36.
2. León M, Santa-Cruz J, Martínez-Rojas S, Ibatá-Bernal L. Recomendaciones basadas en evidencia para el manejo del dolor oncológico (revisión de la literatura). *Rev Mex Anestesiología*. 2019;42(1):45–55.
3. Garc J, Anestesi M. Manejo básico del dolor agudo y crónico. 2017;(1):77–85.
4. González-Álvarez MT, Martínez-Picazo M, Navarro-Córcoles L, Alcañiz-Mesas AI, Fernández-Cañadas PF, Bravo-López P, et al. Valoración y manejo del dolor en el paciente oncológico y hematológico hospitalizado. 2018;40.
5. Clarett M, Pavlotsky V. Escalas de Evaluación de dolor y protocolo de analgesia en terapia intensiva. *Mem Cogn*. 2012;45(7):1240–51.
6. Allende Pérez S, Acosta Espinoza A, Aguilar León S, Alcorta Garza AG, Arzate Mireles CE, Ascencio Huertas L, et al. Consenso Mexicano de Manejo de Dolor por Cáncer [Internet]. Vol. 15, *Gaceta Mexicana de Oncología*. 2016. 3–34 p. Available from: www.elsevier.es/gamo.%0Ahttp://www.elsevier.es/es-revista-gaceta-mexicana-oncologia-305-articulo-consenso-mexicano-manejo-dolor-por-X1665920116505702%5Cnpapers3://publication/uuid/047A1A9F-A1DE-48A6-A66B-974C988C8716
7. Ronald D. Miller, MD M. *Medicina Paliativa*. In: Miller Anestesia Octava edición. 2015. p. 1932.
8. Calzado Begué D, de la Torres Rosés M, Nicó García M, Dorado Nicó L, Calvo Calzado M. Aspectos actualizados sobre cáncer de mama. *Rev Inf Científica*. 2014;83(1):130–43.
9. Salud S De. Diagnóstico y Tratamiento del Cáncer de Mama en Segundo y Tercer nivel de Atención. *Guía Práctica Clínica GPC*. 2009;1–102.
10. Aura D, Valle E. Consenso Mexicano sobre diagnóstico y tratamiento del cáncer mamario Consenso Mexicano sobre diagnóstico y tratamiento del cáncer mamario Quinta revisión. 2013;
11. Clinical practice guidelines for quality palliative care. Vol. 79, *The Kansas nurse*. 2018. 16–20 p.
12. Pascual A. Valoración general del paciente oncológico avanzado. *Principios de control de síntomas*. 2006;38(Supl 2).
13. Secretaría de Salud de Mexico. *Guía de Práctica Clínica de Cuidados Paliativos*. Cenetec. 2010. 104 p. Available from: www.cenetec.salud.gob.mx
14. Aguilera González C, Alfaro Lara V, Barranco Moreno E, Boceta Osuna J, Calle Cruz L, Cía Ramos R, et al. *Manual de bolsillo de cuidados paliativos para enfermos oncológicos y no oncológicos*. Vol. 2007, Grünenthal. 2007. 484 p.
15. Paul G. Barash, Bruce F. Culln RKS. *Fundamentos de anestesia clínica*. Vol. 1, Manejo del dolor agudo y crónico, valoración del dolor. 2015. 703–704 p.

16. Fernandez-Obanza Windscheid E, Perez Tenreiro M, Calvo Lopez R, Mayan Conesa P, Bembrive Vazquez L. Cuidados paliativos. A, B, C, D, E en Urgencias Extrahospitalarias. 2012;503–12.
17. Badiaa Xavier, Murielb Clemente, Graciac Alfredo Graciac N-OJM. Validacion española del cuestionario Brief Pain Inventory en pacientes con dolor de causa neoplasico. *Medina clinica. Med Clin (Barc)*. 2003;120(2):52–9.
18. De Sousa LMM, Marques-Vieira CMA, Severino SSP, Pozo-Rosado JL, José HMG. Validação do Brief Pain Inventory em pessoas com doença renal crônica. *Aquichan*. 2017;17(1):42–52.
19. Chopitera Ortega Ana, Norguera A. C-CC. Algunos instrumentos de evaluacion utilizados en cuidados paliativos. *Med paliativa*. 2006;13(1):37–42.
20. Vicente-Herrero MT, López-González AA, De La Torre MVRI, García LMC, García MJT, Jiménez EA. Dolor en población laboral y su interferencia.
21. Andersson V, Bergman S, Hensch I, Simonsson H, Ahlberg K. Benefits of using the Brief Pain Inventory in patients with cancer pain: an intervention study conducted in Swedish hospitals. *Support Care Cancer*. 2020;28(8):3721–9.
22. Zaza C, Baine N. Cancer pain and psychosocial factors: A critical review of the literature. *J Pain Symptom Manage*. 2002;24(5):526–42.
23. Ijsseldijk M, Vissers K, Engels Y. Pain and Its Interference with Daily Activities in Medical Oncology Outpatients. 2013;(2011):379–89.
24. Tegegn HG, Gebreyohannes EA. Cancer Pain Management and Pain Interference with Daily Functioning among Cancer Patients in Gondar University Hospital. 2017;2017.

10.ANEXOS:

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

ESTUDIO N° _____ HOSPITAL N° _____
NO ESCRIBA SOBRE ESTA LINEA

Cuestionario Breve Para La Evaluación Del Dolor (Edición Corta)


Fecha: ____/____/____ Hora: ____
Apellido: _____ Nombre: _____

1. Todos hemos tenido dolor 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, con un lápiz, dónde siente el dolor. Indique con una "X" la parte del cuerpo en la cual el dolor es más grave.

Delante



Detrás



3. Clasifique su dolor haciendo un círculo alrededor del número que mejor describe la intensidad máxima de dolor sentido en las últimas 24 horas.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Ningún Dolor El Peor Dolor Imaginable

4. Clasifique su dolor haciendo un círculo alrededor del número que mejor describe la intensidad mínima de dolor sentido en las últimas 24 horas.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Ningún Dolor El Peor Dolor Imaginable

5. Clasifique su dolor haciendo un círculo alrededor del número que mejor describe la intensidad media de dolor sentido.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Ningún Dolor El Peor Dolor Imaginable

6. Clasifique su dolor haciendo un círculo alrededor del número que mejor describe la intensidad de su dolor actual.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Ningún Dolor El Peor Dolor Imaginable

Página 1 de 2

ESTUDIO N° _____

HOSPITAL N° _____

NO ESCRIBA SOBRE ESTA LINEA

Fecha: ____/____/____

Hora: _____

Apellido: _____ Nombre: _____

7. ¿Qué tratamiento o medicamento recibe para su dolor?

8. ¿En las últimas 24 horas, cuánto alivio ha sentido con el tratamiento o con el medicamento? Indique con un círculo el porcentaje que mejor se adapta a su alivio.

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%
Ningún Alivio
Alivio Total

9. Haga un círculo alrededor del número que mejor describe la manera en que el dolor ha interferido, durante las últimas 24 horas, con su:

A. Actividad en general

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
No Interfiere por
Interfiere Completo

B. Estado de ánimo

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
No Interfiere por
Interfiere Completo

C. Capacidad de caminar

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
No Interfiere
Interfiere por Completo

D. Trabajo normal (ya sea en casa o afuera)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
No Interfiere
Interfiere por Completo

E. Relaciones con otras personas

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
No Interfiere
Interfiere por Completo

F. Sueño

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
No Interfiere
Interfiere por Completo

G. Capacidad de diversión

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
No Interfiere
Interfiere por Completo

Copyright 1991 Charles S. Cleeland, PhD
Pain Research Group
All rights reserved.

Carta de consentimiento informado



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

Carta de consentimiento informado para participación en protocolos de investigación (adultos)

Nomb	Evaluación del dolor oncológico con el "cuestionario breve de dolor", en pacientes con cáncer de mama terminal del hospital de especialidades Puebla, IMSS
Patrocinador externo (si aplica):	
Lugar y fecha:	UMA Hospital de especialidades de Puebla del IMSS, del 1° de Marzo de al 30 de Abril del 2020
Número de registro institucional:	En trámite ante el comité de investigación.
Justificación y objetivo del estudio:	Definir el dolor de la paciente con cáncer de mama en estado terminal y hacerlo de tal manera que tenga una aceptación unánime en la clínica del dolor. Cuantificar las diferentes sensaciones que la paciente con cáncer de mama con dolor siente, englobando aspectos físicos, funcionales y emocionales. Describir la evaluación del dolor oncológico con el "cuestionario breve de dolor", en pacientes con cáncer de mama terminal en clínica de dolor del hospital de especialidades puebla IMSS
Procedimientos:	Aplicación de un cuestionario confidencial el cual consiste en una serie de reactivos los cuales describirán las sensaciones que la paciente con cáncer de mama siente ante el dolor oncológico.
Posibles riesgos y molestias:	Tus respuestas no afectaran tu situación o relación con el instituto. En caso de que alguna de las preguntas ocasione incomodidad puedes manifestarlo y decidir concluir el cuestionario.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Al realizar el cuestionario no recibirás ningún beneficio. Los resultados del estudio podrán determinar una mejor evaluación del dolor, y mejorar el tratamiento del paciente.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Si quieres información sobre los resultados al término del estudio puedes dirigirte a los investigadores responsables.
Participación o retiro:	Tu participación es voluntaria. Si decides no participar no habrá ningún tipo de represalia.
Privacidad y confidencialidad:	Las respuestas del cuestionario son totalmente confidenciales y anónimas. Los datos obtenidos se utilizarán exclusivamente con fines del estudio.

Declaración de consentimiento:

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

No acepto participar en el estudio.

Si acepto participar y que se tome la muestra solo para este estudio.

Si acepto participar y que se tome la muestra para este estudios y estudios futuros, conservando la información hasta por ____ años tras lo cual se destruirá la misma.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigadora o Investigador Responsable:
Colaboradores:

Dr. Álvaro José Montiel Jarquín

Dra. Martha Alicia Montes Alvarado. Anestesióloga

Dr. José Alberto Bonilla Camilo. Residente de tercer año de Anestesiología.

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comité Local de Ética de Investigación en Salud del CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, correo electrónico: comité.eticainv@imss.gob.mx

Nombre y firma del participante

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

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

Variables y escala de medición.

Variables del estudio

VARIABLE	TIPO	ESCALA	UNIDAD DE MEDICIÓN
Edad	Cuantitativa discreta	Ordinal	Años
Genero	Cualitativa	Nominal	Femenino Masculino
Intensidad máxima del dolor	Cuantitativa	Ordinal	Grados: 1-10 según el CBD.
Intensidad mínima del dolor.	Cuantitativa	Ordinal	Grados: 1-10 según el CBD.
Dolor actual	Cuantitativa	Ordinal	Grados: 1-10 según el CBD.
Alivio del dolor con medicación	Cuantitativa	Ordinal	Grados: 0%-100%, según el CBD.
Afectación de la actividad en general	Cuantitativa	Ordinal	Grados: 1-10 según el CBD.
Afectación del estado de animo	Cuantitativa	Ordinal	Grados: 1-10 según el CBD.
Afectación de la capacidad de caminar.	Cuantitativa	Ordinal	Grados: 1-10 según el CBD.
Afectación del trabajo habitual.	Cuantitativa	Ordinal	Grados: 1-10 según el CBD.
Afectación de la relación con otras personas.	Cuantitativa	Ordinal	Grados: 1-10 según el CBD.
Afectación del sueño.	Cuantitativa	Ordinal	Grados: 1-10 según el CBD.
Disfrutar de la vida.	Cuantitativa	Ordinal	Grados: 1-10 según el CBD.

Definición de variables.

Variables del estudio

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL
Edad	Tiempo en años que ha transcurrido desde el nacimiento	Años de vida
Genero	Diferencia física y constitutiva del hombre y la mujer.	Femenino o masculino
Dolor	Una experiencia sensitiva desagradable acompañada de una respuesta afectiva, motora, vegetativa e, incluso, de la personalidad.	Cuantificar la intensidad del dolor del 0 al 10.
Intensidad máxima del dolor	El valor mayor de las sensaciones que provoca el dolor.	Solicita clasificar la intensidad máxima del dolor en las últimas 24 horas, en una escala del 0 al 10.
Intensidad mínima del dolor.	El valor menor de las sensaciones que provoca el dolor.	Solicita clasificar la intensidad mínima del dolor padecido en las últimas 24 horas, en una escala del 0 al 10.
Dolor actual	Experiencia, normalmente, de inicio repentino, duración breve en el tiempo y con remisión paralela a la causa que lo produce. Existe una relación estrecha temporal y causal con la lesión tisular o la estimulación nociceptiva provocada por una enfermedad	Si se padece en la actualidad algún tipo de dolor distinto a los que se consideran como comunes (dolor de cabeza, contusiones, dolores de dientes).
Alivio del dolor con medicación	El Alivio es el proceso y resultado de aliviarse, reducir o eliminar sensaciones provocadas por el dolor gracias a un medicamento.	Solicita calificar el porcentaje de alivio sentido en las últimas 24 horas, con el tratamiento prescrito
Afectación de la actividad en general	Agravamiento de las acciones que desarrolla un individuo de manera cotidiana, como parte de sus obligaciones, tareas o funciones.	Solicita cuantificar del 1 al 10 la manera en que el dolor ha interferido durante las últimas 24 horas en distintos aspectos cotidianos relacionados con la calidad de vida.
Afectación del estado de animo	Agravamiento de la emoción predominante de una persona en un momento dado.	Solicita cuantificar del 1 al 10 la manera en que el dolor ha interferido durante las últimas 24 horas, relacionados al estado de ánimo.

Afectación de la capacidad de caminar.	Daño en la capacidad de trasladarse o moverse de un lugar a otro mediante su propio medio de locomoción.	Solicita cuantificar del 1 al 10 la manera en que el dolor ha interferido durante las últimas 24 horas, relacionados a la capacidad de caminar.
Afectación del trabajo habitual.	Afectación de la actividad al que el trabajador se dedicaba, fundamental durante el período de tiempo, anterior a la iniciación de la incapacidad.	Solicita cuantificar del 1 al 10 la manera en que el dolor ha interferido durante las últimas 24 horas, relacionados al trabajo habitual.
Afectación de la relación con otras personas.	Impacto en las asociaciones entre dos o más personas. Estas asociaciones pueden basarse en emociones y sentimientos, como el amor y el gusto artístico, el interés por los negocios y por las actividades sociales, las interacciones y formas colaborativas en el hogar, entre otros	Solicita cuantificar del 1 al 10 la manera en que el dolor ha interferido durante las últimas 24 horas, con la relación con otras personas.
Afectación del sueño.	Problemas relacionados con dormir. Estos incluyen dificultades para conciliar el sueño o permanecer dormido, quedarse dormido en momentos inapropiados, dormir demasiado y conductas anormales durante el sueño.	Solicita cuantificar del 1 al 10 la manera en que el dolor ha interferido durante las últimas 24 horas, con el sueño.
Disfrutar de la vida.	Gozo, placer o alegría por estar vivo.	Solicita cuantificar del 1 al 10 la manera en que el dolor ha interferido durante las últimas 24 horas, relacionados con el disfrute de la vida.