

## Descripción y análisis de la sintomatología asociada al dolor en pacientes oncológicos en cuidados paliativos

Xamanek Cortijo-Palacios<sup>1</sup>, Rafael Contreras-Bello<sup>2</sup>, Celina Gutiérrez-García<sup>3,4</sup>, Martín Cadena-Barajas<sup>5</sup>, Tamara Cibrián-Llenderal<sup>6\*</sup>

<sup>1</sup>Instituto Interdisciplinario de Investigaciones de la Universidad de Xalapa; <sup>2</sup>Centro Estatal de Cancerología “Dr. Miguel Dorantes Mesa”, Secretaría de Salud de Veracruz; <sup>3</sup>Facultad de Medicina, Universidad Veracruzana; <sup>4</sup>Centro Estatal de Cancerología “Dr. Miguel Dorantes Mesa”, Secretaría de Salud de Veracruz; <sup>5</sup>Facultad de Estadística e Informática, Universidad Veracruzana; <sup>6</sup>Instituto de Neuroetología, Universidad Veracruzana. Xalapa, Veracruz, México.

### ABSTRACT

#### Symptoms associated with pain in cancer patients.

**Introduction.** The palliative medicine can relieve pain and improve the quality of life when it is incorporated into a global cancer control treatment.

**Objectives.** Describe the characteristics of patients in a palliative care unit and review the relationship of pain with the most prevalent symptoms.

**Method.** This is a cross-sectional, descriptive and retrospective study. It was conducted at the Centro Estatal de Cancerología in Xalapa, Veracruz. The information were obtained from the medical records. Subjects were women and men diagnosed with cancer. The initial analysis of the study included patients who went to a first and second visit. The variables studied were: age, gender, diagnosis, medication consumption and symptoms as assessed using the Edmonton Symptom Assessment System (ESAS). The Chi-square test was used to determine the perception of pain associated with the symptoms assessed.

**Results.** A statistically significant relationship was found between the perception in the reduction of pain and the reduction of 50 % of the symptoms assessed.

**Conclusion.** Palliative care contributed to the reduction of symptoms associated with pain after to the first intervention in the types of cancer with the highest incidence.

#### RESUMEN

**Introducción.** La medicina paliativa puede aliviar el dolor y mejorar la calidad de vida de pacientes oncológicos cuando se incorpora en el tratamiento global de control del cáncer.

#### Historial del artículo

Recibido: 19 nov 2019

Aceptado: 8 jun 2020

Disponible en línea: 1 sep 2020

#### Palabras clave

Cáncer, cuidados paliativos, dolor, pacientes oncológicos.

#### Keywords

Neoplasms, pain, palliative care, oncology patients.

Copyright © 2020 por autores y Revista Biomédica.

Este trabajo está licenciado bajo las atribuciones de la *Creative Commons* (CC BY).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>

\*Autor para correspondencia:

Tamara Cibrián-Llenderal, Instituto de Neuroetología, Universidad Veracruzana. Avenida Luis Castelazo s/n, Col. Industrial Ánimas, C.P. 91190, Xalapa, Veracruz, México. Teléfono: +52-228-8418900 Extensión: 13600. Celular: 2281853116

E-mail:

[icibrian@uv.mx](mailto:icibrian@uv.mx), [tamaracibrian@gmail.com](mailto:tamaracibrian@gmail.com)

<http://revistabiomedica.mx>.

**Objetivos.** Describir las características y analizar la sintomatología asociada al dolor en los pacientes oncológicos atendidos en una unidad de cuidados paliativos entre la primera y segunda visita.

**Material y métodos.** Estudio transversal, descriptivo y retrospectivo realizado en el Centro Estatal de Cancerología en Xalapa, Veracruz. Inicialmente se incluyó la información de los expedientes clínicos de 717 mujeres y hombres pacientes con diagnóstico oncológico en etapa de cuidados paliativos. Se estudió: edad, sexo, diagnóstico, tipo de cuidador principal, consumo de medicamentos, así como la sintomatología del Cuestionario de Evaluación de Síntomas de Edmonton. Posteriormente se analizó mediante la prueba Chi cuadrado de Pearson, la percepción del dolor asociada con la sintomatología y mediante la prueba t de Student, la reducción del dolor por tipo de cáncer en 424 pacientes que acudieron a una segunda visita.

**Resultados.** Los tipos de cáncer más frecuente en mujeres fueron: mama, cervicouterino y aparato digestivo. En el caso de los hombres fueron el cáncer urológico, aparato digestivo y óseo. Se encontró una asociación estadísticamente significativa entre la reducción del dolor y la reducción del 50 % de los síntomas.

**Conclusión.** La atención mediante los cuidados paliativos contribuyó en la disminución de la sintomatología asociado al dolor posterior a la primera visita en los tipos de cáncer con mayor incidencia.

## INTRODUCCIÓN

El cáncer es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad a nivel mundial; de acuerdo con la Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer (IARC, por sus siglas en inglés), para el año 2018 en México se reportaron 190 667 nuevos casos, el 44.9 % del total se presentó en hombres y el 55.1 % en mujeres, además de 83 476 de muertes asociadas al cáncer (1).

Debido a las necesidades que se generan por la progresión de la enfermedad, han surgido estrategias de atención para el manejo de síntomas en pacientes con enfermedades de tipo crónico como los cuidados paliativos, los cuales incluyen atención activa, global e integral para las personas que padecen una enfermedad avanzada, progresiva e incurable. Sus objetivos básicos consisten en el control del dolor y

los demás síntomas, el apoyo emocional del enfermo y de su familia, bienestar y calidad de vida (2).

En las últimas décadas se han desarrollado recursos específicos en materia de cuidados paliativos en todos los ámbitos de atención, además de la construcción de equipos asistenciales (3) y regulación de leyes referentes al uso y consumo de opioides; derecho de autonomía y de información; derecho al testamento vital y voluntades anticipadas, entre otras (4).

En el Centro Estatal de Cancerología “Dr. Miguel Dorantes Mesa” (CECan) en la ciudad de Xalapa, Veracruz recientemente se han incorporado los cuidados paliativos mediante la creación de la Unidad de Atención Integral en Dolor y Paliación (UAIDP), por lo que no se contaba con un análisis inicial de su efectividad. Por ello, la finalidad de este estudio fue describir aspectos relevantes de los pacientes oncológicos y analizar estadísticamente la asociación de la presencia del dolor con los síntomas más prevalentes y el tipo de cáncer entre una primera y segunda visita a la unidad.

## MATERIAL Y MÉTODOS

El proyecto se realizó en la Unidad de Atención Integral en Dolor y Paliación (UAIDP) del Centro Estatal de Cancerología “Dr. Miguel Dorantes Mesa” (CECan) en la ciudad de Xalapa, Veracruz.

El diseño de la investigación fue retrospectiva, comparativa y transversal. El universo de estudio estuvo formado inicialmente por 717 expedientes de pacientes remitidos a la UAIDP del CECan y en segundo lugar por 424 pacientes que regresaron a una segunda visita. El muestreo fue por conveniencia. Los criterios de inclusión consideraron a todos los expedientes de pacientes con diagnóstico de cáncer que al ser referidos a la UAIDP se encontraban sin evidencia clínica hacia la remisión de la enfermedad (cura o mejoría); durante el periodo comprendido entre los años 2012 a 2016, así como que regresaran a una segunda visita. Se excluyeron los expedientes que no presentaran la información completa para llevar a cabo los diferentes análisis estadísticos. No se establecieron criterios de eliminación.

El procedimiento para la recolección de datos se realizó mediante la revisión de expedientes, fueron

registrados los datos de la ficha de identificación: edad, sexo, diagnóstico oncológico, consumo de medicamentos y parentesco del cuidador con el paciente. Para el seguimiento de los síntomas, se utilizó el Cuestionario de Evaluación de Síntomas de Edmonton (ESAS por sus siglas en inglés), el cual se emplea en pacientes con cáncer en etapa avanzada. Se utilizó la versión validada para personas hispanohablantes (alfa de Cronbach de 0.86). Este instrumento evalúa la intensidad de diferentes síntomas con una escala numérica de cero (sin síntoma) al 10 (máxima intensidad) (5, 6). Los síntomas evaluados fueron ansiedad, bienestar, pérdida de apetito, cansancio, depresión, disnea, dolor, insomnio, náusea y somnolencia. Adicionalmente, la UAIDP evaluó bajo los mismos criterios la presencia de alucinaciones, diaforesis, estreñimiento, problemas bucales y vómito. Se incluyeron las variables sexo, edad, tipo de cáncer, consumo de medicamentos y la relación entre el parentesco de los pacientes con sus respectivos cuidadores. Respecto al consumo de medicamentos, se establecieron tres categorías: opioides, adyuvantes (analgésicos no opioides) y otros (enfocados a tratar sintomatología no asociada a dolor).

Para el análisis de los datos, en lo correspondiente a la asociación entre la percepción de la reducción del dolor entre la primera y segunda visitas y los síntomas evaluados por el ESAS, se construyeron tablas de contingencia y se realizó la prueba de Chi cuadrado para determinar si la variable “reducción de dolor” estaba asociada con la reducción del resto de variables (en el caso de apetito y bienestar, se consideran inversas, ya que estas incrementan cuando hay una mejoría en el estado de salud del paciente); de manera adicional, mediante una prueba t de Student, se analizó la percepción de la reducción del dolor por tipo de cáncer para los 424 pacientes que se presentaron a una segunda visita (en un lapso de aproximadamente 45 días). Como la variable aleatoria generada por el registro de la percepción en la reducción de dolor entre la primera y segunda visitas requiere para su construcción del registro de ambas mediciones,

no se consideró ningún método para el análisis de datos censurados ni de imputación de datos (7) de los 277 pacientes que no regresaron a una segunda visita. Todos los análisis fueron efectuados con el paquete estadístico IBM SPSS versión 20.0 para Windows (8). Los resultados se presentan como frecuencias, porcentajes, medias  $\pm$  error estándar según corresponda. El criterio de significancia fue de  $p < 0.05$ .

Con relación a los aspectos éticos, este estudio se condujo de acuerdo con los principios de la declaración de Helsinki y fue aprobado por el Comité de Ética en la investigación del CECan (CONBIOÉTICA30CEI01020150514). La revisión de los expedientes así como de las fichas de identificación de los pacientes se realizó conforme al capítulo VII del Código de Bioética para el personal de salud en México (9).

## RESULTADOS

De un total de 717 pacientes, 70 % fueron mujeres y 30 % hombres. Las frecuencias más altas por grupos de edad, reportadas en los expedientes de pacientes referidos a la UAIDP, fueron para las mujeres en el rango de 40 a 59 años y para los hombres entre los 50 a 79 años. En la tabla 1 se muestra la totalidad de pacientes identificados por tipo de cáncer y por sexo. Se observó que una de cada tres mujeres (33.1 %) tenía cáncer de mama y en la misma proporción se encuentra el cáncer urológico en los hombres (32.6 %).

En cuanto a la relación de parentesco del cuidador principal, se estableció que las hijas/os (35.3 %) y cónyuges (31.4 %) representan más del 60 % de la población de cuidadores y en menor proporción están los padres (9.6 %) y hermanos (9.3 %) de los pacientes, el 4.6 % corresponde a los amigos, mientras que otras relaciones de parentesco constituyen el 7.7 % y sólo el 2.1 % no reportó cuidador.

Con relación a la evaluación de la sintomatología con el ESAS en la primera valoración, se determinó que los síntomas con valores promedios más altos fueron: el dolor, la depresión, el cansancio, la ansiedad y a la inversa el bienestar emocional.

**Tabla 1.** Distribución por grupos de edad, tipo de cáncer y sexo de los pacientes oncológicos, n= 717, primera visita.

Variable	Sexo				Total	
	Mujeres		Hombres		n	%
	n	%	n	%		
<b>Grupos de edad</b>	499	70	218	30	717	100
0 a 9	6	1.2	2	0.9	8	1.1
10 a 19	13	2.6	8	3.7	21	2.9
20 a 29	14	2.8	11	5.0	25	3.5
30 a 39	57	11.4	17	7.8	74	10.3
40 a 49	95	19.0	29	13.3	124	17.3
50 a 59	144	28.9	41	18.8	185	25.8
60 a 69	72	14.4	36	16.5	108	15.1
70 a 79	70	14.0	54	24.8	124	17.3
80 a 89	22	4.4	20	9.2	42	5.9
90 a 99	6	1.2	0	0.0	6	0.8
<b>Tipo de cáncer</b>						
Mama	165	33.1	0	0	165	23.0
Cervicouterino	125	25.1	0	0	125	17.4
Aparato digestivo	58	11.6	58	26.6	116	16.2
Urológico	17	3.4	71	32.6	88	12.3
Óseo	7	1.4	21	9.6	28	3.9
Cabeza y cuello	23	4.6	19	8.7	42	5.9
Células germinales	2	0.4	3	1.4	5	0.7
Doble primario	0	0	1	0.5	1	0.1
Ginecológico	32	6.4	0	0	32	4.5
Hemático	10	2.0	13	6.0	23	3.2
Neumológico	3	0.6	12	5.5	15	2.1
Piel y partes blandas	26	5.2	7	3.2	33	4.6
Sistema Nervioso Central	7	1.4	2	0.9	9	1.3
Diagnóstico no determinado	24	4.8	11	5.1	35	4.9

n= número. %= porcentaje sobre el total de la muestra.

Respecto a los síntomas adicionales se estableció que los problemas bucales y el estreñimiento aquejan a los pacientes en esta etapa. En la segunda visita, los resultados del ESAS presentaron una reducción en los valores promedio reportados en los diferentes síntomas con respecto a la primera visita, con excepción de los correspondientes a bienestar y alucinaciones. Además, se determinó una asociación estadística significativa ( $p<0.05$ ) entre la reducción del dolor y la reducción de cansancio, insomnio, depresión, náuseas, vómito, pérdida de apetito (es decir, hubo un aumento en el apetito). El resto de las variables no demostraron evidencia de asociación (Tabla 2).

**Tabla 2.** Reducción de síntomas según el ESAS y resultados de la prueba de Chi-cuadrado de Pearson ( $X^2$ ) al comparar el dolor y otros síntomas entre la primera y segunda visitas a cuidados paliativos (n= 424).

Síntoma	Primera visita		Segunda visita		$X^2$	p (bilateral)
	Media	EE	Media	EE		
Depresión	2.171	0.112	1.530	0.095	18.333	0.000*
Cansancio	2.141	0.105	1.867	0.108	11.241	0.001*
Insomnio	1.362	0.101	1.042	0.092	9.486	0.002*
Pérdida de apetito	1.331	0.102	1.140	0.098	8.615	0.003*
Náuseas	1.026	0.091	0.783	0.079	8.167	0.004*
Ansiedad	1.689	0.108	1.259	0.091	2.980	0.084
Disnea	0.700	0.061	0.643	0.061	1.743	0.187
Bienestar	1.636	0.039	1.558	0.035	0.387	0.534
Somnolencia	1.209	0.087	1.255	0.086	2.174	0.140
Problemas bucales <sup>a</sup>	1.873	0.093	1.631	0.078	7.468	0.006*
Vómito*	0.507	0.069	0.414	0.064	3.995	0.046*
Estreñimiento <sup>a</sup>	1.286	0.086	1.033	0.083	0.838	0.360
Diaforesis <sup>a</sup>	0.969	0.082	0.769	0.069	3.259	0.071
Alucinaciones <sup>a</sup>	0.176	0.038	0.201	0.039	2.570	0.109

<sup>a</sup>No consideradas en la versión original del ESAS. EE= error estándar de la media. \*Significancia de  $p<0.05$ .

Debido a la frecuencia elevada de dolor en el grupo analizado, se examinó este síntoma de manera independiente. Inicialmente, se determinó que en los pacientes que acudieron posteriormente a una segunda visita, los tipos de cáncer en los que se presenta reducción del dolor posterior a la primera visita, tabla 3, fueron: doble primario, mama, cervicouterino, neumológico, aparato digestivo, piel y partes blandas, en los que no tienen un diagnóstico determinado y ginecológico.

De manera adicional, se registró el consumo de medicamentos de los 424 pacientes atendidos. Se muestra que el principal tratamiento corresponde a medicamentos opioides, presentes en el 78 % de los participantes. De estos, el 8 % consume exclusivamente este tipo de medicamentos (T1), mientras que el 70 % restante complementa su tratamiento con adyuvantes (T2). El 10 % de los pacientes consume exclusivamente medicamentos adyuvantes (T3) y el 11 % de los pacientes reportó no consumir medicamentos asociados al tratamiento del dolor (T4). Observando las proporciones en la percepción de reducción del dolor entre la primera y segunda visitas, se reporta que en el 61

% de los participantes que consumen opioides más adyuvantes se presentó una reducción del dolor, contrastando con el 25 % de los pacientes que no toman medicamentos (Tabla 4).

**Tabla 3.** Reducción del dolor asociado al tipo de cáncer y resultados de la prueba de t de Student al comparar el dolor por tipo de cáncer entre la primera y segunda visitas a cuidados paliativos (n=424).

Tipo de cáncer	Con reducción		Sin reducción		t	p (bilateral)
	n	%	n	%		
Doble primario	1	100	0	0	-	-
Mama	60	61.9	37	38.1	4.673	0.001
Cervico-uterino	52	61.9	32	38.1	4.181	0.001
Neumológico	4	57.1	3	42.9	1.182	0.260
Aparato digestivo	30	53.6	26	46.4	2.490	0.014
Piel y partes blandas	16	53.3	14	46.7	2.136	0.037
Diagnóstico determinado	8	53.3	7	46.7	2.053	0.050
Ginecológico	10	52.6	9	47.4	1.266	0.0214
Óseo	2	50.0	2	50.0	1.154	0.292
Cabeza y cuello	15	46.9	17	53.1	0.509	0.612
Urológico	27	45.0	33	55.0	2.440	0.016
Sistema Nervioso Central	3	42.9	4	57.1	0.390	0.703
Hemático	4	40.0	6	60.0	1.415	0.174
Células germinales	0	0.0	2	100.0	1.414	0.293

n=número. %=porcentaje del total de la muestra. \*Significancia de p<0.05.

**Tabla 4.** Percepción de reducción de dolor entre la primera y segunda visitas, para diferentes tipos de medicamentos suministrados (n=424).

Reducción de dolor	T1	T2	T3	T4
Si	43%	61%	52%	25%
No	57%	39%	48%	75%

T1=sólo consumo de opioides. T2=consumo de opioides más adyuvantes. T3= sólo consumo de adyuvantes. T4=Ningún consumo de medicamento.

## DISCUSIÓN

El inicio de esta investigación nos permitió aportar datos sobre el tipo de población que fue atendida en la unidad de cuidados paliativos dentro del Centro Estatal de Cancerología “Dr. Miguel Dorantes Mesa”, Xalapa, Veracruz y que la media de edad de los pacientes con cáncer es 10 años menor de la edad promedio reportada en las estadísticas nacionales

(1,10). En la tipificación inicial, se determinó un mayor número de mujeres en esta etapa de la enfermedad en el rango de los 40 a 59 años y en los varones de los 50 a 79 años; así mismo, el cáncer de mama, urológico y de aparato digestivo son algunos de los tipos con mayor incidencia entre la población atendida en el estado. Esto coincide con reportes del INEGI sobre el cáncer en México, entre los años 2011 a 2016, donde en la población de 30 a 59 años tres de cada 10 decesos son debidos a cáncer relacionado a órganos del aparato digestivo. De igual forma, en este mismo lapso, los tumores malignos de los órganos digestivos, el cáncer de órganos genitales femeninos, el tumor maligno de mama, el de órganos hematopoyéticos y los tumores malignos de los órganos respiratorios e intratorácicos son los principales causantes de mortalidad en estas edades (11). En relación con la sintomatología asociada al cáncer, en la primera visita se observó que los valores promedios más altos en la evaluación con el ESAS eran dolor, depresión, cansancio, ansiedad, insomnio y a la inversa bienestar emocional. Adicionalmente, se estableció la presencia de problemas bucales y el estreñimiento en los pacientes en esta etapa. Lo anterior, permitió establecer que en este grupo en particular existe una coincidencia en la presencia de los mismos síntomas desde una primera evaluación. Ya que éstos, han sido reportados también como los más prevalentes al ingreso a la unidad en otros países (12). Posteriormente, al reevaluarlos un mes y medio después, aproximadamente, que inició el tratamiento paliativo, encontramos que hubo una disminución en la percepción del dolor, depresión, cansancio, insomnio y problemas bucales y un aumento en el apetito. La mejora sintomática en etapa de cuidados paliativos es de suma importancia ya que las manifestaciones físicas tienden a empeorar en estadios avanzados (13, 14). Resultados de otros estudios retrospectivos en este mismo tipo de pacientes han resaltado que la implementación de los cuidados paliativos mejoran el control de los síntomas y genera satisfacción por la atención especializada recibida (15, 16). Desde el séptimo día, posterior a su inicio, se pudieron observar los cambios en las variables: dolor, cansancio, náuseas,

ansiedad, apetito, bienestar y disnea (15, 17) y a su vez, disminuye el insomnio, la depresión y el dolor (17), siendo este último considerado por los pacientes uno de los de mayor prioridad dentro del tratamiento paliativo (18,19).

El dolor es uno de los síntomas más frecuentes cuando se padece cáncer en etapas avanzadas, terminales y/o con metástasis, presentándose en un 58 a 69 % de los pacientes. La experimentación de dolor ha sido asociada al tipo de cáncer en diversos estudios, Reyes Chiquete y colaboradores (20) en su investigación acerca de la epidemiología del dolor por cáncer lo reporta en los siguientes tipos: cervicouterino (98.3 %); mama (23 a 27.1 %); pulmón (74 %), próstata (69.9 %), urológico (28.7 %); por otro lado, en los pacientes que no tenían dolor se observa una mejor calidad de vida, menos ansiedad y depresión; así como ausencia de trastornos de sueño (20), de manera similar a nuestros resultados.

En la presente investigación tras la primera intervención de los cuidados paliativos se observó una disminución del dolor estadísticamente significativa en los siguientes tipos de cáncer: mama ( $p=0.001$ ), cervicouterino ( $p=0.001$ ), aparato digestivo ( $p=0.014$ ), piel y partes blandas ( $p=0.037$ ), en los que no tienen un diagnóstico determinado ( $p=0.050$ ), y urológico ( $p=0.016$ ). Estos hallazgos están relacionados por una parte al consumo de opioides y adyuvantes; sin embargo, se encontró que solamente dos de cada tres pacientes recibían este tipo de tratamiento por lo que otros factores, además del farmacológico pueden estar implicados. Sin embargo, en ninguno de los estudios antes mencionados se asocia el efecto de la disminución del dolor con los demás síntomas lo cual podría sugerir una influencia positiva en las valoraciones del resto de las variables. Por ello, enfatizamos la asociación entre la reducción del dolor y la reducción de la percepción de síntomas como cansancio ( $p=0.001$ ), insomnio ( $p=0.002$ ), depresión ( $p<0.001$ ), náuseas ( $p=0.004$ ), vómito ( $p=0.046$ ), problemas bucales ( $p=0.006$ ), y un aumento en el apetito ( $p=0.003$ ), reportadas entre las primeras dos visitas a la UAIDP mediante el ESAS.

Cabe mencionar que la mayor disminución en la percepción del dolor por tipo de cáncer en la UAIDP corresponde a los que se reportan a nivel mundial con mayor intensidad de dolor: aparato digestivo, neumológico, mama y ginecológico (13). En nuestro análisis destaca el hecho de que, el cáncer de mama ( $p=0.01$ ) y cervicouterino ( $p=0.01$ ), en las mujeres y urológico ( $p=0.016$ ), en los hombres son los que tienen asociación respecto a la disminución en la percepción del dolor entre la primera y segunda visitas. Lo anterior, es indicativo de un adecuado tratamiento paliativo para los tipos de cáncer más prevalentes. Debido a los resultados antes mencionados al calcular las proporciones en el consumo de opioides y adyuvantes respecto a la disminución de dolor, se observó que dos de cada tres pacientes que recibieron este tratamiento, reportaron una disminución en la percepción del dolor entre la primera y segunda visitas, una proporción significativamente menor fue para aquellos que no recibieron éste, donde la reducción del dolor está presente en uno de cada tres pacientes. Si bien es cierto que el consumo de opioides y adyuvantes disminuye el dolor, existen pocos trabajos donde se explique la razón de la mejoría sintomatológica en aquellos pacientes que no consumen fármacos para el dolor como lo que se observó en esta investigación. Se han mencionado algunos factores particulares de cada paciente, que deben ser considerados en la percepción del dolor como: el estado psicológico, la edad, la religión, la etnia, entre otros (21); por lo que esta pregunta queda abierta para futuras investigaciones.

Por otro lado, se debe considerar la influencia del apoyo social en la calidad de vida de los pacientes con cáncer. Como se observó en este estudio, casi el 100% de ellos cuentan con un cuidador principal y la mayoría pertenece al núcleo familiar, donde al igual que en otras investigaciones, las hijas o hijos y cónyuges son quienes asumen este rol (22). En este tipo de pacientes la familia es quien funge como la mayor proveedora de apoyo, por lo que juegan un papel determinante en su estado de ánimo. El contar con una red de apoyo familiar y social adecuado

influye en la aceptación de la enfermedad, así como en la adherencia al tratamiento (23).

La importancia de la percepción del apoyo social por parte del paciente con cáncer ha quedado ya establecida (23, 24). Este, se ha relacionado con la adherencia terapéutica, la promoción de acciones para mejorar la salud y el alivio del impacto de la enfermedad. Lo cual, ha facilitado el afrontamiento, la integración social y el bienestar psicológico de los pacientes (25). Por lo anterior, no podemos descartar la influencia del apoyo familiar y social, sin embargo, al no haberse evaluado es imposible determinar el efecto que tuvo sobre los resultados obtenidos.

## CONCLUSIÓN

En conclusión, la atención mediante los cuidados paliativos evaluada con el ESAS demostró la disminución de la sintomatología asociada al dolor posterior a la primera visita en los tipos de cáncer con mayor incidencia. Esta mejoría sintomatológica es una evidencia del trabajo intenso de los profesionales para mejorar la calidad de vida de los pacientes oncológicos en el estado de Veracruz, México; ya que, debido al incremento de las tasas de incidencia y prevalencia del cáncer a nivel estatal y nacional, es necesario disminuir los efectos asociados a la enfermedad. Por último, los resultados de esta investigación permitirán al personal médico prever problemas subsecuentes y mantener las estrategias de tratamiento paliativo específicos para el tipo de cáncer, etapa y necesidades particulares de cada paciente, lo cual impactará en una mejor calidad en el tratamiento del paciente oncológico.

## REFERENCIAS

1. Cancer fact sheets: Mexico. GCO (2018). <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/484-mexicofact-sheets.pdf>
2. Sepúlveda C, Marlin A, Yoshida T, Ullrich A. Palliative care: the World Health Organization's global perspective. *J Pain Symptom Manage.* 2002 Aug;24(2): 91-6. doi: 10.1016/s0885-3924(02)00440-2
3. Arrieta A, Hernández R, Meléndez A. Cuidados paliativos Araba: proceso asistencial integrado. 1ed. España: Departamento de Sanidad y Consumo; 2012.
4. Ley Federal en Materia de Cuidados Paliativos. LGS (2009). [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/25374/paliar\\_02.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/25374/paliar_02.pdf)
5. Bruera E, Kuehn N, Miller MJ, Selmsler P, Macmillan K. The Edmonton Symptom Assessment System (ESAS): a simple method for the assessment of palliative care patients. *J Palliat Care.* 1991 Summer;7(2): 6-9. doi: 10.1177/082585979100700202
6. Carvajal A, Hribernik N, Duarte E, Sanz-Rubiales A, Centeno C. The Spanish version of the Edmonton Symptom Assessment System-revised (ESAS-r): first psychometric analysis involving patients with advanced cancer. *J Pain Symptom Manage.* 2013 Jan; 45(1): 129-36. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2012.01.014.
7. Forbes C, Evans M, Hastings N, Peacock B. *Statistical Distributions*, 4th ed. New Jersey: John Wiley and Son; 2011.
8. IBM Corp. *SPSS Statistics for Windows*. Version 20.0. Armonk, NY: IBM Corp. 2011.
9. Código de Bioética para el personal de salud. *Conbioetica* (2002). <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7470.html>
10. Base de Egresos Hospitalarios: 2015. INEGI (2015). [http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/std\\_egresoshospitalarios.html](http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/std_egresoshospitalarios.html)
11. Cortijo-Palacios X, Bernal-Morales B, Gutiérrez-García AG, Díaz-Domínguez E, Hernández-Baltazar D, Cibrián-Llenderal T. Evaluación psicoafectiva en pacientes con cáncer avanzado y cuidadores principales. *Gac Mex Oncol.* 2018 Oct-Dic; 17(4): 245-52. doi: 10.24875/j.gamo.19000131
12. Estadísticas a propósito del día mundial contra el cáncer. INEGI (2018). [https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2018/cancer2018\\_nal.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2018/cancer2018_nal.pdf)
13. Moscoso Y, Biancardi S, Rico A, Villagra P. Caracterización de los síntomas principales presentados por los pacientes al ingreso en la Unidad de Cuidados Paliativos del Instituto Clínico Oncológico Fundación Arturo López Pérez. *Dolor.* 2012 Jul; 21(57): 12-9. [https://www.ached.cl/upfiles/revistas/documentos/51487b332eb10\\_original\\_moscoso57.pdf](https://www.ached.cl/upfiles/revistas/documentos/51487b332eb10_original_moscoso57.pdf)
14. Hui D, Santos R, Chisholm GB, Bruera E. Symptom expression in the last seven days of life among cancer patients admitted to acute palliative care units. *J Pain Symptom Manage.* 2015 Oct; 50(4): 488-94. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2014.09.003
15. Ornstein K, Wajnberg A, Kaye-Kauderer H, Winkel G, DeCherrie L, Zhang M, et al. Reduction in symptoms for homebound patients receiving home-based primary and palliative care. *J Palliat Med.* 2013 Sep; 16(9): 1048-54. doi: 10.1089/jpm.2012.0546

16. Follwell M, Burman D, Le LW, Wakimoto K, Seccareccia D, Bryson J, et al. Phase II study of an outpatient palliative care intervention in patients with metastatic cancer. *J Clin Oncol*. 2009 Jan;27(2):206-13. doi: 10.1200/JCO.2008.17.7568
17. Velasco VM. Cáncer: cuidado continuo y manejo paliativo. *Rev Med Clin Condes*. 2013 Jul; 24(4), 668-76. doi: 10.1016/S0716-8640(13)70206-2
18. Modonesi C, Scarpi E, Maltoni M, Derni S, Fabbri L, Martini F, et al. Impact of palliative care unit admission on symptom control evaluated by the Edmonton Symptom Assessment System. *J Pain Symptom Manage*. 2005 Oct; 30(4):367-73. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2005.04.007
19. Strömngren AS, Sjogren P, Goldschmidt D, Petersen MA, Pedersen L, Groenvold M. Symptom priority and course of symptomatology in specialized palliative care. *J Pain Symptom Manage*. 2006 Mar; 31(3): 199-206. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2005.07.007
20. Reyes-Chiquete D, González-Ortiz JC, Mohar-Betancourt A, Meneses-García A. Epidemiología del dolor por cáncer. *Rev Soc Esp Dolor*. 2011 Mar-Abr; 18(2):118-34. [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-80462011000200006&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462011000200006&lng=es).
21. Stewart WF, Ricci JA, Chee E, Morganstein D, Lipton R. Lost productive time and cost due to common pain conditions in the US workforce. *JAMA*. 2003 Nov; 290(18):2443-54. doi: 10.1001/jama.290.18.2443
22. Hernán GLR. Manejo del dolor en cáncer. *Rev Med Clin Condes*. 2013 Jul; 24(4): 661-6. doi: 10.1016/S0716-8640(13)70205-0
23. Cortijo-Palacios X, Ortiz-Aguilar G, Cibrián-Llenderal T. Comparación psicoafectiva entre cuidadores principales de pacientes psiquiátricos y con cáncer en estadios avanzados de la enfermedad. *Acta Médica del Centro*. 2019 Ene; 13(1): 96-102. <http://www.revactamedicacentro.sld.cu/index.php/amc/article/view/980/1243>
24. Salas Zapata C, Grisales Romero H. Calidad de vida y factores asociados en mujeres con cáncer de mama en Antioquia, Colombia. *Rev Panam Salud Pública*. 2010 Jul; 28(1): 9-18. [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1020-49892010000700002](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892010000700002)
25. Azcárate-García E, Valle-Matildes U, Villaseñor-Hidalgo R, Gómez-Pérez AI. Apoyo social a mujeres con cáncer de mama en una unidad de medicina familiar de la Ciudad de México. *Aten Fam*. 2017 Oct-Dic;24(4):169-72. doi: 10.1016/j.af.2017.08.002