

**UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR**  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
LICENCIATURA EN MEDICINA

**Calidad de vida en pacientes oncológicos con analgesia farmacológica.**

Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, agosto 2015.

TESIS DE GRADO

**VILMA CAROLINA MORÁN ALDANA**  
CARNET 10934-09

GUATEMALA DE LA ASUNCIÓN, SEPTIEMBRE DE 2015  
CAMPUS CENTRAL

**UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR**  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
LICENCIATURA EN MEDICINA

**Calidad de vida en pacientes oncológicos con analgesia farmacológica.**

Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, agosto 2015.

TESIS DE GRADO

TRABAJO PRESENTADO AL CONSEJO DE LA FACULTAD DE  
CIENCIAS DE LA SALUD

POR

**VILMA CAROLINA MORÁN ALDANA**

PREVIO A CONFERÍRSELE

EL TÍTULO DE MÉDICA Y CIRUJANA EN EL GRADO ACADÉMICO DE LICENCIADA

GUATEMALA DE LA ASUNCIÓN, SEPTIEMBRE DE 2015  
CAMPUS CENTRAL.

## **AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR**

RECTOR: P. EDUARDO VALDES BARRIA, S. J.  
VICERRECTORA ACADÉMICA: DRA. MARTA LUCRECIA MÉNDEZ GONZÁLEZ DE PENEDO  
VICERRECTOR DE INVESTIGACIÓN Y PROYECCIÓN: ING. JOSÉ JUVENTINO GÁLVEZ RUANO  
VICERRECTOR DE INTEGRACIÓN UNIVERSITARIA: P. JULIO ENRIQUE MOREIRA CHAVARRÍA, S. J.  
VICERRECTOR ADMINISTRATIVO: LIC. ARIEL RIVERA IRÍAS  
SECRETARIA GENERAL: LIC. FABIOLA DE LA LUZ PADILLA BELTRANENA DE LORENZANA

## **AUTORIDADES DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

DECANO: DR. CLAUDIO AMANDO RAMÍREZ RODRIGUEZ  
VICEDECANO: MGTR. GUSTAVO ADOLFO ESTRADA GALINDO  
SECRETARIA: LIC. JENIFFER ANNETTE LUTHER DE LEÓN  
DIRECTOR DE CARRERA: MGTR. EDGAR ENRIQUE CHÁVEZ BARILLAS

## **NOMBRE DEL ASESOR DE TRABAJO DE GRADUACIÓN**

LIC. JOSÉ RICARDO HERNÁNDEZ MARTÍNEZ

## **TERNA QUE PRACTICÓ LA EVALUACIÓN**

MGTR. EDGAR ENRIQUE CHAVEZ BARILLAS  
MGTR. EVA EMPERATRIZ OLIVA CATALAN  
LIC. ERICK MAURICIO CASTELLANOS ALQUIJAY



**VISTO BUENO INFORME FINAL DE TESIS  
ASESOR DE INVESTIGACION**

Guatemala, 14 de Agosto de 2015.

Comité de Tesis  
Departamento de Medicina  
Facultad de Ciencias de la Salud  
Universidad Rafael Landívar

Estimados miembros del Comité:

Deseándoles éxitos en sus actividades académicas regulares, me place informales que he revisado el informe final de tesis de graduación titulado: **"Calidad de vida en pacientes oncológicos con analgesia farmacológica"** del estudiante **Vilma Carolina Morán Aldana** con **carne 1093409**, el cual he acompañado desde la fase de protocolo y, hasta el momento, ha cumplido con las exigencias y procedimientos establecidos en la Guía de Elaboración de Tesis de la Licenciatura en Medicina de esa universidad.

Por lo anterior, doy mi anuencia para que dicho informe pase a consideración del Comité de Tesis para su aprobación, no teniendo de mi parte ningún inconveniente para que dicho alumno pueda continuar con el proceso establecido por la Facultad de Ciencias de la Salud, para solicitar la *defensa de tesis* del trabajo en mención.

Sin otro particular, atentamente

Dr. José Ricardo Hernández Martínez  
Médico y Cirujano  
Anestesiólogo Especialista en  
Dolor Intervencional  
Colegiado No. 8850

**Nombre Completo**  
Asesor de Investigación  
(Firma y Sello Profesional)

Cc/

- Archivo
- Gestor Académico de FCS



### Orden de Impresión

De acuerdo a la aprobación de la Evaluación del Trabajo de Graduación en la variante Tesis de Grado de la estudiante VILMA CAROLINA MORÁN ALDANA, Carnet 10934-09 en la carrera LICENCIATURA EN MEDICINA, del Campus Central, que consta en el Acta No. 09813-2015 de fecha 25 de agosto de 2015, se autoriza la impresión digital del trabajo titulado:

**Calidad de vida en pacientes oncológicos con analgesia farmacológica.**  
Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, agosto 2015.

Previo a conferírsele el título de MÉDICA Y CIRUJANA en el grado académico de LICENCIADA.

Dado en la ciudad de Guatemala de la Asunción, a los 3 días del mes de septiembre del año 2015.



LIC. JENIFFER ANNETTE LUTHER DE LEÓN, SECRETARIA  
CIENCIAS DE LA SALUD  
Universidad Rafael Landívar

# Dedicatoria.

## **A Dios:**

Por permitirme llegar hasta este punto de mi vida, aunque ciertamente falta mucho camino por andar, tengo la convicción de que nunca estaré sola aunque a veces no lo merezca.

## **A mis padres:**

Por brindarme toda la ayuda y apoyo que siempre he necesitado, por guiar mi camino cada día, pero sobre todo por quedarse a mi lado cuando por arrogancia pensé no necesitarlos.

## **A mis hermanas:**

Por brindarme su cariño y ser mis compañeras de vida a pesar de todo lo que hemos atravesado.

## **“Calidad de vida en pacientes oncológicos con analgesia farmacológica”.**

Vilma C. Morán A.

### **Resumen.**

**Antecedentes:** El término **CALIDAD DE VIDA** (CV) se emplea como medida de bienestar en pacientes oncológicos, esta se encuentra influenciada por el dolor, lo cual repercute significativamente en la misma. **Objetivo:** Determinar la calidad de vida en pacientes oncológicos con tratamiento farmacológico para el alivio del dolor. **Diseño:** Estudio observacional, transversal, descriptivo. **Lugar:** Unidad de Consulta Externa de Enfermedades en el Área de Medicina Paliativa del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS). **Materiales y Métodos:** Estudio realizado durante Junio del 2014 a 55 pacientes, se utilizó el cuestionario QIQ C-30, y una boleta de recolección de datos para evaluación de adherencia e intensidad del dolor. **Resultados:** Se encuentra que un 50.9% de los pacientes obtuvieron una “adecuada calidad de vida”, el mayor déficit funcional se encuentra a nivel físico, el síntoma predominante es el dolor con un 90.9%, 85.5% presenta una “excelente” adherencia al tratamiento farmacológico y 61.8% se encuentra en el escalón tres de analgesia. **Limitaciones:** La presencia de dolor y estado clínico interfirió con la participación en ciertos pacientes. **Conclusiones:** Se encuentra una baja calidad de vida en la mitad de los pacientes, pese a una excelente adherencia la mayor parte de pacientes presenta dolor siendo percibido en la mayoría como intenso.

## Índice.

1.Introducción	1
2. Marco teórico	2
2.1.Cáncer	2
2.1.1. Generalidades	2
2.1.2. Carcinogénesis	2
2.1.3. Diagnóstico de la enfermedad neoplásica	3
2.1.4. Principios del tratamiento de la enfermedad neoplásica	3
2.1.5. Epidemiología	3
2.2 Cuidados Paliativos	4
2.2.1. Generalidades	4
2.2.2. Medicina Paliativa bajo la perspectiva de la bioética.	4
2.2.3. Principios de base de los cuidados paliativos.	5
2.2.4. Cuidados paliativos en Guatemala	5
2.3 Calidad de vida	6
2.3.1. Historia y concepto	6
2.3.2. Bienes reales de la calidad de vida	8
2.3.3. Calidad de vida relacionada con la salud.	8
2.3.4. Calidad de vida en el paciente oncológico	10
2.3.5. Cuestionarios de calidad de vida	11
2.3.6. QIQ C-30	12
2.4 Dolor	12



2.4.1	Receptores sensoriales	12
2.4.2.	Nervios periféricos sensitivos	13
2.4.3	Vías del dolor	14
2.4.4.	Clasificación del dolor	14
2.4.5.	Dolor oncológico	16
2.4.6.	Dolor irruptivo en pacientes oncológicos	17
2.4.7.	Hiperalgnesia inducida por opioides (HIO)	17
2.4.8.	Valoración del dolor en el paciente oncológico	18
2.4.9.	Escalas unidimensionales	18
2.4.10.	Tratamiento farmacológico para el dolor oncológico	20
3.	Objetivos	23
3.1.	Objetivo general	23
3.2.	Objetivos específicos	23
4.	Metodología	24
4.1.	Diseño del estudio	24
4.2.	Unidad de análisis	24
4.3.	Criterios de inclusión y exclusión	24
4.3.1.	Criterios de inclusión	24
4.3.2.	Criterios de exclusión	24
5.	Definición y operacionalización de variables	25
6.	Instrumentos	27
7.	Plan de procesamiento y análisis de datos	27

8. Procedimiento	28
8.1. Primera etapa	28
8.2. Segunda etapa	28
8.3. Tercera etapa	28
8.4. Cuarta etapa	28
8.5. Quinta etapa	28
8.6. Sexta etapa	28
9. Alcances y límites de la investigación	29
9.1. Alcances	29
9.2. Límites	29
10. Aspectos éticos	29
11. Resultados	30
11.1. Indicadores y su asociación con las características de la muestra	34
11.1.1. Indicadores asociados con el sexo del paciente	35
11.1.2. Indicadores asociados con la edad del paciente	35
11.1.3. Indicadores asociados con tratamiento para el dolor	35
12. Análisis y Discusión de resultados	37
13. Conclusiones	39
14. Recomendaciones	40
15. Referencias bibliográficas	41
16. Anexos	46

## 1. Introducción.

El cáncer, es un término genérico usado para designar una variedad de enfermedades, distintas entre sí que pueden afectar cualquier parte del organismo. La Organización Mundial de la Salud (OMS) reporta que el cáncer es la principal causa de muerte a escala mundial, se le atribuye 7,6 millones de defunciones lo cual representa un 13% del total en todo el mundo. Durante el año 2008, más del 70% de las defunciones por cáncer fueron registradas en países con ingresos bajos y medianos y se prevé que este número llegue a superar los 13,1 millones para el año 2030 (1).

La mortalidad en América Latina continúa siendo mayor que en Europa o Estados Unidos, hecho debido al diagnóstico tardío, como consecuencia de un menor acceso a los servicios de salud. Conociendo las anteriores estadísticas en mención resulta de relevancia el hecho que la curación de un proceso neoplásico no siempre es posible, por lo que existe la introducción de la valoración de la calidad de vida como un parámetro significativo. (4)

La calidad de vida en pacientes oncológicos se ve influenciada por el dolor, siendo éste predecible y evitable. “Hasta un 30% de los pacientes presentan dolor en el momento del diagnóstico de su proceso oncológico, llegando estos porcentajes al 60-80% en fases terminales de la enfermedad” (6). El dolor en pacientes oncológicos es considerado un problema de salud mundial, y según la OMS hasta un 30% a 50% de los pacientes sufren dolor debido a la inaccesibilidad a fármacos analgésicos o por mala administración de los mismos. (7)

Dentro de las principales barreras para un adecuado manejo del dolor en pacientes oncológicos se encuentran los relacionados con los profesionales de atención médica, debido a una deficiente valoración del dolor e inadecuado conocimiento, los relacionados con el paciente, ya que muchos interpretan al dolor como una parte inevitable de la enfermedad o no quieren reconocer que la enfermedad progresa, el miedo a convertirse “adictos” a los medicamentos, así como los problemas relacionados al sistema de atención médica el cual se encuentra en un entorno estricto que controla de cerca prácticas de prescripción de fármacos, y la disponibilidad de los mismos. (7)

En Guatemala aún no se cuenta con datos referentes al tema en mención, por lo que el presente estudio pretende integrar la valoración de la intensidad del dolor en pacientes oncológicos con tratamiento farmacológico para alivio del dolor y el efecto de este sobre la vida del paciente haciendo énfasis en la naturaleza multidimensional de la calidad de vida.

## **2. Marco Teórico.**

### **2.1 Cáncer.**

#### **2.1.1 Generalidades.**

El cáncer se define como un grupo de enfermedades caracterizadas por un crecimiento desproporcionado y diseminación de células anormales a consecuencia de causas internas y externas, estos factores pueden actuar en conjunto y promover la carcinogénesis. Ciertos cánceres pueden ser prevenidos eliminando la exposición a factores de riesgo que inician o aceleran la aparición del mismo, otros potencialmente malignos pueden ser detectados en una etapa temprana. (11)

El cáncer se considera una enfermedad genética como resultado de sucesivas alteraciones somáticas del ADN dando lugar a una proliferación de células anormales, la mayoría de las alteraciones se dan a nivel del ácido nucleico, debido a errores de replicación, exposición a ciertos carcinógenos o deficiencias en los procesos que pueden reparar el ADN, por lo general su aparición es esporádica, pero existen casos familiares en los que se da la mutación de cierto gen cancerígeno incrementando la aparición de neoplasias. (20).

#### **2.1.2 Carcinogénesis.**

La carcinogénesis representa un proceso lento, a pesar de esto la duración puede experimentar variaciones que dependen de la intensidad y agresividad del agente de inicio. La serie de sucesos que dan lugar a una neoplasia son conocidos como carcinogénesis y los agentes causales son llamados carcinógenos. El efecto de un carcinógeno sobre una célula normal da como resultado una serie de cambios en el material genético, llevando esto a mutaciones genéticas que causan pérdida de la morfología, propiedades funcionales, estructurales y biológicas que son consideradas normales. El crecimiento de las mismas se da a una rápida velocidad, y los cambios mencionados son transmitidos a la descendencia de dicha célula, de forma progresiva son acumuladas células anormales que le confieren gran tamaño al tumor hasta el punto de ser considerado incompatible con la vida. A medida que crece la masa esta adquiere la propiedad de invasión, y puede darse el desprendimiento de células neoplásicas del tumor primario, que emigran a lugares lejanos formando focos tumorales secundarios en un proceso conocido como metástasis, estos focos presentan las mismas propiedades y características del tumor primario. (38)

Existen dos rasgos específicos que definen al cáncer: el crecimiento no regulado y la invasión hística. Entre las principales características fenotípicas de las células cancerosas se pueden mencionar: proliferación celular desregulada, incapacidad para la diferenciación, pérdidas de las vías apoptóticas normales, inestabilidad genética, pérdida de senectud replicativa, intensificación de la angiogénesis, invasión, metástasis y evasión del sistema inmunitario. (20)

### **2.1.3 Diagnóstico de la enfermedad neoplásica.**

Cuando existe la sospecha de una enfermedad neoplásica, es relevante el contexto clínico en el cual se encuentra el paciente, por lo que el primer paso es localizar el tumor, lo que en ocasiones no es posible y se descubren únicamente metástasis, hecho conocido como “metástasis sin primario conocido”. En este primer paso es fundamental realizar una adecuada anamnesis, examen físico, estudios de rutina, marcadores tumorales fundamentados en la sospecha clínica y técnicas de imagen. El diagnóstico patológico se realiza por medio de muestras de tejidos obtenidos de biopsias, a las cuales se les realizan diversas tinciones o cortes que permiten el estudio por medio de microscopía óptica o electrónica y métodos inmunohistoquímicos. Confirmado el diagnóstico clínico- patológico así como la extensión tumoral, se utiliza un sistema internacionalmente aceptado para conocer de manera rápida y en un lenguaje común los hallazgos de lo anteriormente mencionado; conocido como TNM (T: tamaño tumoral, N: situación ganglionar y M: metástasis). (39)

### **2.1.4 Principios del tratamiento de la enfermedad neoplásica.**

La finalidad principal del tratamiento del cáncer es erradicar la enfermedad, de no ser posible, el segundo objetivo es la paliación. A continuación se hace mención de los cuatro grupos principales de tratamiento: 1. Cirugía, 2. Radioterapia, (incluida la fotodinámica), 3. Quimioterapia, (incluida la hormonoterapia y terapia molecular) y 4. Bioterapia, (incluida inmunoterapia y gene-terapia). Estos grupos mencionados son utilizados a menudo en combinación. (21)

### **2.1.5 Epidemiología.**

Alrededor del mundo una de cada ocho muertes se da a consecuencia del cáncer, por lo que representa una de las causas más importantes de mortalidad en comparación con el VIH, tuberculosis y malaria combinadas. Es la principal causa de muerte en países desarrollados y la segunda causa en países en vías de desarrollo. Según estimados de la Agencia Internacional para la Investigación sobre el Cáncer (IARC) durante el año 2008 fueron reportados 12.7 millones de casos nuevos de cáncer a nivel mundial y 7.6 millones de muertes. Para el año 2030 se esperan 21.4 millones de casos nuevos y 13.2 millones de muertes derivadas de esta enfermedad. (11).

Teniendo en cuenta cambios demográficos y diversos factores que influyen en la carga de presentación del cáncer, se considera un aumento anual del 1% hasta el año 2030. Ha sido demostrado que un 53% del total del número de casos nuevos de cáncer y un 60% del número total de muertes tienen lugar en países en vías de desarrollo. Durante el año 2008 la población mundial se encontraba alrededor de 6.7 billones de habitantes y para el año 2030 llegará a alcanzar cerca de 8.3 billones, de este incremento un 38% se dará en países subdesarrollados. Estos datos cobran importancia debido a que los cambios de mayor impacto en el mundo a nivel demográfico tendrán lugar en países en vías de desarrollo, por consiguiente la carga de cáncer será más evidente en estos países. (12)

Según información brindada por GLOBOCAN 2012 revela 14.1 millones de nuevos casos y 8.2 millones de muertes debidas a cáncer durante el año en mención. Las predicciones basadas en esta información, estiman un incremento de 19.3 millones de casos nuevos de cáncer por año. (16)

Debido a toda la información brindada acerca de la cambiante epidemiología, y el incremento de casos nuevos y muertes a consecuencia del cáncer, es importante tomar en consideración las diversas opciones terapéuticas existentes, que comprenden desde curativas hasta paliativas, tomando en cuenta que cada paciente es diferente y su tratamiento debe ser individualizado.

## **2.2 Cuidados Paliativos.**

### **2.2.1 Generalidades.**

Diversos estudios reflejan la alta mortalidad de diversas enfermedades, tomando esto en cuenta cobran importancia los cuidados paliativos ya que representan y brindan una nueva oportunidad en el área de salud frente a esta realidad. La Organización Mundial de la Salud (OMS), definió los cuidados paliativos como “Enfoque que mejora la calidad de vida de pacientes y familias que se enfrentan a los problemas asociados a una enfermedad potencialmente mortal, a través de la prevención y alivio del sufrimiento realizando una identificación temprana, impecable evaluación y aplicando tratamiento para el dolor y otros problemas físicos, psicológicos y espirituales”. (14)

### **2.2.2 Medicina paliativa bajo la perspectiva de la bioética.**

En orden de comprender el concepto de medicina paliativa, es importante la perspectiva que se brinda de esta bajo la luz de la bioética, iniciando con la definición de una medicina más humana: se comprende como un comportamiento que aborda las pérdidas que sufre una persona con una enfermedad grave, es un esfuerzo a responder como ser humano a otro ser humano que está sufriendo, aunque la curación no sea posible, el brindar ayuda siempre lo es. Hoy en día la medicina moderna se encuentra fuertemente fundamentada en datos y procedimientos científicos rigurosos, en este punto la persona del paciente es reducida a una patología física la cual es tratada de manera agresiva, la meta de la medicina moderna es la eliminación de la patología y esto se persigue hasta el final de la vida, lo que nos lleva a ocultar las necesidades de la persona como un todo. (29)

El surgimiento de la medicina paliativa cuyo enfoque es la persona en esencia y sobre todo la calidad de vida de un paciente, toma de fondo una teoría de medicina más holística, la cual persigue un final importante, el crear una medicina más humana. Los cuidados paliativos no rechazan la medicina científica por el contrario amplían su visión en un intento de corregir sus peores limitaciones. Se persigue el entendimiento de la compleja realidad de la personalidad humana, así mismo proporcionar alivio de la pena física permaneciendo con el paciente de una manera perceptiva y compasiva. (29)

### **2.2.3 Principios de base de los cuidados paliativos.**

- Pretenden alcanzar y mantener un nivel óptimo de control del dolor y demás síntomas, debe existir una exhaustiva evaluación de cada paciente en forma individualizada.
- Son una afirmación de la vida y la comprensión de la muerte como un proceso normal. “Lo que los seres humanos tenemos en común es la realidad inexorable de la muerte”.
- No acortan la vida en forma prematura, no apresuran la muerte, y no se aplican para prolongar la vida en forma no natural.
- Engloban aspectos espirituales y psicológicos del paciente.
- Representan un apoyo, para dar lugar a una vida activa en lo posible hasta el momento de la muerte del paciente.
- Soporte a la familia que cuida del paciente.
- Demanda un trabajo en equipo.
- Busca mejorar la calidad de vida, concepto que únicamente puede ser entendido y definido por el paciente.

Tomando en cuenta las diferentes opciones terapéuticas que varían dependiendo del pronóstico de cada paciente, cobra importancia la definición de cuidados paliativos, el principal objetivo de estos es liberar al paciente del sufrimiento y brindar calidad de vida, sin tomar en cuenta el estadio de la enfermedad o la necesidad de otras terapias. El concepto de cuidados paliativos expande el modelo tradicional de tratamiento y lleva al mismo más allá al incluir metas de calidad de vida, optimización de la función, ayuda a la toma de decisiones y oportunidades de crecimiento personal. (13,14).

### **2.2.4 Cuidados paliativos en Guatemala.**

En una vista general en Guatemala, pueden ser identificadas tres unidades especializadas en cuidados paliativos en hospitales correspondientes de tercer nivel, los cuales son:

- Departamento de Medicina Paliativa y Control de síntomas, Instituto de Cancerología Dr. Bernardo del Valle, INCAN.
- Área de Cuidados Paliativos, Oncología, Instituto Guatemalteco de Seguridad Social IGSS.
- Programa de Cuidados Paliativos, Unidad Nacional de Oncología pediátrica, UNOP.

Al momento en Guatemala no existe acreditación oficial en cuidados paliativos, y a pesar de existir diversas facultades de Medicina, solamente una cuenta con estudios acerca del área dentro de su pensum. A largo plazo se espera poder brindar cuidados paliativos en todo nivel de atención y de este modo ampliar la cobertura, así como el inicio de preparación en esta área tanto a nivel de pregrado como posgrado. (15)

## 2.3 Calidad de vida (CV).

### 2.3.1 Historia y concepto.

El uso del concepto **CALIDAD DE VIDA** (CV), puede remontarse a la Segunda Guerra Mundial en los Estados Unidos, en donde utilizaban dicho término para conocer acerca de la percepción de la población y tener información de si ellos consideraban su vida en forma positiva o financieramente segura. Su uso se expandió a partir de los años setenta, los científicos sociales indagaron acerca del tema recolectando información y datos del estado socioeconómico, nivel educacional y tipo de vivienda. Muchas han sido las definiciones que se brindan de calidad de vida; “Términos de satisfacción de necesidades en las esferas física, psicológica, social, de actividades, material y estructural” (Hornquist 1982), “Calidad de vida general definida como el bienestar personal derivado de la satisfacción o insatisfacción en áreas que son importantes para él o ella”(Ferrans en 1990), (17)

La calidad de vida es uno de los términos más utilizados en el campo de la biomedicina, posee gran utilidad, sin embargo está claro que no tiene una unívoca significación, siendo esto resultado de que “en la base de la diversidad de definiciones se halla la orientación conceptual del investigador, la heterogeneidad de contextos en los que el concepto es usado, las medidas a utilizar, la finalidad de la evaluación y el sujeto que realiza la valoración”. Calidad de vida “es lo que el individuo determina que es”, partiendo de esta premisa, se extrae que la CV es individual, ya que los aspectos que se consideran de importancia para una persona pueden no serlo para otra, por lo tanto la evaluación de la misma se encuentra influenciada por varios factores, entre estos expectativas y experiencias, dando como resultado una luz de dinamismo al concepto, que varía según las circunstancias de la vida de un individuo y de la percepción de este sobre sus condiciones. (30)

Una definición importante es la brindada por el Grupo Calidad de Vida de la Organización Mundial de la Salud (WHOQOL Group), siendo esta “las percepciones de los individuos de su posición en la vida en el contexto cultural y de los valores en el que viven en relación a sus metas, expectativas, estándares y preocupaciones”. Es la representación de un concepto amplio que se correlaciona de manera importante con la definición de la OMS de salud “estado completo de bienestar físico, mental y social, no sólo la ausencia de enfermedad”. (22).

Se encuentra un acuerdo de tipo general acerca de la multidimensionalidad que rodea al concepto CV, tiene sus bases sobre áreas y dominios que no pueden ser explicados por un solo elemento si no por la relación de todos ellos. (30), tal como es expresado en la definición brindada por Lawton, 1991 “Evaluación multidimensional, de acuerdo a criterios interpersonales y socio-normativos, del sistema personal y ambiental de un individuo”. (17)

La calidad de vida desde el punto de vista de la bioética, es medida por la propia vida humana, en cualquier estado en que esta se encuentre, es decir es intrínseca a la vida, las cualidades relativas no pueden y no son convertidas en reglas o puntos de referencia que dictaminen el valor de la vida humana. Se debe considerar la vida



como una realidad pluridimensional con aspectos objetivos y subjetivos, que constan de realidades materiales hasta otras de trascendencia mayor. Eliminar la idea de que la única aspiración de la medicina es eliminar el sufrimiento, esta es una meta irreal y creadora de falsas expectativas, al contrario es mejor comprender y ejercer el respeto por toda vida humana en búsqueda de un incremento de la calidad de esa vida, es decir “promover lo más que podamos la calidad relativa que exige la situación concreta del ser humano que estemos tratando”. En cuanto a la objetividad y subjetividad del concepto, siempre deben de encontrarse incluidos estos dos indicadores, ya que subjetivar el concepto calidad de vida representa un error conceptual y por tanto los esfuerzos en mejorar la misma se verán reducidos a cambiar las percepciones de éstos sobre la realidad, así mismo obviar la subjetividad u objetivar la calidad de vida, brinda una imagen incompleta de la realidad. (31)

<b>Referencia.</b>	<b>Definición propuesta.</b>
Ferrans (1990)	Calidad de vida general definida como el bienestar personal derivado de la satisfacción o insatisfacción con áreas que son importantes para él o ella.
Hornquist (1982)	Define en términos de satisfacción de necesidades en las esferas física, psicológica, social, de actividades, material y estructural.
Shaw(1977)	Define la calidad de vida de manera objetiva y cuantitativa, diseñando una ecuación que determina la calidad de vida individual: $QL=NE * (H+S)$ , en donde NE representa la dotación natural del paciente, H la contribución hecha por su hogar y su familia a la persona y S la contribución hecha por la sociedad.
Haas (1999)	Evaluación multidimensional de circunstancias individuales de vida en el contexto cultural y valórico al que se pertenece.
Martin y Stockler(1998)	Tamaño de la brecha entre las expectativas individuales y la realidad a menor intervalo, mejor calidad de vida.
Opong et al. (1987)	Condiciones de vida o experiencia de vida.

Fuente: Urzúa A. Calidad de vida relacionada con la salud: elementos conceptuales. Rev Med Chile 2010.

A criterio de la autora de la presente investigación, en cuanto a una definición del concepto calidad de vida, cobra importancia las múltiples dimensiones que envuelven a este término, así como la objetividad y subjetividad del mismo, no existen criterios únicos, pero se debe comenzar comprendiendo que mantiene puntos en común con el bienestar, satisfacción, expectativas, sentimientos y experiencias todo esto enfocado y percibido por el fin último de la medicina, la persona en toda su expresión.

### **2.3.2 Bienes reales de la calidad de vida.**

Es posible describir una calidad de vida alta en términos de bienes naturales o reales, estos se entienden como aquellos necesarios para llegar a la felicidad, (se utiliza el término felicidad en su sentido más completo que concuerda con el de prosperidad humana), se realiza la distinción con los bienes aparentes, que son aquellos deseados pero no necesarios. (22)

Los bienes reales de la vida pueden ser divididos en intrínsecos que representan las bondades de la mente y cuerpo y, extrínsecos que son las bondades de la vida social enfatizando en parámetros físicos, económicos y políticos. (22)

#### **a. Bienes reales intrínsecos de la calidad de vida. (22)**

- Bienes psicológicos: entre estos se encuentra principalmente la autoestima representada como el amor propio que se proyecta en el sentido de la vida, ausencia de soledad y rechazo, aceptación del cuerpo, visión positiva del futuro y encontrarse en la capacidad de expresar la fe o espiritualidad.
- Bienes intelectuales: se representan como la capacidad de adquirir conocimientos y razonar.
- Bondades del carácter: ejercicio a través de la virtud.
- Bienes sociales: representados por las relaciones interpersonales.

#### **b. Bienes reales extrínsecos de la calidad de vida. (22)**

- Bienes políticos: cobra importancia la ausencia de discriminación.
- Bienes económicos.
- Parámetros físicos.

### **2.3.3 Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS).**

Una de las principales aproximaciones con mayor desarrollo en CV ha sido desde el punto de vista de la salud. (19) El concepto de Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) incursionó en el campo de la medicina con el fin de evaluar el bienestar de los pacientes como parte de su tratamiento y sustento de vida. La salud se considera como un pilar importante de este concepto, ya que el término constituye un marco conceptual dentro del cual los temas relacionados con la salud pueden ser revisados en forma positiva y holística. (30) Existe cierta discrepancia acerca del término CVRS, ya que éste en el campo de la medicina centra su interés en evaluar la calidad de los cambios que puede experimentar un paciente como resultado de intervenciones médicas, a la vez se piensa que este debe estar limitado a la experiencia del paciente frente a su enfermedad y establecer el impacto de la enfermedad en la vida diaria. (19)

Entre los aportes del concepto CVRS incorpora la percepción del paciente, así como la necesidad de evaluar los resultados en salud, debiéndose desarrollar instrumentos, con la finalidad de que esta medición sea válida y aporte evidencia fundamentada para la toma de decisiones y de este modo considerar los datos provenientes del paciente que condicionan su bienestar o malestar. (51)

A continuación se brindan varias propuestas de definiciones de CVRS.

<b>Propuestas de definiciones en Calidad de vida relacionada con la salud.</b>	
<b>Autor (es)</b>	<b>Definición.</b>
Echteld, van elderen, van der Kamp	Resultado cognitivo y afectivo del afrontamiento a estresores y disturbios percibidos contra los objetivos de la vida, tales como la enfermedad específica y elementos generales; experimentar satisfacción con la vida y afectos positivos y la ausencia de efectos negativos.
Awad	Percepción del sujeto de los resultados de la interacción entre la severidad de los síntomas psicóticos, efectos colaterales de la medicación y nivel de desarrollo psicosocial.
Burke	Evaluación subjetiva del paciente de los dominios de su vida que son percibidos como importantes durante un tiempo particular.
Schipper	Efectos funcionales de una enfermedad y sus consecuencias en la terapia.
Schipper, Clinch & Powell	Efectos funcionales de una enfermedad y su terapia sobre un paciente, percibido por el mismo paciente.
Bowling	Efectos físicos, mentales y sociales de la enfermedad en la vida diaria y el impacto de estos efectos en los niveles de bienestar subjetivo, satisfacción y autoestima.
Shumaker & Naughton	Evaluación subjetiva de la influencia del estado de salud actual, el cuidado de la salud y las actividades promotoras de la salud, en la habilidad para alcanzar y mantener un nivel de funcionamiento general que permita seguir las metas valoradas de vida y que estos se refleje en su bienestar general.

Patrick & Erickson	Valor otorgado a la duración de la vida y su modificación por impedimentos, estado funcional, percepción y oportunidades sociales que son influenciadas por la enfermedad, daño, tratamiento o las políticas.
Wu	Aspectos de la salud que pueden ser directamente vivenciados y reportados por los pacientes.
O'Boyle	Expresión de un modelo conceptual que intenta representar la perspectiva del paciente en términos cuantificables, la cual depende de su experiencia pasada, su estilo de vida presente, sus esperanzas y ambiciones para el futuro.

Fuente: Urzúa A. Calidad de vida relacionada con la salud: elementos conceptuales. Rev Med Chile 2010.

Aún no se cuenta con una clara diferenciación del término CV y CVRS, a pesar de ésto se hace pertinente señalar, que el término CVRS tiene sus raíces a partir del concepto calidad de vida general y los dominios que evalúan son similares, por supuesto que la CVRS evalúa la marca de una enfermedad, así como tratamientos brindados a los pacientes, pero su finalidad es observar el impacto de la enfermedad en el campo de la calidad de vida general del paciente, por lo que desde el punto de vista de la autora, no se pueden separar ambos términos al contrario se complementan el uno al otro.

### **2.3.4 Calidad de vida en el paciente oncológico.**

Como ha sido mencionado anteriormente el control del cáncer se encuentra dentro de las prioridades sanitarias, debido a la alta mortalidad y morbilidad así como el coste sanitario, económico y humano que representa la enfermedad. (4)

La OMS define salud como un “estado completo de bienestar físico, mental y social y no sólo la ausencia de enfermedad”. Una adecuada asistencia sanitaria tiene por objeto la salud y esta consiste en mejorar la esperanza y calidad de vida, sin embargo muchas veces nos encontramos con la posibilidad de que aumentar la esperanza de vida significa disminuir la calidad de esta, por lo que se necesita valorar los dos aspectos como un todo, siempre teniendo en cuenta al paciente y su capacidad de elección. (22)

Un proceso neoplásico no siempre se ve beneficiado por una terapia curativa, por lo que en las últimas décadas los estudios buscan comprender la naturaleza del cáncer y dar lugar a expectativas de supervivencia mayores a los pacientes. Ha sido necesario, incorporar nuevos conceptos que incluyan tiempo libre de enfermedad, ya

que prolongar la supervivencia sin un deterioro importante, iatrogenia y continua medicación no se muestra como una estrategia satisfactoria. En el campo de la oncología, debido a las características de los pacientes, el uso del parámetro “calidad de vida” será cada vez más frecuente, con el objetivo de proporcionar una supervivencia con la mejor calidad de vida tomando en cuenta la autonomía del paciente. (4)

### 2.3.5 Cuestionarios de calidad de vida.

La valoración de las repercusiones de una enfermedad oncológica y su terapéutica empezó en 1949 con la escala de incapacidad de Karnofsky, que realiza una evaluación del impacto de la quimioterapia sobre el desempeño de la actividad diaria de los pacientes, sin embargo no evalúa efectos del cáncer y tratamiento sobre ninguna otra dimensión. (32)

Una pregunta de especial relevancia que surge es: ¿En qué forma cuantificar algo que es considerado cualitativo?, a manera de contestar esta pregunta, en los estudios clínicos se evalúa mediante encuestas y cuestionarios conformados por una serie de ítems que toman en cuenta diversas áreas de la vida de los pacientes, conocidos como cuestionarios de calidad de vida relacionada con la salud. Se cuenta con tres tipos de cuestionarios para la medición de la CVRS: 1) cuestionarios genéricos, 2) cuestionarios específicos para cada tipo de enfermedad o problemas de salud y 3) cuestionarios específicos de síntomas. No todo instrumento para medición de CVRS cuenta con el mismo valor, las características mínimas que deben de cumplir son: certeza, validez, sensibilidad, práctico y fácil de implementar. (33)

En la siguiente tabla se hace mención de los principales instrumentos de evaluación de calidad de vida utilizados en pacientes con cáncer.

Tipo de instrumento.	Nombre.
Índices globales específicos.	Índice de Karnofsky, The Karnofsky Performance Status (KPS)
	Zubrod Scale (Eastern Cooperative Oncology Group Performance Scale: ECOG)
Índices particulares específicos (Escala de calidad de vida)	Quality of life index.
	Rotterdam Symptom Check List (RSCL)
	Functional Assessment of Cancer Therapy Scale (FACT)
	McGill Quality of Life Questionnaire (MQQL) Quality of Life Questionnaire Core 30: QLQ C-30

Fuente: Martín J, Sánchez M, Sierra J. Evaluación de calidad de vida en pacientes con cáncer: una revisión. Revista colombiana de Psicología 2005.

### **2.3.6 Quality of Life Questionnaire, Core 30: QLQ – C30. Organización Europea para la Investigación y el Tratamiento del Cáncer (EORTC).**

El cuestionario en mención se caracteriza por ser un sistema que evalúa la calidad de vida relacionada con la salud, en pacientes con cáncer, es producto de más de una década de investigación. El QLQ-C30 en su tercera versión, la más actual, incluye 30 ítems agrupados de la siguiente manera: cinco escalas funcionales (funcionamiento físico, social, emocional, cognitivo y rol), tres escalas de síntomas (fatiga, dolor, náuseas y vómitos), una escala de salud global/calidad de vida, así como otros ítems individuales que guardan relación con la sintomatología de la enfermedad. (32)

Todos los ítems se encuentran valorados entre 1 y 4 (1: para nada, 2: un poco, 3: bastante y 4: muchísimo), con excepción de la escala de salud global/calidad de vida en la cual los ítems que la componen se valoran entre 1 y 7 (1: muy mal y 7 muy bien). Los resultados de dicha prueba son transformados a una puntuación estandarizada un “score” de 0 a 100, a modo que un valor alto se considera “alta o mejor calidad de vida” en las escalas de estado funcional y salud global, mientras que un valor alto en las escalas de sintomatología es “baja o peor calidad de vida”, ya que indica presencia de síntomas. (40) El presente cuestionario ha sido traducido y validado a 81 idiomas, y ha sido utilizado en más de 3,000 estudios alrededor del mundo, la versión 3 como ha sido mencionado es la más reciente, y es la recomendada a utilizar en todo nuevo estudio congruente con el tema. (34)

De todos los cuestionarios con los que se cuenta para la evaluación de calidad de vida, es importante mencionar que el QLQ- C30 posee una estructura modular que lo diferencia y permite mayor grado de especificidad que las demás opciones por lo que resulta recomendable debido a su fiabilidad y validez comprobada para la evaluación de calidad de vida.

## **2.4 Dolor.**

La Asociación Internacional para el Estudio y Tratamiento del Dolor (IASP) define dolor como: “una experiencia sensitiva y emocional desagradable, asociada con una lesión tisular real o potencial descrita en términos de esta lesión”, la importancia de esta definición radica en los aspectos emocionales y subjetivos que se encuentran atados a la sensación dolorosa. (37). El dolor es una experiencia compleja iniciada por información sensitiva que es transportada debido a un estímulo nocivo, esta sensación se encuentra modificada por las diferentes perspectivas de cada individuo como emociones, cultura y nivel cognitivo. (41)

### **2.4.1 Receptores sensoriales.**

Los estímulos nociceptivos inician en las terminaciones libres amielínicas, estos estímulos son conducidos por las fibras nerviosas periféricas: fibras A (mielínicas) y fibras C (amielínicas). Han sido descritas tres tipos de receptores para el dolor:

- Receptores en las terminaciones nerviosas libres o nociceptores: se encuentran asociados con fibras C.

- Mecanorreceptores de umbral elevado: responden a presiones nocivas en los tejidos y transmiten sus señales a través de fibras A, dan lugar al dolor inicial agudo.
- Receptores polimodales en la piel: responden a estímulos como calor, tacto superficial y dolor, en su mayoría asociados a fibras C.

#### 2.4.2 Nervios Periféricos sensitivos.

Las fibras nerviosas se encuentran divididas en tres grupos con base a su estructura y velocidad de conducción.

- Fibras tipo A, que se subdividen en base a la velocidad de conducción en: alfa, beta, gamma y delta.
- Fibras tipo B.
- Fibras tipo C.

Las fibras responsables de la transmisión del dolor como sensación son las fibras A – delta y C. El 80% de los impulsos son transportados por fibras C responsables de la sensación de dolor difuso y el 20% restante son transmitidos por fibras A que producen dolor agudo. (42)

#### Clasificación de las fibras nerviosas aferentes primarias.

Características.	A – beta.	A – delta.	C
Diámetro.	Grande.	Pequeño.	Muy pequeño.
Nivel de mielinización.	Mielinizadas.	Levemente mielinizadas.	Desmielinizadas.
Velocidad de conducción.	Muy rápida. 30 – 50 m/s.	Rápida. 5-25 m/s.	Lenta. < 2m/s.
Nivel de umbral.	Bajo.	Alto.	Alto.
Activación	Toque ligero, movimiento y vibración.	Estímulo nociceptivo breve y estímulo nociceptivo intenso y prolongado.	Estímulo nociceptivo intenso y prolongado.
Localización.	Piel, articulaciones.	Piel, tejido superficial, estructuras viscerales profundas.	Piel, tejido superficial y estructuras viscerales profundas.

Fuente: Gandhi K, Heitz J, Viscusi E. Challenges in Acute Pain Management. Anesthesiology Clin. 2011.

### 2.4.3 Vías del dolor.

La experiencia del dolor es el producto final de una compleja red de procesamiento de información que consta de una serie de eventos eléctricos y químicos divididos en tres etapas: 1). Transducción: en esta etapa el estímulo nociceptivo externo es convertido en actividad electrofisiológica. 2). Transmisión: la información codificada es transmitida a través de la médula espinal al tronco cerebral, tálamo y centros corticales. 3). Percepción: integración de la respuesta al dolor. (41)

El dolor es generado debido a inflamación local y daño nervioso causado por trauma o cambios de temperatura, el trauma tisular resulta en liberación local de mediadores inflamatorios como: bradicininas, 5-hidroxitriptamina, leucotrienos, prostaglandinas, sustancia P e histamina que actúan activando los nociceptores primarios. Los receptores en la periferia detectan dolor y temperatura y transmiten señales aferentes a través de fibras mielinizadas de umbral bajo A - beta o fibras de umbral alto desmielinizadas A - delta y C. Las señales alcanzan la raíz dorsal del ganglio a través de fibras mielinizadas y no mielinizadas que hacen sinapsis en el asta dorsal de la médula espinal, luego el estímulo es transportado por neuronas de segundo orden a través de las vías neoespinalámica y paleoespinalámica. La modulación de la transmisión del dolor puede ocurrir a nivel del asta dorsal de la médula espinal o supraespinal en el tronco cerebral y mesencéfalo. (43)

#### Visión anatómica general de las vías del dolor.

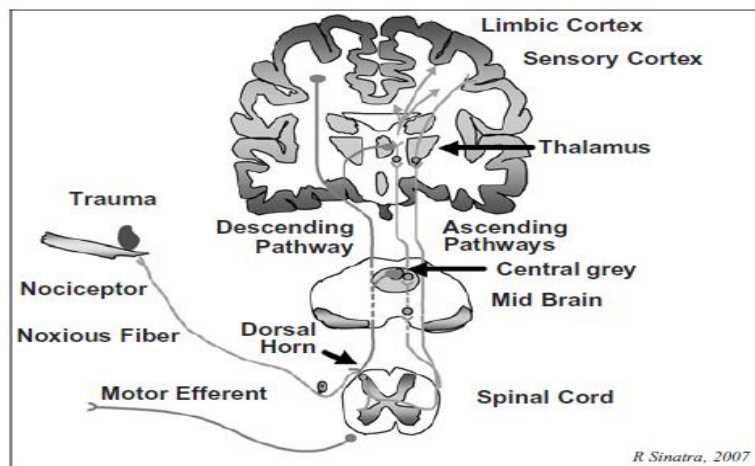


Imagen obtenida de: Sinatra R, De Leon O, Ginsberg B. Pain Physiology and Pharmacology. Acute Pain Management.

### 2.4.4 Clasificación del dolor.

Existen diversas clasificaciones del dolor que toman como base diferentes variables, entre estas: duración (agudo y crónico), mecanismo pato-fisiológico (psicológico, nociceptivo, neuropático) y el contexto clínico (post quirúrgico, degenerativo, relacionado con malignidad). El dolor agudo se da a consecuencia de lesiones traumáticas en tejidos y su duración suele ser limitada. El dolor crónico se caracteriza



por la persistencia de este más allá de tres meses del periodo esperado de sanación o luego de desaparecer la lesión inicial. (44)

### **Diferenciación clínica entre dolor agudo y crónico.**

<b><i>Dolor agudo.</i></b>	<b><i>Dolor crónico.</i></b>
Usualmente daño tisular inminente.	Múltiples causas.
Inicio agudo.	Inicio gradual o agudo.
Corta duración.	Persiste luego de 3-6 meses de lesión causal.
Resuelve al desaparecer la lesión causal.	Puede ser un síntoma o diagnóstico.
Tiene una función protectora.	No tiene propósito adaptativo.
Terapia efectiva disponible.	Puede ser refractario a tratamiento.

Fuente: Sinatra R, De Leon O, Ginsberg B. Pain Physiology and Pharmacology. Acute Pain Management.

**Dolor nociceptivo:** es definido como la percepción de un estímulo dañino como resultado de daño celular debido a un evento quirúrgico, traumático o relacionado con enfermedad. El dolor nociceptivo puede ser denominado “inflamatorio” ya que la inflamación periférica y mediadores inflamatorios juegan un papel relevante en la iniciación y desarrollo del mismo. En términos generales la intensidad del dolor nociceptivo es proporcional a la magnitud del tejido dañado y liberación de mediadores inflamatorios. Resulta de la activación de estructuras neurales no dañadas. (44)

El dolor nociceptivo puede ser clasificado como sigue:

- Nociceptivo somático: áreas superficiales, de localización precisa, descrito como agudo, punzante o desgarrador. Entre sus mecanismos desencadenantes se encuentra traumatismos, temperaturas extremas e inflamación.
- Nociceptivo visceral: mal localizado, descrito como urente y vago. Entre sus mecanismos desencadenantes se encuentra la distensión, isquemia e inflamación.

**Dolor neuropático:** Es definido como el resultado directo de una lesión o enfermedad del sistema somatosensitivo. Su localización puede ser en el sistema nervioso central (dolor neuropático central) o en el sistema nervioso periférico (dolor neuropático periférico). Es caracterizado por dos fenómenos: 1) sensibilidad neuronal aumentada, en las neuronas aferentes primarias y a nivel del sistema nervioso central. 2) generación anormal de impulsos en las neuronas que regeneran las fibras nerviosas y células ganglio espinales en áreas de desmielinización. La sensibilidad a los estímulos

sensoriales se encuentra alterada, hecho conocido como hiperalgesia y el dolor no se encuentra confinado al área de la lesión, característica conocida como hiperalgesia secundaria. (45)

### **Características de la hiperalgesia.**

<p>Hiperalgesia:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Define un estado de aumento de la sensibilidad del dolor y mayor percepción luego de una lesión aguda, que puede persistir en forma crónica.</li><li>- La región hiperalgésica puede extenderse a dermatomas por arriba y abajo del área de la lesión y se asocia con espasmos musculares ipsilaterales.</li></ul>
<p>Hiperalgesia primaria.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Sensibilidad al dolor aumentada en el sitio de la lesión.</li><li>- Relacionado a la liberación periférica de mediadores inflamatorios.</li></ul>
<p>Hiperalgesia secundaria.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Sensibilidad al dolor aumentada en áreas adyacentes a la lesión.</li><li>- Relacionado con cambios en la excitabilidad de neuronas espinales y supraespinales.</li></ul>
<p>Sensaciones anormales asociadas con hiperalgesia.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Hiperpatía: intensidad de dolor aumentada o exagerada con estimulación menor.</li><li>- Alodinia: estimulación sensitiva percibida como dolor en presencia de estímulos no dolorosos.</li><li>- Disestesia: sensación desagradable al descanso o movimiento.</li><li>- Parestesia: sensación desagradable “tipo shock o eléctrica” precipitada al tacto o presión.</li></ul>

Fuente: Sinatra R, De Leon O, Ginsberg B. Pain Physiology and Pharmacology. Acute Pain Management.

### **2.4.5 Dolor Oncológico.**

El dolor oncológico, es considerado de difícil manejo, debido a su complejidad y las diversas estructuras relacionadas. (10) Por lo que una valoración adecuada es esencial para la obtención de resultados óptimos en el alivio del dolor.

Reportes de prevalencia del dolor en pacientes oncológicos llaman la atención debido a las altas tasas que oscilan entre el 52% y 77%. Estudios revelan que del 24 al 60% de los pacientes con tratamiento activo contra cáncer y del 62 a 86 % con cáncer avanzado presentan dolor, este problema se encuentra lejos de ser resuelto a pesar de la introducción de la escalera analgésica en el 1986 por la Organización Mundial de la Salud (OMS), con una aceptación mundial adecuada y capacidad de brindar las

herramientas necesarias para un adecuado manejo del dolor en un 70 a 90% de los pacientes. (27)

El dolor oncológico se encuentra relacionado de manera directa o indirecta con la neoplasia, entre los mecanismos del dolor asociado a la neoplasia se describen los siguientes: 1) lesión directa debido a infiltración tumoral o cambios de tipo inflamatorio, 2) compresión de estructuras como consecuencia de crecimiento tumoral, edema peritumoral, infección o necrosis, 3) oclusión vascular, 4) obstrucción visceral, 5) manifestaciones paraneoplásicas e 6) infiltración de estructuras nerviosas. (25)

#### **2.4.6 Dolor irruptivo en pacientes oncológicos.**

El dolor irruptivo es definido como una exacerbación transitoria de aparición espontánea o en relación con un factor predisponente que se produce a pesar de un tratamiento para el dolor de base estable, el dolor puede ser provocado al realizar actividades cotidianas como caminar, sentarse o toser por lo que limita la funcionalidad del paciente.

Suele ser severo en intensidad, de aparición súbita y duración variable (promedio de 30 minutos). Es considerado un factor de mal pronóstico. En un estudio reciente, se reporta dolor irruptivo en un 65% de los pacientes oncológicos. El manejo y valoración del dolor irruptivo resulta complicado, por lo que se debe indagar en la frecuencia, duración, intensidad, factores precipitantes, tratamiento de base y su efectividad. Es relevante como parte del tratamiento los factores que alivian o precipitan las exacerbaciones del dolor ya que los familiares o cuidadores pueden contribuir al manejo de las exacerbaciones transitorias al cambiar al paciente de posición, aplicando calor o frío, masajes del área y el uso de técnicas de relajación, mientras se espera la acción de los fármacos.

El tratamiento es complejo y un reto, ya que depende del balance entre el nivel de actividad, la necesidad de no realizar ciertos movimientos, la reducción espontánea del dolor y el efecto de las drogas utilizadas. Se recomienda dos estrategias básicas para el manejo del dolor irruptivo: 1) optimización de la analgesia de base, obtención de un balance adecuado entre analgesia y efectos adversos y 2) utilización de diferentes secuencias de opioides, combinación con analgésicos y adyuvantes de ser necesario. (46,47)

#### **2.4.7 Hiperalgia inducida por opioides (HIO).**

Los opioides son medicamentos pilares en el tratamiento del dolor cuya finalidad es la analgesia, sin embargo existen reportes clínicos que señalan paradójicamente la aparición de hiperalgia debido al uso de estos.

La HIO se refiere al aumento de la sensibilidad al dolor a causa de exposición a un opioide, produce una sensación dolorosa anormal caracterizada por una disminución en el umbral del dolor, por lo que afecta en forma negativa el tratamiento del dolor. Se asocia a sensibilización central, expansión del campo receptivo y aumento de respuesta a estímulos nocivos. Es probable la influencia de múltiples factores y

mecanismos en el desarrollo de la HIO como alteraciones neuroplásticas en el sistema nervioso periférico y central que conlleva a la sensibilización de las vías pronociceptivas así como la alteración de los receptores N- metil – D – aspartato (NMDA) por el sistema glutaminérgico.

Entre las principales estrategias de tratamiento se menciona el omitir el fármaco que se piensa la causa de la HIO y sustitución rápida del mismo. Los bloqueadores de los receptores de NMDA como la cetamina pueden resultar útiles, así como el uso de inhibidores de COX-2. Es importante mencionar que el tratamiento y uso de las drogas antes mencionadas requiere un alto nivel de experiencia debido a la complejidad de la hiperalgesia inducida por opioides. (46,47)

#### **2.4.8 Valoración del dolor en el paciente oncológico.**

Al realizar la evaluación del dolor en un paciente oncológico se debe tener presente los diferentes mecanismos del dolor, por lo que realizar una anamnesis detallada es crucial, poniendo énfasis en el tiempo de evolución, sitio, descripción del dolor y factores que influyen en este. Se recomienda realizar evaluaciones de estos parámetros en forma regular debido a los cambios que pueden sufrir, es imprescindible recordar tres pasos en la experiencia del dolor: 1) producción del dolor, no puede ser medido en forma directa, 2) percepción, se produce a nivel del sistema nervioso central y no puede ser medido, 3) expresión, este parámetro representa la piedra angular de toda valoración y tratamientos. (26)

En ciertas ocasiones, cuando se valora únicamente la intensidad del dolor, no refleja la importancia e impacto que este tiene en la calidad de vida de las personas, por lo que los efectos del dolor en la calidad de vida deben tomarse en cuenta incluso si el paciente manifiesta que la intensidad es leve. La evaluación del dolor requiere de un enfoque biopsicosocial donde se consideren las siguientes seis dimensiones: fisiológica, sensorial, afectiva, cognitiva, conductual y socio-cultural. Se cuenta con diferentes escalas de medición que se clasifican como unidimensionales siendo estas las que evalúan un solo aspecto del dolor, generalmente intensidad y multidimensionales que son mucho más complejas y brindan información más extensa ya que consideran distintos aspectos del dolor. (35)

#### **2.4.9 Escalas unidimensionales.**

**a. Escala verbal categórica o descriptiva:** generalmente su uso es preferido al momento de evaluar respuestas al tratamiento analgésico. Los términos que se utilizan mayormente son: nada, leve, moderado e intenso, se considera fácil de comprender, su principal desventaja radica en su baja sensibilidad.

**b. Escala categórica numérica:** son variables y cuentan con diferentes puntos máximos; (0 a 5, 0 a 10, 0 a 100), se pide al paciente que indique la intensidad del dolor, donde cero es la ausencia absoluta de dolor y 5, 10 o 100 el peor dolor imaginable (dependiendo de la escala utilizada). (35)

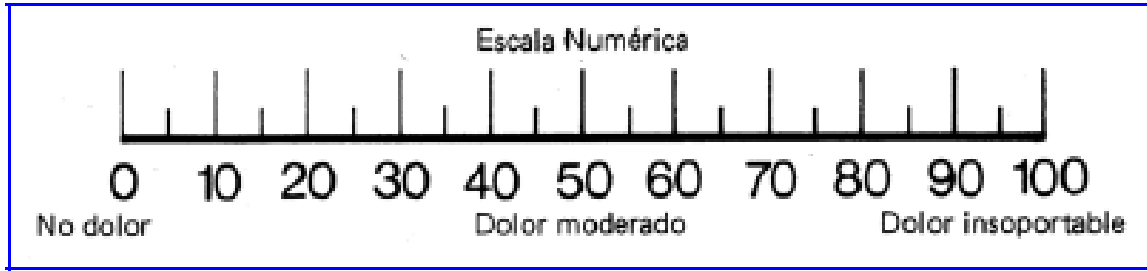


Imagen obtenida en: De Sanctis V. Opiodes en el tratamiento del dolor oncológico: calidad de vida, grado de analgesia y efectos indeseables. [Tesis doctoral]. Barcelona 2010.

- c. **Escala visual análoga (EVA).** Es el método de medición empleado con mayor frecuencia para evaluación del dolor, consiste en una línea de 10 cm que representa el espectro continuo de la experiencia dolorosa, en los extremos de dicha línea aparecen las descripciones “no dolor” y “el peor dolor imaginable”. su principal ventaja reside en el hecho de que no contiene números o palabras descriptivas, por lo que el paciente es libre de la intensidad de su experiencia dolorosa ubicando un punto en la línea en relación con los dos extremos. La EVA representa un instrumento simple, sólido y reproducible.(53)

Cuadro III. Descripción de la EVA de acuerdo al grado de dolor.

Dolor leve (EVA 1 a 3)	El dolor con características de baja intensidad puede ser tratado satisfactoriamente únicamente con analgésicos no opioides del tipo de los antiinflamatorios no esteroides
Dolor moderado (EVA 4 a 7)	El dolor con características de intensidad media puede ser tratado satisfactoriamente con analgésicos opioides con efecto techo (tramadol, buprenorfina, nalbufina) en bolo o en infusión continua, generalmente en combinación con analgésicos antiinflamatorios no esteroides (INES)
Dolor severo (EVA 8 a10)	El dolor intenso puede ser manejado con opioides potentes (morfina y citrato de fentanilo) en infusión continua y técnicas de anestesia regional
El esquema analgésico que sólo contempla la indicación "por razón necesaria" (PRN) debe ser evitado	

Imagen obtenida en: Noguez Teniza. Valoración del dolor en el paciente adulto con afección cardiovascular. Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica 2011.

La EVA representa el método unidimensional mayormente utilizado debido a su alta fiabilidad, sensibilidad, precisión y rápida aplicación, tanto en el ámbito clínico como de investigación. (36)

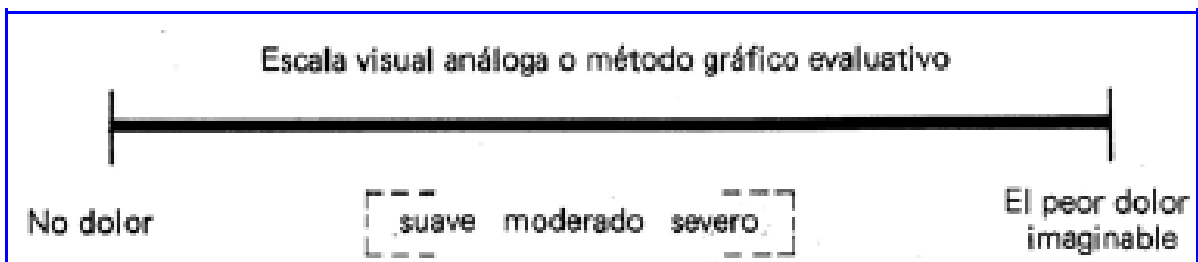


Imagen obtenida en: De Sanctis V. Opiodes en el tratamiento del dolor oncológico: calidad de vida, grado de analgesia y efectos indeseables. [Tesis doctoral]. Barcelona 2010.

Es conocida la dificultad que conlleva una adecuada medición del dolor, a pesar de esto su evaluación representa un punto clave para contar con bases y a partir de estas analizar tratamientos y objetivos del mismo.

Su utilidad se enfoca en conocer la evolución del dolor así como una evaluación de los resultados acerca de los tratamientos que están siendo brindados al paciente.

#### **2.4.10 Tratamiento farmacológico para el dolor oncológico.**

Es conocido el reto que representa brindar un tratamiento adecuado al dolor oncológico, esto debido a su gran complejidad, por lo que es necesario conocer la variedad de tratamientos analgésicos y de esta manera contar con el conocimiento necesario para mejorar la calidad de vida de los pacientes. (10).

En una revisión sistemática de 52 artículos acerca de la prevalencia de dolor en pacientes con cáncer fue observado que un 64% de pacientes con cáncer metastásico o en etapa avanzada, 59% con tratamiento anti- cáncer y 33% post tratamiento curativo presentaban dolor, y que más de un tercio de los pacientes estratificaron este como moderado a severo. (27)

En 1986 la Organización Mundial de la Salud (OMS) publica unos protocolos bajo el título “Alivio del dolor oncológico”, que tiene las bases para el manejo del dolor oncológico y la utilización de la escalera analgésica, considerada un método simple, validado y efectivo que permite controlar el dolor en un 70 – 95% de los casos. (49) El tratamiento analgésico se inicia en los escalones inferiores, cuando este no es controlado en forma efectiva, se pasa al siguiente escalón hasta llegar al último de ellos. (28)

##### **a. Primer escalón.**

Se basa en el uso de analgésicos no opioides y antiinflamatorios no esteroideos con o sin fármacos adyuvantes. También conocidos como analgésicos periféricos o no opioides, entre los cuales se pueden mencionar el ácido acetilsalicílico, salicilatos, metamizol, paracetamol y demás AINES. (28,49)

- Analgésicos.
- Antipiréticos
- Anti-inflamatorios.

Previo a continuar al segundo escalón se hace necesario hacer referencia a los medicamentos adyuvantes que pueden ser agregados en cualquier nivel de la escala.

El grupo de adyuvantes son diversas sustancias que por definición propia no son considerados analgésicos, pero se utilizan para ayudar al manejo de ciertos síntomas asociados a la enfermedad. Entre los adyuvantes se pueden mencionar anticonvulsivantes, antidepresivos y corticoesteroides, pueden ser utilizados como analgésicos adyuvantes y a la vez mejoran el estado de ánimo y apetito, los corticoesteroides tienen propiedades anti-inflamatorias, y mejoran el dolor que se encuentra relacionado con la compresión nerviosa y cefaleas debido a aumento de la

presión intracraneal. Los sedantes hipnóticos, son utilizados para el manejo del insomnio, ansiedad y delirio, anestésicos locales en caso de dolor neuropático, laxantes debido a estreñimiento sobre todo cuando se brinda tratamiento con opioides y existen ciertos fármacos que potencian el efecto de los opioides como la ketamina, dextrometorfan y clonidina. (10)

### **Adyuvantes comunes utilizados en diferentes tipos de dolor.**

Dolor óseo: <ul style="list-style-type: none"><li>- AINES, paracetamol.</li><li>- Glucocorticoides (dexametasona).</li><li>- Bifosfonatos (pamidronato, zoledronato).</li></ul>
Dolor neuropático: <ul style="list-style-type: none"><li>- Antidepresivos (amitriptilina, venlafaxina).</li><li>- Anticonvulsivantes (gabapentina, pregabalina, carbamazepina).</li><li>- NMDA antagonistas (cetamina).</li></ul>
Dolor visceral tipo cólico: <ul style="list-style-type: none"><li>- Espasmolíticos ( butilbromuro de hioscina, hidrobromuro de hioscina).</li></ul>

Fuente: Leppert W. Pain Management in Patients with Cancer: Focus on Opioid Analgesics. Curr pain Headache Rep 2014.

El paso al segundo escalón debe de efectuarse en los siguientes casos: (10)

- Baja efectividad de los analgésicos del primer escalón luego de 24/48 horas.
- Presencia de efectos secundarios.
- Aumento de la intensidad del dolor.

#### **b. Segundo escalón.**

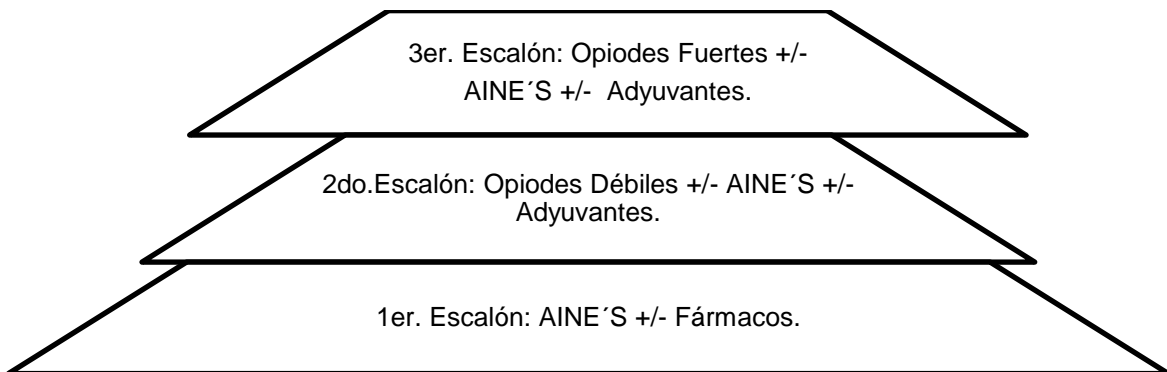
Este grupo se encuentra conformado por los analgésicos opioides débiles, entre los principales se pueden mencionar la codeína, dihidrocodeína y el tramadol. Es el escalón con menor solidez ya que se fundamenta en el uso de tramadol y existe evidencia que no es superior a los resultados analgésicos obtenidos con el primer escalón a dosis completas, sin embargo se encuentra de utilidad en la práctica contar con este escalón. (28, 49,50)

Los analgésicos de dicho escalón pueden asociarse con analgésicos del primer escalón para incrementar la eficacia analgésica a través de una acción complementaria, dicho esquema se encuentra indicado en dolor moderado a severo. (10)

#### d. Tercer escalón.

En el tercer escalón se hace uso de opioides fuertes, en dolor de intensidad alta o ante la persistencia del dolor luego de haberse aplicado las pautas antes mencionadas. Se encuentra conformado por los analgésicos opioides de alta potencia, siendo el más destacado la morfina. Entre las alternativas se mencionan la metadona y fentanilo en forma más reciente. Así mismo pueden ser utilizados medicamentos adyuvantes o coanalgésicos. Es importante mencionar que nunca se deben de administrar en forma concomitante fármacos del escalón dos y tres. (28,49)

#### Algoritmo de tratamiento propuesto por la Organización Mundial de la Salud.



Escalera analgésica de la Organización Mundial de la Salud (OMS) 1986.

Debe considerarse que a pesar del adecuado uso de la escalera analgésica de la OMS, existen diferentes factores que repercuten negativamente en la implementación de una adecuada analgesia. Los principales obstáculos son descritos en la siguiente tabla.

#### Obstáculos en el abordaje del dolor oncológico.

Inadecuado conocimiento del abordaje del dolor por parte del profesional sanitario.
Baja prioridad otorgada al abordaje del dolor oncológico.
Regulación restrictiva de fármacos y disponibilidad limitada de éstos.
Miedo a la adicción, tolerancia y a los efectos adversos de los opioides.
Reticencias del paciente a tomar medicación opioide para el dolor.

Fuente: Saenz J. Validez de la Escalera Analgésica de la OMS en Reumatología. Seminarios de la Fundación Española de Reumatología 2006.



### **3. Objetivos.**

#### **3.1. Objetivo general.**

*Determinar la calidad de vida en pacientes oncológicos con analgesia farmacológica; que asistieron a la Unidad de Consulta Externa de Enfermedades en el área de Cuidados Paliativos del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) durante junio del 2014.*

#### **3.2. Objetivos específicos.**

1. Determinar la proporción de pacientes, que al acudir a consulta presentaron dolor.
2. Determinar según la escala visual análoga (EVA) el nivel de intensidad del dolor percibido por los pacientes.
3. Determinar si existió una adecuada adherencia al tratamiento.
4. Establecer el escalón terapéutico más frecuente según la escalara analgésica propuesta por la Organización Mundial de la Salud.

## **4. Metodología.**

### **4.1. Diseño del estudio.**

Estudio observacional, transversal, descriptivo.

### **4.2. Unidad de análisis.**

Paciente oncológico con tratamiento farmacológico para el alivio del dolor que acuda a la Unidad de Consulta Externa de Enfermedades en el área de Cuidados Paliativos del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS).

#### **a. Población.**

Pacientes oncológicos bajo tratamiento farmacológico para el alivio del dolor, mayores o iguales de 18 años, que asistieron a consulta a la Unidad de Consulta Externa de Enfermedades en el área de Medicina Paliativa del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS).

### **4.3. Criterios de inclusión y exclusión.**

#### **4.3.1. Criterios de inclusión.**

- Pacientes mayores de 18 años con tratamiento farmacológico para el dolor.

#### **4.3.2. Criterios de exclusión.**

- Pacientes que no se encuentren en la capacidad física o mental de responder dicho cuestionario por sí solos y pacientes que no hablen castellano.

## 5. Definición y Operacionalización de variables.

Variable.	Definición conceptual.	Definición operacional.	Tipo de variable y escala de medición.	Indicador o unidad de medida.
Calidad de vida.	Sentido de bienestar de la persona derivado de la percepción de satisfacción o insatisfacción en las diferentes áreas de su vida, que considera importantes variando en el contexto de cada individuo.	<p>Datos obtenidos del cuestionario EORT QLQ C-30, conformado por 30 ítems agrupados como sigue:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 5 escalas funcionales: (funcionamiento físico, social, emocional, cognitivo y rol).</li> <li>- 3 escalas de síntomas: (fatiga, dolor, náuseas y vómitos).</li> <li>- 1 escala de salud global/ calidad de vida.</li> <li>- 6 ítems independientes relacionados con la patología y sintomatología: (disnea, insomnio, anorexia, estreñimiento, diarrea e impacto económico).</li> </ul> <p>Las respuestas obedecen a un formato tipo Likert:(1: para nada y 4: muchísimo). Las puntuaciones se estandarizan a un score de 0 – 100, que determinan el nivel de impacto del cáncer: puntuaciones altas en la escala de funcionalidad y salud global/calidad de vida indican una “alta o mejor calidad de vida” y puntuaciones altas en la escala de síntomas indican una “baja o peor calidad de vida”. Se toma como referencia una puntuación &gt; 60.</p>	Cualitativa ordinal.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Valores &gt; 60 en las escalas de salud global/calidad de vida y funcionamiento: “alta o mejor calidad de vida”.</li> <li>- Valores &gt;60 en las escalas de síntomas: “baja o peor calidad de vida”.</li> </ul>
Funcionalidad.	Todo atributo que se relaciona con las actividades cotidianas y el sentimiento de	<p>Datos obtenidos de cuestionario EORT QLQ C-30. Se evaluara:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Función física:</li> </ul>	Cualitativa ordinal.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Para nada.</li> <li>- Un poco.</li> <li>- Bastante.</li> <li>- Muchísimo</li> </ul>

	utilitarismo.	<p>preguntas 1-5.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Función cotidiana: preguntas 6,7.</li> <li>- Rol emocional: preguntas 21-24.</li> <li>- Función cognitiva: preguntas 20,25.</li> <li>- Función social: preguntas 26,27.</li> </ul> <p>Puntuación tipo Likert.</p>		
Síntomas.	Referencia brindada por el paciente de predominio subjetivo ya sea por patología o afectación asociada.	<p>Datos obtenidos de cuestionario EORT QLQ C-30. Se evaluará:</p> <p>Fatiga: preguntas 10, 12, 18.  Dolor: preguntas 9, 19.  Nausea y vómitos: preguntas 14, 15.  Disnea: pregunta 8.  Insomnio: pregunta 11.  Anorexia: pregunta 13.  Estreñimiento: pregunta 16.  Diarrea: pregunta 17.</p> <p>Puntuación tipo Likert.</p>	Cualitativa ordinal.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Para nada.</li> <li>- Un poco.</li> <li>- Bastante.</li> <li>- Muchísimo.</li> </ul>
Salud global/ calidad de vida.	Experiencia personal de los efectos de la enfermedad en la calidad de vida y salud general.	<p>Datos obtenidos de cuestionario EORT QLQ C-30. Se evaluará:</p> <p>Salud global/calidad de vida: preguntas 29,30.  Puntuación de 1 (Muy mal) a 7 (Muy bien).</p>	Cualitativa ordinal.	<p><b>1-----7</b>  Muy mal.                      Muy bien.</p>
Intensidad del Dolor.	Experiencia sensorial y emocional desagradable que puede encontrarse asociado a una lesión tisular o potencial.	<p>Datos obtenidos por medio de la Escala visual analógica, interpretada como sigue:</p> <p>Valores de 1 a 3: dolor leve.  4 a 7: moderado  8 a 10: severo.</p>	Cualitativa ordinal.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Leve.</li> <li>- Moderado.</li> <li>- Grave.</li> </ul>
Adherencia al tratamiento.	Cumplimiento terapéutico por parte del paciente así como grado de coincidencia del comportamiento del paciente de acuerdo a las	<p>Datos obtenidos de instrumento elaborado, por medio de las preguntas 3,4 y 5.</p> <p>Dos o más respuestas positivas se considerarán una alta adherencia.  Dos o más respuestas</p>	Cualitativa nominal.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Si</li> <li>- No.</li> </ul>

	recomendaciones de los profesionales de salud que le brindan atención.	negativas se considerarán una baja adherencia.		
--	--	--	--	--

## 6. Instrumentos.

La técnica utilizada fue la entrevista y el instrumento un cuestionario, el cual se corresponde con los objetivos planteados en dicho estudio. Se realizaron visitas diarias a la Unidad de Consulta Externa de Enfermedades en el área de Medicina Paliativa del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS), a manera de captar a los participantes, solicitando su consentimiento informado y tiempo para la resolución del cuestionario.

El cuestionario consta de dos partes:

- **Primera parte: Calidad de vida en el paciente oncológico:** Se hizo uso del Quality of Life Questionnaire Core 30: QLQ C-30, de la Organización Europea para la Investigación y el Tratamiento del Cáncer (EORT), en su traducción al español. El QIQ-C30 en su tercera versión, la más actual, incluye 30 ítems agrupados de la siguiente manera: cinco escalas funcionales (funcionamiento físico, social, emocional, cognitivo y actividades cotidianas), tres escalas de síntomas (fatiga, dolor, náuseas y vómitos), una escala de salud global/calidad de vida, así como ítems individuales que guardan relación con la sintomatología de la enfermedad. (32)  
 Todos los ítems se encuentran valorados entre 1 y 4 (1: para nada, 2: un poco, 3: bastante y 4: muchísimo), con excepción de la escala de salud global en la cual los ítems que la componen se valoran entre 1 y 7 (1: muy mal y 7 muy bien). Los resultados de dicha prueba son transformados a una puntuación estandarizada un “score” de 0 a 100, a modo que un valor alto se considera “Alta o mejor calidad de vida” en las escalas de estado funcional y salud global, mientras que un valor alto en las escalas de sintomatología es “baja o peor calidad de vida”, ya indica presencia de síntomas. (41)
- **Segunda parte:** Se evaluó adherencia al tratamiento, intensidad del dolor percibida por los pacientes por medio de la Escala Visual Análoga, el escalón terapéutico del tratamiento farmacológico para el dolor más frecuente según la Organización Mundial de la Salud, tomando como base el tratamiento farmacológico actual.

## 7. Plan de procesamiento y análisis de datos.

1. Se elaboró una plantilla para el ingreso de los datos del instrumento hacia una base de datos en EPI INFO. Se realizó una revisión de la plantilla luego del ingreso de los datos para determinar la existencia de datos inconsistentes y depurar los mismos. Se analizaron los resultados en base a los objetivos y variables planteados y se realizaron tablas, para observar la distribución

general de los valores encontrados en cada variable del estudio, y se repitió este procedimiento según cada estrato de interés.

## **8. Procedimiento.**

### **8.1. Primera etapa:**

- Se obtuvo el aval de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Rafael Landívar.

### **8.2. Segunda etapa: Obtención del aval institucional.**

- Autorización por parte de la Jefatura del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS, La Autonomía).
- Autorización por parte del Área de Cuidados Paliativos del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS).

### **8.3. Tercera etapa: Preparación y estandarización del instrumento.**

Se observaron las dificultades del instrumento y se realizó la medición del tiempo promedio de llenado del instrumento y tomando esto como referencia se corrigieron los errores encontrados en el instrumento.

### **8.4. Cuarta etapa: identificación de los participantes y solicitud de consentimiento informado.**

- Se tomaron en cuenta a pacientes que cumplieran con los criterios previamente descritos de inclusión y exclusión. Les fue explicado de manera clara, el propósito, objetivos, relevancia y utilidad del estudio. Seguidamente de tener todos los puntos anteriores comprendidos, se solicitó la firma el consentimiento informado.

### **8.5. Quinta etapa: Recolección de datos.**

- Se asistió al área de Cuidados Paliativos del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) y se aplicó el instrumento previamente descrito en pacientes que hayan firmado el consentimiento informado.

### **8.6. Sexta etapa: Tabulación y análisis de datos.**

- Se realizó la tabulación de datos obtenidos de los instrumentos utilizados, los datos fueron ingresados a una base de datos de EPI INFO, se procedió a realizar el correspondiente análisis de la información recabada y conclusiones que brinden respuesta a las preguntas y congruentes con los objetivos planteados en la investigación.
- La información fue analizada con el objeto de dar respuesta a los objetivos planteados de la tesis, la cual fue principalmente descriptiva, fueron calculados

promedios (media o porcentaje) e intervalos de confianza al 95%<sub>1</sub>. Se evaluó la asociación entre variables dependientes e independientes utilizando Chi cuadrado o ANOVA según procedía, se consideró como una asociación significativa cuando el valor de p fue menor de 0.10.

## **9. Alcances y límites de la investigación.**

### **9.1. Alcances.**

En Guatemala existen pocos estudios cuya finalidad sea la evaluación de la calidad de vida de los pacientes y más aún cuando se trata de pacientes en unidades de cuidados paliativos. Por lo que se pretende evaluar la calidad de vida en pacientes oncológicos, con tratamiento farmacológico para el dolor en una unidad de cuidados paliativos. De modo que al finalizar el estudio se buscará no únicamente concientizar acerca de la importancia de la evaluación de dichos parámetros, si no también evaluar de forma objetiva las intervenciones terapéuticas realizadas y finalmente aumentar la calidad de vida de dichos pacientes en pro de ayudarlos a entender la etapa la cual se encuentran atravesando.

### **9.2. Límites.**

- La investigación se restringió a la población captada en la consulta externa del área de Cuidados Paliativos del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS). El estado clínico y la presencia de dolor pudo interferir con la participación de ciertos pacientes.

## **10. Aspectos éticos.**

- Todos los pacientes tuvieron la libertad de negarse a participar en dicha investigación. Se explicará en lenguaje claro y sencillo, la importancia de la investigación, objetivos, forma de llenar el instrumento y finalidad del mismo. En cualquier momento del cuestionario el paciente pudo abandonar el mismo, así también pudo no contestar cualquiera de las preguntas con las cuales no se sentía cómodo. Únicamente se tomaron en cuenta los pacientes quienes hayan firmado el consentimiento informado. La información recolectada fue utilizada únicamente con fines de investigación y fue garantizada la confidencialidad de cada paciente. Los pacientes interesados podrán tener acceso a los resultados obtenidos.

## 11. Resultados.

Cuadro 1. Resultados obtenidos por medio del cuestionario QIQ C-30, realizado en 55 pacientes de ambos sexos mayores de 18 años, en el área de Cuidados Paliativos, Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, Junio 2014.

Indicador		Cantidad de casos	Media o porcentaje	Intervalo de confianza (95%)	
				Límite inferior	Límite superior
<b>Calidad de vida general.</b>					
<b>Media del indicador calidad de vida</b>			59.5 puntos	54.9 puntos	64.2 puntos
<b>Pacientes con calidad de vida</b>	Baja (0 a 40 puntos)	8	14.5%	6.8%	27.5%
	Media (41 a 60 puntos)	19	34.5%	22.4%	48.9%
	Buena (61 a 80 puntos)	21	38.2%	25.5%	52.6%
	Excelente (81 a 100 puntos)	7	12.7%	5.6%	25.4%
<b>Calidad de vida/ salud global (percepción del paciente).</b>					
<b>Media del indicador salud global</b>			55.2 puntos	47.7 puntos	62.6 puntos
<b>Pacientes con buena salud global (con más de 60 puntos)</b>		24	43.6%	33.3%	57.9%
<b>Funcionalidad.</b>					
<b>Media del indicador funcionalidad</b>			59.3 puntos	53.9 puntos	64.6 puntos
<b>Pacientes con funcionalidad</b>	Baja (0 a 40 puntos)	11	20.0%	10.7%	33.7%
	Media (41 a 60 puntos)	16	29.1%	17.9%	43.4%
	Buena (61 a 80 puntos)	22	40.0%	27.1%	54.3%
	Excelente (81 a 100 puntos)	6	10.9%	4.4%	23.2%
<b>Media del indicador funcionalidad física</b>			45.2 puntos	38.1 puntos	52.3 puntos



<b>Pacientes con buena funcionabilidad física (con más de 60 puntos)</b>		15	27.3%	16.4%	41.5%
<b>Media del indicador funcionabilidad de rol</b>			46.1 puntos	36.1 puntos	56.0 puntos
<b>Pacientes con buena funcionabilidad de rol (con más de 60 puntos)</b>		22	40.0%	27.1%	54.3%
<b>Media del indicador funcionabilidad emocional</b>			63.6 puntos	58.1 puntos	69.2 puntos
<b>Pacientes con buena funcionabilidad emocional (con más de 60 puntos)</b>		31	56.4%	42.1%	69.7%
<b>Media del indicador funcionabilidad cognoscitiva</b>			71.8 puntos	65.8 puntos	77.9 puntos
<b>Pacientes con buena funcionabilidad cognoscitiva (con más de 60 puntos)</b>		43	78.2%	64.4%	87.9%
<b>Media del indicador funcionabilidad social</b>			69.7 puntos	61.7 puntos	77.7 puntos
<b>Pacientes con buena funcionabilidad social (con más de 60 puntos)</b>		44	80.0%	66.4%	89.3%
<b>Síntomas</b>					
<b>Media del indicador presencia de síntomas</b>			35.8 puntos	31.6 puntos	40.0 puntos
<b>Pacientes con síntomas</b>	Sin o muy pocos (0 a 40 puntos)	30	54.6%	40.4%	68.0%
	Media (41 a 60 puntos)	24	43.6%	30.3%	57.9%
	Alta (61 a 80 puntos)	1	1.8%	0.1%	11.3%
	Muy alta (81 a 100 puntos)	0	0.0%	0.2%	8.4%
<b>Media del indicador fatiga</b>			58.6 puntos	52.3 puntos	64.9 puntos
<b>Pacientes con fatiga (con más de 60 puntos)</b>		32	58.2%	43.9%	71.3%
<b>Media del indicador náusea y vómitos</b>			20.3 puntos	13.8 puntos	26.8 puntos
<b>Pacientes con náusea y vómitos (con más de 60 puntos)</b>		4	7.3%	2.3%	18.7%

<b>Media del indicador <i>dolor</i></b>		55.5 puntos	47.3 puntos	63.6 puntos
<b>Pacientes con <i>dolor</i> (con más de 60 puntos)</b>	28	50.9%	37.0%	64.7%
<b>Media del indicador <i>disnea</i></b>		13.3 puntos	6.7 puntos	20.0 puntos
<b>Pacientes con <i>disnea</i> (con más de 60 puntos)</b>	5	9.1%	3.3%	21.0%
<b>Media del indicador <i>insomnio</i></b>		44.2 puntos	36.0 puntos	52.5 puntos
<b>Pacientes con <i>insomnio</i> (con más de 60 puntos)</b>	25	45.5%	32.0%	59.6%
<b>Media del indicador <i>pérdida del apetito</i></b>		44.2 puntos	33.9 puntos	54.6 puntos
<b>Pacientes con <i>pérdida del apetito</i> (con más de 60 puntos)</b>	25	45.5%	32.0%	59.6%
<b>Media del indicador <i>constipación</i></b>		31.5 puntos	22.8 puntos	40.3 puntos
<b>Pacientes con <i>constipación</i> (con más de 60 puntos)</b>	16	29.1%	17.9%	43.4%
<b>Media del indicador <i>diarrea</i></b>		11.5 puntos	5.5 puntos	17.6 puntos
<b>Pacientes con <i>diarrea</i> (con más de 60 puntos)</b>	5	9.1%	3.3%	21.0%
<b>Media del indicador <i>dificultades financieras</i></b>		43.0 puntos	33.9 puntos	52.2 puntos
<b>Pacientes con <i>dificultades financieras</i> (con más de 60 puntos)</b>	22	40.0%	27.1%	54.3%

Fuente: Cuestionario QIQ C-30.

Cuadro 2. Resultados obtenidos referentes a adherencia al tratamiento farmacológico, escalón analgésico, presencia de dolor en la última semana e intensidad del dolor percibido en población previamente mencionada en el área de Cuidados Paliativos, Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, Junio 2014.

Indicador	Cantidad de casos	Media o porcentaje	Intervalo de confianza (95%)		
			Límite inferior	Límite superior	
<b>Adherencia a medicamentos.</b>					
<b>Porcentaje de pacientes</b>	Sin adherencia.	1	1.8%	0.1%	11.3%
	Con mala adherencia.	0	0.0%	0.2%	8.4%

	Con regular adherencia.	7	12.7%	5.6%	25.4%
	Con excelente adherencia.	47	85.5%	72.5%	93.2%
<b>Escalón analgésico.</b>					
<b>Pacientes con medicamentos del escalón 1</b>		20	36.4%	24.0%	50.8%
<b>Pacientes con medicamento del escalón 1 (se mencionan solo los reportados)</b>	Diclofenaco.	6	10.9%	4.4\$	23.2%
	Ibuprofeno.	4	7.3%	2.3%	18.7%
	Naproxeno.	6	10.9%	4.4\$	23.2%
	Acetaminofén.	8	14.6%	6.8%	27.5%
<b>Pacientes con medicamentos del escalón 2</b>		24	43.6%	30.3%	57.9%
<b>Pacientes con medicamento del escalón 2 (se mencionan solo los reportados)</b>	Tramadol.	24	43.6%	30.3%	57.9%
<b>Pacientes con medicamentos del escalón 3</b>		34	61.8%	47.4%	74.5%
<b>Pacientes con medicamento del escalón 3 (se mencionan solo los reportados)</b>	Morfina.	7	12.7%	5.6%	25.4%
	Oxicodona.	32	58.2%	43.9%	71.3%
<b>Pacientes con medicamentos de los escalones 1 y 2</b>		10	18.2%	9.4%	31.6%
<b>Pacientes con medicamentos de los escalones 1 y 3</b>		9	16.4%	8.1%	29.6%
<b>Pacientes con medicamentos de los escalones 2 y 3</b>		18	32.7%	20.9%	47.1%
<b>Pacientes con medicamentos de los escalones 1, 2 y 3</b>		6	10.9%	4.4\$	23.2%
<b>Dolor</b>					
<b>Pacientes con dolor en la última semana</b>		50	90.9%	7 9.0%	96.7%
<b>Media del indicador intensidad del dolor</b>		<b>n=50</b>	6.3 puntos	5.4 puntos	7.2 puntos

Intensidad del dolor.					
Intensidad de dolor.	Leve.	13	23.6%	1 3.5%	37.5%
	Moderado.	17	30.9%	19.4%	45.2%
	Severo.	25	45.5%	32.0%	59.6%

Fuente: boleta de recolección de datos.

## 11.1. Indicadores y su asociación con las características de la muestra.

### 11.1.1. Indicadores asociados con el sexo del paciente:

- Nivel del dolor ( $P=0.0376$ ). Los pacientes hombres presentan un promedio de nivel de dolor más alto (7.4 puntos) que las mujeres (5.7 puntos).
- Pacientes con medicamentos del escalón 1 ( $P=0.0279$ ). El porcentaje de hombres con medicamentos del escalón 1 es menor (15.0%) que pacientes mujeres (48.6%). Pacientes mujeres tienen 5.4 veces (Odds Ratio) más probabilidad de tomar medicamentos del escalón 1 que pacientes hombres.
- Pacientes con medicamentos de los escalones 2 y 3 ( $P=0.0776$ ). El porcentaje de hombres con medicamentos de ambos escalones (2 y 3) es mayor (50.0%) que pacientes mujeres (22.9%). Pacientes hombres tienen 3.3 veces (Odds Ratio) más probabilidad de tomar medicamentos de los escalones 2 y 3 en conjunto que pacientes mujeres.
- Promedio del indicador de salud global ( $P=0.0709$ ). Los pacientes hombres presentan un promedio de salud global más bajo (46.7 puntos) que las mujeres (60.0 puntos).
- Promedio del indicador de funcionalidad de rol ( $P=0.0429$ ). Los pacientes hombres presentan un promedio de funcionalidad de rol más bajo (33.3 puntos) que las mujeres (53.3 puntos).
- Promedio del indicador de funcionalidad social ( $P=0.0144$ ). Los pacientes hombres presentan un promedio de funcionalidad social más bajo (57.5 puntos) que las mujeres (76.7 puntos).
- Pacientes con funcionalidad social (arriba de 60 puntos) ( $P=0.0148$ ). El porcentaje de hombres con funcionalidad social es menor (60.0%) que pacientes mujeres (91.4%). Pacientes mujeres tienen 7.1 veces (Odds Ratio) más probabilidad de tener funcionalidad social que pacientes hombres.
- Promedio del indicador de funcionalidad en general ( $P=0.0479$ ). Los pacientes hombres presentan un promedio de funcionalidad general más bajo (52.6 puntos) que las mujeres (63.1 puntos).
- Promedio del indicador de fatiga ( $P=0.0192$ ). Los pacientes hombres presentan un promedio de fatiga más alto (67.8 puntos) que las mujeres (53.3 puntos).

- Promedio del indicador de constipado ( $P=0.0135$ ). Los pacientes hombres presentan un promedio de constipado más alto (45 puntos) que las mujeres (23.8 puntos)
- Pacientes con constipado (arriba de 60 puntos) ( $P=0.0978$ ). El porcentaje de hombres con constipado es mayor (45.0%) que pacientes mujeres (20.0%). Pacientes hombres tienen 3.2 veces (Odds Ratio) más probabilidad de tener constipado que pacientes mujeres.
- Promedio del indicador de síntomas en general ( $P=0.0352$ ). Los pacientes hombres presentan un promedio de síntomas general más alto (41.4 puntos) que las mujeres (32.6 puntos)
- Pacientes con nivel de síntomas en general ( $P=0.0747$ ). El porcentaje de hombres sin síntomas (o muy pocos) es menor (35.0%) que pacientes mujeres (65.7%). Pacientes mujeres tienen 3.5 veces (Odds Ratio) más probabilidad de no tener síntomas (o muy pocos) que pacientes hombres.
- Promedio del indicador de calidad de vida en general ( $P=0.0186$ ). Los pacientes hombres presentan un promedio de calidad de vida más bajo (52.6 puntos) que las mujeres (63.5 puntos).

#### **11.1.2. Indicadores asociados con la edad del paciente:**

- Presencia de dolor ( $P=0.0394$ ). El porcentaje de pacientes de mayor edad (66 a 85 años) con dolor, es menor (77.8%), que los porcentajes de los otros dos grupos (51 a 65 años: 100%, 29 a 50 años: 90%).
- Pacientes con medicamentos de los escalones 1 y 2 ( $P=0.0799$ ). El porcentaje de pacientes de mayor edad (66 a 85 años) con medicamentos de escalones 1 y 2, es menor (5.6%), que los porcentajes de los otros dos grupos (51 a 65 años: 18.5%, 29 a 50 años: 40%), siendo el más alto el porcentaje de pacientes con menor edad.
- Pacientes con medicamentos de los tres escalones ( $P=0.0496$ ). El porcentaje de pacientes de mayor edad (66 a 85 años) con medicamentos de los tres escalones es de 0%, mientras que los porcentajes del grupo de (51 a 65 años es de 11.1%, y el grupo con menor edad (29 a 50 años) posee el más alto el porcentaje (30%).
- Promedio del indicador de funcionalidad cognoscitiva ( $P=0.0343$ ). Los pacientes con menor edad (29 a 50 años) poseen la mediana más baja (50 puntos), mientras que los otros dos grupos de edad poseen una mediana de 83,3 puntos.
- Pacientes con funcionalidad cognoscitiva (mayor de 60 puntos) ( $P=0.0008$ ). El porcentaje de pacientes de edad media (51 a 65 años) posee el mayor porcentaje con funcionalidad cognoscitiva (96.3%), seguidos de los pacientes con mayor edad (66 a 85 años) con un 72.2%, y los pacientes con menor edad (29 a 50 años) que poseen el menor porcentaje (40%).

#### **11.1.3. Indicadores asociados con tener tratamiento para el dolor:**

- Promedio del indicador de funcionalidad social ( $P=0.0898$ ). Los pacientes sin tratamiento presentan un promedio de funcionalidad social más alto (85.4 puntos) que los pacientes con tratamiento (67.0 puntos).

- Promedio del indicador de síntoma de dolor ( $P=0.0578$ ). Los pacientes sin tratamiento presentan un promedio más bajo (37.5 puntos) que los pacientes con tratamiento (58.5 puntos).

## 12. Análisis y Discusión de resultados.

El presente trabajo realiza un análisis de la calidad de vida en pacientes oncológicos con tratamiento farmacológico para el alivio del dolor y el impacto que esto tiene en los diferentes aspectos de su vida, el dolor es un determinante clave en el deterioro de la CV en pacientes oncológicos, ya que este es frecuentemente asociado a un progreso inexorable de la enfermedad. Hasta un 30% de los pacientes presentan dolor en el momento del diagnóstico de su proceso oncológico, llegando estos porcentajes al 60-80% en fases terminales de la enfermedad. (6)

El dolor en pacientes oncológicos es considerado un problema de salud mundial, y según la OMS hasta un 30% a 50 % de los pacientes sufren dolor debido a la inaccesibilidad a fármacos analgésicos o por mala administración de los mismos. (7) El dolor es considerado el síntoma más frecuente en pacientes oncológicos, de un 50 a 85% presentan dolor significativo, como resultado estos pacientes tienen mayor deterioro a nivel funcional, emocional, grado de actividad y en su calidad de vida. Por lo que la evaluación de estos pacientes se debe fundamentar en una adecuada interferencia en la fisiología de dolor, analgesia y calidad de vida en forma combinada. (22)

Se realizó una medición de la calidad de vida por medio del cuestionario EORT QLQ C-30, a modo que dicho trabajo aportara datos acerca de la calidad de vida y sus principales dimensiones. El grupo consiste en 55 pacientes con diferentes enfermedades oncológicas a quienes se les realiza el cuestionario EORT QLQC- 30 estructurado de la siguiente manera: cinco escalas funcionales, tres escalas de síntomas, una escala global de salud/calidad de vida e ítems individuales que evalúan síntomas adicionales, y un cuestionario adicional donde se evalúa adherencia, autopercepción de calidad de vida y los diferentes fármacos utilizados para el manejo del dolor.

En cuanto a la población se observa un predominio femenino con un 63.6% y la edad comprendida entre 51-65 años con un 49.1%. En lo que respecta al cuestionario QIQ C-30, en el indicador de calidad de vida, se puede observar que se encuentra dividido en forma equivalente en cuanto a catalogar la misma como "Buena CV o Mala CV", dicho fenómeno se puede deber al hecho que cierta cantidad de pacientes se encontraran realizando su primera consulta en dicha clínica y que al momento aún no contaban con un adecuado manejo multimodal del dolor, en las escalas de funcionalidad se encuentra un déficit importante a nivel físico, sin embargo se encuentra conservada la funcionalidad social, por lo que se puede inferir que la mayoría de pacientes cuentan con una estructura familiar adecuada.

En lo que respecta a las escalas de síntomas e ítems individuales, vale la pena mencionar los síntomas predominantes siendo estos la fatiga con un 58.2% y la presencia de dolor con un 90.9%. El dolor es considerado el síntoma más frecuente en pacientes oncológicos, de un 50 a 85% presentan dolor significativo, como resultado estos pacientes tienen mayor deterioro a nivel funcional, emocional, grado de actividad y en su calidad de vida. (22)

La medición de la adherencia al tratamiento es necesaria ya que de esta forma se puede optimizar el manejo terapéutico, este punto es relevante en pacientes oncológicos ya que debido a la cronicidad de la enfermedad el cumplimiento del tratamiento disminuye y es común que se interprete el dolor como una parte inevitable de la enfermedad, existe el miedo a reconocer que la enfermedad progresa e incluso el convertirse en “adictos” a los medicamentos. (7) En relación a la adherencia, en el presente estudio un 85.5% de los pacientes presenta una excelente adherencia al tratamiento farmacológico para el alivio del dolor, ya que a pesar de no presentar un alivio permanente del dolor el mismo se torna tolerable con el cumplimiento del tratamiento establecido.

La intensidad de dolor percibida por los pacientes en su mayoría es severo con un 45.5%, moderado en 30.9% y leve en 23.6%, dicho parámetro puede sufrir cambios en cada cita, por lo que se debe de tener en cuenta que una adecuada valoración del dolor requiere un enfoque multidimensional. El escalón analgésico predominante es el tres con un 58.2%, dato que es esperado ya que en términos generales hasta un 80% de los pacientes en estadios avanzados presentarán dolor severo y requerirán tratamiento con opioides en alguna etapa de la enfermedad (10).



### **13. Conclusiones.**

1. Se encontró una “buena” calidad de vida en la mitad de los pacientes, sin embargo, en la otra mitad el indicador se encontró bajo como consecuencia de ineficacia en la analgesia.
2. Pese a encontrarse una excelente adherencia al tratamiento la mayoría de pacientes presentó dolor al momento de la evaluación.
3. La intensidad del dolor percibido por los pacientes fue predominantemente severo, ubicándose la mayor parte en el escalón 3 de analgesia.

## **14. Recomendaciones.**

1. Cuando se logre una buena adherencia pero no se alcance una analgesia adecuada, se recomienda la referencia de los pacientes para un adecuado monitoreo que garantice control efectivo del dolor.
2. Realizar una clasificación de los estadios de las enfermedades oncológicas de base y su relación con la adherencia al tratamiento y respuesta a la analgesia.
3. Realizar un estudio, para seguimiento a los pacientes desde la primera cita en la unidad, con el fin de medir en cada consulta la calidad de vida, intensidad del dolor y adherencia al tratamiento y de este modo comprobar si la CV y el dolor se modifican de manera positiva con las intervenciones multimodales efectuadas en la unidad.
4. Promover un programa integral de atención al paciente oncológico, que oriente sobre su calidad de vida, las diferentes dimensiones de la misma, rol de la familia y los beneficios que pueden ser obtenidos a través del abordaje multidisciplinario que va más allá la medicina paliativa.

## 15. Referencias Bibliográficas.

1. Organización Mundial de la Salud. Cáncer: Nota Descriptiva N°297. Febrero 2013. [consulta el 05 de agosto de 2013]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/index.html>.
2. Priti B, Barrera E. Datos y Estadísticas sobre el Cáncer entre los Hispanos/Latinos 2012-2014. [consulta el 05 de agosto de 2013]. Disponible en: <http://www.cancer.org/acs/groups/content/@epidemiologysurveillance/documents/document/acspc-036792.pdf>.
3. Goss P, Lee B. La planificación del control del cáncer en América Latina y el Caribe. The Lancet Oncology Comision, Vol. 14 Abril 2013. [consultado el 06 de agosto de 2013]. Disponible en: [http://press.thelancet.com/latinamericacancer\\_spanish.pdf](http://press.thelancet.com/latinamericacancer_spanish.pdf)
4. Ferriols L, Alós A. Calidad de vida en oncología clínica. *FarmHosp*1995; 19: 315-322. [consulta el 05 de junio de 2013]. Disponible en: [http://www.sefh.es/revistas/vol19/n6/315\\_322.PDF](http://www.sefh.es/revistas/vol19/n6/315_322.PDF)
5. Alfonso Urzúa M, Caqueo A. Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. *TERAPIA Psicológica* 2012, Vol. 30, N°1, 61-71. [consulta el 05 de junio de 2013]. Disponible en: [http://intec.edu.do/downloads/pdf/biblioteca/013-biblioteca\\_guia\\_vancouver.pdf](http://intec.edu.do/downloads/pdf/biblioteca/013-biblioteca_guia_vancouver.pdf)
6. Pernia A, Torres M. Tratamiento del dolor oncológico terminal intenso. [consulta el 05 de junio de 2013]. Disponible en: [http://www.paliativossinfronteras.com/upload/publica/dolor/programas-nacionales/tratamiento\\_del\\_dolor\\_oncologicos\\_intenso.pdf](http://www.paliativossinfronteras.com/upload/publica/dolor/programas-nacionales/tratamiento_del_dolor_oncologicos_intenso.pdf).
7. La Asociación Internacional para el Estudio y Tratamiento del Dolor (IASP). Barreras al tratamiento del dolor provocado por el cáncer. Octubre 2008-2009. [consulta el 05 de junio de 2013]. Disponible en: [http://www.iaspain.org/AM/Template.cfm?Section=Fact\\_Sheets1&Template=/CM/ContentDisplay.cfm&ContentID=7979](http://www.iaspain.org/AM/Template.cfm?Section=Fact_Sheets1&Template=/CM/ContentDisplay.cfm&ContentID=7979)
8. Mayer Francisco. Fase terminal y cuidados paliativos. Volumen 7 Número 4, 10 de abril 2006. [consulta el 05 de junio de 2013] Disponible en: [http://www.revista.unam.mx/vol.7/num4/art26/abr\\_art26.pdf](http://www.revista.unam.mx/vol.7/num4/art26/abr_art26.pdf).
9. Morales C, Herrera I. Manejo farmacológico del dolor en el paciente oncológico. *Acta médica costarricense* vol. 46 No.3 San José sep.2004. [consulta el 05 de agosto de 2013]. Disponible en: [http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?pid=S000160022004000300004&script=sci\\_artt\\_ext](http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?pid=S000160022004000300004&script=sci_artt_ext).

10. Plancarte R, Guajardo J. Manejo Integral del dolor. *Cancerología* 1 (2006): 273-281. [consulta el 05 de agosto de 2013]. Disponible en: <http://www.incan.org.mx/revistaincan/elementos/documentosPortada/1172291012.pdf>
11. American Cancer society. *Global Cancer Facts & Figures 2<sup>nd</sup> Edition*. Atlanta 2011. [consulta el 10 de abril de 2014]. Disponible en: <http://www.cancer.org/acs/groups/content/@epidemiologysurveillance/documents/document/acspc-027766.pdf>.
12. International Agency for Research on Cancer, *World Cancer Report 2008*. [consulta el 10 de abril de 2014]. Disponible en: [http://www.iarc.fr/en/publications/pdfs-online/wcr/2008/wcr\\_2008.pdf](http://www.iarc.fr/en/publications/pdfs-online/wcr/2008/wcr_2008.pdf).
13. National Consensus Project for Quality Palliative Care. *Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care 2<sup>nd</sup> Edition*. 2009 [consulta el 10 de abril de 2014]. Disponible en: <http://www.nationalconsensusproject.org/guideline.pdf>.
14. Pessini L, Bertachini L. *Nuevas Perspectivas en Cuidados Paliativos*. Acta Bioethica 2006. [consulta el 10 de abril de 2014]. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/abioeth/v12n2/art12.pdf>.
15. Pastrana T, De Lima L, Wenk R, et al. *Atlas de Cuidados Paliativos de Latinoamérica ALCP 1<sup>a</sup>. Edición*. 2012. [consulta el 10 de abril de 2014]. Disponible en: [http://cuidadospaliativos.org/uploads/2012/10/atlas/13\\_Guatemala.pdf](http://cuidadospaliativos.org/uploads/2012/10/atlas/13_Guatemala.pdf).
16. International Agency for Research on Cancer. *Latest world cancer statistics Global cancer burden rises to 14.1 million new cases in 2012: Marked increase in breast cancers must be addressed*. December 2013. [consulta el 10 de abril de 2014]. Disponible en: [http://www.iarc.fr/en/media-centre/pr/2013/pdfs/pr223\\_E.pdf](http://www.iarc.fr/en/media-centre/pr/2013/pdfs/pr223_E.pdf)
17. Urzúa A, Caqueo A. *Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto*. *Terapia Psicológica*, Vol. 30, 2012. [consulta el 10 de abril de 2014]. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-48082012000100006&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-48082012000100006&script=sci_arttext).
18. Ardilla R. *Calidad de vida: una definición integradora*. *Revista Latinoamericana de Psicología*, vol. 35, 2003. [consulta el 10 de abril de 2014]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/805/80535203.pdf>.
19. Urzúa A. *Calidad de vida relacionada con la salud: Elementos conceptuales*. *Rev Med Chile* 2010; 138:358-365. [consulta el 15 de abril de 2014]. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v138n3/art17.pdf>.
20. Morin P, Trent J, Collins F, et al. *Aspectos genéticos del cáncer*. En: Fauci AS, Braunwald E, Kasper D, et al. *Harrison principios de medicina interna*. Vol 1. 17<sup>a</sup> ed. México: McGraw-Hill; 2008. P. 492-498.

21. Sausville E, Longo D. Principios del tratamiento del cáncer. En: Fauci AS, Braunwald E, Kasper D, et al. Harrison principios de medicina interna. Vol 1. 17ª ed. México: Mcgraw-Hill; 2008. P.514-533.
22. De Sanctis V. Opiodes en el tratamiento del dolor oncológico: calidad de vida, grado de analgesia y efectos indeseables [Tesis doctoral]. Barcelona, 2010. [consulta el 15 de abril de 2014]. Disponible en: <http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/32069/vdsb1de1.pdf?sequence=1>.
23. Prieto B, Navarro E, Molina R. et al. Tratamiento del dolor oncológico. *Medicine*. 2009; 1629-33. [consulta el 15 de abril de 2014]. Disponible en: [http://api.ning.com/files/k0\\*RRphj2a114icW1Hau84QQShQ1ioP2oBNxByQ\\*yzf6nfDF58Kpkx3wGtuap83FHo\\*zjopCES7MSU5O2Ei\\*mSDBp6c9mWPw/Tratamientodeldoloroncolgico.pdf](http://api.ning.com/files/k0*RRphj2a114icW1Hau84QQShQ1ioP2oBNxByQ*yzf6nfDF58Kpkx3wGtuap83FHo*zjopCES7MSU5O2Ei*mSDBp6c9mWPw/Tratamientodeldoloroncolgico.pdf).
24. Plancarte R, Mille J, Velásquez R. Neuroanatomofisiología del dolor. En: Gómez M, Pascual A, López E. et al. Avances en cuidados paliativos. Tomo II, Módulo VI.
25. Albanell J, Arnau J, Cases N, et al. Protocolo de tratamiento del dolor en pacientes oncológicos. [consulta el 15 de abril de 2014]. Disponible en: <http://dolorirruptivo.com/wp-content/uploads/2013/02/Gu%C3%ADa-dolor-oncologico1.pdf>.
26. Gómez M. Historia clínica del dolor: clasificación, evaluación y prevalencia. En: Gómez M, Pascual A, López E. et al. Avances en cuidados paliativos. Tomo II, Módulo VI.
27. Van den Beuken M, De Rijke J, Kessels A, et al. Prevalence of pain in patients with 43ancer: a systematic review or the past 40 years. *Annals of Oncology*. 2007; 1437-1440. [consulta el 15 de abril de 2014]. Disponible en: <http://annonc.oxfordjournals.org/content/18/9/1437.full.pdf>.
28. Gómez M. Bases para el control de los síntomas y el uso de fármacos. En: Gómez M, Pascual A, López E. et al. Avances en cuidados paliativos. Tomo II, Módulo V.
29. Drane J. Cuidado paliativo para pacientes moribundos. *Medicina más humana*, 2006.
30. Fernández G, Rojo F. Calidad de vida y salud: planteamientos conceptuales y métodos de investigación. *Territoris* 2005; 117-135. [consulta el 15 de abril de 2014]. Disponible en: <http://www.raco.cat/index.php/Territoris/article/viewFile/117017/147939>.

31. ¿Qué significado hay que dar el término “calidad de vida” en bioética? Cuad. Bioét. 2006. [consulta el 15 de abril de 2014]. Disponible en: <http://www.aebioetica.org/rtf/08-BIOETICA-61.pdf>.
32. Martín J, Sánchez M, Sierra J. Evaluación de calidad de vida en pacientes con cáncer una revisión. Revista Colombiana de Psicología 2005; 34-45. [consulta el 15 de abril de 2014]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80401403>.
33. Contreras J. Definición y áreas de la calidad de vida en oncología. Oncología 2005; 123-128. [consulta el 15 de abril de 2014]. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/onco/v28n3/02.pdf>.
34. The European Organization for Research and Treatment of Cancer. EORT QLQ C-30 Scoring Manual. Tercera Edición 2001. [consulta el 15 de abril de 2014]. Disponible en: <http://www.eortc.be/qol/files/SCManualQLQ-C30.pdf>.
35. La Asociación Latinoamericana de Cuidados Paliativos. Uso de Opioides en tratamiento del Dolor, Manual para Latinoamérica. 1ª edición 2011. [consulta el 15 de abril de 2014]. Disponible en: <http://cuidadospaliativos.org/uploads/2012/11/ManualOpioides.pdf>.
36. Del Castillo C, Díaz L, Barquinero C. Medición del dolor: escalas de medida. Jano 2008. [consulta el 15 de abril de 2014]. Disponible en: [http://www.jano.es/ficheros/sumarios/1/0/1712/44/00440047\\_LR.pdf](http://www.jano.es/ficheros/sumarios/1/0/1712/44/00440047_LR.pdf).
37. Muriel C, Llorca Gines. Conceptos generales en dolor. Máster del Dolor, Módulo 1. [consulta el 20 de abril de 2014]. Disponible en: <http://www.catedradeldolor.com/PDFs/Cursos/Tema%201.pdf>.
38. Aguilar J, Aguilar D, Bohn U. Historia natural del cáncer. Oncogenes. Crecimiento y progresión tumoral. En: Gómez M, Pascual A, López E. et al. Avances en cuidados paliativos. Tomo I. Módulo II.
39. Aguilar J, Aguilar D, Bohn U. Diagnóstico de la enfermedad neoplásica. Tratamiento farmacológico del cáncer. Hormonoterapia. Modificadores de la respuesta biológica. En: Gómez M, Pascual A, López E. et al. Avances en cuidados paliativos. Tomo I, Módulo II.
40. Royo A. Calidad de vida en pacientes intervenidas de cáncer de mama. Trabajo de investigación 2011. [consulta el 20 de abril de 2014]. Disponible en: <http://www.recercat.net/bitstream/handle/2072/181264/TR-%20RoyoAznar.pdf?sequence=1>.
41. Bridgestock C, Rae C. Anatomy, physiology and pharmacology of pain. Anaesthesia and intensive care medicine 14:11, 2013.

42. Perena M. J, Perena M. F, Royo R. Neuroanatomía del dolor. Rev. Soc. Esp. Del Dolor, Vol. 7, Suplemento II, Septiembre 2000. [Consulta el 25 de abril de 2014]. Disponible en: [http://www.revista.sedolor.es/pdf/2000\\_10\\_03.pdf](http://www.revista.sedolor.es/pdf/2000_10_03.pdf).
43. Gandhi K, Heitz J, Viscusi E. Challenges in Acute Pain Management. Anesthesiology Clin 29, 291-309, 2011.
44. Vadivelu N, Whitney C, Sinatra R. Pain Pathways and Acute Pain Processing. Acute Pain Management. [consulta el 25 de abril de 2014]. Disponible en: [http://assets.cambridge.org/97805218/74915/excerpt/9780521874915\\_excerpt.pdf](http://assets.cambridge.org/97805218/74915/excerpt/9780521874915_excerpt.pdf).
45. Jongen J, Hans G, Benzon H. Neurophatic pain and pharmacological treatment. Pain Practice, Vol.,14, Issue 3, 283-295. 2014.
46. Mercadante S. Managing Difficult Pain Conditions in the Cancer Patient. Curr Pain headache Rep18:395. 2014.
47. Carr D, Elsenberg E, Friction J. Breakthrough Pain in Cancer Patients. International Association for the Study of Pain. Vol. 14, No.1. 2006. [consulta el 25 de abril de 2014.] Disponible en: [http://www.iasp-pain.org/files/Content/ContentFolders/Publications2/PainClinicalUpdates/Archives/PCU06-1\\_1390263807201\\_21.pdf](http://www.iasp-pain.org/files/Content/ContentFolders/Publications2/PainClinicalUpdates/Archives/PCU06-1_1390263807201_21.pdf).
48. Da Cunha P, Clivatti J, Santos J. Hiperalgnesia Inducida Por Opioides (HIO). Revista Brasileira de Anestesiología, Vol. 60, No. 6, 2010. [consulta el 25 de abril de 2014] Disponible en: [http://www.scielo.br/pdf/rba/v60n6/es\\_v60n6a11.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rba/v60n6/es_v60n6a11.pdf).
49. Saenz J. Validez de la Escalera Analgésica de la OMS en Reumatología. Seminarios de la Fundación Española de Reumatología, Vol. 7, No. 3, 121-7. 2006.
50. Foley K. Evaluación de la escalera analgésica de la OMS en su 20º aniversario .Cancer Pain Vol. 19, No. 1. 2006.

## 16. Anexos.

### Anexo 1.

#### Consentimiento informado.

##### Título de la investigación:

**“Calidad de vida en pacientes oncológicos con tratamiento farmacológico para alivio del dolor”, durante Junio 2014.**

Una vez que he sido informado(a) clara y completamente sobre la finalidad del estudio que realiza la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Rafael Landívar, dirigida por la estudiante de medicina de sexto año, Vilma Carolina Morán Aldana, acepto colaborar voluntariamente y doy mi autorización para que me apliquen el cuestionario y dar respuesta a las preguntas que se me formulen.

He sido informado(a) que mi participación es voluntaria, **la información proporcionada será confidencial y se mantendrá el anonimato.**

\_\_\_\_\_.

**Nombre o firma de autorización.**



## Anexo 2.

SPANISH (GUATEMALA)



### EORTC QLQ-C30 (versión 3)

Estamos interesados en conocer qué molestias han afectado su salud. Por favor, conteste todas las preguntas, marcando con una rueda el número que mejor describa su caso. No hay respuestas “buenas” ni “malas”. La información que nos proporcione no será revelada a nadie.

Por favor escriba la primera letra de sus nombres y apellidos:

Su fecha de nacimiento (día, mes, año):

Fecha de hoy (día, mes, año):

---

	Para Nada	Un poco	Bastante	Muchísimo
1. ¿Tiene alguna dificultad para hacer actividades que requieran mucho esfuerzo, como llevar una canasta de compras pesada o una maleta?	1	2	3	4
2. ¿Tiene dificultad para caminar una <u>larga</u> distancia?	1	2	3	4
3. ¿Tiene dificultad para caminar una <u>corta</u> distancia fuera de la casa?	1	2	3	4
4. ¿Se mantiene usted en la cama o en una silla durante el día?	1	2	3	4
5. ¿Necesita ayuda para comer, vestirse, lavarse o ir al baño?	1	2	3	4

#### Durante la semana pasada:

	Para Nada	Un poco	Bastante	Muchísimo
6. ¿Ha tenido algún impedimento para hacer su trabajo u otras actividades diarias?	1	2	3	4
7. ¿Ha tenido algún impedimento para realizar las actividades que más le gustan (ej.: fútbol, basketbol, natación, etc.) o las actividades que hace en su tiempo libre?	1	2	3	4
8. ¿Ha tenido dificultades para respirar?	1	2	3	4
9. ¿Ha tenido dolor?	1	2	3	4
10. ¿Ha tenido que descansar?	1	2	3	4
11. ¿Ha tenido dificultades para dormir?	1	2	3	4
12. ¿Se ha sentido débil?	1	2	3	4
13. ¿Se ha sentido sin ganas de comer?	1	2	3	4
14. ¿Ha tenido náuseas?	1	2	3	4
15. ¿Ha vomitado?	1	2	3	4

Por favor, continúe en la página siguiente.

**Durante la semana pasada:**

	<b>Para Nada</b>	<b>Un poco</b>	<b>Bastante</b>	<b>Muchísimo</b>
16. ¿Ha estado estreñado/a?	1	2	3	4
17. ¿Ha tenido diarrea?	1	2	3	4
18. ¿Ha estado cansado/a?	1	2	3	4
19. ¿Le ha molestado algún dolor tanto que ha tenido problemas con sus actividades diarias?	1	2	3	4
20. ¿Le ha costado concentrarse, por ejemplo cuando ha estado leyendo la prensa o viendo televisión?	1	2	3	4
21. ¿Se ha sentido nervioso/a?	1	2	3	4
22. ¿Se ha sentido preocupado/a?	1	2	3	4
23. ¿Se ha enojado o molestado fácilmente?	1	2	3	4
24. ¿Se ha sentido deprimido/a?	1	2	3	4
25. ¿Ha tenido dificultades para recordar cosas?	1	2	3	4
26. ¿Su estado físico o su tratamiento médico le han causado problemas con su vida <u>familiar</u> ?	1	2	3	4
27. ¿Su estado físico o su tratamiento médico le han causado problemas con sus actividades <u>sociales</u> ?	1	2	3	4
28. ¿Su estado físico o su tratamiento médico le han causado problemas económicos?	1	2	3	4

**Por favor en las siguientes preguntas, marque con una rueda el número entre 1 y 7 que mejor describa lo que usted piensa**

29. ¿Cómo se ha sentido usted de salud en general durante la semana pasada?

1            2            3            4            5            6            7

Muy mal

Muy bien

30. ¿Cómo valoraría su calidad de vida en general durante la semana pasada?

1            2            3            4            5            6            7

Muy mal

Muy bien

**Anexo 3.**



**Facultad de Ciencias de la Salud.  
Medicina.**

**“Calidad de vida en pacientes oncológicos con tratamiento farmacológico para alivio del dolor”.**

**Instrucciones:** Favor completar la información que a continuación se le solicita, marcando con una **X** la respuesta que considere adecuada a las siguientes preguntas.

Sexo: F  M

Edad: \_\_\_\_\_ años cumplidos.

**Sección 1. Dolor.**

**1. ¿Ha experimentado dolor en la última semana?**

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

**Si su respuesta fue positiva pasar a la siguiente pregunta, de lo contrario continúe a la pregunta 3.**

**2. Marque en la línea un punto (■) que indique la intensidad del dolor percibida en la última semana.**



NO DOLOR.

EL PEOR DOLOR  
IMAGINABLE.

**Sección 2. Adherencia.**

**3. ¿Olvida constantemente tomar su medicamento para el alivio del dolor?**

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

4. **¿Toma su medicamento para el alivio del dolor según indicado por el médico?**

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

5. **¿Recuerda el nombre del medicamento para el alivio del dolor que toma?**

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

### **Sección 3. CV**

6. **¿Considera que su calidad de vida ha mejorado desde que inició a tomar medicamentos para el alivio del dolor?**

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

**Ha concluido la primera parte del cuestionario.**

**Siguiente sección, para uso del investigador únicamente.**

**7. Marcar con una X en la casilla en blanco, los fármacos utilizados para el alivio del dolor.**

Ácido acetilsalicílico.		Dexketoprofeno.		Otros.	
Celecoxib.		Tramadol.			
Meloxicam.		Codeína.			
Diclofenaco.		Dihidrocodeína.			
Ibuprofeno.		Morfina.			
Naproxeno.		Oxicodona.			
Ketorolaco.		Fentanilo.			
Acetaminofén.		Metadona.			
Metamizol.		Adyuvantes.			

**Enfermedad oncológica primario conocida:** \_\_\_\_\_.

**Metástasis: SI** \_\_\_\_\_ **NO** \_\_\_\_\_

**Especificar:** \_\_\_\_\_